



universidad
de león

***ENFERMOS, ENFERMEDADES
Y TRATAMIENTOS EN EL
HOSPITAL DE
SAN ANTONIO ABAD DE LEÓN
(1727-1922)***

JOSÉ LUIS OLCOZ GOÑI

Universidad de León

Facultad de Filosofía y Letras



universidad
de León



esDule
UNIVERSIDAD DE LEÓN
www.esDule.com

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS¹

El Dr. D. Santiago Domínguez Sánchez, como Director² de la Tesis Doctoral titulada "Enfermos, enfermedades y tratamientos en el Hospital de San Antonio Abad de León. 1727-1922" realizada por D. José Luis Olcoz Goñi en el programa de doctorado *Mundo Hispánico: Raíces, desarrollo y proyección*, informa favorablemente el depósito de la misma, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, en León a 27 de septiembre de 2019.

¹ Solamente para las tesis depositadas en papel.

² Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar los datos de cada uno y han de firmar todos ellos.

A mi mujer Espe

A mis hijos

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Don Santiago Domínguez Sánchez, Catedrático de Ciencias y Técnicas Historiográficas en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de León, quien ha sido mi director de este trabajo de tesis doctoral, que me propuso el tema que he desarrollado, por su inestimable ayuda tanto en la guía como en la dirección de todo el proceso.

A Don Manuel Pérez Recio, Archivero del Archivo Catedral de León, por darme todas las facilidades del mundo en la búsqueda de información dentro del archivo.

A Don Juan José Ortiz de Urbina González, doctor en Farmacia, Jefe de Farmacia Hospitalaria del CAULE, por su gran ayuda y asesoramiento en los arduos temas de farmacia, y que me han permitido valorar dicha disciplina en su verdadera extensión.

Al Dr. Don Luis Vaquero Ayala, Especialista en Aparato Digestivo en el CAULE, por su ardua colaboración, que ha permitido realizar la amplia estadística del trabajo.

Al Dr. Don Alfonso Suárez Gutiérrez, Coordinador del Servicio de Admisión del CAULE, por facilitarme el acceso a la información acumulada en el archivo del CAULE, que ha hecho posible la búsqueda de datos no conocidos sobre el Hospital de SAA.

A Don Taurino Burón Castro, por su ayuda en el hallazgo documental en el Archivo Histórico Provincial de León.

In Memoriam, al Dr. José Fernández Arienza, compañero de profesión, y a quien no pude valorar adecuadamente en vida, sus estudios sobre la historia de la Medicina en León, que me han servido de gran ayuda.

A Don Juan Manuel Bardal López, ATS del CAULE hasta su jubilación, y cuya colaboración en la recogida parcial de datos me ha servido de gran interés.

A mi compañera de profesión Dra. Begoña Álvarez Cuenllas, por sus valiosos comentarios en la lectura de este trabajo.

A María Jesús González Mirantes, Secretaria del Servicio de Aparato Digestivo del CAULE, por su inestimable colaboración en la mecanografía de este manuscrito.

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN.....	7
1. Justificación de la tesis y objetivos.....	7
2. Metodología, fuentes archivísticas y bibliografía.....	8
3. Historia de la Medicina: Vía hacia una forma de conocimiento.....	17
4. El Camino de Santiago y la hospitalidad.....	21
5. La Iglesia, en el eje de la asistencia a menesterosos y en el desarrollo de los hospitales.....	23
II. EL HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD, DEPOSITARIO DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LEÓN.....	32
1. Nacimiento y desarrollo hasta el siglo XIX.....	32
2. Enfermos y enfermedades en el hospital entre 1727 y 1864.....	54
3. Enfermos y enfermedades en el hospital entre 1865 y 1895.....	89
4. Enfermos y enfermedades en el hospital entre 1895 y 1922.....	147
III. LA FARMACIA DEL HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD.....	196
1. Inventario de farmacia.....	197
2. Fórmulas magistrales y su utilidad.....	204
3. Aspectos económicos de la botica.....	263
4. Medidas utilizadas en Farmacia.....	266
5. Glosario de términos médicos-farmacéuticos.....	267
IV. LOS ENFERMOS Y LAS ENFERMEDADES EN LEÓN FUERA DEL HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD.....	270
1. Datos precisos de los años 1845-1871.....	270
2. Comparación con la situación en el hospital de San Antonio Abad.....	284
V. DISCUSIÓN: ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS....	289
VI. CONCLUSIONES FINALES.....	339
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	344
ELENCO DE FOTOGRAFÍAS.....	359

ACRÓNIMOS

SAA: San Antonio Abad

HM: Historia de la Medicina

ACL: Archivo Catedral de León

AHML: Archivo Histórico Municipal de León

AHPL: Archivo Histórico Provincial de León

CAULE: Complejo Asistencial Universitario de León

ICL: Instituto de Cultura Leonés

FALLEC: Fallecidos

INGR: Ingresados

TBC: Tuberculosis

ENF: Enfermedad

SDME: Síndrome

ADPL: Actas Diputación de León

BOPL: Boletín Oficial Provincial de León

RO: Real Orden

FM: Fórmula Magistral

FE: Farmacopea Oficial Española

EM: Estancia Media

ALGUNAS FRASES CÉLEBRES DE LA HISTORIA (Y DE LA MEDICINA)

¡Qué necesaria es la historia para entender el presente! (**Anónimo**: Nuestro Tiempo. N° 694).

En su realidad, la historia es el curso temporal y tradente de las acciones del género humano; curso en el cual los hombres van creando u olvidando posibilidades (intelectuales, técnicas, políticas, artísticas, etc), para hacer su vida y por tanto incrementando o empobreciendo su capacidad para vivir como tales hombres. **Xabier Zubiri**. Introducción, p. XVII de *Tratado de la Medicina*. Autor: Pedro Laín Entralgo. Salvat Eds. 1978

No hay Medicina que cure lo que no cura la felicidad (**Gabriel García Márquez**)

Dondequiera que el arte de la Medicina es amado, también hay un amor a la humanidad (**Platón**)

El objetivo de la Medicina es prevenir la enfermedad y prolongar la vida, el ideal de la Medicina es eliminar la necesidad de un médico (**William J. Mayo**)

El médico no debe tratar la enfermedad, sino al paciente que la sufre (**Maimónides**)

No hay un medicamento como la esperanza, ningún incentivo tan grande y ningún tónico tan poderoso, como la expectativa de que algo ocurra mañana (**Orison Swett Marden**)

De hecho, hay dos cosas, ciencia y opinión. El primero engendra conocimiento, lo último ignorancia (**Hipócrates**)

La Historia es el mejor maestro con los discípulos distraídos (**Mahatma Gandhi**)

Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad. Solo entonces es posible ayudarlo (**Hipócrates**)

Siempre ríe cuando puedas. Es Medicina barata (**Lord Byron**)

La Medicina ha prolongado nuestra vida, pero no nos ha facilitado una buena razón para seguir viviendo (**Miguel Delibes**)

Si te faltaren los médicos, bástente estos tres: un espíritu jovial, reposo y comida moderada (**Anónimo**)

Sábeta Sancho, que ningún hombre es más que otro, si no hace más que otro (**Don Quijote a Sancho**)

La historia es un incensante volver a empezar (**Tucídides**)

I. INTRODUCCIÓN

I-1. Justificación de la tesis y objetivos.

*“La Historia es drama, y en el drama de la Historia, no existe epopeya más conmovedora que la de la Medicina”. Así comienza el preámbulo de la Epopeya de la Medicina del profesor Félix Martí-Ibáñez, publicado en 1962. El trabajo del médico, la administración de un antibiótico, un psicoanálisis, la realización de una laparotomía, adquiere sentido sólo cuando se interpreta al revés, como una película proyectada hacia atrás. Sólo así se puede encontrar el significado histórico de todo lo hecho en la Medicina.*¹

La ciudad de León ha gozado en la época contemporánea de grandes historiadores² sobre la Medicina de la ciudad, sobre todo de sus médicos y de las circunstancias que rodean la creación e historia de los hospitales de la ciudad, como se verá más adelante. Sin embargo, los aspectos que se pueden analizar son variadísimos, y nos parecía que aún no estaba tratada desde un punto de vista histórico-clínico-social la historia del hospital de San Antonio Abad, el más importante de los centros hospitalarios leoneses durante casi el último milenio, por lo que desde hace un tiempo comenzamos con la realización del presente trabajo.

Al final de todo el amplio conjunto de hospitales medievales existentes en la ciudad de León, quedó prácticamente como depositario final de la asistencia sanitaria de esta ciudad únicamente el Hospital de San Antonio Abad, fundado inicialmente para socorro y ayuda de pobres y peregrinos que acudían a Santiago. Hasta el momento nunca se había estudiado la actividad médica del centro, excepto lo concerniente a sus profesionales, como hemos dicho anteriormente. Por lo tanto, nos pareció importante el estudio de este campo inédito, en la confianza de que dicho estudio nos permita saber no solo las enfermedades de las diversas épocas que allí se dieron, sino además, a través del mismo, observar qué aspectos sociológicos se traslucían de estos datos, pues, como es sabido, la Historia de la Medicina no solo es el estudio en sí mismo en un pasado, con el objetivo estrictamente médico, de ciencia natural, sino que, además, la Medicina es tarea social y humana; por lo que el estudio de algunos aspectos de su historia, puede dar idea de la forma de vida y nivel en general de la población de la época, así como aprender a entender los problemas del momento. Con esta idea, comenzamos este trabajo teniendo como objetivo general: **El enfermo y la enfermedad como parte de una realidad social e histórica.**

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

1.- Estudio de las enfermedades desde la existencia de datos archivados (siglo XVIII y sobre todo siglo XIX y primer cuarto del siglo XX). El estudio finaliza en

¹ Félix MARTÍ-IBÁÑEZ, Traducido del libro *The Epic of Medicine*, Ed. Bramhall House, New York 1962.

² José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Crónica de la Medicina en León*, Ed. del Colegio Oficial de Médicos de León, León 1994.

1922, cuando desaparece el hospital de su ubicación clásica y pasa a ser un nuevo centro de corte moderno.

2.- Estudio de la evolución de las diversas enfermedades en función del paso del tiempo.

3.- Análisis de la mortalidad infantil y adulta en nuestro medio.

4.- Comparación de los diagnósticos de mortalidad intra-hospitalarios y extra-hospitalarios, lo que nos permitirá acercarnos algo más a la realidad social del momento.

5.- Estudio de los tratamientos farmacológicos empleados.

I-2. Metodología, fuentes archivísticas y bibliografía.

El primer paso en la realización de este trabajo ha sido la consulta directa de la enorme documentación medieval y moderna, atesorada en diversos archivos, donde hemos encontrado los datos que nos han permitido sacar a la luz y analizar los resultados que más adelante expondremos.

Entre los diversos depósitos documentales estudiados, destaca de forma muy significativa el **Archivo Catedral de León**, pues es el depositario fundamental de los documentos revisados, dado que el hospital de San Antonio Abad perteneció y fue gestionado por el cabildo catedralicio. El volumen de datos de dicho archivo es tremendamente importante tanto por la dimensión como por la calidad de los documentos. Los diversos trabajos existentes hasta el momento sobre este hospital se han limitado a consultar tales fondos de forma parcial, debido al enorme volumen de pergaminos, papeles, expedientes, libros y legajos existentes en dicho archivo catedralicio.

Presentamos a continuación el **índice de los fondos correspondientes a hospitalidad conservados en dicho archivo catedralicio leonés y que han servido de base en la investigación**. Estos datos que ahora ofrecemos de tipo archivístico y diplomático, además de justificar la elaboración de esta Tesis Doctoral en el Departamento de Patrimonio Artístico y Documental de la Universidad de León, concretamente en el Área de Ciencias y Técnicas Historiográficas, nos parecen enormemente importantes, en primer lugar porque se estudia por primera vez este fondo de manera total, y en segundo porque su conocimiento preciso permite estudiar e investigar fácilmente sobre este importante centro hospitalario leonés.³

Anotamos de cada diploma, libro o expediente su signatura archivística, su fecha y un pequeño resumen o regesto de su contenido:

³ Queremos mostrar de nuevo nuestro agradecimiento a D. Manuel Pérez Recio, archivero de la Catedral de León, que nos ha facilitado enormemente la realización de este trabajo.

Archivo de los "Hospitales" [Armarios 33-35]

Hospital de San Marcelo (Se suprime por Bula del papa Clemente VII el 6 de mayo de 1531, uniendo sus rentas y beneficios al Hospital de San Antonio Abad. (vid. ACL. 9283/2)

Códice	1096,marzo,6	<i>El obispo don Pedro de León reconstruye y dota el monasterio de San Marcelo de León. Tumbo ff. 81v-82v. Códice 11. Col. 1291</i>
Códice	1102,agosto,26	<i>El obispo Pedro de León dona a la alberguería de San Marcelo las heredades que había comprado a Juan Domínguez y a su mujer en Paradilla y la viña que compró a Sequino y a su mujer en San Pedro de los Huertos. Tumbo ff. 78v-79r</i>
9277	1113,enero,4	<i>La reina Urraca dona al hospital de San Marcelo la décima del «Çavazogato» y del portazgo de León y Astorga. Orig. Perg. 555 x 475 mm.</i>
9283/2	1531,mayo,6. Roma	<i>Litterae solemnes de Clemente VII por las que se extingue y suprime la dignidad abacial de San Marcelo uniendo sus rentas y beneficios al hospital de San Antonio Abad. Sello de plomo. Orig. Perg. 700 x 500 mm. + 70 de plica.</i>
H.1	1821	<i>Hospital de San Antonio Abad de León. Memoria de los fundadores. Copia de un documento que existe en el archivo de la catedral relativo a este hospital, que hoy se llama de San Antonio Abad... sacada en el año de 1821 de la que hizo el administrador del hospital y canónigo, Alonso Bermejo de Iglesias, por su propia mano en el mes de diciembre de 1651. 8 ff. [Interesantes datos para historia de los hospitales de San Marcelo y San Antonio Abad, sacados del Tumbo, del libro de los Testamentos y de los de las Constituciones]</i>
H.2\1	ca.1859	<i>El obispo de León, D. Pelayo, funda un hospital para pobres, enfermos y peregrinos ante las puertas de la iglesia de León y lo dota convenientemente (1084,diciembre,13). Copia sacada del Tumbo, códice 11, ff. 54r-55r, por el oficial de contaduría Cipriano García y García. ff. 1r-3r.</i>
H.2\2	ca.1859	<i>El obispo de León, D. Pedro, dona a la alberguería de la sede de León las villas de Cavatellos y Abarca y el diezmo de Villazanzo, Villafrontín, Palazuelo de Vedija, Feires y Matallana (1093,febrero,5). Copia sacada del Tumbo, códice 11, ff. 86v-87r, por el oficial de contaduría Cipriano García y García. 3r-4r.</i>
H.3\1	ca.1859	<i>El obispo de León, D. Pelayo, funda un hospital para pobres, enfermos y peregrinos ante las puertas de la iglesia de León y lo dota convenientemente (1084,diciembre,13). Versión castellana sacada del Tumbo, códice 11, ff. 54r-55r, por el oficial de contaduría Cipriano García y García. ff. 1r-2v.</i>
H.3\2	ca.1859	<i>El obispo de León, D. Pedro, dona a la alberguería de la sede de León las villas de Cavatellos y Abarca y el diezmo de Villazanzo, Villafrontín, Palazuelo de Vedija, Feires y Matallana (1093,febrero,5). Versión castellana sacada del Tumbo, códice 11, ff. 86v-87r, por el oficial de contaduría Cipriano García y García. 2v-3r.</i>
H.4	ca.1859	<i>Litterae solemnes de Clemente VII (1531,mayo,6) por las que se extingue y suprime la dignidad abacial de San Marcelo uniendo sus rentas y beneficios al hospital de San Antonio Abad. Copia sacada del original. 4 ff. (vid. ACL. 9283/2)</i>
9253/4	1766,abril,30. León	Hospital de San Lázaro (Se agrega al Hospital de San Antonio Abad por Real Cédula de 4 de septiembre de 1758. vid. ACL. 9275) <i>Francisco de Fuentes, administrador del Hospital de San Antonio, hace exhibición del privilegio concedido a los pobres malatos por el Rey Fernando VI el 21 de mayo de 1748 y solicita que se observe y auto del Conde de Benagiar, alcalde de León, ordenando que se cumpla y ejecute. 2 ff.</i>

Botica. Inventarios

- 9337 1731,julio,9. *Inventario y valoración de los bienes de la botica del hospital de San Antonio Abad, que por acuerdo del cabildo, los consiliarios y el administrador D. Francisco Almirante, entregan al boticario D. Pedro de Fuentes y sus fiadores. 7 ff.*
León
- H.258 1871,abril,13. *Inventario de la botica del Hospital de San Antonio Abad hecho el 13 de abril de 1871, al hacer entrega de ella al farmacéutico Joaquín Rodríguez del Valle. 22 ff.*
León
- H.259 1922,marzo. *Relación de las modificaciones hechas en la botica (aumento de botamen, reposición de objetos, destrucción de los inservibles) desde 1880 que data el inventario hasta el presente de 1922. 2 ff.*
León
- H.260 1924,diciembre. *Inventario de la botica despues de instalada en el nuevo hospital. 2 ff.*
León

Botica. Libros de cuentas y de recetas

- H.261 1778-1823 *Libro de cuentas de la botica del Hospital San Antonio Abad correspondiente a los años 1777 a 1823. 286 ff. Contiene: ff. 1-4: Inventario de la botica entregado al regente D. José de Alba en 1 de enero de 1778. f. 5: Cuenta con el mancebo Juan Medina desde 1800 a 1802. ff. 6-34: Géneros que se van trayendo para la botica desde 1804 a 1819. ff. 35-286: Cuentas de los años 1777 a febrero de 1823.*
- H.262 1823-1863 *Libro de cuentas de la botica de Hospital de San Antonio Abad desde junio de 1823 a diciembre de 1863. 257 ff.*
- H.263 1862,diciembre,3 *Cuenta mensual de la botica del año 1862:enero diciembre. Se adjuntan las recetas despachadas. 12 h. + 1 mazo de recetas.*
1. León
- H.264 1864,diciembre,3 *Cuenta mensual de la botica del año 1864: enero-diciembre. Se adjunta relación de los artículos despachados con sus recetas y otras facturas. 12 h. + 2 mazos*
1. León
- H.265 1868-1875 *Libro de cuentas de la botica del Hospital de San Antonio Abad: Diario de cargo y data. 100 ff.*
- H.266 1876-1880 *Libro de cuentas de la botica del Hospital de San Antonio Abad: Diario de cargo y data. 66 ff. Se adjuntan 12 cuadernillos de cargos diarios del año 1878 con facturas y pagarés.*
- H.267 1862 *Libro de toma de razón de las Medicinas despachadas para los enfermos del Hospital de San Antonio Abad diariamente desde el 1º de enero hasta el 7 de julio de 1862. 127 ff.*
- H.268 1862 *Libro de toma de razón de las Medicinas despachadas para los enfermos del Hospital de San Antonio Abad diariamente del el 8 de julio hasta el 31 de diciembre de 1862. Se adjunta resumen general del importe de medicamentos tasados y expedidos por el boticario Pedro María Barthe. 147 ff.*
- H.269- 1831-1846 *Correspondencia de la firma Fermín Bescansa y Hermano, de La Coruña, con D. Alonso Tomé, farmacéutico de la botica del Hospital de San Antonio Abad de León, remitiendo productos farmacéuticos, por los Maragatos, con las correspondientes facturas.*
284

Libros registro de entradas y salidas de enfermos: Paisanos y militares

- H.285 1766-1780 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León, siendo administrador el canónigo D. Francisco Fuentes, vicario D. Lorenzo Fernández y agonizante D. Manuel Flórez. Años de 1766 a 1680. 126 ff.*
- H.286 1797-1805 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Dio principio el día 10 de octubre de 1797, siendo administrador el canónigo D. Ramiro de Robles y concluye el 11 de julio de 1805. 248 ff.*
- H.287 1805-1824 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el día 12 de julio de 1805, siendo administrador D. Luis Díaz de Otazu y vicario D. Antonio de la Calzada y concluye el 1º de mayo de 1824. 233 ff.*
- H.288 1824-1837 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León, siendo administrador el canónigo D. Bernardo Forte. Da principio en 1º de mayo de 1824 y concluye el 3 de octubre de 1837. 167 ff.*

- H.289 1848-1857 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Siendo administrador el canónigo D. Manuel Garrido. Da principio el 12 de agosto de 1848 y concluye el 16 de junio de 1857. 195 ff.*
- H.290 1858-1865
1860-1868
1863 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 5 de enero de 1858. Contiene: Paisanos desde el 5 de enero de 1858 hasta el 19 de enero de 1865, ff. 1-378. ff. 370-399 faltan. Militares desde el 1º de enero de 1860 hasta el 13 de mayo de 1868, ff. 400-490. Presos desde el 25 de febrero hasta el 4 de julio del año 1863, f. 491. 491 ff.*
- H.291 1865-1866 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio 1 de enero de 1865 y concluye el 6 de agosto de 1866. 207 ff.*
- H.292 1867-1869 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 25 de noviembre de 1867 y concluye el 31 de diciembre de 1869. 565 ff.*
- H.293 1870-1872 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 1º de enero de 1870 y concluye el 13 de junio de 1872. 397 ff.*
- H.294 1879-1881 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León que da principio el 1º de junio de 1879 y concluye el 29 de agosto de 1881. 299 ff.*
- H.295 1881-1883 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León que principia en 30 de agosto de 1881 y termina en 21 de diciembre de 1883. 302 ff.*
- H.296 1886-1888 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León que dan principio en 24 de julio de 1886 y concluye el 11 de diciembre de 1888. 321 ff.*
- H.297 1891-1893 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León que da principio en 24 de abril de 1891 y concluye en 9 de agosto de 1893. 333 ff.*
- H.298 1896-1899 *Libro de entradas y salidas de enfermos en el Hospital de San Antonio Abad de León que da principio en 29 de septiembre de 1896 y concluye el 12 de septiembre de 1899. 497 ff.*
- H.299 1868-1871 *Lista nominal de los enfermos que entran, salen y fallecen en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 1º de enero de 1868 y concluye el 31 de diciembre de 1871. 82 ff.*
- H.300 1872-1879 *Lista nominal de los enfermos que entran, salen y fallecen en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 1º de enero de 1872 y concluye el 31 de diciembre de 1879. 82 ff.*
- H.301 1880-1885 *Lista nominal de los enfermos que entran, salen y fallecen en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 1º de enero 1880 y concluye el 21 de diciembre de 1885. 103 ff.*
- H.302 1891-1896 *Lista nominal de los enfermos que entran, salen y fallecen en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio en 2 de febrero de 1891 y concluye en 30 de abril de 1896. 99 ff.*
- H.303 1886-1904 *Libro de entradas y salidas de enfermos presos y distinguidos en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio en 12 de junio de 1886 y concluye el 7 de agosto de 1904. 25 ff.*
- H.304 1912 *Cuadernillos de entradas y salidas de enfermos pobres en el Hospital de San Antonio Abad de León que se admiten por acuerdo de la Junta Provincial de Beneficencia: Año 1912: julio, noviembre y diciembre. 18 ff.*
- H.305 1913 *Cuadernillos de entradas y salidas de enfermos pobres en el Hospital de San Antonio Abad de León que se admiten por acuerdo de la Junta Provincial de Beneficencia: Año 1913: agosto-diciembre. 30 ff.*
- H.306 1914 *Cuadernillos de entradas y salidas de enfermos pobres en el Hospital de San Antonio Abad de León que se admiten por acuerdo de la Junta Provincial de Beneficencia: Año 1914: enero-abril y noviembre. 30 ff.*
- H.307 1918 *Cuadernillos de entradas y salidas de enfermos pobres en el Hospital de San Antonio Abad de León que se admiten por acuerdo de la Junta Provincial de Beneficencia: Año 1918: junio-diciembre. 36 ff.*
- H.320 1812 *Libro en que se anotan las entradas, salidas y estancias de los enfermos militares, de los regimientos que se enumeran en el índice, en el Hospital de San Antonio Abad de León los meses de Junio a noviembre de 1812. 12, 97 ff.*

Hospital Militar

- H.321 1831-1837 *Libro de bajas, altas y estancias que causan los militares enfermos en el Hospital Militar de San Antonio Abad de León. Da principio en 1º de enero de 1831 y concluye en fin de diciembre de 1837. 200 ff.*
- H.322 1868-1883 *Libro de entradas y salidas de enfermos militares en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 12 de mayo 1868 y concluye el 9 de agosto de 1883. 301 ff.*
- H.323 1883-1896 *Libro de entradas y salidas de enfermos militares en el Hospital de San Antonio Abad de León. Da principio el 13 de septiembre 1883 y concluye el 19 de abril de 1896. 201 ff.*
- H.324 1904-1907 *Libro de entradas y salidas de enfermos militares en el Hospital de San Antonio Abad de León que da principio en 19 de mayo de 1904 y concluye el mes de julio de 1907. 101 ff.*
- H.325 1907-1911 *Libro de entradas y salidas de enfermos militares en el Hospital de San Antonio Abad de León que da principio en 30 de julio de 1907 y concluye el 18 de agosto de 1911. 102 ff.*
- H.326 1920-1937
1954-1955 *Libro de entradas y salidas de enfermos militares en el Hospital de San Antonio Abad de León que da principio en 11 de febrero de 1920 y concluye el 18 de enero 1955. 175 ff. Faltan los ff. 1-41.*
- H.327 1854 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año 1854: febrero-noviembre. Se adjuntan los pases de los militares ingresados, ordenados por los mandos militares. 40 ff.*
- H.328 1870-1871 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1870-1871: julio-junio. Se adjunta presupuesto de 1870-1871. 13 carpetillas*
- H.329 1871-1872 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1871-1872: julio-junio. Se adjunta presupuesto de 1871-1872. 13 carpetillas*
- H.330 1872-1873 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1872-1873: junio-julio. Se adjunta presupuesto del año 1872-1872. 13 carpetillas*
- H.331 1873-1874 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1873-1874: junio-julio. 14 carpetillas*
- H.332 1874-1875 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1874-1875: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.333 1875-1876 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1875-1876: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.334 1876-1877 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1876-1877: julio-junio. Falta marzo. 11 carpetillas*
- H.335 1877-1878 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1877-1878: julio-junio. Se adjunta un mazo de pases de los militares ingresados, ordenados por los mandos militares. 12 carpetillas*
- H.336 1878-1879 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1878-1879: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.337 1879-1880 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1879-1880: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.338 1890-1891 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1890-1891: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.339 1891-1892 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1891-1892: julio-junio. 12 carpetillas*

- H.340 1892-1893 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1892-1893: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.341 1893-1894 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1893-1894: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.342 1894-1895 *Relación de estancias de militares y quintos del reemplazo enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1894-1895: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.343 1895-1896 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1895-1896: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.344 1896-1897 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1896-1897: agosto-mayo. 10 carpetillas*
- H.345 1897-1898 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1897-1898: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.346 1898-1899 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1898-1899: julio-junio. Falta diciembre. 11 carpetillas*
- H.347 1899-1900 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1899-1900: agosto-junio. 11 carpetillas*
- H.348 1900-1901 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1900-1901: julio-junio. Falta diciembre. 11 carpetillas*
- H.349 1901-1902 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1901-1902: julio-junio. Falta septiembre. 11 carpetillas*
- H.350 1902-1903 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1902-1902: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.351 1903-1904 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1903-1904: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.352 1904-1905 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1904-1905: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.353 1905-1906 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año económico 1905-1906: julio-junio. 12 carpetillas*
- H.354 1914 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año 1914: Enero-diciembre. 12 carpetillas*
- H.355 1919 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año 1919: mayo-diciembre. 8 carpetillas*
- H.356 1920 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año 1920: enero-diciembre. 12 carpetillas*
- H.357 1921 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año 1921: enero-diciembre. 12 carpetillas*
- H.358 1922 *Relación de estancias de militares enfermos, causadas en el Hospital Civil de San Antonio Abad de León el año 1922: enero-diciembre. 12 carpetillas*

Libros de difuntos

- H.367 1727-1743 *Libro de difuntos del Hospital de San Antonio Abad de León, que se hizo siendo administrador D. Gregorio Trabadelo y Ron y vicario D. Manuel de Marinas, comienza en 4 de noviembre de 1727 y concluye el 26 de junio de 1742. 180 ff.*
- H.368 1743-1761 *Libro de difuntos del Hospital de San Antonio Abad de León, que se hizo siendo administrador D. Miguel de Lagartos y vicario D. Nicolás Crespo, comienza en 13 de enero de 1743 y concluye el 27 de febrero de 1761. 290 ff.*
- H.369 1761- 1773 *Libro de difuntos del Hospital de San Antonio Abad de León, que se hizo siendo administrador D. Juan de Escalada Cano y vicario D. Bernardo Blanco, comienza en 28 de febrero de 1761 y concluye el 21 de enero de 1773. 327 ff.*
- H.370 1774-1785 *Libro de difuntos del Hospital de San Antonio Abad de León [faltan los ff. 1-15 y la final], comienza en 7 de junio de 1774 y concluye el 5 de marzo de 1785. 236 ff.*

H.371 1785-1804 *Libro de difuntos del Hospital de San Antonio Abad de León, que se hizo siendo administrador D. Ramiro Robles Villarroel, comienza en 2 de abril 1785 y concluye el 18 de septiembre de 1804. 348 ff.*

Otros hospitales:

Códice 11	1084,diciembre,1 3	<i>El obispo de León, Don Pelayo, funda un hospital para pobres, enfermos y peregrinos ante las puertas de la iglesia de León y lo dota convenientemente. Tumbo ff. 54r-55r</i>
Códice 11	1093,febrero,5	<i>El obispo de León, Don Pedro, dona a la alberguería de la sede las villas de Cavatellos y Abarca y el diezmo de Villasanzo, Villafrontín, Palazuelo de Vedija, Feires y Matallana. Tumbo ff. 86v-87r</i>
11014	1124,agosto,24	<i>Elvira Alfonso, hija de Alfonso VI, dona la heredad que posee en Corbillos a la alberguería que construyó Vermudo Petriz en la ciudad de León en favor de los necesitados. Orig. Perg. 310 x 185 mm. (vid. ACL. 8810,8811)</i>
312	1134,marzo,12	<i>Juan Eulalii dona a don Fernando Pelagii, arcediano de la iglesia de León, una viña en Monte Aureo para la alberguería de Vermudo Petriz. Orig. Perg. 305 x 130 mm.</i>
1395	1143,enero,17	<i>Ultimas voluntades de doña Gontrodo Citici estableciendo el lugar de su sepultura y la distribución de sus bienes, nombrando testamentarios al arcediano don Ariás y a Martino, abad de San Marcelo. Mandas a los hospitales: Alberguería de San Marcelo, del camino de los francos, de Mansilla y de Vermudo Petriz. Orig. Perg. 110 x 450 mm.</i>

En segundo lugar por volumen e importancia documental es el **Archivo Histórico Municipal de León**, de donde hemos podido extraer fundamentalmente los datos que manejamos sobre asistencia sanitaria extra-hospitalaria. Exponen datos sobre fallecimientos en el periodo que comprende entre 1845 y 1871, aunque no están todos los años completos. Nos permite conocer una información muy valiosa, pues son los únicos datos sobre mortalidad infantil encontrados, y además nos permite comparar las patologías responsables de las defunciones, entre el mundo extrahospitalario y el Hospital de SAA. Los libros manejados para la extracción de estos datos, son los únicos existentes en este archivo, y por tanto los únicos datos extrahospitalarios que conocemos. Los libros versan sobre datos del Registro Civil de León. Son:

Libro nº 1.- 1845 - 1847
 Libro nº 2.- 1848 - 1852
 Libro nº 3.- 1853 - 1855
 Libro nº 4.- 1856 - 1857
 1858 - 1864 (faltan folios de estos registros en estos años).
 Libro nº 5.- 1865 - 1866
 1867 - 1870 (faltan folios de estos registros en estos años).
 Libro nº 6.- 1870 - 1871

De igual forma, y asimismo de gran importancia por los documentos allí encontrados, hemos investigado en el **Instituto de Cultura Leonés**. Parte de planos, aspectos relacionados con la evolución del hospital, etc, proceden de este centro.

Asimismo hemos investigado los **archivos del CAULE (Complejo Asistencial Universitario de León)**, para conocer los diagnósticos existentes entre 1895-1922. Únicamente hemos encontrado registro de diagnósticos de fallecidos, que ocupan los libros 13-19, donde solo conocemos causas y número de fallecimientos del Hospital de SAA, pues no existen datos sobre las enfermedades responsables de ingresos de los no fallecidos.

En el **Archivo Histórico Provincial de León** también se han localizado algunos documentos que han ayudado a la elaboración de este trabajo.⁴

Por lo que se refiere a la **bibliografía** existente sobre el hospital de San Antonio Abad y sobre la situación de la Medicina en León entre los siglos XVII y XIX, se han escrito, generalmente por parte de eruditos locales, numerosos artículos y pequeñas monografías,⁵ que hemos localizado en especial en la Biblioteca Pública de León, en la Biblioteca Regional Mariano Domínguez Berrueta, en el Instituto de Cultura Leonés y en la Biblioteca Central de la Universidad de León. Remitimos en este punto al apartado final titulado “Bibliografía”, donde se anotan por orden alfabético los títulos más importantes que hemos utilizado.

Medicamentos y fórmulas magistrales halladas sobre la botica de San Antonio Abad

En la revisión documental nos encontramos con la descripción de múltiples fármacos, fórmulas magistrales y otros preparados farmacéuticos que se dispensaban en la botica del Hospital San Antonio Abad en el siglo XIX. En estas anotaciones hallamos simplemente la relación de los componentes usados y en qué cantidades. Surge de inmediato la necesidad de investigar para qué se usaba desde el punto de vista clínico, cada fórmula magistral o fármaco descrito y cuál es la identidad de cada componente de estas preparaciones.

Para contestar a estas preguntas realizamos una revisión bibliográfica de los conocimientos publicados en esta época y más concretamente de los libros que recogían todo el conocimiento farmacéutico: las farmacopeas. Farmacopea, del griego *farmakon*: veneno, droga, medicamento, remedio, y *poieo*: hacer, preparar; por lo tanto “*Libro de preparación del medicamento*”.

No tenemos datos de qué farmacopeas disponía el boticario de la farmacia de SAA pero sí podemos hacernos una idea aproximada del asunto.

Como recoge Gutiérrez Campillo⁶, la botica del hospital disponía de la Farmacopea Matriciense y por las fechas se trata de la última en latín (1762). Esta farmacopea es compleja de manejar debido al idioma de su redacción, pero disponemos de la Farmacopea Matritensis en castellano (1823) que, como se recoge posteriormente, es realmente una traducción de la última edición en latín de 1762. Otro dato corrobora la presencia de este tratado en la botica del hospital es que, dado la escasez de las

⁴ Cajas 11944-11963, sobre Desamortización del Hospital de San Antonio Abad.

⁵ Entre ellos destacamos los de José FERNÁNDEZ ARIENZA.

⁶ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO. *El Hospital de San Antonio Abad de León (siglos XV-XX)*. León y su Historia. Miscelánea Histórica de Temas Leoneses, León 2002 p. 624.

farmacopeas oficiales de principios de siglo por los avatares políticos⁷, prácticamente todos los boticarios adquirirían esta farmacopea. A esto añadimos como base documental que, consultando la bibliografía, encontramos que tres tratados estaban ampliamente distribuidos por las boticas de los hospitales en la primera mitad del siglo XVIII: *Farmacopea universal* (1829), *Formulario universal* (1841) y *La botica o repertorio general de farmacia práctica* (1853). Por lo tanto, no es muy arriesgado suponer que estos cuatro tratados nos pueden indicar para qué usaban los medicamentos y fórmulas recogidos.

Teniendo estos tratados como base, hemos incluido otras farmacopeas y tratados médico-farmacéuticos de este periodo para tener una visión mas completa del conocimiento de la época, especialmente la primera farmacopea española oficial en castellano de 1865 (5ª ed.), dada la obligatoriedad de poseer este tratado por parte de las boticas. Igualmente, para alguna búsqueda concreta se consultó “Dioscórides Interactivo” de la Universidad de Salamanca. <http://dioscorides.usal.es/>.

Si no se encontraron datos en los tratados anteriores, se consultó “*Pharmacopoeia Matritensis* 2^{da} ed., 1762”, “*Pedacio Dioscorides Anazarbeo*, 1733”, “*Pharmacopea Hispana*, 1794” y “*Tyrocinium pharmaceuticum* de Juan de Loeches, 1751”, aunque su interpretación resulta bastante compleja.

Búsqueda bibliográfica: Todas las farmacopeas citadas se han conseguido en formato PDF a través de la plataforma electrónica <https://books.google.es/>. Una vez descargadas en una única carpeta, se utilizó la herramienta “*búsqueda avanzada*” de Adobe Acrobat 9 Pro Extended que permite la búsqueda simultánea en todos los documentos incluidos en esa carpeta. Se puede realizar una búsqueda por palabras clave, búsqueda con *truncadores* y búsqueda de palabras por proximidad⁸, siendo así muy importante para encontrar la descripción de los preparados.

Una vez que la búsqueda finalizaba, se analizaron todos los resultados hasta encontrar la descripción y utilidad de los diferentes preparados y fármacos.

Es importante destacar que recogemos, por tanto, los datos clínico-farmacéuticos de la época, citando patologías e indicaciones con los conocimientos de entonces. Hay que tener igualmente en cuenta la evolución del conocimiento a lo largo de este periodo, así como los cambios en la composición de las fórmulas magistrales o el hecho de que algunas plantas experimentaron un cambio de nombre a finales del S. XVIII. Los datos recogidos se exponen tal como se describen en el periodo de estudio.

Cuando se describe una FM en las farmacopeas, se incluyen las cantidades del específico y las dosis. En nuestra revisión, y para evitar una descripción excesivamente extensa, si no se indica específicamente, coinciden las dosis de la formulación con las descritas en la farmacopea. Solo si la dosis es el factor definitorio para una indicación u otra se recoge de forma expresa.

⁷ Miguel Ángel RODRÍGUEZ-CHAMORRO, Emilio GARCÍA-JIMÉNEZ, Alfonso RODRÍGUEZ CHAMORRO, Eva Mª PÉREZ MERINO y Ana MORENO LÓPEZ. *Las Farmacias Españolas Publicadas en los últimos 500 Años (Siglos XVI-XXI)*: Farmacéuticos Comunitarios 4 (2012) 176-181.

⁸ Permite, por ejemplo, en una búsqueda con las palabras clave “liquen ruibarbo” detectar: *liquen* y *ruibarbo*, *liquen y raíz de ruibarbo*, *liquen/ruibarbo*, etc.

Hay un apartado en el que podemos estar seguros de no confundirnos: la calidad de las preparaciones era excepcional; como se recoge en la convocatoria para cubrir plaza de boticario en este hospital⁹ en referencia a los requisitos del regente de la botica. Se indica como requisito “sostener, ya que aumentar no se pueda, la reputación y el alto crédito que en el día goza la botica del hospital”¹⁰.

Es muy curioso, como recoge Gutiérrez Campillo, que es en el siglo XVI cuando la botica pasa a ser una preocupación primordial para los regentes del hospital por el alto coste que suponía, ¡¡¡no ha cambiado nada en cinco siglos!!!¹¹.

Por otro lado los datos archivísticos y bibliográficos encontrados han sido sometidos a un minucioso análisis estadístico, que se comentará más adelante.

Análisis estadístico.

Todas las variables recogidas (cualitativas y cuantitativas) fueron introducidas en una base de datos (Microsoft Excell) y posteriormente analizadas mediante un paquete estadístico (SPSS 18).

Para comparar las variables categóricas se utilizó el test de la *Chi-cuadrado*¹² con la *corrección de Yates* en los casos necesarios. Las variables cuantitativas han sido sometidas a un *análisis de Kolmogorov-Smirnov* para evaluar desviaciones de la curva normal. En la comparación de variables cuantitativas entre grupos independientes se utilizó el *test de la t de Student* y el *análisis de ANOVA* o el *test de la U de Mann-Whitney*, así como el *test de Kruskal-Wallis* según el comportamiento normal o no de las variables. Para evaluar el grado de asociación lineal entre dos variables cuantitativas se utilizó el *coeficiente de correlación ordinal de Spearman*.

Los resultados se expresaron en forma de medias con desviación estándar y los correspondientes intervalos de confianza al 95% para las variables continuas; las variables categóricas se expresaron en forma de porcentajes y Odds Ratio cuando procedía. Se consideraron valores estadísticamente significativos aquéllos con $p < 0,05$ en el análisis de dos colas y se aplicó la *corrección de Bonferroni* en los análisis “post-hoc”.

I-3. Historia de la Medicina: Vía hacia una forma de conocimiento.

Decía el profesor Laín Entralgo (1908-2001), uno de los grandes historiadores en esta materia, con gran reconocimiento no solo en España sino a nivel mundial, en un prólogo a su tratado de “Historia de la Medicina”, que esta es una “peculiar vía de

⁹ En el Acta capitular N° 10060-2.

¹⁰ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, Ed. Archivo Histórico Diocesano, León 2002, León 2002, p. 615.

¹¹ *Ibidem*, p. 612.

¹² Una prueba de *chi-cuadrado* es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos.

acceso al saber (la histórica), complementaria de las que generalmente son tenidas por principales: la inspectiva, la estadística, la experimental, la especulativa”.¹³

En la introducción del anterior tratado, el autor se refiere a la Historia de la Medicina, como Medicina pretérita (parafraseando a Ortega), “como la sucesión real de los pasados modos de vivir, es un tácito sistema para la constitución y la intelección del modo de vivir (Medicina actual), desde el cual él entiende y describe el pasado”.

La formación intelectual del médico a través del conocimiento de la Historia de la Medicina, puede serle útil, a no ser que desee que su ejercicio sea puramente rutinario. Según el profesor Laín, la Historia de la Medicina puede ofrecer al médico, entre otros, un camino hacia la integridad del saber, dado que la historia ofrece un conocimiento superior a lo solamente presente, así como cierta opción a la originalidad, dado que toda investigación tiene tras de sí un camino de cómo se ha llegado a la instalación intelectual del tema que se va a investigar; porque, para él, el conocimiento riguroso del pasado nos enseña no solo lo que ese pasado fue, sino lo que en él pudo ser y no fue, o por qué determinados hallazgos y saberes del pasado pueden haber sido olvidados y con la historia emergen a la actualidad, hecho que de otra forma no sucedería con alta probabilidad.¹⁴

Volviendo a los escritos del profesor Laín Entralgo, en algún momento, “El historiador era el especialista en contarnos lo pasado en tanto pasado; no se pensaba ni por un momento que lo más esencial de la tarea historiográfica es contarnos el pasado como presente *en nosotros*”¹⁵.

Las primeras referencias sobre la enseñanza de la Historia de la Medicina se remontan a 1743, en la Universidad de Würzburg, y de 1750 en la de Göttingen. De todas maneras, esta disciplina solo alcanza su apogeo con la creación del primer Instituto de Historia de la Medicina en Leipzig en 1905. La Historia de la Medicina como disciplina académica,¹⁶ igual que la propia disciplina histórica, forma parte de la tradición erudita alemana.

Según el profesor J.C. Eslava hay tres grandes escuelas de Historia de la Medicina:

- A) La escuela germano-norteamericana cuyo liderazgo parece recaer en Henry Sigerist; que, aunque europeo de nacimiento, desarrolla gran parte de su trabajo en USA. Uno de los puntos fundamentales de este autor es considerar a la Medicina como parte importante de la civilización y, por tanto su historia, un componente de la Historia General de la Humanidad.¹⁷

Se consideró en dicha escuela que el historiador de la Historia de la Medicina debe ser ante todo un médico, con una férrea formación en los métodos de la disciplina

¹³ Pedro LAÍN ENTRALGO, *Historia de la Medicina*, ed. Salvat Editores, 1978. Prólogo e introducción, p. V.

¹⁴ *Ibidem*, p. XXXI.

¹⁵ *Ibidem*, p. 255.

¹⁶ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Crónica de la Medicina en León*, ed. Colegio Oficial de Médicos de León, León 1994.

¹⁷ Theodore M. BROWN y Elisabeth FEE: Henry E. Sigerist: *Medical Historian and Social Visionary*, *American Journal of Public Health* 93 (2003)1 60.

histórica. El estudio de la Historia de la Medicina, para esta escuela, puede posibilitar el descifrar hacia qué dirección se mueven los procesos, a modo de brújula, que guía la acción hacia el futuro.¹⁸

Para Sigerist, la historia de la Medicina, tal como él la profesaba, era además una indagación vinculada a los problemas médicos del presente

B) La escuela española ha tenido grandes historiadores de la Medicina (Profesor Laín Entralgo, Profesor López Piñero, Profesor Sánchez Granjel, Profesor Juan Antonio Paniagua, Agustín Albarracín, Don Luis García Ballester, etc.)

El pionero de todos ellos, Pedro Laín, defendía la importancia de la Historia de la Medicina como un saber que permite comprender la actualidad de la Medicina, y por tanto, el proceso que ha llevado a la constitución de los saberes del momento. Por tanto, asume que la Historia de la Medicina es una herramienta que ayuda a la Medicina del presente a "dar razón de lo que se sabe, pero también a motivar al médico a conquistar lo que no se sabe".

C) En este devenir histórico ha sido muy importante también la escuela francesa, especialmente en la segunda mitad del siglo XIX de la mano de George Canguilhem y algún discípulo, como Michel Foucault, entre otros.

Leyendo el libro *Antropología Médica para clínicos*, cuyo autor es el Profesor **Laín Entralgo**, me llama la atención algo que pudiera estar no de actualidad y con lo que estoy de acuerdo.: *El médico, en su relación directa con el enfermo, nunca ha dejado de ser un hombre, que médicamente está tratando a otro hombre. Mas, cuando el clínico pasa a ser patólogo, cuando se afana por dar razón científica de lo que como tal clínico ve y hace ¿no es cierto que la persona tratada suele quedar intencionalmente convertida en un objeto que sólo por modo comparativo puede ser llamado hombre?*¹⁹.

Defiende este autor que *"para que la patología llegue a ser plenamente humana, por necesidad habría que fundarla sobre un conocimiento del hombre, en cuanto tal, del hombre como ente a la vez comparable e incomparable, y desde el punto de vista de su mudable condición de sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal: es decir, sobre una verdadera antropología médica"* y refiere que la antropología médica, en el saber médico, debe tener su fundamento propio: el conocimiento del hombre en cuanto hombre.²⁰

De hecho considera que la historia tiene que verse con perspectiva antropológica, y la antropología ha de construirse desde la historia. Influenciado por Ortega, Heidegger y Zubiri, defiende que la historia no está tejida de "hechos" meramente naturales sino de "acontecimientos humanos". Los seres humanos son respetables porque son seres humanos, no por las ideas que defiendan.²¹

¹⁸ Juan Carlos ESLAVA, *La historia de la historia de la Medicina: una exploración inicial*, 2014; 147-171. Ed. Revista colombiana de Filosofía de la Ciencia.

¹⁹ Pedro LAÍN ENTRALGO: *Antropología Médica para Clínicos*, 1984, cf. Prólogo, p. VII.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Diego GRACIA GUILLÉN, *Pedro Laín Entralgo*, en "Diccionario Biográfico Español de la Real Academia de la Historia".

En la Revolución Industrial se intensificó el estrés social, haciéndose insoportable para el individuo, por ello surgió la necesidad de humanizar la Medicina.²²

El término antropología médica lo propone un urólogo vienés, Oswald Schwarz, en 1929, quien, a la vista de la crisis de los fundamentos en las ciencias, se plantea exigir una Medicina científica, sistemática, sobre la esencia del ser humano. La ciencia básica del ser humano es lo que entiende Schwarz por antropología.

Richard Siebeck (1883-1965), de la Escuela de Heidegger, que se mueve hacia la Medicina antropológica, cree que el paciente²³ no solo es un conjunto de leyes de física y química, sino un organismo vivo con una constitución particular, con cuerpo y espíritu, con personalidad sumida en un ambiente concreto y con relaciones sociales, a veces conflictivas. En el pensamiento de Laín impresiona la idea de Siebeck de que el enfermo no sólo tiene su enfermedad; él y su destino personal la hacen. Para Laín Entralgo la Medicina, en cuanto tal, es un sistema de problemas y la antropología médica su solución.

En lo que respecta al planteamiento moderno de la Medicina socializada, se considera a Sigerist pionero.²⁴

La Organización Mundial de la Salud, en 1946, define la salud como el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad. El profesor Laín la rechaza por utópica y la sustituye por la suya: la salud, meta del enfermo y del médico, es *"la capacidad de ordenado centramiento de una persona tras haberse entregado al máximo descentramiento psicoorgánico que exige la realización de la vida, cuando esa persona se propone alcanzar la cima de sus propias posibilidades: esfuerzos intelectuales, artísticos, deportivos, actos geniales y heroicos"*.²⁵

Si tuviéramos que seleccionar algunos hitos clave en la Historia de la Medicina, podríamos decir de acuerdo a una editorial del año 2018 de Univadis, los siguientes²⁶:

Los médicos tienen que comportarse: Código de Hammurabi.

La Medicina se desarrolla en tiempos de bienestar. Hipócrates y el "Siglo de Pericles".

Para ser médico hay que tener capacidad crítica: Paracelso.

El que sólo sabe Medicina, ni Medicina sabe: El Hakim árabe.

Parte de los grandes avances médicos se han producido en tiempos de guerra.

²² Nelson R. ORRINGER, *La Antropología Médica de Pedro Laín Entralgo: Historia y Teoría*, Ed. Ay. Médica. Revista de Humanidades 2 (2008) 190-205.

²³ Aunque esto es difícil de llevar a la práctica.

²⁴ Según Allan Gregg, de la Rockefeller Foundation describe en una cena en honor de Sigerist, a punto éste de irse de USA, cómo Henry Sigerist nos ha hecho conscientes de que la Medicina es el estudio y aplicación de la biología en una matrix, que es a la vez histórica, social, política, económica y cultural. Theodore M. BROWN y Elisabeth FEE. *American Journal of Public Health*; 2003; vol. 93.

²⁵ Pedro LAÍN ENTRALGO. *Antropología Médica para Clínicos*. Salvat Editores; Barcelona 1986, pp. 179-202.

²⁶ ANÓNIMO. Editorial. *Hitos Clave en la Historia de la Medicina*. Univadis, 2018, pp.1-5.

I-4. El Camino de Santiago y la hospitalidad.

El Camino de Santiago: Nacimiento y desarrollo de los Hospitales. Descubrimiento de la tumba del Apóstol.

En el año 813 el pastor Paio (Pelayo) hace el descubrimiento de la supuesta tumba del apóstol Santiago en una lejana aldea de Galicia; en donde, al parecer, tanto él como vecinos de su parroquia, llevan tiempo *viendo luces resplandecientes y escuchando cantos y voces angelicales procedentes de un bosque de Libredón*. Paio descubre entre la maleza un triple enterramiento, informando al obispo Teodomiro de Iria Flavia (actual Padrón), al que, según se cuenta, se le aparece Jesucristo y le informa que esas tumbas son del apóstol Santiago y sus discípulos Teodoro y Anastasio (X). Teodomiro informa al rey Alfonso II, el Casto, denominando al monte Campo de estrellas "*Campus Stellarum*". Posteriormente este rey y después Alfonso III levantan en el lugar la primera iglesia Compostelana, esta última en el año 872, al derruir este rey la pequeña iglesia levantada allí por Alfonso el Casto, de piedra y barro, para construir otra de sillería y cemento, con columnas y basas de mármol, de gran hermosura.²⁷

Esta narración es el primer texto histórico conocido escrito por Sampiro (siglos X al XI). Se atribuye a Alfonso III la construcción de la primera iglesia sobre la tumba del apóstol Santiago²⁸ en aquel reino; y entre la dote, una cruz de oro, ahora desaparecida, donada por este rey y su esposa, la Reina Jimena, "en honor del Apóstol Santiago" en el año 874.²⁹

En el año 893, el 25 de julio, los mismos monarcas donan al Apóstol la iglesia de Arcos junto al Tea con sus posesiones, y se le pide a Santiago, además de la remisión de los pecados, la victoria sobre el enemigo "*et ut nobis in presente seculo victoriam de inimicis tributatis...*" También estos reyes donan el 25 de noviembre del 895 unas propiedades en el Bierzo, y el 30 de diciembre del 898, unas villas en el territorio de Coimbra, recién reconquistada.³⁰

No hay unanimidad sobre si la evangelización de Santiago el Mayor, hijo de Zebedeo, llegó a Hispania tras su labor apostólica en Jerusalén, existiendo argumentos a favor y en contra.³¹ La tradición cristiana habla de la predicación de los hijos de

²⁷ En el bosque próximo a la residencia de S. Fiz de Sublovio de Galicia se descubrió, en la primera mitad del siglo IX, un sepulcro que por la forma extraordinaria y por otras razones tradicionales, la devoción popular atribuyó al Apóstol Santiago.

²⁸ Luis VÁZQUEZ DE PARGA, José María LACARRA y José URÍA RIU, *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. Madrid 1948. Tomo I, 28-29.

²⁹ V.J. GONZÁLEZ GARCÍA, *La hospitalidad asturiana durante la primera época del Camino de Santiago (Siglo IX-XI)*: en Horacio Santiago-Otero, *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Madrid 1992, 30 y ss.

³⁰ V.J. GONZÁLEZ GARCÍA, *La hospitalidad asturiana durante la primera época del Camino de Santiago (Siglo IX-XI)*: en Horacio Santiago-Otero, *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Madrid 1992, 33.

³¹ Hay una serie de textos que destacan la predicación de los Apóstoles por todo el mundo, y asignan Hispania a Santiago: San Isidoro de Sevilla, San Beda el Venerable, Beato de Liébana. Asimismo, San Aldhelmo de Malmesbury (Inglaterra), a finales del S. VII, señala en un poema dedicado al altar de Santiago su predicación en España.

Zebedeo a derecha y a izquierda en el Reino de Jesús; Juan en Asia, Santiago en Hispania.

Su labor evangelizadora³² comenzaría en el sur de Hispania para desplazarse al norte por tierras portuguesas (Coimbra, Braga), llegando hasta Iria Flavia en Galicia; y, posteriormente dirigiéndose hacia el este peninsular (Lugo, Astorga, Zaragoza, Valencia) para partir de nuevo a Palestina, en donde, desoyendo la prohibición de predicar el cristianismo, fue decapitado por orden de Herodes Agripa en el año 44 d.C.³³ El traslado del cuerpo de Santiago a Galicia ratifica las afirmaciones de San Jerónimo: "Cada uno descansaría en la provincia donde había predicado el Evangelio"³⁴. Como consecuencia de una extendida creencia, Santiago se convierte junto a Jerusalén y Roma, en los puntos estelares de la Cristiandad, dando lugar a las denominadas "*peregrinationes maiores*" de la Edad Media, edad del viaje por excelencia.³⁵

La peregrinación a Santiago se extendía en los siglos centrales de la Edad Media en todos los países de Europa, desde Escandinavia a Grecia, desde Polonia a Portugal. Por todo ello, se considera al Camino de Santiago por el Consejo de Europa *Itinerario Cultural Europeo*, forjándose Europa en gran medida en ese camino; así también, ha sido declarado por la UNESCO *Patrimonio de la Humanidad* en 1993 para la parte francesa y recibido el Título honorífico de *Calle Mayor de Europa*, e incluyó los Caminos de Santiago del Norte Peninsular³⁶, en la Lista del Patrimonio Mundial del Camino de Santiago, en el año 2015.³⁷

De menor importancia histórica, pero más antigua, es la tradición o convicción de que Santiago el Mayor vino a España a predicar el evangelio; con un mandato de la Madre de Dios de construir una iglesia en su honor en donde mayor número de personas se convirtiera al Evangelio, añadiéndose a esa tradición el que, encontrándose Santiago a orillas del Ebro en Zaragoza, tras predicar con poco éxito, se le apareció la Virgen sobre una columna y le encargó construir una iglesia en su honor.³⁸ Esta doble tradición influyó en la historia de España, y también en la historia de Europa.

Pero esta tradición no siempre fue aceptada como tal. Jiménez de Rada, arzobispo de Toledo a principios del siglo XIII, negó rotundamente que Santiago viniera a España antes de su muerte, aunque seguramente lo hizo para destacar la primacía de la

³² En el Breviario de los Apóstoles, de finales del siglo V, se habla de la predicación de Santiago en España y su enterramiento en el Arca Marmórea.

³³ Miguel CORDERO DEL CAMPILLO, *Enfermedades del Camino de Santiago*. Congreso de Historia de la Veterinaria, León 2016, pp. 1-24

³⁴ Emilio GARCÍA LOZANO, *Origen e Historia del Camino de Santiago*. Ed. electrónica del IES Alonso Berruete.

³⁵ Dante Alighieri, en el capítulo 40 de la *Vita Nuova*, se refiere como palmeros a aquellos que viajan a Tierra Santa, donde reciben la palma; peregrinos a los que van a la casa de Galicia, puesto que la sepultura de Santiago se encuentra más lejos de su patria que la de otros apóstoles; y romeros, los que van a Roma. Cf. Horacio de SANTIAGO-OTERO, *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Madrid 1992, pp. 9-15.

³⁶ El camino Primitivo que se inicia en Oviedo, el Camino Costero, el Camino vasco-riojano y el Camino de Liébana.

³⁷ En la 39ª Sesión del Comité del Patrimonio Mundial de la UNESCO, celebrado en julio de ese año en Alemania.

³⁸ Klaus REINHARDT y Horacio de SANTIAGO-OTERO, *Juan Roa Dávila (1552-1630) y las controversias sobre la venida y predicación de Santiago a España*: en *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Madrid 1992, pp. 17-26.

iglesia toledana sobre la compostelana. Uno de los teólogos que defendió la venida a España de Santiago fue Juan Roa Dávila, nacido en el 1555 en Alcalá de Henares, y que justificó dicha venida y predicación de Santiago por dos razones: Una, por defender la gloria de su patria, consistente más en las gracias y beneficios de Dios que otorga a través de los Santos, sobre todo de Santiago; y otra, por la defensa del principio teológico de la tradición. Lo que sí parece es que este tema, la defensa de la venida de Santiago a España, fue un asunto de alcance nacional; debiendo Felipe III intervenir ante la Santa Sede en su sostenimiento mediante varios teólogos, como Pedro de Valencia y Juan de Mariana. En 1631, en una revisión del Breviario por Urbano III, se impuso la tesis española, no solo como tradición, sino como hecho histórico.

En fin, todos estos polémicos hechos están detrás de lo que fue un Camino de peregrinaje que influyó enormemente en la vida de las ciudades y villas por las que pasaba el Camino, en los planos económico, social, cultural y también asistencial. Como luego veremos, a lo largo del Camino se crearon centenares de hospitales o lugares de asistencia a los peregrinos, tanto sanos como enfermos, siendo uno de ellos el de San Antonio Abad de León.

I-5. La Iglesia, en el eje de la asistencia a menesterosos y en el desarrollo de los hospitales.

Antes de ser un servicio público administrado por los servicios modernos, la atención a los enfermos pertenece histórica y constitutivamente a la misión de la Iglesia³⁹. Decía San Juan Pablo II, que “*Cristo se acercó incensantemente al mundo del sufrimiento humano. “Pasó haciendo el bien”, y este obrar suyo se dirigía, ante todo, a los enfermos y a los que esperan ayuda*”⁴⁰. *De hecho, en el correr de los siglos, la Iglesia ha considerado el ministerio para con los enfermos y los que sufren como una parte integrante de su misión, y no sólo ha favorecido entre los cristianos el florecimiento de diversas obras de misericordia, sino que ha hecho surgir de su seno muchas instituciones con la finalidad específica de promover, organizar, perfeccionar y extender la asistencia a los enfermos y los débiles. A su vez, los misioneros, al realizar su tarea de evangelización, asocian constantemente la predicación de la Buena Nueva con la asistencia y el cuidado a los enfermos*”⁴¹.

La profesora Encarnación Martín López refiere que *la Iglesia es el primer estamento en tomar conciencia de la problemática social que los marginados representan, y, así dirigirá sus esfuerzos en orden a solucionarlo poniendo en práctica una de las más importantes máximas de la reforma gregoriana y benedictina, la caridad y la limosna*⁴².

Precisamente el mensaje originario cristiano de caridad hacia los más necesitados, y entre ellos los enfermos, establece entre los primeros cristianos la acogida

³⁹ Relatado por Ana ARTÁZCOZ COLOMO en la revista Estar (2005). Refiere cómo en el Concilio Vaticano II, se establece un paralelismo entre cómo Cristo realizó la curación y no solo salvación de los hombres y la manera en que la Iglesia debe continuar esa obra a través del tiempo y del espacio: *La Iglesia rodea de afectuosos cuidados a cuantos están afligidos por la debilidad humana.*

⁴⁰ Carta Apostólica de San Juan Pablo II “*Salvifici doloris*”, Roma 1984.

⁴¹ Carta Apostólica “*Dolentium hominum*”, Roma 1985.

⁴² Citando a M. Mollat, *Les pauvres et assistés au Moyen Age*. Madrid 1973. Primeras jornadas luso-hispánicas de Historia Medieval, Lisboa, Madrid 1973, vol.I, p. 23.

al que sufre como una *obligación sagrada*⁴³. La caridad es un sentimiento generador de beneficencia y se amolda a los mejores sentimientos de la naturaleza humana, siendo condición necesaria de nuestra sociabilidad⁴⁴.

Jaime Balmes Urpiá decía⁴⁵ que “*nunca habría faltado un número de fieles que hubieran recordado las doctrinas y el ejemplo de Jesucristo, y que extendida por el mundo la caridad cristiana, debían ser socorridas todas las necesidades con más frecuencia y eficacia que no lo eran anteriormente*”. De hecho, le parece increíble a Balmes que Montesquieu apludiera el que Enrique VIII de Inglaterra “*quitara hospitales y destruyera los frailes, a los que llamaba gente perezosa que fomentaba la pereza de los demás*”.

Hay que diferenciar entre pobres y enfermos, no desde el punto de vista de ejercicio de la caridad, sino como concepto en sí mismo. En palabras de Michel Mollat, *Pobre, es el que presenta una disminución ostensible respecto a los otros hombres, resultante de la privación de medios para afirmar su presencia y su dignidad personal en la sociedad. Ello puede llevar consigo, falta de recursos para comer, vestir, alojarse, o mantener una familia. La pobreza puede ser debida a falta de trabajo, de cualificación profesional, por limitación o privación de libertad; por tanto incapacidad de acabar con dicha situación sin la ayuda de otro. Puede ser responsable de la misma asimismo la enfermedad, teniendo ambas en común, pobreza y enfermedad, la privación de un bien. Pero a diferencia de la enfermedad, la pobreza puede ser voluntaria, como en la vida religiosa, o por simpatía con los pobres.*⁴⁶

En ambas situaciones, pobreza y enfermedad, la Iglesia Católica ha sido adelantada a muchas instituciones. En una conferencia en Barcelona bajo el título: *¿Qué ha hecho la Iglesia por los pobres?*, el investigador Joan Galtés⁴⁷ explica que la Iglesia apostólica en los tiempos de los primeros cristianos, precisamente por ser marginada respecto a la sociedad pagana, hacía colectas entre sus prosélitos, que incluso compartían sus bienes en pro de las comunidades más necesitadas. Esta caridad desde el primer momento hubo de ser organizada, para evitar tensiones, eligiendo siete hombres para dicha función, siendo uno de ellos Esteban, el protomártir. Lo recogido era destinado a las viudas, huérfanos, esclavos y enfermos. Refiere este mismo autor, que a partir del siglo IV, la Iglesia asumió la acción social pública, representando el cristianismo la dignificación de las personas y la práctica de la caridad hacia los pobres, tanto por insistencia en la predicación de la misma como por el ejercicio práctico.

Joan Galtés concluye que “*cualquier conocedor de la historia de la civilización no puede dejar de remarcar que la dignidad del pobre y la asistencia al desvalido en la sociedad grecorromana fue fruto del cristianismo y que a la sombra de la Iglesia nacieron y desarrollaron una multitud de instituciones de beneficencia*”.

⁴³ Según refiere la citada Ana ARTÁZCOZ, el cuidado de los enfermos había sido considerado como una obra de esclavos, indigna del hombre. Es Cristo con su mensaje y hechos quien hizo evolucionar ese concepto, en gran medida como un acto misericordioso.

⁴⁴ Así comienza el libro primero sobre *La beneficencia en España* de HERNÁNDEZ IGLESIAS, publicado en 1876. Refiere el autor, que *sin socorro mutuo la sociedad no se concibe*, p. 9.

⁴⁵ En su obra *El Catolicismo comparado con el Protestantismo*, pp. 148-151.

⁴⁶ Michel MOLLAT, en *Les pauvres et assistés au Moyen Age*, p. 11.

⁴⁷ Conferencia de este personaje, vicario del arzobispado de Barcelona, en la Universidad de Barcelona en el año 2014.

Como dice del Ser Quijano, *la Iglesia desarrolló labor de beneficencia como mecanismo de distribución necesaria de los excedentes acumulados por disintos cauces, como donaciones “piadosas” de la sociedad entera, del rey al más humilde aldeano*⁴⁸.

En España será la ciudad de Mérida la que primero se conoce como emprendedora de obras asistenciales⁴⁹. En la segunda mitad del siglo VI, Mérida, situada en la España visigótica, y su iglesia poseían un gran patrimonio, en gran parte, como refiere el profesor José Orlandis Rovira, como consecuencia de un gran legado hacia el obispo Paulo, griego y médico de profesión, que tras haber curado a una señora con feto muerto uterino,⁵⁰ de rango senatorial en Lusitania, salvándola de una muerte inminente, recibió una gran donación con la condición de que fuera a favor de los pobres. A su muerte, le sucede su sobrino Fidel en el episcopado, quien a su vez, cercana la hora de su muerte, ordenó que se repartiera la fortuna heredada bajo una doble forma, condonación de deudas y limosnas.

*Cuando la administración pública carece de recursos propios para atender a enfermos, huérfanos, desamparados, viudas y peregrinos*⁵¹, aparecen figuras como el obispo Másona⁵², que sucedió en el episcopado al anteriormente descrito Fidel, teniendo el privilegio de ser el primero, al menos en el mundo visigótico, en construir un gran hospital a favor de los pobres, y que para su mantenimiento, le asignó numerosos predios, de cuyas rentas se sostenía el centro⁵³. Este Obispo Másona dota de médicos al hospital, busca a enfermos y peregrinos sin importar fueran siervos o libres, cristianos o judíos.

Pero no podemos finalizar estas líneas dedicadas brevemente a la iglesia visigoda sin mencionar la figura de San Isidoro de Sevilla⁵⁴, quien durante los seis meses finales de su vida ejerció una intensa caridad para con los pobres. Cuando le restaban escasos días para su fallecimiento, en la iglesia de San Vicente pidió perdón a todos los allí presentes y repartió entre los necesitados todo el dinero que poseía⁵⁵. Falleció cuatro días después.

Son innumerables los testimonios de reyes, papas, obispos o simplemente particulares, que a lo largo de los tiempos medievales y modernos dedicaron su tiempo

⁴⁸ Y no sólo en base a preceptos bíblicos y patrísticos. Gregorio del SER QUIJANO. *Algunos aspectos de la caridad asistencial altomedieval. Los primeros hospitales de la ciudad de León*. 1985, pp. 159.

⁴⁹ Importante el trabajo del Profesor José ORLANDIS ROVIRA, sobre *La asistencia a los pobres en la España visigótica*, en *A pobreza e assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média*. 1^ªs Jornadas Luso-Espanholas de História Medieval. Lisboa 1973; pp.699-713.

⁵⁰ Probable cesárea.

⁵¹ Nos cuenta en su libro HERNÁNDEZ IGLESIAS, p. 16. Ministerio de la Gobernación. Tomo I, Madrid 1876, pp. 7-23.

⁵² Al parecer el más notable de los obispos emeritenses.

⁵³ El narrador de las disposiciones del obispo Másona al construir el hospital de Mérida comenta que “*en su inmensa caridad, todo le parecía poco para los pobres*”. Cf. Antonio L. TURNES, *Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas*, 2009.

⁵⁴ Máxima autoridad intelectual en el siglo VII en el occidente cristiano.

⁵⁵ *Residuum egenis et pauperibus mox dari iussit pecuniam*, del capítulo del profesor José ORLANDIS ROVIRA, *La asistencia a los pobres en la iglesia visigótica de las primeras Jornadas Luso-Espanholas de Historia Medieval*, Lisboa 1973, Tomo II, p. 706.

y bienes impulsando o creando obras a favor de los más necesitados, teniendo como base el Antiguo y el Nuevo Testamento⁵⁶.

Estos no fueron hechos aislados. En la Edad Media, en la sociedad cristiana, los débiles y desgraciados, ocupaban un lugar predominante⁵⁷.

La actividad caritativa de la Iglesia, continúa en el siglo XVI con la creación de las Casas de Misericordia,⁵⁸ lo que prosigue durante los demás siglos⁵⁹ tanto de la época moderna como contemporánea.⁶⁰

La llegada del cristianismo, en efecto, pone de manifiesto el amor entre hombre-hombre⁶¹, fundamento de toda asistencia médica deseosa de perfección. Refiere el profesor Laín Entralgo que, en la concepción cristiana de la vida, la relación médico-enfermo tenía que ser entendida como un acto de amor⁶². La profesora Mercedes Gallent, de la Universidad de Valencia, afirma, acerca de la formación y ejercicio de los profesionales de la salud, la enfermedad y las instituciones de asistencia, que el proceso de lo anterior estaba ligado a dos valores centrales de la espiritualidad cristiana: **caridad** y **enfermedad**⁶³, como señalan los expertos en historiografía medieval, J. Agrimi y Ch. Crisciani.

Porque si la asistencia a los pobres fue un hecho muy significado en el mundo cristiano, desde el comienzo de la predicación cristiana, no lo es menos la *hospitalidad* ejercitada con el necesitado. Desde que el mundo cristiano pudo ejercer libremente su confesión, comenzó la proliferación de instituciones para ayuda a los enfermos, especialmente hacia los leprosos. Refiere Ana Artázcoz⁶⁴ cómo San Basilio en Capadocia crea en el año 372 una ciudad sanitaria para el cuidado de enfermos. *Esta acción asistencial se expande a Occidente, y San Benito de Nursia obliga a que en cada monasterio de su regla haya una hospedería para los pobres y peregrinos* (frecuentemente enfermos ambos), pues refiere San Benito que “*se ha de cuidar a los*

⁵⁶ Ver Deuteronomio, capítulo XV, versículos 7, 8 11, y capítulo XXV, versículos 10 al 13 ambos inclusive; Levítico capítulo XIX, versículos 9 y 10 o en el Exodo, capítulo XXIII, versículos 10 y 11 de la ley mosaica, o el Evangelio de San Mateo, capítulo V, versículos 43,44 45.

⁵⁷ Francis RAPP, *L'Eglise et les pauvres á le fin du Moyen Age: l'exemple de Geiler de Kaisersberg*. Se trataría de lograr un reencuentro con el mismo Jesucristo: “*Si tu n'as qu'un fils, s'exclame notre prédicateur, que Notre-Seigneur devienne ton second enfant, adopte un pauvre*”.

⁵⁸ Por ejemplo, en el siglo XIX, con la aparición de guarderías para obreros, educación de la mujer, sociedades católicas de socorro mutuo bajo instituciones fundadas por congregaciones religiosas o asociaciones cristianas. De nuevo debo referirme a la conferencia de Joan Galtés, donde expresa con claridad meridiana las obras realizadas al amparo de miembros de la Iglesia Católica, en gran medida como se expresa en la misma, por los devastadores efectos sobre el mundo obrero como consecuencia de la expansión de la revolución industrial, poniéndose de manifiesto el alto grado de compromiso del mundo cristiano.

⁵⁹ En el momento actual, instituciones como Caritas Internationalis han demostrado su gran vigencia y compromiso con los más necesitados, hasta nuestros días. (Fundada en 1867 en Friburgo (Alemania) y vinculada a la Santa Sede).

⁶⁰ En tiempos más recientes, la primera encíclica del Papa Benedicto XVI, recuerda que el amor es el constitutivo esencial de Dios. *Deus caritas est*, Encíclica de fecha 25-II-2005.

⁶¹ Pedro LAÍN ENTRALGO en su tratado sobre *La Relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría*, publicado en 1964, pp. 101 y ss.

⁶² De hecho refiere el autor, que los traductores al griego del Nuevo Testamento, para designar el amor sustituyen la palabra helénica *érôs* por el término *agápê*.

⁶³ Estos autores afirman en su tratado “*Charité et assistance dans la civilisation chrétienne medieval*”, París 1995, p.151, “*la charité, valeur et notion nouvelle, exprimee dans les Evangiles...*”

⁶⁴ En esta ciudad sanitaria existían *médicos, enfermeros, camilleros*, etc.

enfermos sirviéndolos cual si verdaderamente fuesen Cristo". En España, las reglas monásticas de época visigótica de San Isidoro y San Fructuoso hacen referencia igualmente a la necesidad de la asistencia a enfermos y caminantes.

En todo este proceso asistencial es de gran trascendencia la asistencia a los peregrinos, y en España el Camino de Santiago ocupa un lugar preeminente en la hospitalidad. "*Por lo que se debe saber que los peregrinos de Santiago, pobres o ricos, tienen derecho a la hospitalidad y a una acogida respetuosa*". De hecho, en la Alta Edad Media se recordaba la ira de Dios para los que se negaban a acoger a pobres y peregrinos en el Camino de Santiago⁶⁵.

En dicho Camino de Santiago lo anteriormente expuesto hizo que se desarrollara una red de hospitales, de los que al parecer destacaron el hospital de Roncesvalles, el hospital del Rey en Burgos, o el de los Reyes Católicos en Santiago⁶⁶, aunque a lo largo del camino se establecen otros muchos para el desarrollo de su misión. Así, en Logroño se contabilizan no menos de 6 hospitales medievales, en Burgos hay documentados 32 hospitales medievales, en León eran al menos 17, aunque se presume pudo haber más, y en Astorga se llegó a 25.

Después de la Iglesia, el hospital solía ser el edificio más importante de la ciudad⁶⁷.

Según refiere Sánchez Herrero, los hospitales en este ámbito fueron fundados por personas individuales, como el obispo o el rey, o colectivas: cofradías, repobladores, vecinos. El fin de los hospitales no pudo ser otro que la beneficencia, señala el anterior autor, destinados en su mayoría a o totalidad a los pobres, de forma que si algún hospital no cumplía correctamente su misión, podía ser castigado por el obispo. En la provincia de León se contabilizaron al menos 164 hospitales⁶⁸, aunque es cierto que no todos estaban en el mismo Camino de Santiago, pudiendo ser de ciudad o de campo abierto; y estos, de llano o de montaña.

Vázquez de Parga, Lacarra y Uría destacan las palabras de una Guía del Camino escrita por el viajero Herman Künig, a fines del siglo XV, que dicen: *León es una ciudad no muy pequeña, y que en ella se encuentran bastantes hospitales*. Estos autores identificaron unos pocos hospitales, pudiendo haber más: San Antonio, San Isidoro, San Marciel, de Rodrigo Martínez, de los Capellanes, de los Curtidores, de Santa María del Camino, del Santo Sepulcro, de San Andrés, de Santiago, el de Don Ibanes, San Miguel, San Froilán, San Marcos y el de San Lázaro. Este último, estaba situado al parecer delante de la iglesia de Santa Ana, desde el siglo XII pertenecía a la Orden del Santo Sepulcro, y desde el siglo XV de la Orden de San Juan⁶⁹, que es agregado al Hospital de San Antonio Abad por Real Cédula de 4 de septiembre de 1758⁷⁰. Sabemos que también

⁶⁵ Cf. Luis MARTÍNEZ GARCÍA, *La hospitalidad y el hospedaje en el Camino de Santiago*, refiriéndose a Aymeric Picaud, quien con esas palabras cerraba su libro *Liber Peregrinationis*, guía del siglo XII para los peregrinos jacobeos.

⁶⁶ Cf. José Miguel ANDRADE CERNADAS, *La Hospitalidad con el Peregrino*.

⁶⁷ Cf. Dr. Horacio BOLÓ, *La Ciudad Cristiana y el nacimiento de los hospitales*.

⁶⁸ Bien es cierto que no todos gozaban del mismo nivel de atención. Como dice Taurino Burón, unos acogían a peregrinos solo, otros también a pobres y enfermos, disponían o no de médico, Medicinas, conducción de enfermos y hospitalero, y distribuían o no limosnas, alimentos y leña.

⁶⁹ Según refiere Miguel CORDERO DEL CAMPILLO, en *Enfermedades en el Camino de Santiago*, en el Congreso de Historia de la Veterinaria, celebrado en el 2016, pág: 12.

⁷⁰ Según consta en el ACL 9275.

se construyó el de San Martín en 1613 por el arquitecto Pedro de Llanes, derruido cincuenta años más tarde al construirse la Plaza Mayor de la ciudad de León⁷¹.

De estos citados hospitales de la ciudad de León, como otros de lugares cercanos, tan solo ejercían una función verdaderamente sanitaria unos pocos, y casi todos ellos en poblaciones importantes, como Astorga, Villafranca, Sahagún, La Bañeza, Ponferrada, Benavides y León⁷².

En la provincia de León, según refiere la profesora Pérez Álvarez, durante el Antiguo Régimen el panorama asistencial era muy rural, exceptuando dos núcleos, que eran Astorga y León capital⁷³. En Astorga solo dos hospitales ofertaban asistencia médico-sanitaria, San Juan Bautista y el de las Cinco Llagas; el primero gestionado por el cabildo catedralicio y el segundo por una cofradía. Al menos en este último, uno de los objetivos era ofrecer a los pobres enfermos una esmerada atención. Dicho hospital fue fruto de la fusión de seis cofradías, y contó con numerosas donaciones y dotaciones a lo largo del siglo XVI. Al haber gran cantidad de vagabundos que acudían a los hospitales por ser gratuita la estancia, en este hospital de las Cinco Llagas se instituyó en 1521 la figura del visitador, que debía inspeccionar la condición de los ingresados, si los enfermos eran bien atendidos y velar por el cumplimiento diario de las normas⁷⁴.

En la ciudad de León destaca, tanto en tiempos medievales como modernos y contemporáneos, el hospital de San Antonio Abad, siendo el único que ha perdurado entre todos los hospitales que existieron en la ciudad. Como se comentará en el siguiente capítulo, el hospital de San Antonio Abad es una obra social milenaria, creada inicialmente en la puerta de la iglesia-catedral de Santa María en 1084 por el obispo Pelayo como alberguería, y después trasladada cerca del monasterio de San Marcelo por el obispo Pedro. Según los documentos dicen, "*secus ecclesiam construit unam domum, quo fiet in ospitio pauperum et peregrinorum*", es decir, se contruyó para pobres y peregrinos⁷⁵. El obispo y cabildo velaron de continuo por las necesidades del centro, como luego se explicará asimismo, siendo obligatorias y frecuentes las visitas del obispo durante casi un milenio para ver cómo era la atención que allí se dispensaba, como la del obispo Cayetano Cuadrillero y Motta (Foto nº 24), fundador en 1786 del Hospicio de León. Para cubrir las muchas necesidades de este hospital, el cabildo le donó gran cantidad de propiedades, de cuyas rentas se beneficiaba el hospital de San Antonio Abad. Sin embargo, tales beneficios a veces no eran suficientes, teniendo que sufragar el cabildo los gastos deudores, como en el siglo XVII, cuando dicho cabildo aportó más de tres mil ducados y seis mil reales, barajándose incluso la venta de la jurisdicción de Palanquinos.

⁷¹ Lo describe Javier RIVERA, en su libro *Arquitectura de la segunda mitad del siglo XVI en León*. Institución "Fray Bernardino de Sahagún". Excma. Diputación Provincial de León. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CECEL) 1982; pp. 114 y ss.

⁷² Los profesores de la Universidad de León Alfredo Martín García y M^a José Pérez Álvarez destacan que solo el 8,5%, contaban con una función marcadamente sanitaria, con atención médica y salas para la recuperación de los enfermos.

⁷³ Importante descripción del ejercicio de la caridad. Cf. M^a José PÉREZ ÁLVAREZ, *Enfermedad y caridad en la provincia de León durante la Edad Moderna: El hospital de las cinco llagas de la ciudad de Astorga*: Hispania Sacra 63 (2011) 75-102.

⁷⁴ Tal como refiere Cipriano GUTIÉRREZ PARDO, en su trabajo sobre *Las Cinco Llagas*: Argutorio 25/27 (2011), la tarea de estos visitadores además, era la de descubrir falsos peregrinos ingresados.

⁷⁵ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO. *San Antonio Abad, una obra social milenaria*. Ed. Archivo Histórico Diocesano, León 2002

Siempre como refiere Lesmes Sánchez de Castro, dominó en todo ello el espíritu de caridad cristiana:⁷⁶ En su monografía sobre el hospital de San Antonio Abad de León replica duramente a Concepción Arenal, acerca de lo escrito por ella en una publicación titulada “La beneficencia, la filantropía y la caridad”⁷⁷

La inmensa mayoría de pobres y enfermos que ingresaban en este centro asistencial no costeaban su estancia y cuidados, sólo el Obispo y cabildo. Así lo testifican los documentos del Archivo Catedral de León, que recogen al detalle los datos de las personas allí ingresadas, en especial para una primera etapa, 1848-1855, en donde al final de cada ingreso figura con gran frecuencia la expresión “**nada trajó**” (Foto nº 19)⁷⁸; y también entre 1888-1904, donde solo esta vez dejaban alguna aportación los pacientes “distinguidos”. Los datos precisos al respecto son los siguientes:

AÑOS 1848-1855

AÑO	Nº QUE INGRESARON	DONARON
1848	454	11
1849	397	7
1850	290	6
1851	292	9
1852	285	2
1853	381	0
1854	431	4
1855	413	1
TOTAL:	2943	TOTAL: 40

El conjunto de personas ingresadas en este periodo, del que hay constancia⁷⁹, y que aportaron algo desde el punto de vista económico, fue del 1,35%; por lo que se puede considerar que era casi un completo centro de beneficencia. Conviene recordar

⁷⁶ Lesmes SÁNCHEZ CASTRO, *La Hospitalidad*, 1880, pp, 12 y ss. Dice textualmente: *El verdadero origen de la beneficencia es preciso buscarle, pues, en la época en que llegada la plenitud de los tiempos, comenzó a iluminar las inteligencias y a calentar los corazones, la luz purísima del cristianismo.*

⁷⁷ *Ibidem*, pp. 88 y ss. Concepción Arenal cuestionaba la existencia de la caridad en centros asistenciales; a lo que respondía Lesmes Sánchez que sin caridad difícilmente se explicaba que las Hijas de la Caridad, por ejemplo, limpiaran las costras y exulceraciones de su cuero cabelludo, “*servicio penoso que con santo valor acometen antes de acostatarlas en la cama, siempre que es necesario, y que sólo Dios puede pagar*”. *Y cómo en una ocasión a un niño, se le había sacado uno por uno 66 gusanos de una buba de la cabeza.*

⁷⁸ Lo que significa que el individuo ingresado no aportaba nada al hospital para su asistencia.

⁷⁹ ACL, H: 289.

que muchos de los enfermos que entregaban alguna cantidad en el momento del ingreso exigían se les devolviera, y así se hacía, al alta.

Presentamos asimismo los datos de pacientes llamados “distinguidos”, que en el momento de ingreso donaban alguna cantidad por sus servicios. Los datos encontrados se refieren a los años 1888-1904⁸⁰. La cantidad entregada por ellos era de cuatro reales y medio al día ó 2,6 pesetas.

AÑOS 1888-1904

AÑO	Nº QUE INGRESARON	DISTINGUIDOS	PAGÓ
1888	903	1 (mujer)	Sí
1889	1037	1 (varón)	No
1892	1092	1 (varón)	Sí
1894	1223	7 (5 varones y 2 mujeres)	6
1895	1277	1 (varón)	Sí
1896	1339	2 (varones)	1
1897	1288	8 (2 mujeres y 6 varones)	3
1898	1260	6 (varones)	5
1901	¿	5 (4 varones y 1 mujer)	5
1902	¿	3 (varones)	3
1903	¿	4 (3 varones y 1 mujer)	3
1904	¿	6 (varones)	3

Hay que destacar que, entre estos últimos, los fallecidos salvo excepciones, no pagaron nada por los servicios obtenidos. Del total de los datos recogidos en este tiempo, fallecieron dentro de los distinguidos 5 personas, de las que sólo pagó una.

En total, sumando los años en los que sí sabemos el número exacto de ingresos (1895-1898), suponen 5.164 personas ingresadas. El total de personas que contribuyó en algo a su asistencia fue de 22 personas⁸¹, por lo que el porcentaje de donantes respecto a los ingresos conocidos fue de 0,42%, inferior al conjunto de pagadores 40 años antes (menos de la mitad).

⁸⁰ ACL, H: 296-302.

⁸¹ Consideradas “distinguidas”.

Si valoramos el número de ingresos totales conocidos entre los años 1888-1904, y el número de personas “distinguidas” que durante ese tiempo pagaron, los resultados son los siguientes:

Ingresos conocidos (1888-1898): 9419 pacientes ingresaron.

Personas que durante ese periodo pagaron: 18.

Porcentaje entre pagadores e ingresos totales: 0,19%.

El porcentaje de pagadores aún se reduce más al ir ampliando el número de ingresos y las fechas en que se contabilizaron.

Pero es que, además, en la citada obra sobre la hospitalidad del Dr. Sánchez Lesmes, médico “primero”, a principios del siglo XX, del hospital de San Antonio Abad, éste refiere que este centro asistencial surtía de medicación gratis tanto a la Casa de Misericordia de León, para los enfermos asilados que no son trasladados al centro, como a todos los pobres que acudían con las recetas que sellaba el párroco respectivo, por orden de sus médicos, al no existir en la mayor parte de lugares un sistema de beneficencia farmacéutica.

En San Antonio Abad, tal como objetivamente se refleja en su documentación interna, siempre se intentó mejorar el cuidado físico y asistencial de los enfermos, puesto que, además de los cuidados humanos, se intentó de manera continua adecuar sus instalaciones a la moderna evolución de la Medicina. Hubo laboratorio a finales del siglo XIX, al menos por los datos clínicos que nos constan, y se intentó introducir una maquinaria de Rayos X a principios del XX (Foto nº 26), aunque los devastadores efectos económicos de las sucesivas desamortizaciones sobre el hospital lo retrasaron al menos hasta después del cambio de ubicación en 1922.

Como conclusión a lo expuesto, constatamos que, tanto en León como en cualquier otro lugar de la Cristiandad, fueron innumerables las acciones de la Iglesia por los pobres y enfermos. Todo esto hubiera sido imposible sin la religiosidad popular que late bajo la asistencia. *La mentalidad popular desde la religiosidad barroca y contrarreformista impulsaba la solidaridad, el gusto por el sentimiento extremo de la enfermedad y la muerte, el atractivo casi supersticioso de las obras materiales en el comportamiento religioso que en la mente popular se oponían a la justificación por la fe luterana*⁸².

⁸² Cf. Pedro CARASA SOTO, *El Sistema Hospitalario Español en el Siglo XIX*, 1985, pp. 90 y ss.

II. EL HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD, DEPOSITARIO DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LEÓN.

II-1. Nacimiento y desarrollo hasta el siglo XX del Hospital San Antonio Abad de León.

La Edad Media es la edad del viaje por excelencia. Así comenzaba la conferencia inaugural de un Congreso Internacional celebrado en León entre el 3 y el 8 de julio de 1989 sobre "*El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y los peregrinos*"; y que era la frase de comienzo de la anteriormente referida Conferencia de su coordinador, Horacio Santiago-Otero.⁸³ Siempre se viajó, pero ninguna otra Edad ha sido tan móvil como la Edad Media.

Joseph Bédier, medievalista francés, decía "al principio era el camino", camino que unía ciudades, monasterios, abadías, y lo surcaban tanto el "*Rex ambulans*" que recorre sus territorios de ciudad en ciudad, como el mercader, el marginado, el juglar, el caballero errante, el monje, el predicador y, por supuesto, el peregrino, sano y enfermo.

La peregrinación, junto a la cruzada y la misión, eran en el mundo medieval el viaje por excelencia. Se viajaba en nombre de Cristo: "*Peregrinatio Penitentialis*".

Hay tres puntos estelares de peregrinación en la Cristiandad: Roma, Jerusalén y Santiago, que dieron origen a las tres grandes peregrinaciones de la Edad Media o "*Peregrinationes maiores*". Pero el peregrino por excelencia es el que va a Santiago.

Dante Aligheri, en su obra *Vita Nuova*, dice que "peregrinos puede entenderse en dos sentidos, amplio y estricto. En sentido amplio es el que se encuentra fuera de su patria. En sentido estricto, no es peregrino sino aquel que va a la casa de Santiago y vuelve".

Define a los viajeros como:

- Palmeros: van a Tierra Santa y reciben frecuentemente la palma.
- Romeros: los que van a Roma.
- Peregrinos: los que van a Santiago, dado que la sepultura de Santiago se encuentra más lejos de su patria que la de cualquier otro apóstol. Dicho de otro modo, Santiago es el primero de los peregrinos y, por ello, se le representa con bastón, alforjas y vieiras.

La peregrinación a Compostela constituye desde los comienzos un fenómeno importante, puesto que la red viaria a Santiago, que partía, como se ha dicho, desde Escandinavia, Grecia, Polonia o Portugal, supuso un importantísimo intercambio de costumbres, construcciones de monasterios, florecer de asociaciones y cofradías, hospitales, etc.

⁸³ Es muy interesante lo escrito en el preámbulo de este libro por Horacio DE SANTIAGO OTERO.

¿Qué facilitó la movilidad de las poblaciones a pesar de la inseguridad de los caminos, de los pobres o casi inexistentes medios de transporte y la aspereza de los territorios?

* El viaje de algunos reyes, como Alfonso II, Ramiro I, Ordoño I, Alfonso IV y Ordoño II.

* El viaje de eclesiásticos y nobles.

* El papel del latín como "lengua franca", sobre todo en las minorías cultas.⁸⁴

Pero, ¿qué motivó a los peregrinos a ir a Santiago abandonando su hogar, ir hasta el fin del mundo conocido (Finisterre), afrontando situaciones difíciles, o incluso la muerte? Las razones son múltiples: penitencia, devoción, cumplimiento de penas canónicas o civiles, lucro de indulgencias e incluso *turismo*.

Y, por supuesto, porque algunos estaban convencidos de que haciendo el Camino encontrarían solución a sus problemas sanitarios, a sus enfermedades. Sin embargo, ello contribuyó a empeorar el estado sanitario de las ciudades por donde pasaban. Es prácticamente seguro que la afluencia de peregrinos a Santiago coadyuvó en algo el progreso de la Medicina práctica, probablemente porque la *vía Sancti Jacobi*, como las ciudades y lugares de su trayecto, estaban *sobrecargadas de dolientes, o sea, el camino de Santiago, tenía un coeficiente de enfermos más elevado que en otros itinerarios no dependientes de él*.⁸⁵

El apóstol era considerado y venerado como poseedor de un gran poder curativo. El autor del *Liber Sancti Jacobi*, nos dice que Dios distinguió a Santiago, Pedro y Juan, como testigos de hechos singulares, además del de "*poder curar las enfermedades y arrojar los demonios*", *esto último común al resto de los apóstoles*.⁸⁶ Ello llevó a construir hospitales cuyo origen en la Edad Media es cristiano, y fueron creados por obispos y abades, pero también por reyes, nobles, órdenes militares, gremios e individuos piadosos.

Hay distintos tipos de establecimientos:⁸⁷ Xenodoquios: para extranjeros. Pandoquios: para peregrinos. Brefotropios: para expósitos. Orfanatrofios: para huérfanos. Geronquios: para ancianos. Ptoquios: para pobres. Nosocomios: para enfermos mentales.

En la época medieval, refiere Fernández Arienza⁸⁸ la existencia a finales del siglo XII, hasta veinte hospitales en la ciudad de León, que paulatinamente irán desapareciendo hasta quedarse definitivamente con uno (San Antonio Abad). Pero en la provincia de León, en el siglo XVIII, como se ha dicho, existían no menos de 164 hospitales, dado que era la de mayor extensión del recorrido en el denominado Camino Francés, a no ser que el peregrino opte en León por ir a Oviedo, para visitar San Salvador.⁸⁹

⁸⁴ Miguel CORDERO DEL CAMPILLO, *Enfermedades del Camino de Santiago*, p. 2.

⁸⁵ Luis VÁZQUEZ DE PARGA, José María LACARRA y Juan URÍA RIU, *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. Madrid 1948, Tomo I, pp. 435 y ss.

⁸⁶ *Ibidem*, pp. 401 y ss.

⁸⁷ Miguel CORDERO DEL CAMPILLO, *Enfermedades del Camino de Santiago*, p. 3.

⁸⁸ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Crónica de la Medicina en León*, ed. Colegio Oficial de Médicos de León, León 1994. Pp: 33 y ss.

⁸⁹ Un dicho de la Edad Media decía: "Quien va a Santiago y no va a San Salvador, honra al criado y olvida al Señor".

Según explica el investigador Taurino Burón⁹⁰ siguiendo datos del Catastro de Ensenada, Respuestas Generales del año 1752, un 62% de los hospitales del Camino eran administrados por cofradías, un 22% estaban relacionados con el mundo religioso (órdenes religiosas, Cabildos, Obispos y parroquias) siendo éste el segundo volumen en lo que respecta a la administración de los mismos.⁹¹ Sin embargo, los grandes centros asistenciales como San Antonio Abad de León y San Juan de Astorga eran regidos por los cabildos catedralicios.

De todos los hospitales citados, disponían de hospitaleros 33 centros, pero sólo 13 ofrecían alguna medicina, y un total de 22 contaban solamente con médico. Y es que el concepto de hospital, como lo entendemos ahora, que cubre las funciones médico-sanitarias, no era tan frecuente. De ahí el elevado número de centros que se llamaban hospital pero solo se dedicaba al alojamiento de viandantes y pobres.

El hospital de San Antonio Abad: Una obra social milenaria.

Desde la Alta Edad Media se sabe que en León cabildo catedralicio y obispado, promovieron obras a favor de enfermos, pobres y peregrinos. Si observamos en lo que podemos llamar *prehistoria* del hospital de San Antonio, obtenemos las primeras noticias el 5-III-874, cuando el obispo Fruminio hace una donación para socorro de los pobres. En el año 1084 (13 de diciembre)⁹² el Obispo Pelayo en su testamento dice textualmente: "*biendo abandonado el cuidado de peregrinos, sin vida, sin auxilio, considerando que su descanso necesita de un Hospicio, acordándome de la predicación del Apóstol Pablo, que a todos los que creen en Cristo mandó que sean caritativos mutuamente y sin murmuraciones, mando hacer ante la puerta de la Iglesia en territorio de Santa María una casa de hospitalidad, en donde todos los pobres, serviles, cojos, ciegos, mudos y peregrinos de otras provincias, buscando albergue en temor de Cristo, hallando la refección del cuerpo, hagan su oración por el Rey, por el Obispo, y por todos los clérigos que sirven a la Iglesia, y que además de esto, si alguno oprimido por la enfermedad y obligado por la necesidad de su pobreza, allí se recoja, hasta tanto que por la misericordia de Cristo, recobre la salud perdida*". (Fotos 1 y 2)

Fundó este obispo Pelayo una alberguería para pobres y peregrinos, efectivamente, ante la puerta de la Iglesia de Santa María, que estaba construida sobre el palacio de Ordoño II, y éste a su vez, sobre las termas de la Legio VII.⁹³ (Foto n° 3). Para ello donó ciertas propiedades y rentas que permitirían la subsistencia del mismo.

En el año 1096, el obispo Pedro, tras redificar la iglesia de San Marcelo y su monasterio, crea en ella un Hospital para pobres y enfermos. Este hospital fue el pionero de la ciudad de León. El testamento de Don Pedro, del 5/II/1131⁹⁴ dice: "*Yo, Pedro, Obispo por la voluntad de Dios, juntamente con los clérigos de la santa iglesia de santa María, alabando y glorificando y confirmando, este escrito que yo tenía en mi mente, puso Dios en mi corazón y en mi voluntad, que diera alguna casa a aquella alberguería, por el remedio de mi alma y de mi antecesor o sucesor...*" Sigue más adelante en su testamento: "*De suerte que desde hoy en adelante, esas villas y diezmos sean*

⁹⁰ En su trabajo *Funciones asistencial y médica de los antiguos hospitales Leoneses*.

⁹¹ Taurino BURÓN CASTRO, *Funciones asistencial y médica de los antiguos hospitales leoneses*: Tierras de León 50 (1983) 62-68.

⁹² ACL: Libro H3, f. 1.

⁹³ Poco después, sobre esta iglesia, se construiría la actual Catedral de León, como es sabido.

⁹⁴ ACL: Libro H3, ff. 2-3.

integrantes de la alberguería, y si algún hombre, contra este hecho por mí, quiere infringir, obispos, clérigos, reyes, condes, militares y cualquiera que fuese el que primero lo conociere, en primer lugar, caiga sobre él, la ira de Dios omnipotente..."

Este hospital, primero en León, fue impulsado por Alfonso VI y después por la reina Urraca en 1113, beneficiándose de los diezmos del portazgo y zavazogazgo de las ciudades de León y Astorga.⁹⁵ Además, se le concedieron las rentas de diversas propiedades, donadas por el obispo o por testamentos de particulares, contándose entre otras propiedades en Santovenia, Toldanos, Paradilla de la Sobarriba, Lorenzana, El Ferral, San Andrés, Villasinta, Palanquinos, etc.⁹⁶

Se llamó Hospital de San Marciel o San Marcelo en honor del centurión Marcelo, nacido en la segunda mitad del siglo III; que perteneció a la primera cohorte de los hastados de la Legio VII Gemina.⁹⁷ La tradición mantiene que, con motivo de las fiestas públicas del emperador Maximino, el centurión se negó a quemar incienso ante la efigie del César pues era cristiano, él, su mujer y sus 12 hijos. Fue hecho prisionero, trasladado a Tánger donde fue torturado y degollado el 29 de octubre del 298. Su cuerpo permaneció enterrado en Tánger por los cristianos del lugar, hasta 1471, en que el rey Alonso de Portugal, tras la conquista de la ciudad, llevó el féretro, primero a Jerez, después a Sevilla, y el abad de San Marcelo, don Gómez de la Isla, lo trajo a León, en donde fue sepultado el 29 de marzo de 1493, en presencia del rey Católico, el Conde Luna, el Marqués de Astorga, el almirante de Castilla, y el virrey de Galicia, Fernando de Acuña, entre otros.

Es entre 1227 y 1250, cuando se sitúan las primeras referencias históricas sobre el Hospital de San Antonio Abad. En un testamento del canónigo Fernando Alfonso, se recoge que hace más de 30 mandas, una de ellas para el hospital de San Antonio: "*Do Hospitali Sancti Antonii, duos seldos, Hospitali Sancti Marcelli, quatuor seldos*".⁹⁸ En el acta capitular de 9 de septiembre de 1374 se recoge "*Órdenes del obispo a diferentes personas para que den bien reparadas sus correspondientes rentas antes de todos los santos*". Una de esas personas es el Abad de San Marcelo, que repara el Hospital de San Antón. El acta capitular del 9 de septiembre de 1376 dice "*visitación de las casas de la Abadía de San Marciel, que es el hospital de San Antón*".⁹⁹

En 1460 el peregrino Herman Küning von Bach camina desde Mansilla a León y afirma: "A 11 millas está León, una ciudad no muy pequeña, en ella encuentras bastantes hospitales. Ve al de San Tonges (San Antonio), bastante bien arreglado".¹⁰⁰

Por tanto, se puede asegurar que desde el siglo XIII ya existía el Hospital de San Antonio Abad.¹⁰¹

⁹⁵ Montserrat PRADA VILLALOBOS, *Evolución de un Centro Asistencia Medieval Leonés: El Hospital de San Marcelo (1084-1531)*. Estudios Humanísticos Historia 1 (2002)92-118.

⁹⁶ Es de destacar que en esas propiedades eran muy abundantes las viñas, pues el vino participaba en la ración de los pacientes como un elemento frecuente e importante.

⁹⁷ Los *hastati* eran los más jóvenes y formaban la línea delantera de las legiones romanas.

⁹⁸ José Manuel RUIZ ASENCIO, *Colección documental del archivo de la catedral de León*, documento n° 1946.

⁹⁹ ACL, *Actas capitulares n° 9328*.

¹⁰⁰ Concepción CASADO LOBATO y A. CARREIRA PÉREZ, *Viajeros por León. Siglos XII-XIX*, Santiago García-Editor. León 1985, 113.

¹⁰¹ ACL, *Actas capitulares n° 9825*, f. 9.

Por otro lado, estudiosos, del tema, ateniéndose a los documentos encontrados, dicen que se debería de hablar de dos albergues-hospitales en los primeros momentos de esta actividad asistencial. El del Obispo Pelayo en 1084 en la puerta de la Catedral y otro doce años después, construido por el Obispo Pedro junto a la iglesia de San Marcelo, fuera de la muralla, pasada la Puerta Cauriense. (Foto nº 4). Posiblemente, y a pesar de que el Obispo Pedro había dado una dotación al primero, se debió de construir por alguna razón el nuevo, como mejorarlo, ampliarlo etc. que reuniera mejores condiciones, desmantelándose el del Obispo Pelayo, puesto que en el espacio de tres años, no se puede donar a dos entidades diferentes las mismas cosas (la villa de Palanquinos), máxime si se tiene en cuenta que la última donación, está sancionada por la entrega en el mismo acto por parte del rey de una nueva propiedad al nuevo hospital, hecho que no se produciría si hubiera habido la mínima traba de tipo jurídico. Una vez se construyera el nuevo Hospital de San Marcelo, se debió proceder al desmantelamiento del primero, situado frente a la iglesia catedral.¹⁰²

Hasta la gran reforma del siglo XVI (en el año 1555), el hospital de San Marcelo debía tener una capacidad limitada, dado el número de enfermos existentes y el gasto correspondiente.

Los verdaderos antecedentes de este hospital están ligados, como se ha referido, al empeño de la Iglesia por dar respuesta a las circunstancias de la ingente cantidad de peregrinos existentes, sobre todo hasta el siglo XVI, momento en que empieza su declive, entre otras cosas por la influencia, posiblemente negativa,¹⁰³ de la Reforma Protestante.¹⁰⁴

Hasta el siglo XVI, las cifras que demuestran el gran número de atendidos en dicho hospital son las siguientes:¹⁰⁵

1555: Enfermos 4039. Peregrinos 3380.

1579: Enfermos 8337. Peregrinos 4997.

1587: Enfermos 10832. Peregrinos 4492.

1588: Enfermos + peregrinos: 14386.

1589: Enfermos + peregrinos: 12376.

Los pacientes eran atendidos por clérigos en número de once, pero en algún momento disminuyen a tres en función de la situación económica del Centro, al igual que el número de camas, hasta un máximo de seis camas. Parece ser que a partir de 1306 cuidaban a los enfermos *raioneros* o beneficiados de la catedral, cuyas órdenes sagradas desconocemos, aunque es probable que muchos fueran diáconos.¹⁰⁶ En aquel momento existía también la figura del *hospitalero*, que según la investigadora Prada Villalobos, se comienzan a tener noticias de ellos en 1317, cuando fray Bienvenido firma así como testigo en un documento.

¹⁰² Gregorio del SER QUIJANO, *Algunos aspectos de la caridad asistencial altomedieval. Los primeros hospitales de la ciudad de León*: Studia Historia. Historia Medieval 3 (1985).

¹⁰³ Antes de la mitad del siglo XVI se hizo sentir en la peregrinación compostelana, las consecuencias del movimiento religioso de la Reforma, ocasionándose desaparición de los contingentes ingleses que llegaban por mar a la Coruña, así como de gran parte de alemanes y franceses.

¹⁰⁴ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, p. 612.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 558.

¹⁰⁶ Montserrat PRADA VILLALOBOS, *Evolución de un Centro Asistencia Medieval Leonés: El Hospital de San Marcelo (1084-1531)*.

En 1553¹⁰⁷ en el hospital atendían un ama, mozas, enfermera y dispensero, y en 1564 la plantilla del hospital la formaban un administrador, un mayordomo, un capellán, ocho mozas y una enfermera. En 1557, ya se hace referencia a los primeros barberos, que eran los encargados de realizar las sangrías. Recibían, entre otras cosas, dos cargas y media de pan. El médico recibía ocho cargas de trigo por visitar a los enfermos del hospital, y el cirujano dos cargas de trigo y dos de centeno por la cura de los pobres.¹⁰⁸

Es conocida la existencia de médico en el hospital de San Antonio Abad desde 1540, en la figura de Pedro Cármenes, que estuvo en tal puesto hasta 1544.¹⁰⁹

Otras figuras que son mencionadas eran el agonizante, cuya misión era ayudar en el tránsito a la otra vida a las personas en peligro de muerte y confortar a sus familiares; o el intérprete, tanto por los peregrinos de diversas lenguas, como soldados extranjeros que ingresaron tras las diversas batallas, como la de Almansa del año 1707.

En 1780 se crea la primera plaza de cirujano latino del hospital de San Antonio Abad, desempeñada por Don Antonio Josef Fernández, entre 1780-1793. Recibe como sueldo 200 reales por el hospital más otros 100 reales por parte del cabildo, ante la petición del cirujano de sueldo insuficiente. Además, el Administrador de la Obra Pía de Niños Expósitos le asigna 400 reales por la asistencia a los mismos. El contrato tiene una duración de seis años, que se renueva al finalizar.

Como dice el profesor Sánchez Granjel,¹¹⁰ “existían los *físicos* o médicos con formación y títulos universitarios y ocupados de las enfermedades internas; a ellos se sumaban los cirujanos, algunos, meros prácticos, carentes de formación académica; los barberos y sangradores, a quienes competía la práctica de menesteres secundarios...”, encargados más de las alteraciones externas. El ejercicio de la Medicina según refiere José Fernández Arienza, se regía por disposiciones tradicionales¹¹¹, que regulaban los tipos de profesionales. *Los médicos, además de necesitar el grado de bachiller en la universidad, debían realizar dos años de prácticas frente a un profesor autorizado, revalidar ante un Protomedicato, y así obtener el grado de Licenciado primero y Doctor en Medicina después.*

La Medicina y la Cirujía fueron prácticas separadas hasta el siglo XIX. Los cirujanos podían ser lo que en otros países se llamaron *cirujanos romancistas*, es decir, sin instrucción académica, sino sólo práctica al lado de un cirujano que supervisaba su formación durante un tiempo, y los menos los que se llaman *cirujanos latinos*¹¹², que precisaban tres cursos de Instituciones Médicas y estudios específicos. Todo esto se

¹⁰⁷ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 412.

¹⁰⁸ Ana Isabel ARIAS FERNÁNDEZ, *San Antonio Abad y el Hospital de Beneficencia de León (I)*: Argutorio nº 17/9.

¹⁰⁹ ACL. FHSA A Nº 10000.

¹¹⁰ En su libro *La Medicina en la época de los Reyes Católicos*. 1971, p.3.

¹¹¹ Las dictadas por los Reyes Católicos el 30 de marzo de 1477, y las de Felipe II del 2 de agosto de 1595, citado por José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y sociedad en León durante el siglo XIX* 1998. PP.58-59.

¹¹² *Cirujano latino*: cirujano que había cursado algunas materias médicas en latín en la Universidad. En A. BRITO-RAMÍREZ, 2010, p. 359

reguló de forma definitiva en 1874, con los títulos de Licenciado en Medicina y Cirugía o Doctor.¹¹³

Iglesia y alberguería ocupan en la ciudad de León un terreno que existe entre la muralla y la presa que baja desde San Isidoro, dejando un espacio vacío cercano a la *Puerta Cauriense*, que con el tiempo será la Plaza de San Marcelo, de tanta importancia en el futuro desarrollo de la ciudad.

En el año 1100 la población de León era de 1500 personas, pero 100 años más tarde se duplicó, por lo que, en 1300, el rey Alfonso XI ordena levantar la cerca en esa zona para que la ciudad se expanda hacia el barrio de Santa Ana, ya muy poblado. Con su construcción se delimita mejor la plaza de San Marcelo.¹¹⁴ En la puerta del hospital de San Marcelo los "*homes bonos*" se reunían para tratar temas relativos a la ciudad. A partir de 1390 pasan a reunirse en el Palacio de la Poridat, antecesor del actual Ayuntamiento, construido contiguo al Hospital.¹¹⁵

En el año 1254 el Papa Inocencio VI otorga, a través de una bula, al Obispo y Cabildo, la potestad de elegir al rector del hospital de San Marcelo, cargo que era a perpetuidad, e hizo que el Hospital fuera gobernado por once clérigos racioneros, bajando en momentos de apuro económico a tres.

En 1302, Obispo y Cabildo dan orden de construir una nueva Iglesia y Hospital de San Marcelo: "*El uno por su escasa capacidad, y el otro por su estado ruinoso*". La ubicación permitía expandirse hacia la puerta de entrada de los peregrinos. De todas maneras, sabemos que a la entrada de León, por donde llegaba el Camino Francés, se había construido el Hospital del Santo Sepulcro, denominado después de Don Gómez, en la *Rua Francorum*. También se creó el Hospital de San Lázaro para enfermos con lepra, siendo este al menos unos de los 20 hospitales que existieron en la ciudad de León.

Por lo que respecta al **cambio de nombre del hospital, de San Marcelo a San Antonio Abad**, sabemos que la renuncia del último abad de San Marcelo por parte de Guillelm Desprats¹¹⁶ motivó la expedición de una bula pontificia de Clemente VII, promoviendo la desaparición del Hospital de San Marcelo en el año 1531.¹¹⁷ Clemente VII, accediendo a la petición de obispo y cabildo leoneses, suprime y extingue a perpetuidad la abadía de San Marcelo, pasando al hospital de San Antonio Abad todos sus bienes, frutos, réditos y producciones, derechos, vasallos y jurisdicciones etc. Además se otorga al Obispo, y Cabildo la potestad de modificar la invocación, y fundar, cambiar o alterar cualquier cosa instituida.¹¹⁸ Se cree que la razón de tal cambio se debe a los numerosos bienes y servicios de la Obra Hospitalaria, los de la "*Orden de los Antonitas*", (más conocidos como "antonianos"), es decir de San Antonio, adscritos a la

¹¹³ Decretos de 29 de julio y 29 de septiembre de 1879, a partir de los cuales, pocas modificaciones se realizarán en lo sucesivo. Cf. José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y sociedad en León durante el siglo XIX* 1998. P. 59.

¹¹⁴ Documentada desde 1336.

¹¹⁵ AHML, doc. nº 247.

¹¹⁶ Más tarde obispo de León y luego cardenal.

¹¹⁷ Marta BALLESTEROS POMAR, *Tesis Doctoral*. León 2007, pp. 81-82.

¹¹⁸ *Ibidem*.

Regla de San Agustín, que llevaban como distintivo una *Tau o Cruz de San Antonio*¹¹⁹ (Foto nº 29).

Esta Orden fue fundada en Francia, en Viennes, desde el monasterio de San Antonio, extendiéndose al resto de Europa desde el siglo XI (1095). Primero eran dependientes de los benedictinos y posteriormente únicamente de la autoridad papal. Reciben el nombre en honor de San Antonio,¹²⁰ nacido en el año 250 en Egipto.¹²¹ Se representa a San Antonio Abad rodeado de animales de crianza, puesto que el fundador de la Orden, Gastón de Valloire (hecho que hizo agradecido por la curación de su hijo), para asegurarse su subsistencia, criaba cerdos que ponían bajo la protección de San Antonio. Las reliquias de este santo fueron trasladadas hasta el Delfinado en Francia, creándose más adelante sobre la tumba consagrada del santo una abadía en Saint Antoine en Viennois, a donde acudían peregrinos, para la cura de muchos de ellos del mal que se denominaba “fuego del infierno”¹²². En 1530, tal Orden se incorporará a la de los Caballeros de Malta. La Orden de San Antonio se dedicaba fundamentalmente, a atender a pacientes con el *Ignis Sacer*, fuego sagrado o fuego de San Antonio, padecimiento enigmático en aquella época. Se dice que esta Orden conocía el remedio de esta enfermedad.¹²³

Por lo que respecta a los **aspectos materiales del hospital de San Antonio Abad**, diremos que mantenía la estructura de todos los hospitales de Caridad, formándose a partir de varias casas anexionadas, con diferentes alturas y colindantes. En el suroeste del complejo se situaba el cementerio o Santo Malvar, que persistió allí hasta el siglo XVII, en que se trasladó a lo que ahora es la calle Independencia y Arco de Ánimas.

El Hospital de San Antonio Abad se situaba en la Plaza de San Marcelo, (en sus últimos momentos con el número 2, y calle de Arco de ánimas, número 2 antiguo y 26 moderno), con una superficie construida total de cinco mil ciento veintiún metros y cinco decímetros cuadrados, lindando al Oriente o frente, por donde tiene su entrada principal con la Plaza de San Marcelo, e iglesia del mismo nombre, Casa Ayuntamiento y Teatro. Al Norte o derecha, con la Plaza de Santo Domingo e Iglesia de San Marcelo; Sur o izquierda, calle del Arco de ánimas y Poniente o espalda con la Avenida de Independencia. Por tanto el Hospital estaba ubicado en la Plaza de Santo Domingo, junto a la iglesia de San Marcelo y adosado a la muralla medieval, y tras las varias reformas y ampliaciones acaecidas en los años 1101, 1305, 1406 así como a finales del

¹¹⁹ La letra Tau es la última letra del alfabeto hebreo, se habla de ella en el Libro de Ezequiel (Ez. 9,4), es un signo simbólico que puesto en la frente de los pobres, los salvaba del exterminio. Corrado PAOLUCCI, Aleteia, 2014.

¹²⁰ Y que a los 20 años, tras el fallecimiento de sus padres, sintiendo la necesidad de dedicarse a la oración, reparte sus bienes entre los más necesitados y confía su única hermana a una comunidad de vírgenes. Vivió retirado, o apoyando a Comunidades cristianas cuando eran perseguidos, hasta que en el año 313, por el edicto de Milán, del emperador Constantino, se reconoció la religión cristiana, permitiendo la libertad de culto, e incluso bautizándose los emperadores. Murió a los 116 años (año 356), y la tradición litúrgica fijó el 17 de enero como fecha de conmemoración de su festividad.

¹²¹ Ana Isabel ARIAS FERNÁNDEZ, *San Antonio Abad y el Hospital de Beneficencia de León (I)*: Argutorio 16/13 (2006).

¹²² Según relata Marta BALLESTEROS POMAR en su tesis doctoral de 2007, página 84.

¹²³ El *Ignis Sacer* es un proceso médico que, tras la ingesta de un hongo el *Claviceps Purpurea*, que contaminaba un gran número de cereales; inducía gangrena en extremidades y/o convulsiones en el individuo. La curación consistía en evitar el consumo de centeno y sustituirlo por pan hecho con harina de trigo.

siglo XVI, se llega al XIX, situándose en el epicentro de la ciudad de León, e interponiéndose en el eje lineal que une la calle Ancha con la calle Ordoño II.¹²⁴ (Foto nº 5)

La estructura del hospital de San Antonio se basaba en la anexión de casas colindantes, según conocemos por el plano de Ventura Rodríguez firmado el 20/09/1783; el portal y entrada principal del mismo da a la plaza de San Marcelo, con una fachada de 41 pies lineales. Una vez dentro, a la izquierda están la iglesia y sacristía y a la derecha, la botica y dos piezas para su uso. De allí se pasa al patio principal con sus galerías. Entre la iglesia de San Marcelo y la botica hay una entrada que hace la plazuela, en la que se abre una puerta que a su derecha conduce a la casa del Administrador del hospital y al fondo lleva al patio y corral. Del patio principal se pasa a las estancias de las Calenturas y Cirugía de mujeres. La muralla queda dentro de la estructura del Hospital. El llamado Torreón de Almanzor servía para guardar las ropas viejas de los enfermos.¹²⁵

Hasta comienzos del S. XVI, como ya se ha señalado, había en León numerosos alberguerías y hospitales minúsculos, que se cifran entre 17 y 20, por lo que la asistencia sanitaria era imposible que fuera de calidad y adecuada para el enfermo. Los más conocidos hospitales eran: San Antonio, San Isidoro, San Marciel, de los Capellanes, de los Curtidores, San Clemente, Rodrigo Martínez, Santa María del Camino, del Santo Sepulcro o Don Gómez, Cofradía de Santiago, San Miguel, San Froilán, San Marcos, San Lázaro, Palat del Rey, San Andrés, Santi Spiritus, San Martín, de los Calzadores o Santa María Madre, de la Magdalena. Parte de estos hospitales se conocen por las limosnas que el tal Fernando Alfonso, canónigo, les deja en su testamento a mediados del siglo XIII.¹²⁶

En 1751, según el catastro de Ensenada, existen en León ya únicamente seis hospitales: San Martín de los Caballeros, de los Desamparados, de San Lázaro, de don Gómez, de los Peregrinos y de San Antonio Abad. En una reunión del Cabildo de 3/07/1751, se asume el Hospital de don Gómez por San Antonio, y el 20 de septiembre de Septiembre de 1758, el de San Lázaro, aunque la reunificación definitiva se hará bastante adentrado el siglo XIX.

En ese mismo catastro, se comenta sobre el Hospital de San Antonio Abad, en el ámbito económico-asistencial que *“Tiene dicho hospital una vótica probeyda de los generos y medicamentos necesarios para la atención de los pobres enfermos que concurren, del que se surten muchos de la ciudad y fuera della para cuyo despacho, su régimen y gobierno tiene dicho hospital, persona destinada y después pagada, y las Medicinas simples, le quedan de ganancia en su venta tres mil y trescientos reales cada año. Quattrocientos y quarenta reales cada año, se pagan al practicante que asiste dicho hospital de oficio de barbero. Setecientos diez y siete reales que anualmente al Zirujano Titular desta ciudad por la asistencia y curas a los enfermos de dicho hospital. Novecientos veinte y cinco reales que cada año se pagan al Médico del Cavdo desta*

¹²⁴ Marta BALLESTEROS POMAR, *Tesis Doctoral*. León 2007, pp. 81-82.

¹²⁵ José FERNÁNDEZ ARIENZA, ILE, *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*. León 2006. Pp: 29-30.

¹²⁶ Gregorio del SER QUIJANO, *Algunos aspectos de la caridad asistencial altomedieval. Los primeros hospitales de la ciudad de León*: Studia Historia. Historia Medieval 3 (1985) 157-178

*Yglesia por su asistencia a dichos enfermos. Se paga también a ocho racioneros, un agonizante, un criado, dos enfermeros y una lavandera”.*¹²⁷

Como es conocido y en parte ya se ha referido, las tres ciudades con mayor número de hospitales en el Camino de Santiago fueron León, Astorga y Burgos, pero donde había un trato más completo, sobre todo gastronómico, según Künig, era en el gran hospital del Rey de Burgos, donde expresa que “dan de comer y beber a saciedad”.¹²⁸ Esta proliferación de hospitales, produce honda preocupación manifestada por los diputados leoneses en las Cortes de Segovia de 1532. Por lo allí expuesto, el 1-III-1535, el emperador Carlos I, ordenó al Corregidor de León que hiciera información sobre los hospitales de la ciudad, y la conveniencia de concentrarlos en uno o dos hospitales generales, hecho que se irá cumpliendo lentamente hasta pervivir algunos hasta el siglo XIX, como quedó anteriormente expuesto.¹²⁹

Previamente, en la citada bula pontificia de Clemente VII, fechada en Roma en mayo 1531, se refiere: *"Al tener cierta importancia la ciudad de León, capital del Reino de León, y estar construida en el Camino por el que peregrinos galos y de otras partes del mundo se dirigen a visitar a Santiago, el cuerpo del Gloriosísimo Apóstol, que está enterrado en la ciudad compostelana, y además como es creído, al existir el Hospital de San Antonio Abad, fundado y dotado por el entonces Obispo de León, Deán y Cabildo y otros, para que estos peregrinos tengan un lugar para hospedarse y alimentarse ..."* Recibe entonces San Antonio Abad todos los bienes de la Abadía de San Marcelo a perpetuidad.

Esta bula en 1531 surge, como se ha comentado anteriormente, para frenar los abusos cometidos por los abades de San Marcelo.

Durante el siglo XVII se le agrega a este hospital el del Santo Sepulcro o Don Gómez; y el 30-XII-1758, se unió por una Real Cédula de Fernando VI, al de San Antonio, así como sus rentas, regalías y efectos, el de San Lázaro, indicación que se irá cumpliendo lentamente, incorporándose los últimos hospitales, bien entrado el siglo XIX.¹³⁰

En aquel momento, el Hospital de San Antonio estaba bien saneado económicamente, contando con las siguientes salas:

Sala de peregrinos: 12 camas.

Sala de peregrinas: 3 camas.

Sala de enfermos: 16 camas.

Sala de enfermas: 11 camas.

¹²⁷ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*, León, 93-94 (tomado de AHPL, doc. cit. ff. (703-705).

¹²⁸ Luis VÁZQUEZ DE PARGA, José María LACARRA y José URÍA RIU, *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. Madrid 1948, Tomo I, 335-336.

¹²⁹ AHML doc. nº 513.

¹³⁰ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y Sociedad en León durante el siglo XIX*, León 1998, 109.

Más adelante, como consecuencia de unas obras realizadas en el mismo, a mediados del siglo XVI (1555), se aumentan hasta 60 camas, pues en un momento consta que el hospital estaba ocupado por 38 enfermos y 22 peregrinos.

El hospital de San Antonio Abad será el beneficiario del referido desmantelamiento paulatino del resto de los hospitales leoneses. A lo largo de los siglos XVII al XVIII, el número de enfermos va en aumento, concretamente, más que los enfermos, el número de pobres. Así, en un acta municipal el 29-4-1614 se dice: "*La ciudad se da cuenta de la necesidad de los pobres en los hospitales, y por no haber cirujano se reconoce al cirujano Cardoso, que tiene experiencia y el Obispo y Cabildo le han pedido se quede en la ciudad y se le asigne un salario competente*".

Un año después, concretamente el 7-I-1615, en una sesión del Ayuntamiento, se dice: "*La mucha cantidad y número de pobres que a la ciudad han acudido y bajado de Galicia y Asturias y otros que han venido de otras partes y que por ser tantos, y por haber en ella pocos hospitales donde puedan acogerse y curarse los pacientes y abrigarse y en el tiempo de invierno riguroso se han muerto algunos. Que los pobres que fueran verdaderamente pobres, sean amparados y curados en sus enfermedades y socorridos para su necesidad, y los que no fueren, aprendan oficio o pasen adelante*"

Aunque nunca conoció el Hospital de San Antonio épocas doradas, supo cumplir con su finalidad. En 1725, mes de noviembre, el sastre picardo Guillermo Manier, de regreso de Compostela, cuenta su experiencia: "*Habiendo por la gracia de Dios, llegado a la ciudad, no contando con acostarnos sino al abrigo de alguna casa, todavía demasiado felices, por no encontrarnos a nadie después de haber andado mucho, tropezamos con un sacerdote que por suerte era uno de los administradores del hospital de San Antonio Abad, justamente el que nosotros buscábamos. Nos interrogó de dónde veníamos. Después de habérselo dicho, nos llevó a esa casa, que era el hospital de que acabo de hablar, donde nos hizo acostar en un lecho de tablas cubiertos con mantas podridas, en el cual descansamos muy bien. El 22 tuvimos para desayunar cada uno una libra de pan.*¹³¹

Pero la Edad Moderna se caracterizó por el gran número de pobres en los pueblos y ciudades: pobres de solemnidad, mendigos, vagabundos, viudas, desamparados. Así era, que un viajero de 1786 llamado Townsed, relataba que "*los mendigos llenan las calles y son alimentados en los conventos y el palacio del Obispo*".

Por todo ello, se tomaron como medidas el que se atendiera primero a los de la ciudad, después a los del Obispado y en tercer lugar a todos los extranjeros.

Esto suponía dos cosas:

1) Presencia o aumento de enfermedades poco conocidas en la ciudad como la *tiña*.

2) Aumento de las necesidades económicas, pues en 1731 sólo en la botica se gastaron 18.000 reales, proponiéndose al rey reducir el número de presbíteros para mejorar la demanda.

¹³¹ Cf. FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y Sociedad en León en el siglo XIX*.

Ello no impidió construir una nueva sala en 1803; y aumentar la dotación económica por parte del cabildo; pues en una visita del obispo observó que los enfermos no tenían camisa, al quitársele la ropa cuando llegaban y no haber de repuesto mientras se lavaba la previa. El pago de los gastos por parte del cabildo se constata claramente desde el siglo XVI, pues en 1542 se dice: "*Se gastaron 15346 maravedís en la atención de los pobres por mandato del Obispo y Cabildo*". Lo habitual era que nadie o pocos de los ingresados en el hospital pagaran nada. Así en 1545, en el libro de Cuentas figura: "*De 5 pobres, 2 alemanes, un francés y 2 asturianos: 1105 maravedís*" que pagaba el Cabildo.¹³²

En 1775, dado que la higiene fue siempre una tónica habitual, sobre todo tras las visitas del Obispo, se decide construir un "*lugar común para mejorar la higiene de los enfermos hospitalizados*". En 1784, Carlos III ordena la construcción de dicho lugar común de acuerdo con el proyecto presentado por el Maestro mayor de Madrid, Don Ventura Rodríguez.¹³³ Previamente el 9 de septiembre de 1775, la ciudad se opone a la construcción de un lugar común, sobre la contramuralla frente a la Iglesia del Convento de Santo Domingo, por ser perjudicial para el público y otras razones que se expusieron.¹³⁴

Como hemos dicho, en 1803, dada la existencia de fiebres,¹³⁵ de cuyo origen el Ayuntamiento culpó a las malas condiciones del Hospital de San Antonio, el Consistorio propone la realización de obras que mejoren la higiene del establecimiento.¹³⁶ El cabildo ordena, con fecha de ocho de marzo de 1803, que se ejecuten cuantas obras fuesen necesarias, construyéndose una enfermería para convalecientes, además de mejorar la ventilación, haciendo aberturas o respiraderos para las salas. En aquel momento el hospital de San Antonio tenía 94 camas.

Nos ha parecido muy interesante el documento sobre la creación y circunstancias de la nueva **sala de convalecencia**,¹³⁷ que refiere: "*Se auxilian todos los enfermos que al hospital llegan, hasta el número de 94 camas, asistiéndoles con el más ejemplar esmero, así en lo espiritual como en lo corporal; pues tiene una botica mui surtida, un médico, un cirujano, dos practicantes y dos enfermeras, un Mayordomo, un Vicario y un Agonizante, y otros dependientes bajo la dirección, celo, vigilancia y patriotismo de un Canónigo Capitular que nombra el Cavildo, en concepto de Administrador. De suerte que los pobres enfermos, así en alimentos como en limpieza de camas y ropas interiores se vean completamente asistidos...*" Se explican allí que, como son muchos los pacientes que acuden, se les da de alta en fase de convalecencia, y, puesto que muchos son forasteros, se ven obligados a mendigar de puerta en puerta hasta su restablecimiento, recayendo de su enfermedad o siendo visto el *tristísimo* espectáculo de verlos en calles, soportales, portales y campos, muertos o agonizantes.

El Hospital, al parecer, tenía dos *quadras* o piezas enfrente del convento de Santo Domingo, por lo que el deán, cabildo y obispo convienen destinarlas para convalecencia de diez hombres y otras tantas mujeres, quedando de cuenta de la ciudad,

¹³² Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 556.

¹³³ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y Sociedad en León durante el siglo XIX*, León 1998, 109.

¹³⁴ *Ibidem*, p. 157 (que corresponde a AHML, caja 76, libro 86,f 323V).

¹³⁵ Probablemente fiebres tifoideas.

¹³⁶ Carta al Cabildo del 24 /01/1803.

¹³⁷ AHML. Caja 729-9.

las obras necesarias, camas, ropas y demás utensilios: *En cada pieza, de vera haber un enfermero para los hombres y una enfermera para las mujeres. “Las entradas a dichas salas se haría, después de que el médico y cirujano del hospital declararan que los enfermos estaban limpios de calenturas y libres del mal que les havia conducido al Hospital y que podrán levantarse”.*

Recibían estos pacientes convalecientes la siguiente dieta: *Por la mañana: Sopas de manteca. En la comida de medio día: Puchero de garbanzos, verduras y tocino, pan y vino. Por la tarde. Refresco de agua clara, o de limón, y si es necesario, de chocolate. Por la noche: Sopas de manteca, un par de huevos, pan y vino.*

Se establece que deben ser ayudados por personas de la mejor conducta, y que salgan con los convalecientes por la ciudad, a dar un paseo por la mañana y tarde, sin permitirles entrar en tabernas ni *botillerías*, comer o beber cosa alguna ni entregarse a juegos violentos. En el apartado espiritual, estos enfermos recibirán los Santos Sacramentos, tras la confesión, recen todos los días el Santo Rosario y los misterios del Santo Evangelio.

La visita del médico y cirujano será una vez al día. Si precisaran aguas minerales, se les enviarán a ellas, siendo el Párroco del pueblo donde existan las aguas, el responsable de su cuidado, asistencia y manutención del convaleciente. Al alta se les dará una gratificación moderada para mantenerse tres o cuatro días, hasta que encuentren taller, oficio u obra en la que trabajar y ganar su jornal. Esto para los de la ciudad. Para los de fuera, será acompañado hasta lo más inmediato a su ciudad y se le entregará lo que se considere necesario para mantenerse hasta llegar a su pueblo.

Como se puede ver, estas actuaciones son socialmente algo de lo más avanzado que se puede plantear, incluso superior a lo habitual en los tiempos modernos.

No hay constancia de obras nuevas a lo largo del siglo XIX, hasta los dos incendios, siendo el año 1864, el 16 de enero, en que el hospital sufre el incendio más violento, destruyendo gran parte de salas y galerías. Su restauración es inmediata, sufragándose el costo con:

- a) Limosnas de particulares.
- b) El 22 de enero, la Diputación concede 10.000 reales del fondo de gastos imprevistos.
- c) El 8 de abril, el Gobierno concede 20.000 reales del fondo de Calamidades Públicas.
- d) El patronato añade otros 20.000 reales.

Posteriormente, entre 1876 y 1879, se realizan obras para mejora de su confortabilidad como traída nueva de aguas, nuevos excusados y arreglo de la sala de Cirugía.

En 1880 el centro tenía 166 camas, distribuidas en dos extensos pabellones, el derecho para mujeres y el izquierdo para hombres. El pabellón de la izquierda Sud-oeste constaba de un entresuelo y un piso principal con dos órdenes de salas; las de abajo destinadas a enfermedades contagiosas, y las altas, para los enfermos comunes. Se dividen a su vez, en Medicina y Cirujía. Las de Cirujía son dos, San Lázaro, con 8 camas, y La Purísima Concepción, con 21 camas. Eran destinadas la primera para enfermedades de la piel y sífilis, y la otra para las generales. Estas salas tienen sobre sí

un segundo piso-terraza, destinado a secar ropas que las defiende del frío. La sección de Medicina la constituyen tres espaciosas salas, por cuyas ventanas reciben el sol de poniente. La primera de las salas, o de San Rafael (15 camas), se destinan a enfermos militares; en las otras dos, la de Jesús (14 camas) y San Antón (17 camas), se destinan, en una los agudos o graves, y en la otra los que no lo son tanto.

Separadas por la capilla del Carmen, se extiende el pabellón de la derecha a la sala de cirugía general de mujeres, El Carmen, con 18 camas, y frente a ella, pero separada por una antesala, la destinada a sifilíticas. Esta última recibió el nombre de San Miguel, por haber sido inaugurada, el día de dicha festividad de 1876. Suele tener 8 camas que se aumentan, según necesidades. Una galería lleva a la sección de Medicina de mujeres, compuestas de dos salas espaciosas, San Marcelo, con 15 camas, para las enfermas de consideración, y San Vicente, 19 camas para las menos graves. Desde esta, se cruza a otra pequeña, San Roque, de 4 camas, destinada a afecciones de la piel. Entre ambas hay un cuarto para servicio de las mismas.

En el entresuelo, mirando a Poniente, con una extensión de las salas de Medicina de hombres, hay tres salas, San José, 10 camas, que se destinan para enfermos presos, San Isidoro, 10 camas, para enfermedades contagiosas y San Froilán, 17 camas, para casos extraordinarios. En total, en ese momento de 1880, el hospital de San Antonio tenía 166 camas.

El cuarto de operaciones se sitúa¹³⁸ en una espaciosa antesala a la entrada de la sección de mujeres, retirado y con luz al Norte.¹³⁹

A comienzos del siglo XX (1904), según refiere el Jefe de la Clínica Quirúrgica, Don Emilio Hurtado Merino¹⁴⁰, el hospital de SAA prestaba servicio con 307 camas, la capacidad máxima que se conoce hasta esa fecha, compuesta por doce salas de Medicina con 195 camas distribuidas de la siguiente forma:

- Sala de Santa Isabel: 20 camas.
- Sala de Santa Ana: 20 camas.
- Sala de San Marcelo: 14 camas.
- Sala de San José: 14 camas.
- Sala de San Vicente: 18 camas.
- Sala de San Rafael: 15 camas.
- Sala de Jesús: 14 camas.
- Sala de San Antonio: 17 camas.
- Sala de San Froilán: 14 camas.
- Sala de San Isidoro: 14 camas.
- Sala de San Cayetano: 21 camas.
- Sala del Corazón de María: 14 camas.

Asimismo, existían seis salas de la sección de Cirugía, con un total de 112 camas, distribuidas así:

- Sala del Carmen: 20 camas.
- Sala de San Miguel: 10 camas.
- Sala de San Clemente: 17 camas.

¹³⁸ Lesmes SÁNCHEZ CASTRO, *La Hospitalidad. Monografía del Hospital de San Antonio Abad*, León 1880, 78-80.

¹³⁹ Este mismo médico Lesmes Sánchez de Castro, publicó en 1882, una cartilla de higiene, titulada *Higiene Doméstica*.

¹⁴⁰ En su monografía *Frutos del Hospital de León* publicado en 1905, pp. 11 y ss

Sala de la Purísima: 24 camas.
Sala de San Camilo: 21 camas.
Sala de San Roque: 20 camas.

Todas estas salas se distribuían en dos pabellones, el de la derecha de mujeres, y el de la izquierda de hombres, separadas por la capilla dedicada a la Virgen del Carmen.

Por lo tanto, en poco más de 20 años, se pasan de una capacidad sanitaria de 166 camas a 307.

A comienzos del siglo XX se iniciarán paulatinamente los trámites para el cambio de ubicación del hospital de San Antonio. El 21 de Julio de 1903 el Gobierno Civil inicia los contactos para trasladar el hospital fuera del casco urbano porque "*el emplazamiento de este hospital, higiénicamente considerado, tal vez sería bueno en los tiempos de su fundación, pero hoy es indiscutible, ocupa uno de los más impropios puntos de la ciudad...*".¹⁴¹

Esto no es nuevo, pues tras la epidemia de cólera de 1855, se contabilizan treinta fallecimientos en el hospital de San Antonio.¹⁴² En noviembre de dicho año se da por finalizada la epidemia, rogando el Sr. Gobernador, que se rece un *Te Deum*, en acción de gracias. Entonces ya se plantea el traslado del hospital de San Antonio al de San Marcos, para que las posibles epidemias tuviesen mejor tratamiento. Nunca se llegó a realizar dicho intento de traslado tras crearse una comisión para estudio del asunto, por lo costoso del tema.¹⁴³ Previamente en 1834, hay en la ciudad una epidemia de Cólera Morbo, y el Boletín Oficial de la Provincia de 1833, establece el tratamiento que deben seguir los pacientes: "*Meter al enfermo en la cama, lavarle bien todo el cuerpo con agua jabonosa caliente, o agua natural simple, pero caliente, por medio de esponjas o de una bayeta, con el objeto de que se ponga libre y espedita la transpiración; se le hará acostar, envolviéndole en una manta caliente y dándole cada cuatro horas una infusión de flores de manzanilla, té u otro aromático ligero análogo, añadiendo si pareciese conveniente unas 15 ó 18 gotas de espíritu de Mindereso. Si dichos medios no sofocan aquella infección incipiente, y si los borborigmos, las náuseas, la pequeñez y debilidad del pulso y la diarrea, cuyos síntomas indican estar el enfermo realmente atacado de cólera, se le dará agua tibia en crecidas y proporcionadas cantidades para facilitar la expulsión de lo que pueda incomodar al estómago, y calmar de ese modo su excesiva irritabilidad, antes de darle agua tibia o la hipecacuana como vomitivo; podría hacerse una o más sangrías del brazo, más o menos abundantes, según lo observe el facultativo. Si con estos medios no se consiguen aplacar los síntomas, se aplicarán sinapismos repetidos en todo el vientre, empezando por la región epigástrica y finalizando en la púbica, poniendo también al enfermo lavativas emolientes y mucilaginosas, a los cuales se añadirá un poco de láudano en caso necesario, y si a pesar de todo no se consiguiese el alivio del enfermo, y amenazase la entrada del segundo periodo, se aplicará una ancha tira de emplasto de Cantáridas, a todo lo largo del espinazo para favorecer la acción del de los demás auxilios terapéuticos*".¹⁴⁴

¹⁴¹ Memoria del proyecto de traslado del hospital de San Antonio Abad. Esteban Angresola. Biblioteca Mariano Berrueta; 1903: F.73-57.

¹⁴² De los que trece casos se producen en personas entre 40 a 60 años.

¹⁴³ ACL: núm. 10061; ff. 44-45.

¹⁴⁴ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y Sociedad en León durante el siglo XIX*, León 1998, 40 (corresponde al Boletín Oficial de la Provincia de León; 1/X/1833, nº 9).

Finalmente, el 11 de junio de 1903, se publica una memoria sobre el traslado del hospital por don Esteban Angresola, Gobernador Civil de la Provincia en ese momento.¹⁴⁵ Considera en sus condiciones generales lo siguiente: “*Es una verdad que ha alcanzado la categoría de axiomática lo de que, uno de los asuntos que más preocupan la atención de los hombres dedicados al cultivo de las ciencias médicas, y de los que consagran su actividad a los estudios de la Sociología, es el que se refiere al auxilio que la sociedad debe prestar al menesteroso, y muy especialmente, al cuidado y curación de las enfermedades que el pobre desvalido pueda sufrir durante la vida*”. Se consideraba que la situación del hospital, con una superficie de 5.000 metros cuadrados, cerraba la salida de la ciudad hacia su punto natural que es la denominada carretera de Madrid, no considerándose apto el emplazamiento ni para el paciente, por recibir aire viciado, ni para la ciudad por lo antes expuesto.

Se hizo un proyecto del arquitecto municipal, don Manuel de Cárdenas, que consistía en la construcción de seis pabellones independientes, con jardines entre ellos y una galería central que los comunicaría. La localización estaría en la zona denominada del Parque. Se financiaría con la venta del hospital antiguo.

El 22 de febrero de 1913 se constituye una nueva Comisión para plantear la edificación de un nuevo Hospital. El 5 de abril de 1919 se firma el contrato de compraventa del edificio a los hermanos González Roldán, y el 27 de junio de 1922 se hará finalmente el traslado completo al nuevo Hospital San Antonio Abad. La cifra de la venta fue de 500.000 pesetas.¹⁴⁶ Efectivamente, se produjo entonces el traslado del hospital a los Altos de Nava; y de todo mobiliario antiguo solo se conservó una estatua de San Antonio Abad, la cajonería de la botica del siglo XVI, el botamen de farmacia¹⁴⁷, parte del palomar existente en el patio del viejo hospital y las puertas del hospital, que dan entrada hoy en día a una finca privada. (Fotos nº 6, 7, 8 y 9).

Es importante destacar que la venta del hospital pudo haber aliviado la situación caótica de las finanzas, pues, desde comienzos del siglo XIX, la penuria general hizo que fuesen dificultosas la cobranza de las rentas y, además, se unieron a ello los problemas surgidos por las Desamortizaciones, que afectaron de forma muy importante al patrimonio de la institución.

Desamortizaciones del Hospital de San Antonio Abad.

Como decíamos, la Desamortización afectó de forma muy grave al hospital de San Antonio Abad, por lo que nos ha parecido necesario hacer un estudio algo reposado de este aspecto.

La Desamortización en España fue un proceso histórico, económico y social, iniciado en el siglo XVIII¹⁴⁸ y finalizado en diciembre de 1924. Consistió en poner en el mercado, previa expropiación forzosa y subasta pública, las tierras y bienes que hasta entonces no se podían enajenar y que estaban en poder de las llamadas “*manos*

¹⁴⁵ *Memoria del proyecto de traslado del hospital de San Antonio Abad. Esteban Angresola.* Biblioteca Mariano Berrueta; 1903: F.73-57.

¹⁴⁶ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 443.

¹⁴⁷ Actualmente en el Museo Catedralicio de León.

¹⁴⁸ Desamortización de Godoy, pero con antecedentes en el reinado de Carlos III.

muertas”, es decir, de la Iglesia Católica y las Órdenes religiosas (acumulados como habituales beneficiarios de donaciones, testamentos y abintestatos), y los llamados baldíos y las tierras comunales de los municipios que servían de complemento para la precaria economía de los campesinos.

La Desamortización española, según Tomás y Valiente, presentó las siguientes características: “*apropiación por parte del estado y por decisión unilateral suya de bienes inmuebles pertenecientes a manos muertas, venta de los mismos y asignación del importe obtenido con las ventas, a la amortización de los títulos de deuda*”.¹⁴⁹

Con este fin se recaudaron hasta 1924 unos 14.000 millones de reales; se incrementó la cantidad de tierras cultivadas, pero no por ello aumentó la clase media, - que era uno de los objetivos, al caer las propiedades en las grandes fortunas, absteniéndose los pequeños campesinos de acudir a las subastas¹⁵⁰.

El interés fundamental era reducir la gran deuda del Estado, que en 1797 era de 644 millones de reales, y en 1798 de unos 800 millones de reales. La Desamortización de Carlos IV afectó al hospital de San Antonio Abad de León con un valor de remate de sus bienes de 651.289 reales, de los cuales el valor más importante fue una casa en Madrid por 146.454 reales. Del total de lo desamortizado en la Provincia de León era en un 14, 8% propiedad del hospital de San Antonio Abad.¹⁵¹ Nunca se recuperó el hospital de estas Desamortizaciones, aunque el dinero desamortizado le rentara el 3% anual.

Tras estudio de los documentos del Archivo Histórico Provincial de León, observamos que el total desamortizado en esta provincia propiedad del Hospital San Antonio asciende a 1.146.685 reales, 130 escudos, 26.721 pesetas.¹⁵² En total, optaron a la compra de lo desamortizado 125 personas.

Todo lo anterior propició una mayor colaboración en temas de beneficencia¹⁵³ entre el hospital San Antonio y la Diputación Provincial. Así, en la sesión de la Diputación del 14/03/1868, se establece una colaboración entre una institución religiosa de la Iglesia, el hospital de San Antonio y la administración civil.

Véase un ejemplo de esta colaboración: en base a los estatutos del cabildo catedral, se limitaba la admisión de recogidos a 19 y a cierta clase de enfermedades agudas. Esto resultaba insuficiente en aquel momento, debido al aumento de población, construcción del ferrocarril, etc. por lo que la Junta de Beneficencia decidió subvencionar todas las estancias que excediesen de 19, y que se admitiesen toda clase

¹⁴⁹ La Desamortización en España tenía como objetivo primario el paliar el déficit del Estado (unos 800 millones de reales en 1798); además, las nuevas propiedades desamortizadas, antes en poder de "manos muertas"; nobleza, clero y pequeños propietarios, podrían crear una clase trabajadora que rentabilizara esa propiedad, por lo que habría más impuestos además del capital incautadas.

¹⁵⁰ La Iglesia condenó la Desamortización al considerarla un robo, y amenazó con penas espirituales a los que se lucraran por este mecanismo (cf. Luis SUÁREZ FERNÁNDEZ, *Lo que España debe a la Iglesia Católica*, p. 286).

¹⁵¹ Elena AGUADO CABEZAS, *La Desamortización de Mendizábal y Espartero en la provincia de León (1836-1851)*. Tesis doctoral; León 2001, 84-85.

¹⁵² AHPL: 11944-11963.

¹⁵³ A pesar de que no siempre hubo buenas relaciones.

de enfermos.¹⁵⁴ Este acuerdo llevó a la corporación a considerar la construcción de un Hospital Provincial, innecesaria.¹⁵⁵

Este hecho contrasta con lo sucedido en el año 1633, en que se pidió ayuda a la ciudad para poder cumplir con las necesidades del hospital, y cuando la respuesta fue “*es de parecer que el cabildo nombre dos señores comisarios que se junten con los que la ciudad nombrare, para que juntos confieran el remedio que se pueda dar para el socorro de los pobres...*”. Y al parecer ahí quedó todo.¹⁵⁶

En 1866 parte del déficit hospitalario es sufragado por la Diputación Provincial, pagando por presos y pacientes atendidos a razón de 50 céntimos de peseta por cada estancia; por lo que, al tener dependencia de dicha institución, cada vez más pasó de ser un centro puramente eclesiástico a un centro de beneficencia.

Resumen de las fechas históricas señaladas:

- 1) “Prehistoria”: El Obispo Frunimio (5/3/874) da donaciones para los pobres. Esto lleva aparejado un ejemplo que siguen muchos capitulares entre los siglos XI-XIV.
- 2) 1084: Obispo Pelayo, construye la Alberguería, cerca de la iglesia de Santa María.
- 3) 1096: Traslado por el Obispo don Pedro, al oeste de la Puerta Cauriense, ubicación definitiva hasta su desaparición en 1922.
- 4) Entre 1227-1250: Primera referencia al hospital de San Antonio Abad, a través de mandas en el testamento del canónigo Fernando Alfonso.
- 5) 1302: Nuevo Hospital de San Marcelo (a la par que una nueva iglesia).
- 6) 1531: Hospital San Antonio Abad.
- 7) 1555: Gran reforma del hospital y aumento del número de camas.
- 8) 1803: Nueva sala de convalecencia.
- 9) 1843 (14 de Enero): Un incendio devora parte del edificio.
- 10) 1864 (16 de enero): Otro incendio también en el mes de enero de ese año, y de mayor significado que el anterior, tiene lugar en el hospital de San Antonio Abad.
- 11) 1868: incorporación de las Hijas de la Caridad al hospital San Antonio Abad, en donde permanecieron hasta la década de los setenta del siglo XX (157).
- 12) Entre 1876 y 1879, se realizan obras para mejora de su confortabilidad como traída nueva de aguas, nuevos excusados, arreglo de la sala de Cirugía.
- 13) 1886: Se aprueba instalar calefacción.
- 14) 27/04/1888: Nuevo calorífero en sala de mujeres.¹⁵⁸
- 15) 1890: Se instala luz eléctrica en la plaza de San Marcelo.
- 16) 21/01/1894: Se autoriza adquirir nueva cocina.¹⁵⁹ Se moderniza el quirófano y se adquieren aparatos de diagnóstico e instrumental quirúrgico

¹⁵⁴ Francisco CARANTOÑA ÁLVAREZ y Gustavo PUENTE FELIZ, *Historia de la Diputación de León*. Tomo I, León 1995, 111-113.

¹⁵⁵ ADPL 29/IV/1865. BOPL 20/XI/1867.

¹⁵⁶ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 443.

¹⁵⁷ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 538.

¹⁵⁸ ACL: núm. 10065.

- 17) 1905: Distribución de agua para lavabos, baños, retretes y lavaderos, gracias a la construcción de un gran pozo y un depósito de 10000 litros, al que le llegaba el agua por una bomba eléctrica.
- 18) 10/X/1919: Colocación de la primera piedra de las obras del nuevo hospital.
- 19) 27/VI/1922: Se comunica al patronato que se da por finalizado el traslado del nuevo hospital de San Antonio a los Altos de Nava (situación actual).
- 20) 1966 (26 de septiembre): Es comprado por la Diputación Provincial de León, pasando a ser propiedad de la misma.

En lo que afecta al **servicio social prestado por este hospital y por el cabildo catedralicio**, diremos que desde tiempos inmemoriales, con el intento de paliar las necesidades de pobres y peregrinos, se buscaron buenos “*médicos e ziruxanos*”. Así, en 1667 el Cabildo envía dos capitulares a Valladolid para que informen de algún médico de los que hubiere en Castilla “*de toda aprobación y satisfacción para el Cabildo*”.

Otras veces, no sólo se conforman con que “*el médico sea bueno, sino que debe ser distinto y separado de los de la ciudad*” (dedicación exclusiva) para poder atender mejor a los enfermos del centro.

En más de una ocasión, cuando el centro debía fuertes sumas de maravedíes, es el propio cabildo, bien a título personal o colectivo, quien donaba lo necesario. En el siglo XVII la situación era catastrófica desde el punto de vista económico, debiéndose en un momento dado, 160 cargas de trigo, más de 6.000 reales y 3.000 ducados. Por ello, se barajó la posibilidad de vender la villa de Palanquinos, pero al final se optó “*por reducir el número de camas a 6, bajar los salarios hasta el límite inferior máximo para poder sobrevivir y reducir a una sola mujer que haga de ama y enfermera*”. Y es que en 1644 se describe: “*Hay muchos pobres y pocas rentas*”. “*Son tantos los pobres que hay en el hospital de San Antón, que después de llenar las camas, ocupan las escaleras y el patio, por no haber camas ni lugar donde ponerlos, y que el olor era tan grande...*”

Vuelven a ser el obispo y el cabildo una vez más los que echen una mano por entonces. El obispo aporta 200 ducados, el cabildo 1.100 y los canónigos otros 1.000¹⁶⁰. La autoridad civil se desentendió del tema aduciendo falta de recursos. Sólo a mitad del siglo XIX, con motivo del incendio y agotamiento económico del hospital, participa la Diputación Provincial en el mantenimiento económico del centro.

A mitad del siglo XVIII, el hospital de San Antonio pasa a tener más carácter de hospital general, sin dejar de tener las singularidades de un centro de beneficencia. De hecho, el Hospital de San Antonio fue clasificado por R.O. de 12 de mayo de 1890 de hospital que pertenece a la beneficencia particular.¹⁶¹

Por entonces, como brevemente se refirió páginas atrás, Concepción Arenal, en su obra “*La beneficencia, la filantropía y la caridad*”, publicada en 1861, criticó la asistencia de algunos hospitales, diciendo que no había caridad en ellos. Esto es

¹⁵⁹ ACL: núm. 10066.

¹⁶⁰ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 418

¹⁶¹ *Ibidem*, 413.

contestado por Lesmes Sánchez de Castro en una monografía sobre la “Hospitalidad” en 1880,¹⁶² en el que afirma que en este hospital no se produce ninguno de los abusos que dicha escritora comenta, antes bien, defiende al patronato por su estricto respeto tanto a los moribundos, en la asistencia a los pobres, como hacia los enfermos ya fallecidos¹⁶³, y de forma muy significada la labor ejercitada por las monjas de la Caridad.

En su libro sobre el sistema hospitalario español en el siglo XIX, Pedro Carasa Soto describe que, aunque inicialmente fue el mundo eclesiástico el administrador de estos centros, pronto pasan a manos de las autoridades provinciales,¹⁶⁴ indicando que el destino de los recursos no será tanto la defensa del individuo necesitado, sino superar los riesgos que suponen para el cuerpo social.

No es el caso de San Antonio Abad, que fue preservado de la progresiva secularización. Siempre fueron el obispo y el cabildo los responsables administrativos, sin afán de lucro, antes bien, en incontables ocasiones ellos mismos deben aportar recursos propios en cantidades significativas para sacar al hospital de las múltiples crisis económicas por las que pasó.¹⁶⁵

En este hospital, al menos desde 1540, como se ha dicho, hubo médico y una plantilla de personal adscrito para atender a los pacientes de al menos un ama, mozas, enfermera y dispensero (farmacéutico), figurando el nombre de la enfermera en los libros del hospital.¹⁶⁶

El Hospital de San Antonio Abad, llamado popularmente el hospital del Obispo, fue dirigido siempre por la doctrina social católica, abriendo sus puertas a desamparados pobres y necesitados, teniendo como fines primordiales el cuidado del cuerpo y el alma.

A mediados del siglo XIX, como consecuencia de las Desamortizaciones e incendio del hospital, recibe por parte de la Diputación ayudas para la regeneración del edificio y para paliar los gastos de la asistencia, sin que en ningún momento pueda conseguir alcanzar el presupuesto, y, sobre todo, sin poder modernizarse hasta los niveles técnicos que se precisaban, por lo que acabó vendiéndose a la Diputación en 1966 (26-XII) por 11,5 millones de pesetas, habiendo realizado previamente un nuevo hospital, colocándose la primera piedra el 10-X-1919,¹⁶⁷ y completándose el traslado el 27-VI-1922.¹⁶⁸

A la luz de los datos archivísticos que tenemos, podemos concluir que la función sanitaria de San Antonio Abad ha sido a lo largo de los siglos muy importante. Ha sido llevada a cabo por profesionales de la Medicina, apoyados en colaboradores de menor rango. Se aprecia, como se ha afirmado, en la documentación que en todo momento el obispo y cabildo intentan tener buenos médicos y cirujanos. Así, en 1669, mandan 2

¹⁶² Lesmes SÁNCHEZ CASTRO, *La Hospitalidad. Monografía del Hospital de San Antonio Abad*, León 1880, pp. 78-80.

¹⁶³ *Ibidem*, pp. 87 y ss.

¹⁶⁴ Pedro CARASA SOTO, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX (De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual)* 1985; ed. por Caja de Ahorros y Monte de Piedad, 40-41.

¹⁶⁵ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 411-412.

¹⁶⁶ ACL. FHSAA N° 10000.

¹⁶⁷ Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, León 2002, 443.

¹⁶⁸ El nombre del primer paciente que falleció en el nuevo San Antonio Abad era “Matías”.

capitulares a Valladolid para que informen de algún médico que hubiese en Castilla “*de toda aprobación y satisfacción para el cabildo*”. El cabildo requiere del médico las siguientes características:

- Debe tener calidad asegurada.
- Debe tener salario adecuado “teniendo presente el grande trabajo que presta en su asistencia”.
- Debe depender del administrador y en última instancia del cabildo, sin dejar de mantener su autonomía médica.
- El médico no sólo debe ser bueno, sino ser distinto y “separado” de los de la ciudad para atender mejor a los enfermos del centro.
- Deben residir en la ciudad. Sólo se ausentarán con permiso del cabildo, y siempre quedando un responsable de las tareas médicas.
- “*Principiará la visita a las 8, desde mayo hasta septiembre, y a las 9 el resto del año. La visita de tarde será a las 3 desde primero de octubre a fin de marzo, y a las 4 los demás meses*” (Estatutos del S. XVIII).
- El cirujano podrá solicitar la ayuda del otro médico para sus intervenciones, en el supuesto de no ser suficiente con sus ayudantes (171).

Según refiere Fernández Arienza,¹⁶⁹ “*hace tres siglos, la relevancia social de los médicos era nula...*” A pesar de ello, el hospital de San Antonio tuvo médico relativamente pronto para la época. Las primeras noticias de médicos en San Antonio Abad datan de 1540 (Pedro Cármenes). Sabemos que en 1694, eran además de médicos del hospital de San Antonio, médicos titulares de León (Dn. Francisco de Herze, Dn. Andrés Ramos y Dn. Gregorio Fernández de Villamayor), siendo sus salarios abonados en su mayor parte por la ciudad y solo ocasionalmente por el cabildo.¹⁷⁰ Este salario en 1749 era de 4.391 reales /año, habiendo además, pagos en especies como cereales, paja, leña, vino, maíz, nueces o avellanas.

Son de destacar, dentro de esa labor médica asistencial del hospital San Antonio, los resultados quirúrgicos publicados del trabajo relacionado con los años 1902-1904. Tenía en ese momento el hospital, 307 camas, con un número de ingresados/año de media de 1570, y con una mortalidad del 6%.¹⁷¹ Se recogen los datos de los tres años antes mencionado de actividad quirúrgica, con un total de 762 intervenciones, incluidas dos craneotomías, y muy baja mortalidad, destacándose la asepsia como parte fundamental del éxito quirúrgico.

El número de médicos contratados a lo largo de los diferentes siglos de los que se tienen información es la siguiente:

Siglo XVI: 13 (entre 1540-1597).

Siglo XVII: 25.

Siglo XVIII: 20.

Siglo XIX: 12.

Siglo XX: 13 (hasta 1961).

¹⁶⁹ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*, León 2006, 19.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 35.

¹⁷¹ L. MALLO y E. Hurtado Merino, *Frutos del Hospital de León*, León 1904, 15.

El Hospital de San Antonio Abad como Hospital Militar.

Este aspecto hasta ahora no suficientemente estudiado por los investigadores, y nos parece de la mayor relevancia.

Dadas las frecuentes guerras que nuestro país ha tenido a lo largo de la historia, no podía abstraerse el hospital de San Antonio de tener participación en los cuidados de soldados heridos o enfermos. Según las referencias históricas, una de las contiendas más importantes, que motivó su aportación sanitaria, fue la Guerra de Sucesión al Trono¹⁷², tras la batalla de Almansa (25/IV/1707). Al parecer hubo gran número de soldados heridos de diversas nacionalidades, holandeses, ingleses, austríacos y portugueses al menos, que fueron ingresados por orden del corregidor. Aunque en ningún momento dejó su status de hospital civil, precisando la existencia de un intérprete.

La siguiente guerra en que hubo militares ingresados, fue la de Independencia, con referencia al año 1812, en donde se cuantifican más de 1000 militares ingresados¹⁷³, aunque siguió siendo hospital civil¹⁷⁴. Entre 1812-1813 existió en León, además, un hospital militar francés (Foto nº 10).

Se encuentran en el hospital de SAA ingresos de los siguientes batallones o regimientos:¹⁷⁵

- Batallón de Infantería 1º de Mayo.
- 1º y 2º Batallón del Regimiento de Asturias.
- 1º y 2º Batallón del Regimiento de Voluntarios de la Corona.
- 1º Batallón del Regimiento de Infantería de Tuy.
- 2º Batallón de Mondoñedo.
- 1º y 2º Batallón del Regimiento de Voluntarios de León.
- Regimiento de Voluntarios de Asturias.
- 1º y 2º Batallón de Monterrey.
- 1º y 2º Batallón de la 2ª Legión de Castilla.
- Voluntarios del Rivero.
- 1º Batallón de Marina Real de Hacienda.
- Regimiento de Oviedo.
- Regimiento de Compostela.
- Regimiento de Orense.

Durante la Primera Guerra Carlista (1833-1839), el hospital de San Antonio sí tuvo denominación de Hospital Militar,¹⁷⁶(Foto nº 11), destacándose las siguientes características:

1.- Se observan coexistencia en el hospital de enfermos militares, tanto de la división del general Espartero, como de las divisiones de los generales carlistas Gómez y Sanz.

¹⁷² J. GUTIÉRREZ CAMPILLO, *El Hospital de San Antonio Abad, siglos XV al XIX* 2002,538

¹⁷³ Véase ACL, Libro H: 287

¹⁷⁴ Según se cuenta, uno de los médicos de este hospital, se negó atender a enfermos franceses. Como se ha dicho, los franceses tuvieron su propio hospital militar en León entre 1812-1813.

¹⁷⁵ Véase ACL, Libro H: 320.

¹⁷⁶ ACL, Libro H 321.

2.- Aunque en un documento se recogen los datos de ingresados desde 1831 a 1837, es el año 1833, en donde se observan un incremento del número de ingresados, siendo el pico más alto en 1836.

3.- Entre las tropas del general Espartero no hubo ingreso de oficiales; no así entre las tropas carlistas, donde al menos hemos contabilizado varios tenientes coroneles, un auditor de guerra e incluso un capellán carlista.¹⁷⁷

4.- A partir de 1837 hay un severo declinar de soldados o militares ingresados de ambos bandos.

Sobre la procedencia de los militares ingresados, de diversas zonas geográficas, anotamos estos datos. Hay batallones, escuadrones o regimientos de:

León: Batallones de quintos, de voluntarios y de milicia movilizada.

De Sahagún, Asturias, Compostela, Tuy, Burgos, Valladolid, Córdoba, Borbón, Almansa, Húsares de la Princesa, Sevilla, Castilla la Vieja, Húsares de la Reina, del Príncipe, Mallorca, Gerona, Pontevedra, Alcázar de San Juan, San Fernando.

Hubo además batallones de soldados portugueses, que también ingresaron en el Hospital de San Antonio Abad.

II-2. Enfermos y enfermedades en el hospital entre 1727 y 1864.

En este primer capítulo veremos los más antiguos datos clínicos del hospital de San Antonio. Entre los años 1727 y 1804 únicamente se dispone de listado de fallecidos (Fotos nº 12 y 13).

A partir de mediados del siglo XIX ya se conservan noticias y reseñas de enfermedades y su tratamiento, divididas en dos secciones, correspondientes a las dos grandes salas del hospital, de Medicina y de Cirugía, que sabemos que existían independientemente desde el año 1805.

Por lo que se refiere a esos primeros datos de fallecidos entre los años 1727 y 1804, momento en que, como decíamos, no se encuentran diagnósticos, tales noticias se encuentran en los llamados *libros de difuntos*.¹⁷⁸ Estos libros tienen la siguiente distribución:

- Del año 1727 a 1742,¹⁷⁹ comenzando el 4 de noviembre de 1727 y finalizando el 26 de junio de 1742. Era administrador D. Gregorio Trabadelo y Ron. Era vicario D. Manuel de Marinas.

¹⁷⁷ Concretamente, Miguel Javier Baranda.

¹⁷⁸ ACL, *Manuscritos* H. 367 hasta H. 371.

¹⁷⁹ ACL, *Manuscrito* H. 367.

- Año 1743-1761.¹⁸⁰ Comienza el 13 de enero de 1743 y finaliza el 27 de febrero de 1761. Administrador: D. Miguel de Lagartos. Vicario: D. Nicolás Crespo.

- Año 1761-1773.¹⁸¹ Comienza el 28 de febrero de 1761 y concluye el 21 de enero de 1773. Administrador: D. Juan de Escalada y Cano. Vicario: D. Bernardo Blanco.

- Año 1774-1785¹⁸² (faltan por razones no conocidas, varios folios al principio y al final del libro). Tampoco figura el nombre del administrador ni del vicario. Comienza el 7 de junio de 1774 y concluye el 5 de marzo de 1785.

- Año 1785-1804.¹⁸³ Administrador: D. Ramiro Robles Villarroel. Comienza el 2 de abril de 1785 y concluye el 18 de septiembre de 1804.

A continuación se presenta la tabla RI-1, RI-2 y RI-3 donde se relacionan los fallecidos entre los citados años 1727 y 1804. La relación del número de fallecidos se establece cada año, con una fracción cuyo numerador son varones y denominador, mujeres. Previo a la misma, y tras el año de estudio, el número total recogidos para ese año:

Tabla RI-1. Relación de fallecidos entre los años: 1727- 1768:¹⁸⁴

Tabla RI-1(Totales y relación varón/hembra)

1727: 14	7/7	1748: 120	65/55
1728: 108	60/48	1749: 373	156/217
1729: 126	75/51	1750: 118	64/54
1730: 103	51/52	1751: 89	45/44
1731: 92	53/39	1752: 57	28/29
1732: 57	29/28	1753: 84	38/46
1733: 81	43/38	1754: 175	106/69
1734: 94	52/42	1755: 104	58/46
1735: 82	43/39	1757: 73	39/34
1736: 111	61/50	1758: 59	32/27
1737: 106	58/48	1759: 77	43/34
1738: 115	65/50	1760: 77	40/37
1739: 148	64/84	1761: 99	45/54
1740: 91	43/48	1762: 136	61/75
1741: 154	84/70	1763: 137	66/71
1742: 257	136/121	1764: 180	101/79
1743: 126	66/60	1765: 250	123/127
1744: 65	31/34	1766: 117	61/56
1745: 70	31/39	1767: 93	49/44
1746: 63	34/29	1768: 95	54/41
1747: 184	116/68		

¹⁸⁰ ACL, *Manuscrito* H. 338.

¹⁸¹ ACL, *Manuscrito* H. 369.

¹⁸² ACL, *Manuscrito* H. 370.

¹⁸³ ACL, *Manuscrito* H. 371.

¹⁸⁴ ACL, *Manuscritos* H. 367-371.

Tabla RI-2. Años 1769-1804

1769: 81	46/35	1787: 104	56/48
1770: 106	57/49	1788: 70	39/31
1771: 150	87/63	1789: 135	66/69
1772: 85	50/35	1790: 144	84/60
1773: 6	1/5	1791: 116	62/54
1774: 48	26/22	1792: 88	49/39
1775: 80	39/41	1793: 75	42/35
1776: 106	40/66	1794: 147	78/69
1777: 134	71/63	1795: 136	78/58
1778: 101	52/49	1796: 156	106/50
1779: 105	64/41	1797: 100	53/47
1780: 139	66/73	1798: 133	63/70
1781: 147	66/81	1799: 120	70/50
1782: 150	88/62	1800: 139	76/63
1783: 92	56/36	1801: 142	74/68
1784: 100	51/49	1802: 195	101/94
1785: 49	29/20	1803: 196	109/87
1786: 141	80/61	1804: 230	132/98

Se pueden añadir los siguientes datos referidos a los años 1776-1779¹⁸⁵, en que sí se conocen el número de ingresados, y por tanto el porcentaje de fallecidos respecto al de ingresados.

Año: 1776:

Ingresados: 561 (258 H /303 M).

Fallecidos: 106 (40 H / 66 M).

% Fallecidos / Ingresados: 18,89%.

% Mujeres / Mujeres: 21,78%.

% Hombres / Hombres: 15,5%.

Año: 1777:

Ingresados: 701 (329 H /372 M).

Fallecidos: 134 (71 H /63 M).

% Fallecidos / Ingresados: 19,11%.

% Mujeres / Mujeres: 16,93%.

% Hombres / Hombres: 21,5%.

Año: 1778:

Ingresados: 505 (269 H /236 M).

Fallecidos: 101 (52 H / 49 M).

% Fallecidos / Ingresados: 20%.

% Mujeres / Mujeres: 20,76%.

% Hombres / Hombres: 19,33%.

Año: 1779:

¹⁸⁵ ACL, *Manuscrito* H. 285.

Ingresados: 544 (290 H /254 M).
 Fallecidos: 105 (64 H / 41 M).
 % Fallecidos / Ingresados: 19,30%.
 % Mujeres / Mujeres: 16,14%.
 % Hombres / Hombres: 22,06%.

De lo anterior, podemos observar, que la media de fallecimientos sobre los ingresados oscilaba entre 18% y 22%. En el conjunto no hay sexo predominante, que fallecieran más de un mismo sexo sobre el total del mismo.

En la tabla RI-3 se presentan los fallecidos agrupados según fracciones de años:
 Tabla: RI-3:

AÑOS	TOTAL	VARONES	MUJERES
1727 – 1737	974	532	442
1738 – 1749	1866	891	975
1750 – 1757	846	456	390
1758 – 1768	1330	675	655
1769 – 1781	1288	665	623
1782 - 1792	1189	660	529
1793 - 1804	1769	982	887

De los registros se observa que están incompletos los años 1727, 1773, 1774, 1785, 1793 y 1804, ya que no hay consignados todos los datos.

Se exponen ahora una serie de parámetros muy significativos:

Número total de años recogidos de fallecidos: 77 años.
 Total de fallecidos 1727 – 1804: 9.362.
 Total de varones fallecidos en ese período: 4.861.
 Total de mujeres fallecidas en ese período: 4.501.
 Media de fallecidos varones / año: 63,12.
 Media de fallecidas mujeres / año: 58,45.
 Media total de fallecidos / año: 121,57.¹⁸⁶

En la siguiente tabla RI-4 se presentan los años en los que más se supera la media de 121,57 fallecidos / año:

Tabla RI-4:

1749: 373	1803: 196
1742: 257	1802: 195
1765: 250	1747: 184
1804: 230 (incompleto)	1764: 180

¿Cuál es la causa de tales años con tan elevado número de fallecimientos?

¹⁸⁶ Se suprimen por incompletos en estas 3 últimas operaciones los años 1727, 1773, 1774, 1785, 1793 y 1804.

Los años 1802-1803 y 1804 fueron de malas cosechas, pudiendo ser la causa del aumento de mortalidad. Del resto de los años no hemos encontrado causa alguna que lo justifique.

Tres años con mayor aumento de mortalidad fueron a expensas del incremento de mujeres fallecidas, siendo la media de alrededor de 58. Así:

1742 tuvo 121 mujeres fallecidas.

1749 tuvo 217 mujeres fallecidas.

1765 tuvo 127 mujeres fallecidas.

Los meses del año que acumulan mayor mortalidad fueron, con este orden de frecuencia:

- 1- Octubre
- 2- Noviembre
- 3- Septiembre

Los meses con mayor mortalidad, a lo largo de todo el tiempo estudiado, fueron:

1. Julio 1749: 61 defunciones.
2. Febrero 1804: 33 defunciones.
3. Diciembre 1803: 32 defunciones.
4. Enero 1796: 29 defunciones.

Otros aspectos que cabe destacar han sido los siguientes:

- a) Ocasionalmente, fallecimiento de peregrinos y niños (los niños no ingresaban habitualmente en este hospital. Eran atendidos o bien en el hospicio, o en sus casas).
- b) Los escasos jóvenes consignados que fallecieron no conocían sus apellidos.
- c) En alguna ocasión fallece alguna persona con título de Don, probablemente personalidad ilustre.
- d) Algunos fallecidos procedían de otro hospital (porque San Antonio Abad tenía características de hospital general, a diferencia de algunos otros, con asistencia más específica, como los lazaretos).
- e) A finales del siglo XVIII tienden a equipararse fallecidos en número entre hombres y mujeres.
- f) A partir de 1800 hay tendencia a un incremento de fallecimientos, con presencia de soldados fallecidos, antes casi inexistentes.
- g) Ocasionales visitas de control del obispo¹⁸⁷ (Foto nº 24).

Por otro lado, para valorar adecuadamente los datos descritos en los citados manuscritos de sexo, estado civil, procedencia y obispado, hemos escogido al azar un año, el de 1743¹⁸⁸, y los resultados son:

¹⁸⁷ Como puede verse en el fol. 314 del H: 371, fol. 1 del H: 371, fol. 201 del H: 370 y fol. 1 del H: 367.

¹⁸⁸ ACL, *Manuscrito* H: 368.

Mujeres: 60 fallecidas.
 Varones: 66 fallecidos.
 Total: 126 fallecidos.

Estado civil:
 Desconocido: 18 (10 V, 8 H).
 Casado: 30 (25 V, 5 H).
 Soltero: 46 (20 V, 26 H).
 Viudos: 28 (10 V, 18 H)
 Niños: 4

Obispados:
 León: 83
 Oviedo: 19
 Astorga: 11
 Desconocido: 8
 Palencia: 2
 Orense: 1
 Burgos: 1
 Santiago: 1

Las **salas existentes** en el Hospital de San Antonio Abad en el año 1767 y siguientes, al menos hasta 1778 eran éstas:¹⁸⁹

Sala de Mujeres de San Bartolomé.
 Sala de Hombres de San Juan.
 Sala de Convalecencia de Hombres.
 Sala de Cirugía de Hombres.
 Sala de Cirugía de Mujeres.
 Nueva Sala de San Ignacio de Loyola.
 Nueva Sala de San Juan.

Los manuscritos consultados permiten conocer los nombres de los administradores y vicarios de las diversas épocas, y asimismo, en algunos casos, la figura del *agonizante*.

Tabla RI-5

AÑO	ACL,H:	Administrador	Vicario	Agonizante
1766 – 1780	285	D. Francisco Fuentes	D. Lorenzo Fdez.	D. Manuel Flórez
1797 – 1805	286	D. Ramiro de Robles	?	?
1805 – 1824	287	D. Luis Díaz de Otazú	D. Antonio de la Calzada	?
1824 – 1837	288	D. Bernardo Forte	?	?
1848 - 1857	289	D. Manuel Garrido	?	?

¹⁸⁹ ACL, *Manuscrito H*: 285.

Como se ha dicho, se recogen en el archivo catedralicio¹⁹⁰ los datos de pacientes ingresados. Comparando esta cifra con la de fallecidos,¹⁹¹ podemos saber la evolución en su mortalidad.

Presentamos ahora una serie de parámetros estudiados de fallecidos desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX, con porcentajes de fallecidos de hombres y mujeres:¹⁹²

Tabla RI-6

AÑO	ENTRADAS	FALLECIDOS %	% FALL HOMBRES	% FALL MUJERES
1798	548 (207 H /341 M)	133 (24,27%)	63 (30,43%)	70 (20,5%)
1799	744 (355 H /389 M)	120 (16,12%)	70 (19,7%)	50 (12,8%)
1800	674 (303 H /371 M)	139 (20,47%)	75 (24,67%)	63 (12,85%)
1801	691 (311 H /380 M)	142 (20,54%)	74 (23,79%)	68 (17,9%)
1802	858 (432 H /426 M)	195 (22,72%)	112 (13,05%)	83 (9,67%)
1803	868 (343 H /525 M)	196 (22,58%)	109 (31,77%)	87 (16,5%)
1804	1140 (569 H /571 M)	230 (19,29%)	132 (23,19%)	98 (17,16%)
1806	473 (204 H /269 M)	56 (11,83%)	24 (11,76%)	32 (11,89%)
1807	391 (?)	?	?	?
1808	260 (109 H /151 M)	68 (26,15%)	?	?
1809	283 (105 H /178 M)	51 (18,02%)	?	?
1810	195 (63 H /132 M)	35 (17,94%)	?	?
1811	236 (95 H /141 M)	44 (18,64%)	?	?
1812	405 (154 H /251 M)	111 (27,54%)	?	?
1813	316 (133 H /183 M)	65 (20,56%)	?	?
1814	308 (120 H /188 M)	52 (16,88%)	?	?
1815	239 (92 H /147 M)	43 (17,99%)	?	?
1816	259 (138 H /121 M)	39 (18,05%)	?	?
1817	263 (138 H /125 M)	63 (23,95%)	?	?
1818	287 (146 H /141 M)	55 (19,16%)	?	?
1819	232 (121 H /111 M)	47 (20,25%)	?	?
1820	216 (101 H /115 M)	?		
1821	255 (137 H /118 M)	?		
1822	362 (148 H /214 M)	?		
1857	508	79 (15,55%)	?	?
1858	408	67 (16,42%)	?	?
1859	398	82 (20,60%)	?	?
1860	390	46 (11,79%)	?	?
1861	422	40 (9,47%)	?	?
1862	501	58 (11,57%)	?	?
1863	713	89 (12,48%)	?	?
1864	840	?	?	?

¹⁹⁰ ACL, *Manuscritos H*: 285 – 287.

¹⁹¹ ACL, *Manuscritos H*: 367-371

¹⁹² Fuentes consultadas: ACL, *Manuscritos H*: 286 (1798-1805), H: 287 (1805-1824), H: 288 (1824-1837), H: 289 (1848-1857), H: 290 (1858-1864).

Para una serie de años intermedios (1824-1835), no incluidos en la tabla anterior, y por contar con más información de variables, en especial en los años 1824-1829 y 1830-1835, han sido valorados en otra tabla.¹⁹³ (Tabla RI-7). Dichas variables recogidas son: número de ingresados totales, número de fallecidos y porcentaje respecto al de ingresados, si ingresó en Medicina o Cirugía y qué mes más frecuente hubo de fallecidos dentro de cada año.¹⁹⁴

Tabla RI-7-1

AÑO	Nº Ingresados	Fallecidos y %	Medicina	Cirugía	Mes (+)
1824	406	63 (15,51%)	359	47	Agosto
1825	443	74 (16,70%)	378	65	Agosto
1826	349	71 (20,34%)	304	45	Septiembre
1827	335	71 (21,19%)	248	57	Agosto
1828	424	77 (18,16%)	357	67	Agosto
1829	385	79 (20,51%)	301	84	Mayo
1830	327	71 (21,71%)	269	58	Septiembre
1831	365	69 (18,90%)	309	56	Agosto
1832	448	74 (16,51%)	369	79	Agosto
1833	443	114 (25,73%)	391	52	Agosto
1834	240	84 (35%)	217	23	Agosto
1835	202	84 (41,58%)	190	12	Julio

Destacan de estos datos:

- 1) Ingresos, sobre todo en Medicina (más del 80%).
- 2) La proporción de fallecidos respecto a ingresados, hasta 1819, oscilaban entre el 12 y 27%, aunque rara vez sobrepasaba por encima del 25%, y por abajo nunca era menor excepto ocasionalmente, del 16%.
- 3) Los meses de verano, agosto sobre todo, seguido de septiembre y julio, son los de más ingresos.
- 4) Durante la Primera Guerra Carlista, San Antonio Abad fue un hospital militar (1831-1836), no hubo más ingresos civiles que en otros años, sí militares, y la mortalidad aumentó de un 15-20% en la 2ª década del siglo XIX, hasta un 35-41% en plena Guerra Carlista. De todas formas, los archivos no especifican qué enfermedades hubo.

Conviene destacar:

a) Había sala de “Ydrópicos” o “hinchados” al menos desde 1809 (Foto nº 15)

b) Habría distinción para los ingresados por enfermedades venéreas¹⁹⁵

Venéreas: Los años que constan son:

¹⁹³ ACL, *Manuscrito H*: 288.

¹⁹⁴ Los años 1836 y 1837 están incompletos.

¹⁹⁵ Desde 1809, ya existían salas de venéreas, aunque como tal enfermedad se contabilizan desde 1802 al menos.

- 1802: 28 pacientes (no se sabe sexo).
 1803: 23 pacientes (no se sabe sexo).
 1806: 8 pacientes (no se sabe sexo).
 1807: 22 pacientes (no sabe sexo).
 1808: 17pacientes (no se sabe sexo).
 1809: 21 pacientes (no se sabe sexo).
 1810: 13 pacientes (5 hombres y 8 mujeres).
 1811: 11 pacientes (3 hombres y 8 mujeres).
 1813: 28 pacientes (No se sabe sexo)
 1814: 34 pacientes (9 hombres y 25 mujeres)
 1815: 16 pacientes (2 hombres y 14 mujeres, de las que una falleció).
 1816: 14 pacientes (3 hombres y 11 mujeres).
 1817: 26 pacientes (3 hombres y 23 mujeres).
 “Ydrópicos”: Constan los siguientes años¹⁹⁶
 1814: 6 pacientes (2 hombres y 4 mujeres).
 1815: 1 pacientes (1 hombre).
 1816: 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres).
 1817: 2 pacientes (1 hombre y 1 mujer).
 1818: 17 pacientes (9 hombres y 8 mujeres).
 1819: 17 pacientes (8 hombres y 9 mujeres).
 1820: 8 pacientes (3 hombres y 5 mujeres).
 1821: 22 pacientes (10 hombres y 12 mujeres).
 1822: 41 pacientes (15 hombres y 26 mujeres).

c) Se constata el ingreso de militares, tal como se verá en la siguiente tabla RI-7-2 ¹⁹⁷

Tabla RI-7-2 .Militares ingresados:

AÑO	INGRESADOS	FALLECIDOS EN %
1806:	65	?
1807:	115	?
1808:	369	?
1809:	354	?
1812:	1030	23 (2,23%)
1813:	187	12 (6,41%)
1814:	648	21 (3,24%)
1815:	453	15 (3, 31%)
1816:	?	9
1817:	?	19
1822:	74	?

El año álgido de ingresos de militares durante este periodo fue en 1812, como consecuencia probable de la ocupación francesa y Guerra de la Independencia; declinando posteriormente, hasta la Primera Guerra Carlista.

De los datos anteriores se observa la baja mortalidad de los militares, entre un 2,23 y un 6,41%. Probablemente, los ingresos eran mayoritariamente por enfermedades banales. Al no tener diagnóstico, el estudio de los datos del Hospital Militar Francés que

¹⁹⁶ Desde 1822, existen salas específicas de “Ydrópicos” o hinchados, aunque la enfermedad se conoce desde años antes. ACL,H: 287.

¹⁹⁷ Cf. ACL, *Manuscrito* H: 287.

hubo en León, del que hay documentación de los años 1812 – 1813 nos aportarán hechos esclarecedores (AHML: 730-733).

Otros años de datos conocidos de militares ingresados: Tabla RI-7-3

Tabla RI-7-3. Militares ingresados entre 1803-1805

AÑO	INGRESADOS	FALLECIDOS (%)
1800	35	?
1801	23	?
1802	72	?
1803	189	?

Podemos concluir de los datos anteriormente expuestos, desde el punto de vista histórico médico, lo siguiente:

- 1) Hay un gran número de ingresos entre los años 1798 y 1804, comenzando a descender desde 1806.¹⁹⁸
- 2) Se mantiene la tendencia en esos años de mayor número de fallecimientos entre los varones, tanto en términos absolutos como en porcentajes, con casi un 50% más de mortalidad. Estas cifras empiezan a descender desde 1857, una vez pasadas las epidemias de hambre de los años 1802-1804, la Primera Guerra Carlista y la epidemia de cólera de 1855.
- 3) Dado que durante el año 1812, el número de militares ingresados fue enorme, pero con un porcentaje de fallecidos bajo (2,23%), es de suponer que el incremento porcentual del resto de fallecidos, fuera a expensas de población civil, por las condiciones de desastre general por la guerra.
- 4) Desde 1809 había sala de hidrópicos. De los registros encontrados se deduce que las cifras de ingresos por esta patología son de hasta el 11,32%. Se observa una alta prevalencia de esta patología en el sexo femenino. Tres suelen ser las causas más frecuentes: Tuberculosis peritoneal, cirrosis hepática y carcinomatosis peritoneal, en la mujer por cáncer de ovario. Posiblemente la causa más frecuente sea la cirrosis hepática, ya que el alcohol, que era la primera causa de la misma, afecta de forma más agresiva al sexo femenino.
- 5) Las enfermedades venéreas ocupan en esta estadística entre un 5,40% y un 8,85%. Como era previsible, el mayor número de ingresos corresponde de forma destacada al sexo femenino. El hecho de que tanto esta patología como la de hidrópicos tuvieran sala aparte, da idea de la preocupación de los servicios médicos por estos pacientes.
- 6) Es destacable, asimismo, el incremento importante de militares ingresados, especialmente desde 1808, con el comienzo de la Guerra de la Independencia, con un pico máximo en 1812 (1.030 ingresados). En 1822 el número de militares ingresados es numéricamente como en años previos a la invasión napoleónica, posible causa principal del incremento de ingresos. Se observa, además, y es de destacar, la baja mortalidad de este colectivo, nunca superior al 6,4%. Ello se puede deber a las siguientes causas:

¹⁹⁸ No hay datos de 1805.

- A) La mayor parte de los ingresos eran más por enfermedades banales (fiebre, diarreas, enfermedades víricas, etc.) Estas enfermedades no son agresivas, aunque sean epidémicas, y no tienen por qué ser siempre mortales.
- B) La edad de los ingresados en más del 95% no superaban los 24 años (menos comorbilidad), y además, posiblemente, su estado nutritivo era superior al resto de la población, pues los militares comían, probablemente, al menos dos veces al día.

II-2-1. RESULTADOS DE LOS PACIENTES DE MEDICINA O CIRUGÍA CONJUNTAMENTE (1848-1850)

Se valoraron como parámetros de estudio los siguientes:

- a) Medicina o Cirugía
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Oficio
- e) Sí falleció o no
- f) Estado civil

Se escogieron estos años 1848-50 por ser aquéllos de los que hay datos más completos en sus características (Medicina o Cirugía).

Tabla RI-8. Datos globales de los pacientes

1848 - 1850	Hombres	Mujeres
Medicina	229	230
% dentro de ingresados sala Medicina	49,9%	50,1%
Cirugía	38	68
% dentro de ingresados sala Cirugía	35,8%	64,2%
Total Recuento	267	298

Continuación de los datos anteriores: (Tabla R1-9)

	TOTAL
Medicina	459
% dentro del total	81,2%
Cirugía	106
% dentro del total	18,8%
Total Recuento	565

Como se observa:

- 1) El número de ingresos era muy superior en una proporción 4/1, en la sala de Medicina.
- 2) Respecto al sexo, en Medicina varones y mujeres estaban equiparados (49,9% vs 50,1%), pero en Cirugía la proporción era de 35,8% vs 64,2% a favor de las mujeres, de

forma sorprendente, pues parece lógico que el trabajo manual más propio de los varones podría requerir mayor número de cuidados quirúrgicos.

3) Todo ello presenta significación estadística.

El estudio de la profesión (Tabla RI-10) es también significativo. Hay cinco grupos principales:

Tabla RI-10

Profesión	Labrador	Jornalero	Sirviente
Medicina	31	148	99
% dentro de ingresados sala Medicina	6,8%	32,2%	21,6%
Cirugía	8	38	18
% dentro de ingresados sala Cirugía	7,5%	35,8%	17,0%
Total Recuento	39	186	117

Profesión (Cont.)	Pordiosero	Otras
Medicina	84	97
% dentro de ingresados sala Medicina	18,3%	21,1%
Cirugía	22	20
% dentro de ingresados sala Cirugía	20,8%	18,9%
Total Recuento	106	117

De lo anterior se deduce:

- 1) Los grupos laborales más importantes son jornaleros, sirvientes y pordioseros.
- 2) No se encuentra significación estadística.
- 3) Dentro de *otras* profesiones halladas entre las personas ingresadas son las siguientes: *albañil, calcetera, candadora, frutera, aceitador, ex guardia civil, cartero, chocolatero, segadora, tejedora, alpargatero, zapatero, serrador, maderero, barrendera, carromatero, ex soldado, carpintero, caminero, castrador, esquilador, leñador, agrimensor, revendedora, panadera, sastre, camarero, arriero, escribiente, cirujano, costurera, barbero, silletero, molinero, curtidor, impresor, escobajero, polvorista, alfarero, sombrerero, comisionador, aguador.*

En total, 42 profesiones “liberales” para un total de 117 personas en ese grupo.

Otro parámetro que fue valorado es el relativo al posible fallecimiento de los pacientes, y en qué sala se produjeron, Medicina o Cirugía. Tabla RI-11: Fallecimiento o no en Medicina o Cirugía.

Tabla RI-11

Sala	Sí falleció	No falleció	Total
Medicina	91	368	459
% dentro de ingresados sala Medicina	19,8%	80,2%	100,0%
Cirugía	27	78	105

% dentro de ingresados sala Cirugía	25,7%	74,3%	100,0%
Total Recuento	118	446	564

Se observa que el porcentaje mayor de fallecimientos corresponde a las salas de Cirugía (25,7%), superior al de fallecimientos en Medicina (18,9%), pero sin haber significación estadística ($P > 0,05$)

El resultado anterior, se puede considerar lógico, pues aunque no consta qué procedimientos quirúrgicos fueron realizados, es presumible que sus patologías, fueran más agresivas y por tanto ser responsables de mayor mortalidad, o incluso por las propias maniobras quirúrgicas

Continuando con el análisis de los datos obtenidos del archivo, el siguiente parámetro analizado es el estado civil: soltero, casado, viudo, por ser un dato también representativo para los estudios de historia de la Medicina (Tabla RI-21-1).

Tabla RI-12-1

Sala	Soltero	Casado
Medicina	265	101
% dentro de ingresados sala Medicina	57,7%	22,0%
Cirugía	53	33
% dentro de ingresados sala Cirugía	50,0%	31,1%
Total Recuento	318	134

Tabla RI-12-2

	Viudo	Total
Medicina	93	459
% dentro de ingresados sala Medicina	20,3%	100,0%
Cirugía	20	106
% dentro de ingresados sala Cirugía	18,9%	100,0%
Total Recuento	113	565

De lo anterior se desprende:

- 1) El estado civil soltero es el más frecuente seguido de casado y muy cerca el de viudo.
- 2) No hay significación estadística entre ellos

Otro de los parámetros analizados, muy importante para este trabajo, es la edad de ingreso en Medicina o Cirugía. Estos son los resultados. (Edad de ingreso en Medicina o Cirugía).Tabla RI-13

Edad de ingreso en Medicina o Cirugía: Tabla RI-13

Sala	N	Edad Media	Desviación tip.
Medicina	459	33,64	17,806
Cirugía	106	35,83	16,860

Prueba de muestras independientes: Prueba Levene para la igualdad de varianzas¹⁹⁹: Significación: 0,963, por tanto $P > 0,05$. No hay significación estadística.

De estos datos se deduce:

- 1) Hay diferencias respecto a la edad de ingreso, algo mayor en Cirugía
- 2) No hay significación estadística entre ambos ($p > 0,05$)
- 3) Hay gran diferencia entre edad mínima de ingreso (8 años) y la máxima (89 años).

Por lo que se refiere a una **valoración conjunta final global** sobre ingresados en Medicina o Cirugía, el resultado es el siguiente (para los años 1848-1850):

Tabla RI-14: Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	267	47,3
Femenino	298	52,7
Total	565	100,0

Tabla RI-15: Oficio

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Labrador	39	6,9
Jornalero	186	32,9
Sirviente	117	20,7
Pordiosero	106	18,8
Otras	117	20,7
Total	565	100,0

Tabla RI-16: Falleció

Falleció (Si/No)	Frecuencia	Porcentaje
Sí	118	20,9
No	446	78,9
Total	564	99,8
Perdidos Sistema	1	,2
Total	565	100,0

Tabla RI-17: Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	318	56,3
Casado	134	23,7
Viudo	113	20,0

¹⁹⁹ Llamamos varianza a la media de las desviaciones cuadráticas de una variable aleatoria, referidas al valor medio de esta.

Total	565	100,0
-------	-----	-------

Tabla RI-18: Ingresados sala Medicina

Sala	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	459	81,2
Cirugía	106	18,8
Total	565	100,0

El estudio del año 1851, nos permite añadir un nuevo parámetro: Estancia media de ingreso. Por este motivo se estudia aparte de los años anteriores.

El análisis de este año 1851(único que en ese tiempo tiene este conjunto de parámetros), es el siguiente:

Analizamos datos relativos al **Oficio (Tablas RI-19 y 20)** para el año 1851:

Tabla RI-19: Sexo-Oficio

Sexo	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero
Sexo Masculino	10	45	6	16
% dentro de Sexo	8,1%	36,6%	4,9%	13,0%
Femenino	7	18	51	22
% dentro de Sexo	5,4%	13,8%	39,2%	16,9%
Total Recuento	17	63	57	38

Sexo dentro del oficio (1851)

Tabla RI-20: Sexo-Oficio

Sexo	Oficio-Otras	Total
Sexo Masculino	46	123
% dentro de Sexo	37,4%	100,0%
Femenino	32	130
% dentro de Sexo	24,6%	100,0%
Total Recuento	78	253

Destacamos de estos datos ahora ofrecidos:

-Mayor número de jornaleros con predominio masculino. Solo hay predominio femenino en sirvientas y pordioseros. Las sirvientas por ser profesión, considerada femenina, y las pordioseras, porque al fallecer el marido, perdían los beneficios que gozaban hasta entonces.

-Alta significación estadística.

Se encuentran en los datos archivísticos otras profesiones de Medicina I (1851), literalmente:

Aguadora, tejedor, cardador, pintor, sastre, albañil, invidente, ama de casa, costurera, pastora, silleterera, comisionado de cobranzas, tendera, carpintero, arriero, botero, chocolatero, abonador, serrador, hiladora, lavandera, pescador, madreño, zagal de carruaje, hojalatero, cantero, calesero, molinera, calcetera, militar, zapatillero, delantero de diligencias, contador de San Marcos cesante, tendera de hilo negro, presidiario.

Tabla RI-21: Estudio sobre si Falleció sí o no y según sexo.

Tabla RI-21: Falleció y sexo

Sexo	Sí falleció	No falleció	Total
Masculino	22	101	123
% dentro de Sexo	17,9%	82,1%	100,0%
Femenino	20	110	130
% dentro de Sexo	15,4%	84,6%	100,0%
Total Recuento	42	211	253

De ello cabe destacar:

- 1) Leve aumento de fallecimientos del sexo masculino respecto al femenino, siendo la mortalidad media de 16,6%.
- 2) No hay significación estadística.

En total por sexo se desglosan (1851)

Sexo masculino: 123 (48,6%)

Sexo femenino: 130 (51,4%)

Total válidos: 253.

Parámetro: Fallecimiento según oficio (1851)

Tabla RI-22: Oficio-Falleció

Profesión	Sí falleció	No falleció	Total
Labrador	3	14	17
% dentro de Oficio	17,6%	82,4%	100,0%
Jornalero	10	53	63
% dentro de Oficio	15,9%	84,1%	100,0%
Sirviente	6	51	57
% dentro de Oficio	10,5%	89,5%	100,0%
Pordiosero	13	25	38
% dentro de Oficio	34,2%	65,8%	100,0%
Otras	10	68	78
% dentro de Oficio	12,8%	87,2%	100,0%
Total Recuento	42	211	253
% dentro de Oficio	16,6%	83,4%	100,0%

En esta tabla cabe destacar:

- 1) Mayor número de fallecimientos en pordioseros (grupo de mayor edad) y menor número en sirvientes (grupo de edades más jóvenes).
- 2) Significación estadística ($p < 0,05$).

Otro parámetro interesante de valorar en (1851) es el estado civil y sexo:

Sexo masculino:

Solteros: 46,3%

Casados: 32,5%
Viudos: 21,1%

Sexo femenino:

Solteras: 59,2%
Casadas: 16,9%
Viudas: 23,6%

Destaca:

- 1) Predominio de solteros, más en el sexo femenino. Siguen casados y viudos. Las mujeres enviudaban más.
- 2) Hay significación estadística entre sexos.

El siguiente parámetro valorado en 1851 es el estado civil y oficio.

Tabla RI-23: Oficio-estado civil

Oficio-Profesión	Soltero	Casado	Viudo	Total
Labrador	7	6	4	17
% dentro de Oficio	41,2%	35,3%	23,5%	100,0%
Jornalero	32	27	4	63
% dentro de oficio	50,8%	42,9%	6,3%	100,0%
Sirviente	51	1	5	57
% dentro de oficio	89,5%	1,8%	8,8%	100,0%
Pordiosero	9	5	24	38
% dentro de Oficio	23,7%	13,2%	63,2%	100,0%
Otras	35	23	20	78
% dentro de Oficio	44,9%	29,5%	25,6%	100,0%
Total Recuento	134	62	57	253
% dentro de oficio	53,0%	24,5%	22,5%	100,0%

Es importante destacar:

- 1) Los solteros predominan entre los sirvientes y jornaleros
- 2) Los pordioseros son los más numerosos en cuanto a viudedad.
- 3) Es de destacar que en apartado *otras profesiones*, también eran los solteros los más numerosos, es decir, individuos con profesión definida, y por tanto con posibles ingresos estables.
- 4) Sorprende que la soltería fuera la situación habitual entre la población estudiada. ¿Probable ausencia de confianza en la situación social?.
- 5) Hay clara significación estadística.

Se estudiaron asimismo los fallecimientos según el estado civil (1851)

Tabla RI-24: Falleció sí/no según estado civil

Falleció	Soltero	Casado	Viudo	Total
Sí falleció	12	13	17	42
% dentro de falleció	28,6%	31,0%	40,5%	100,0%
No falleció	122	49	40	211
Total Recuento	134	62	57	253

De lo anterior destaca:

- 1) El mayor número de fallecimientos corresponde a los viudos (40,5% del total y 29,8% de los viudos). El menor, a los solteros con un 28,6% del total de fallecimientos.
- 2) Por otro lado, de los solteros solo fallecen un 9% del grupo, mientras que de los viudos, casi el 30%. Se explica por el aumento de edad en ese grupo como veremos más adelante.
- 3) El porcentaje de fallecidos sobre los ingresados es del: 16,60%. Probablemente uno de los más bajos para la época, pero por encima del 15%.
- 4) Es significativo el resultado.

Otros datos (estancia media), que poseemos sobre el año 1851 en la sala de Medicina. Casi todos los pacientes ingresados ese año eran en Medicina. Solo hemos hallado un paciente en Cirugía, por lo que fue desechado para la estadística.²⁰⁰

En la siguiente Tabla RI-25, estudiamos la edad media por sexos y la estancia media.

Tabla RI-25

Edad y estancia media de ingreso (días) por sexos

Sexo	N	Media	Desviación típica.
Edad masculino	123	38,423	18,0223
Edad femenino	130	34,400	18,9334
Estancia media masculino	123	21,98	29,650
Estancia media femenino	130	22,27	25,416

Cabe destacar:

Estancia media: 22,13 días (0-223).

Edad media total: 36,35 de ingreso (7-86).

- 1) La edad media es de 38,42 años de ingreso en varones y de 34,40 la mujeres. No hay significación estadística: Prueba T para la igualdad de medias: ($P > 0,05$)
- 2) La estancia media de varones y mujeres es de 21,98 y 22,27 días respectivamente. Igualmente, no hay diferencias significativas. $P > 0,05$

²⁰⁰ Cf. ACL, *Manuscritos* N: 253; H: 289.

- 3) Es interesante destacar, que la estancia media descrita, ha permanecido igual durante más de 100 años

Se comparó también la edad y la estancia media según falleció o no. Medicina I (1851)

Tabla RI-26: Edad y estancia media (días) entre los fallecidos y no fallecidos

Falleció	N	Media	Desviación típica.
Edad (Años):Sí Falleció	42	48,310	20,5052
Edad (Años):No Falleció	211	33,976	17,2457
Estancia media (días) Sí Falleció	42	34,07	41,559
Estancia media (días) No Falleció	211	19,75	23,155

Cabe destacar:

- 1) La edad de los fallecidos era superior (48,31 vs 33,97) a la de no fallecidos.
- 2) La estancia media, asimismo, era superior (34,07 vs 19,75) en los fallecidos.
- 3) Ambos resultados antes descritos, son lógicos, habida cuenta que algunos ingresaban muy mal y podían fallecer en pocos días, pero la mayor parte podían ser por enfermedades que precisaban tratamientos largos, por procesos crónicos, con resultado final incierto.
- 4) Ambos parámetros en el grupo de fallecidos eran significativos ($P < 0,005$).

Se presenta otra tabla con el desglose de edad y estancia media en días por profesiones. Medicina I (1851) Tabla RI-27

Tabla RI-27

Profesión	N	Edad Media	Desviación típica
Labrador	17	34,941	13,6082
Jornalero	63	36,698	15,3808
Sirviente	57	24,754	10,2230
Pordiosero	38	52,395	23,3580
Otras	78	37,051	18,2678
Total	253	36,356	18,5690
Estancia media (días) Labrador	17	26,53	24,602
Jornalero	63	22,86	33,357
Sirviente	57	17,88	22,828
Pordiosero	38	23,61	30,283
Otras	78	22,96	24,779
Total	253	22,13	27,501

La siguiente tabla especifica los límites inferior y superior de edad y estancia media (en días):

Tabla RI-28:

	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
	Límite inferior	Límite superior		
Edad: Labrador	27,944	41,938	16,0	60,0
Jornalero	32,825	40,572	12,0	70,0
Sirviente	22,042	27,467	14,0	62,0
Pordiosero	44,717	60,072	7,0	86,0
Otras	32,933	41,170	7,0	75,0
Total	34,057	38,655	7,0	86,0
Estancia media (días) Labrador	13,88	39,18	2	102
Jornalero	14,46	31,26	1	223
Sirviente	11,82	23,93	1	168
Pordiosero	13,65	33,56	0	149
Otras	17,37	28,55	1	128
Total	18,72	25,53	0	223

De ello se deducen las siguientes conclusiones:

- 1) Los pordioseros presentaban el grupo de más edad, siendo a su vez el grupo que presenta edad límite superior más elevada (86 años).
- 2) Los sirvientes eran los de menor edad (habida cuenta, que eran muy jóvenes en su conjunto).
- 3) La estancia media era superior en el grupo de otras profesiones, y la más baja estaba dentro de las sirvientas.
- 4) Existe significación estadística para la edad, pero no para la estancia media.

Véase ahora una nueva tabla con el desglose de edad y estancia media (días) según estado civil (1851): Tabla: RI-29

Tabla RI-29:

Estado civil	N	Edad Media	Desviación típica
Soltero	134	23,582	9,1564
Casado	62	42,984	12,9457
Viudo	57	59,175	14,1726
Total	253	36,356	18,5690
Estancia media (días): Soltero	134	17,89	19,906
Casado	62	29,42	36,877
Viudo	57	24,16	29,578

Sobre el Mínimo y Máximo de edad y estancia media, véase esta tabla:
Tabla RI-30:

Profesión	Intervalo de confianza para la media al 95%		Edad	
	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Soltero	22,018	25,147	7,0	62,0
Casado	39,696	46,271	24,0	70,0
Viudo	55,415	62,936	21,0	86,0
Total	34,057	38,655	7,0	86,0
Estancia media (días)	14,49	21,29	1	168
Soltero				
Casado	20,05	38,78	1	223
Viudo	16,31	32,01	0	149
Total	18,72	25,53	0	223

De lo anterior podemos concluir:

- 1) Los viudos son el grupo de mayor edad (59,17 años) seguido de casados (42,98) y solteros (23,58 años). Esto es lógico, pues era el hospital el que cuidaba de ellos, en situaciones de alta necesidad asistencial.
- 2) Las edades correspondientes al límite inferior son 7 años de un soltero y 86 años de un viudo.
- 3) La edad media es de 36,35 años, la misma que se ha visto en datos previos.
- 4) La estancia media es mayor para los casados (29,42 días). Los límites están entre 0 días de un viudo y 223 días de un casado.
- 5) Otras estancias medias son 21,29 días para los solteros y 32,01 días para los viudos.
- 6) Hay significación estadística, tanto para la edad media como para la estancia media.

II-2-2. RESULTADOS AÑOS 1848-1850

Veremos ahora los resultados del análisis entre 1848-1850 de las otras variables posibles de los pacientes ingresados, en la fecha arriba mencionada²⁰¹: sexo, edad, oficio, falleció o no, estado civil. Por este motivo se exponen estos resultados, y solo por esta ocasión sin orden cronológico.

²⁰¹ Cf. ACL, *Manuscrito H*: 288.

Se estudian 459 pacientes de la Sala de Medicina:

Tabla RI-31

	Sexo	Oficio	Falleció	Estado civil
N Válidos	459	459	459	459
Perdidos	0	0	0	0

Sexo: Tabla RI-32

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	229	49,9	49,9	49,9
Femenino	230	50,1	50,1	50,1
Total	459	100,0	100,0	

Conclusiones de lo expuesto:

- 1) Entre los años 1848-1850 ingresaron en las Salas de Medicina de hombres y mujeres: 459 personas.
- 2) El reparto es similar: 49,9% de varones y 50,1% mujeres.
- 3) No hay significación estadística.

Véanse ahora otras variables descriptivas:

Oficio: Tabla RI-33

Profesiones	Frecuencia	Porcentaje
Labrador	31	6,8
Jornalero	148	32,2
Sirviente	99	21,6
Pordiosero	84	18,3
Otras	97	21,1
Total	459	100,0

Falleció o no. Tabla: RI-34

Fallecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Sí	91	19,8
No	368	80,2
Total	459	100,0

Estado civil: Tabla RI-35

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	265	57,7
Casado	101	22,0
Viudo	93	20,3
Total	459	100,0

De lo anterior se deduce:

- 1) La profesión más frecuente era la de jornalero, es decir asalariado, y después sirviente (32,2% y 21,6% respectivamente).

- 2) Fallecieron el 19,8% de todos los ingresados.
- 3) El estado civil más frecuente es de solteros con el 57,7%, lo cual sorprende, pues parece lógico que fueran los viudos, por posible edad más alta.

Relaciones sexo-oficio

Oficio y relación al sexo I:

Tabla RI-36-1

Sexo	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero
Masculino	22	82	23	29
% dentro de Sexo	9,6%	35,8%	10,0%	12,7%
Femenino Recuento	9	66	76	55
% dentro de Sexo	3,9%	28,7%	33,0%	23,9%
Total Recuento	31	148	99	84

Oficio y relación al sexo II.

Tabla RI-36-2

Sexo	Oficio-Otras	Total
Masculino	73	229
% dentro de Sexo	31,9%	100,0%
Femenino Recuento	24	230
% dentro de Oficio	24,7%	50,1%
Total Recuento	97	459

Conclusiones:

- 1) Las otras profesiones están incluidas en el análisis conjunto de N: 565 pacientes (Medicina + Cirugía); 1848 – 1850.
- 2) Jornaleros con 32,2% y sirvientes, son las profesiones mayoritarias de forma global. A nivel masculino, jornalero es más frecuente con el 35,8% y a nivel femenino, sirvienta con el 33% es la de mayor frecuencia.
- 3) Se puede definir, que si una persona era varón y casado, jornalero era lo más frecuente de profesión, así como soltera y mujer, las posibilidades de ser sirvienta eran muy altas.
- 4) Existe significación estadística.

Relaciones sexo-fallecimiento.

Tabla RI-37

Sexo	Sí falleció	No falleció	Total
Masculino	49	180	229
% dentro de Sexo	21,4%	78,6%	100,0%
Femenino	42	188	230
% dentro de Sexo	18,3%	81,7%	100,0%
Total Recuento	91	368	459
Media porcentual	19,8%	80,2%	100,0%

Conclusiones:

- 1) No hay diferencias significativas en estos años entre fallecimientos de varones (21,4%) y el de mujeres (18,3%), aunque sigue siendo superior el porcentaje de fallecidos de varones
- 2) La media de fallecidos es de 19,8%.
- 3) No hay significación estadística

Relaciones oficio-fallecimiento. 1848-1850.²⁰²

Tabla RI-38

Falleció	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero	Otras	Total
Sí	7	29	5	26	24	91
% dentro de Falleció	7,7%	31,9%	5,5%	28,6%	26,4%	100,0%
No	24	119	94	58	73	368
Total Recuento	31	148	99	84	97	459

Conclusiones de lo expuesto:

- 1) Los jornaleros, con 31,9 % de mortalidad, seguidos de pordioseros con 28,6% y del conjunto de otras (26,4%), tienen mayor número de fallecimientos.
- 2) Es importante destacar la baja mortalidad del grupo de sirvientes, donde se caracterizan por ser sobre todo mujeres y la baja edad. Parece apreciarse que las sirvientas ingresaban por causas muy sencillas (quizá porque “estaban para servir, no para ser servidas”).
- 3) Hay significación estadística.

Relaciones Estado civil. 1848-1850.²⁰³

Tabla RI-39

Sexo	Soltero	Casado	Viudo	Total
Masculino	116	70	43	229
% dentro de Sexo	50,7%	30,6%	18,8%	100,0%
Femenino	149	31	50	230
% dentro de Sexo	64,8%	13,5%	21,7%	100,0%
Total	265	101	93	459
Media % dentro de Sexo	57,7%	22,0%	20,3%	100,0%

De lo anterior deducimos:

- 1) La soltería, tanto dentro del sexo masculino (50,7%) como en el femenino (64,8%), era lo habitual, con una media de 57,7%. Le seguían casados en el masculino y viudos en el femenino como 2ª opción de estado civil.
- 2) Es claramente significativo.

²⁰² Cf. ACL, *Manuscrito H*: 288.

²⁰³ Cf. nuevamente ACL, *Manuscrito H*: 288.

Relación estado civil – Falleció. Medicina II. 1848-1850.

Tabla: RI-40

Falleció	Soltero	Casado	Viudo	Total
Falleció Sí	40	22	29	91
% dentro de Falleció	44,0%	24,2%	31,9%	100,0%
Falleció No	225	79	64	368
% dentro de Falleció	61,1%	21,5%	17,4%	100,0%
Total	265	101	93	459
% dentro de Falleció	57,7%	22,0%	20,3%	100,0%

Conclusiones:

- 1) Los fallecimientos masculinos y femeninos eran más frecuentes entre los solteros (44% y 61,1% respectivamente). Solo los viudos masculinos estaban en 2º lugar entre los fallecidos.
- 2) Hay clara significación estadística.

Relación estado civil – oficio. Medicina 1848-1850.

Tabla: RI-41

Estado civil	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero	Otras	Total
Soltero	16	66	96	40	47	265
% dentro de Estado civil	6,0%	24,9%	36,2%	15,1%	17,7%	100,0%
Casado	11	55	1	8	26	101
% dentro de estado civil	10,9%	54,5%	1,0%	7,9%	25,7%	100,0%
Viudo	4	27	2	36	24	93
% dentro de estado civil	4,3%	29,0%	2,2%	38,7%	25,8%	100,0%
Total Recuento	31	148	99	84	97	459

Conclusiones:

- 1) Los solteros eran más frecuentes entre los sirvientes (36,2% del total de solteros). Los jornaleros era el oficio dominante entre los casados (54,5% del total) y los pordioseros, los más abundantes entre los viudos (38,7% del total de viudos).
- 2) Relación claramente significativa desde el punto de vista estadístico.

Obsérvese ahora esta tabla con la edad de los ingresados y fallecidos. Medicina. 1848-1850.

Tabla: RI-41: Edad media de los pacientes ingresados. Medicina 1848-1850

Sexo	N	Media	Desviación tip.
Edad masculino	229	35,39%	18,804
Edad femenino	230	31,90%	16,612

Tabla RI-42: Edad mínima y máxima de los pacientes ingresados Medicina 1848-1850

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	459	8	89	33,64

Tabla: RI-43: Edad media de pacientes fallecidos y no fallecidos. Medicina 1848-1850

Falleció	N	Media	Desviación Típica
Sí: Edad	91	40,21	21,429
No: Edad	368	32,02	16,423

Conclusiones:

- 1) La edad media de ingreso era de 35,39 años en los varones y 31,90 en las hembras.
- 2) La dispersión era desde 8 a 89 años, con una media de 33,64 años.
- 3) La edad de fallecimiento era de 40,21 años frente a una edad media de los no fallecidos de 32,02 años.
- 4) Hay una clara significación estadística.

Relación edad y oficio. Medicina 1848-1850.²⁰⁴ Tabla RI-44

Tabla: RI-44

Oficio	Edad		
	N	Media	Desviación típica
Labrador	31	37,29	14,943
Jornalero	148	34,27	13,217
Sirviente	99	21,09	5,518
Pordiosero	84	44,85	25,276
Otras	97	34,63	17,711
Total	459	33,64	17,806

Edad. Tabla: RI-45

	Mínimo	Máximo
Labrador	17	64
Jornalero	9	77
Sirviente	11	40
Pordiosero	10	89
Otras	8	89
Total	8	89

²⁰⁴ Cf. nuevamente ACL, *Manuscrito H*: 288.

Conclusiones sobre edad y oficio:

- 1) El oficio con mayor edad es el de pordiosero (44,85 años de media), muy superior a la media del resto (33,64).
- 2) Destaca la edad media de los sirvientes (21,09), como los más jóvenes.
- 3) Los mínimos y máximos de edad: 8 años y 89 respectivamente, corresponden a pordioseros y “otras”.
- 4) La significación estadística es clara

Relación entre edad y estado civil. Medicina 1848-1850:

Tabla: RI-46

Estado Civil	N	Edad Media	Desviación típica
Soltero	265	23,90	10,928
Casado	101	41,70	13,086
Viudo	93	52,65	18,437
Total	459	33,64	17,806

Edad. Tabla: RI-47

	Mínimo	Máximo
Soltero	8	80
Casado	12	74
Viudo	25	89
Total	8	89

Conclusiones:

- 1) De forma lógica, los viudos presentaban la edad media más alta (52,65 años), muy superior a la media (33,64 años).
- 2) El grupo de solteros tenía una edad media de 23,90 años, y el de casados de 41,70 años.
- 3) El límite mínimo y máximo de edad son 8 y 89 años respectivamente.
- 4) No se objetivan diferencias en cuanto a la edad entre los individuos según su estado civil, respecto al año 1851, previamente estudiado.
- 5) Existe clara significación estadística

Pasamos ahora a estudiar los datos de la **sala de Cirugía** del Hospital de San Antonio Abad, en los **años 1848-1850**.²⁰⁵

Se valorarán los parámetros de sexo, oficio, falleció sí o no, estado civil y edad.

²⁰⁵ Cf. ACL, *Manuscritos* N: 106 y H: 288.

Descripción global:

Tabla: RI-48

	Sexo	Oficio	Falleció	Estado civil
N Válidos	106	106	105	106
Perdidos	0	0	1	0

Sexo. Tabla: RI-49

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	38	35,8
Femenino	68	64,2
Total	106	100,0

Oficio. Tabla: RI-50

Oficio-Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Labrador	8	7,5
Jornalero	38	35,8
Sirviente	18	17,0
Pordiosero	22	20,8
Otras	20	18,9
Total	106	100,0

Falleció sí o no. Tabla: RI-51

Falleció	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	25,5
No	78	73,6
Total	105	99,1
Perdidos Sistema	1	,9
Total	106	100,0

Estado civil. Tabla: RI-52

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	53	50,0
Casado	33	31,1
Viudo	20	18,9
Total	106	100,0

Destacamos de los datos ofrecidos lo siguiente:

- 1) Prevalencia de ingreso en Cirugía en mujeres (64,2%).
- 2) Mayor frecuencia de jornaleros y pordioseros (35,8% y 20,8%).
- 3) Fallecieron un 25,5% del total de ingresados (superior a Medicina).
- 4) El estado civil soltero con el 50% del total es el estado dominante.

Estudio de la variable edad. Cirugía 1848-1850.

Tabla: RI-53: Edad según sexo

Sexo	N	Edad Media	Desviación tip.
Masculino	38	34,11	15,751
Femenino	68	36,79	17,488

Tabla: RI-54: Edades mínimo y máximo

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	106	11	80	35,83
N válido (según lista)	106			

Conclusiones:

- 1) Media masculina: 34,11 años. Femenina: 36,79 años (es característico que la edad de media de mujeres, tanto para ingreso como de fallecimiento, sea superior a la de los varones).
- 2) Las edades mínimas y máximas: 11 y 80 años.
- 3) No hay diferencias estadísticas significativas.

Relación de edad y sí falleció en Cirugía.

Tabla: RI-55

Falleció	N	Edad Media	Desviación tip.
Si	27	39,63	20,605
No	78	34,19	15,108

Conclusiones que se pueden deducir:

- 1) La edad media de fallecimiento fue de 39,63 años, frente a 34,19 años de los no fallecidos.
- 2) Hay diferencia estadística según la prueba de Levene ($P = 0,010$).

Relación edad – oficio. Cirugía 1848-1850

Tabla: RI-56 Relación Edad-Oficio. Cirugía 1848-1850

Profesión	N	Edad Media	Desviación típica
Labrador	8	28,63	13,564
Jornalero	38	39,50	13,104
Sirviente	18	21,44	4,301
Pordiosero	22	40,68	25,083
Otras	20	39,35	13,100
Total	106	35,83	16,860

Tabla: RI-57 Cirugía: Mínimos y máximos 1848-1850

	Mínimo	Máximo
Labrador	18	60
Jornalero	18	64
Sirviente	12	28
Pordiosero	12	80
Otras	11	61
Total	11	80

Conclusiones:

- 1) La edad más alta de fallecimiento por grupo laboral corresponde a pordioseros (40,68 años) y la más baja a sirvientes (21,44 años).
- 2) Los límites mínimos son de otras (11 años) y pordioseros (12 años), y los máximos corresponden a pordioseros (80 años).
- 3) Hay clara significación estadística.

Relación edad – estado civil. Cirugía 1848-1850.

Tabla RI-58

Estado civil	N	Media	Desviación tip.
Edad Soltero	53	26,13	13,498
Edad Casado	33	40,39	11,768
Edad Viudo	20	54,00	13,891
Edad Total	106	35,83	16,860

Edad mínima y máxima según sexo:

Edad. Tabla: RI-59

	Mínimo	Máximo
Soltero	11	78
Casado	22	73
Viudo	30	80
Total	11	80

Test de ANOVA, revela significación estadística: $p < 0,000$

Relación sexo-oficio. Cirugía 1848-1850.

Tabla: RI-60

Sexo	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero	Otras	Total
Masculino	6	10	3	6	13	38
% dentro de Sexo	15,8%	26,3%	7,9%	15,8%	34,2%	100,0%
Femenino	2	28	15	16	7	68
% dentro de Sexo	2,9%	41,2%	22,1%	23,5%	10,3%	100,0%
Total Recuento	8	38	18	22	20	106
Media en % Sexo	7,5%	35,8%	17,0%	20,8%	18,9%	100,0%

Conclusiones:

- 1) El oficio más frecuente en el sexo masculino es el de “otras”, seguido de jornalero. En el sexo femenino es jornalera la más prevalente, por encima de sirviente. Estas ingresaban más en Medicina.
- 2) Estadísticamente significativo

Relación sexo-estado civil. Cirugía 1848-1850:

Tabla: RI-61

Sexo	Sí falleció	No falleció	Total
Masculino	11	26	37
% dentro de Sexo	29,7%	70,3%	100,0%
Femenino	16	52	68
% dentro de Sexo	23,5%	76,5%	100,0%
Total Recuento	27	78	105
Media % dentro de Sexo	25,7%	74,3%	100,0%

Conclusiones:

- 1) Es más frecuente el fallecimiento en Cirugía en el sexo masculino (29,7% del total) que en el femenino (23,5% del total) con una media de 25,7%. Es decir: Ingresaban más mujeres en Cirugía, pero fallecían más hombres.
- 2) No hay significación estadística.

Relación sexo-estado civil. Tabla RI-62. Cirugía 1848-1850:

Tabla: RI-62

Sexo	Soltero	Casado	Viudo	Total
Masculino	22	13	3	38
% dentro de Sexo	57,9%	34,2%	7,9%	100,0%
Femenino	31	20	17	68
% dentro de Sexo	45,6%	29,4%	25,0%	100,0%
Total Recuento	53	33	20	106
Media % dentro de Sexo	50,0%	31,1%	18,9%	100,0%

Conclusiones:

- 1) Entre los pacientes ingresados en Cirugía durante 1848-1850 predominan los solteros (57,9%) en el sexo masculino, seguidos de casados (34,2%) y viudos (7,9%).
- 2) En el sexo femenino, asimismo, dominaban las solteras (45,6%), con un porcentaje más ajustado entre casadas (29,4%) y viudas (25%).
- 3) En la media general los solteros eran el 50%, casados el 31,1% y viudos el 18,9%. Sorprende este dato, lo que puede implicar que los solteros desarrollaban trabajos de mayor fragilidad física.
- 4) El conjunto de viudas que ingresaba en Cirugía sobrepasaba casi seis veces al de viudos
- 5) El estudio estadístico en su conjunto no revela significación

Relación oficio-falleció. Tabla RI-63. Cirugía 1848-1850

Tabla: RI-63

Falleció	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero	Otras	Total
Sí	1	7	2	12	5	27
% dentro de Falleció	3,7%	25,9%	7,4%	44,4%	18,5%	100,0%

No	7	31	16	10	14	78
% dentro de Falleció	9,0%	39,7%	20,5%	12,8%	17,9%	100,0%
Total Recuento	8	38	18	22	19	105

Conclusiones:

- 1) El grupo más frecuente de fallecimientos con el 44,4% del total corresponde a pordioseros, y el menor, labrador (3,7%) y sirvientes (7,4%). La edad es seguro responsable de este resultado.
- 2) Hay significación estadística

Relación Falleció-estado civil. Cirugía 1848-1850

Tabla: RI-64

Falleció	Soltero	Casado	Viudo	Total
Sí	12	9	6	27
% dentro de Falleció	44,4%	33,3%	22,2%	100,0%
No	40	24	14	78
Total Recuento	52	33	20	105

Edad media de fallecimiento (n: 27): 39,63 (Desviación Típica: 20,605) años

Edad media de los no fallecidos (n: 78): 34,19 (Desviación típica: 15,108) años.

Prueba de Levene para igualdad de varianzas: P: 0,010

Conclusiones:

- 1) Los viudos, casados y solteros son por este orden los más ancianos con edades que oscilan entre 11 y 80 años.
- 2) La edad de ingreso de los viudos es más del doble que la de los solteros.
- 3) Los solteros a pesar de ser más jóvenes, fallecen el doble que los viudos
- 4) La edad de fallecimiento es superior a la de los no fallecidos
- 5) Hay significación estadística, en todos los casos

Relación estado civil-oficio.

Tabla RI-65. Cirugía 1848-1850

	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero	Otras	Total
Soltero Recuento	5	10	17	12	9	53
% dentro de Estado civil	9,4%	18,9%	32,1%	22,6%	17,0%	100,0%
Casado Recuento	0	19	1	3	10	33
% dentro de estado civil	,0%	57,6%	3,0%	9,1%	30,3%	100,0%
Viudo Recuento	3	9	0	7	1	20
% dentro de estado civil	15,0%	45,0%	,0%	35,0%	5,0%	100,0%
Total Recuento	8	38	18	22	20	106

Conclusiones:

- 1) El estado civil de soltero, con un 32,1%, era el más frecuente entre los sirvientes, y el de casado entre el grupo de jornaleros con un 57,6%. El menor grupo de casados es el de labrador y el de viudo, en el de sirvientes con un 0%.
- 2) El apartado de otras profesiones el estado civil de casado es el segundo en frecuencia tras jornaleros.
- 3) Hay clara significación estadística

Frecuencia de ingresados en profesiones diferentes de las mayoritarias.²⁰⁶
 RI-66-1 y RI-66-2. Medicina 1848-1850.²⁰⁷ Se expresan en nº totales y porcentaje a la derecha dentro del total.

Tabla RI-66-1

Arriero	1	,2
Barbero	1	,2
Calcetera	3	,7
Camarero	1	,2
Caminero	2	,4
Cantero	5	1,1
Carpintero	5	1,1
Castrador	1	,2
Chocolatero	1	,2
Cirujano	2	,4
Comisionado	1	,2
Costurera	5	1,1
Curtidor	1	,2
Escobajero	1	,2
Escribiente	1	,2
Esquilador	2	,4
Exsoldado	1	,2
Frutera	1	,2
Impresor	1	,2
Leñador	1	,2
Molinero	3	,7
Nada	8	1,8
Panadera	4	,9
Pastor	1	,2
Polvorista	2	,4
Sastre	4	,9
Segadora	1	,2
Serrador	4	,9
Silletero	3	,7
Sombrerero	1	,2
Tejedor	11	2,4
Zapatero	7	1,5

Como se puede observar, además de las mayoritarias, destacan estas profesiones: tejedor: 11, zapatero: 7, silletero: 3, serrador: 4, sastre: 4, panadera: 4, molinero: 3, polvorista: 2, esquilador: 2, costurera: 5, carpintero: 5, cantero: 5, calcetera: 3, caminero: 2, cirujano: 2. Sin profesión reconocida: 8 casos.

²⁰⁶ Profesiones mayoritarias: Labrador, jornalero, sirviente, pordiosero.

²⁰⁷ Cf. ACL, *Manuscrito H 288*.

Frecuencia de Profesiones de Ingresados, distintas a las mayoritarias. Cirugía
1848-1850

Tabla: RI-66-2

	Frecuencia	Porcentaje
Aceitador	1	,9
Albañil	3	2,8
Alpargatero	1	,9
Barrendera	1	,9
Calcetera	1	,9
Candadora	1	,9
Cantero	1	,9
Carromatero	1	,9
Chocolatero	1	,9
Ex-guardia civil	1	,9
Frutera	1	,9
Maderero	1	,9
Nada	1	,9
Segadora	1	,9
Serrador	1	,9
Tejedora	2	1,9
Zapatero	1	,9

Se observa que en este ámbito destacan: albañil: 3, tejedora: 2. Resto, solo 1 representante por oficio, dentro de otras profesiones

Presentamos ahora la relación²⁰⁸ de Ingresados y Fallecidos.²⁰⁹ Tablas RI-67 y RI-68.

De estos resultados se pretende obtener una información en la evolución de la mortalidad respecto a los ingresados, y comparar la evolución con el paso del tiempo. Hay que destacar, que no figuran entre los ingresados, los militares, al menos que como tal hayan sido consignados en los documentos.

Ingresados y fallecidos de diversos años 1824-1864 (sólo civiles, no militares).²¹⁰

Tablas: RI-67.²¹¹

AÑO	INGRESADOS	FALLECIDOS	% Fallec/Ingres.
1798	554	133	24,07
1799	601	120	19,96
1800	604	139	23,01
1801	675	142	21,03
1802	606	195	32,17
1803	905	196	21,65
1804	1126	230	20,42
1809	283	51	18,02
1810	195	35	17,94

²⁰⁸ Se suman a los ya expresados antes desde 1727.

²⁰⁹ Cf. ACL, *Manuscritos* H: 287-290.

²¹⁰ Cf. ACL, *Manuscritos* H: 289-290-294-295-296-297-302-303.

²¹¹ De los años que faltan, no se han encontrado resultados fiables.

1811	236	44	18,64
1812	403	111	27,54
1813	316	65	20,56
1814	108	52	16,88
1815	239	43	17,99
1816	259	39	15,05
1817	263	63	23,95
1818	287	55	19,16
1819	232	40	17,24

Tabla: RI -68 (Continuación de la anterior)

Año	Ingresados	Fallecidos	% Fallec/Ingres.
1824	406	63	15,51
1825	443	74	16,70
1826	349	71	20,34
1827	335	74	22,08
1828	424	77	18,16
1829	385	79	29,51
1830	327	71	21,71
1831	365	69	18,90
1832	448	74	16,51
1833	443	114	25,73
1834	240	84	35,41
1848	454	71	15,63
1849	397	76	19,14
1850	290	54	18,62
1851	253	42	17,06
1852	285	59	20,70
1853	381	64	16,79
1854	431	94	21,89
1855	413	79	19,12
1856	417	83	19,90
1863	713	89	12,48
1864	824	72	8,73

De las tablas anteriores (RI-67 y 68), podemos concluir:

- 1) La media de fallecidos/ingresados, oscila entre el 15-20%, a finales del siglo XVIII y a lo largo de la primera mitad del siglo XIX
- 2) Solo desciende ocasionalmente por debajo del 10% avanzado el siglo XIX.
- 3) Algunos años que superan estas cifras del 20% están relacionados con circunstancias bélicas, como la Primera Guerra Carlista, sin embargo no es así en otros momentos.
- 4) Sorprende que el año 1855, que hubo epidemia de cólera, la mortalidad intrahospitalaria no aumentara. Eso quiere decir, que los pacientes quedaban en sus casas, y no en el hospital.

II-3. Enfermos y enfermedades en el hospital entre 1865 y 1895.

Los datos para esta época se han obtenido de Archivo de la Catedral de León²¹² y del Archivo del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).²¹³

Comenzamos este nuevo capítulo en el año 1865²¹⁴ porque ése es el primer año en que los fondos archivísticos ofrecen diagnósticos, tanto de vivos como de fallecidos.

Se presenta en primer lugar dos tablas RII-1 y RII-2 con el número de enfermos ingresados y fallecidos. Comienza en 1865 y finaliza en 1922.

Tabla RII-1

AÑO	INGRESADOS	FALLECIDOS	% Fallec/Ingres.
1865	818	101	12,34
1879	491	85	17,31
1882	1172	148	12,62
1888	903	143	15,61
1889	1037	157	15,11
1890	1135	182	16,03
1892	1093	198	18,11
1893	1109	160	14,42
1894	1223	193	15,78
1895	1277	176	13,78

Tabla RII-2

AÑO	INGRESADOS	FALLECIDOS	% Fallec/Ingres.
1897	1413	231	16,34
1912	1098	106	9,65
1913	1331	160	12,02
1914	1095	172	15,71
1916	1065	163	15,39
1917	1091	183	16,77
1918	1138	228	20,03
1919	1077	206	19,12
1920	917	136	14,83
1921	826	143	17,31
1922	973	172	17,67

Como en el capítulo anterior, hemos recogido los siguientes parámetros: sexo, edad, oficio, estado civil, diagnóstico y días de estancia; esta última solo en caso de no haber fallecido los enfermos ingresados, pues en la documentación que conservamos no figuran las fechas de fallecimiento y no se pueden conseguir esos datos.

Es de destacar que la documentación ahora ya no es manuscrita, sino de imprenta, siguiendo un modelo que ya usaba el Hospital militar francés de esta ciudad de León entre 1812-1813.

El citado libro H: 291 del ACL solo recoge datos desde enero a noviembre. Allí se consignan un total de 754 pacientes.²¹⁵ En el mes de diciembre no están anotados diagnósticos de vivos. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS.

²¹² ACL, *Manuscritos* H: 291-294-295-296-297-301.

²¹³ *Libros* N° 13(1895), N° 14(1896), N° 15(1903) y N° 17(1912-1922).

²¹⁴ ACL, *Manuscrito* H: 291.

Observamos que desde finales del siglo XVIII (1798), en que comienza el conteo de los datos, no sobrepasan los 400 pacientes ingresados/ año en el hospital de San Antonio Abad, exceptuando años puntuales como al final de dicho siglo y comienzo del XIX, en el que la mortalidad es, asimismo, muy elevada; sobre todo en los años 1802-1804. En esos años las malas cosechas fueron muy importantes, y parece ser una epidemia de hambruna uno de los factores determinantes a tal efecto. Es a partir de 1865 cuando se incrementan tanto los ingresos como el número de defunciones, y a partir de 1882 superan los ingresos el millar no siendo infrecuente encontrar fallecidos por encima de 200 por año.

Por lo que se refiere al porcentaje de fallecidos, éste no es inferior al 17 % hasta finales del estudio, 1922 incluido.²¹⁶ Algún año, esta cifra desciende por debajo del 12% y, ocasionalmente, supera el 20% y solo excepcionalmente (en 1834) llega hasta el 35% (en la Primera Guerra Carlista).

Comenzamos con el estudio de variable sexo en 1865.²¹⁷ Del total de 754 pacientes válidos, 462 fueron varones (61,3%) y 292 (38,7%) mujeres.²¹⁸ La prueba de Chi-cuadrado no refleja significación estadística (P=0,154). En la siguiente tabla vemos el número de ingresos por sexo y meses del año, y sus porcentajes correspondientes:

Tabla RII-3

MES	SEXO MASCULINO (% del total del sexo)	SEXO FEMENINO (% del total del sexo)
Enero	43 (9,1%)	18 (6,2%)
Febrero	43 (9,3%)	14 (4,8%)
Marzo	40 (8,7%)	19 (6,5%)
Abril	43 (9,3%)	22 (7,5%)
Mayo	39 (8,4%)	32 (11%)
Junio	37 (8%)	29 (9,9%)
Julio	32 (6,9%)	29 (9,9%)
Agosto	47 (10,2%)	33 (11,3%)
Septiembre	57 (12,3%)	35 (12%)
Octubre	48 (10,4%)	31 (10,6%)
Noviembre	34 (7,4%)	30 (10,3%)

Recuento por meses, en total:

Enero 60. Febrero 57. Marzo 59. Abril 65. Mayo 71. Junio 66. Julio 61. Agosto 80. Septiembre 92. Octubre 79. Noviembre 64.

Destacan los meses de verano: agosto, septiembre y octubre, probablemente por ser meses de mayor actividad laboral.

Por sexos, los varones ingresan más los meses de septiembre, octubre y agosto en el sexo femenino, los meses de agosto y septiembre.

²¹⁵ De los que en 3 casos se pierden los datos y, por tanto, no son válidos.

²¹⁶ Cuando nos referimos a porcentajes, lo hacemos a la relación entre fallecidos / ingresados x 100.

²¹⁷ Cf. ACL, Libro H: 291.

²¹⁸ Ya se ha comentado que los registros son solo de enero-noviembre, ambos inclusive, no recogiendo datos del mes de diciembre.

Sexo-mes. Tabla RII-4

Sexo	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Sexo Masculino	42	43	40	43	39
% dentro de sexo	9,1%	9,3%	8,7%	9,3%	8,4%
Sexo Femenino	18	14	19	22	32
% dentro de sexo	6,2%	4,8%	6,5%	7,5%	11,0%
Total	60	57	59	65	71
Media en % dentro de sexo	8,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,4%

Sexo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octubr	Noviem	Total
Masculino	37	32	47	57	48	34	462
% dentro de sexo	8,0%	6,9%	10,2%	12,3%	10,4%	7,4%	100,0%
Femenino	29	29	33	35	31	30	292
% dentro de sexo	9,9%	9,9%	11,3%	12,0%	10,6%	10,3%	100,0%
Total	66	61	80	98	79	64	754
Media sexo	8,8%	8,1%	10,6%	12,2%	10,5%	8,5%	100,0%

En la siguiente tabla, se describen los oficios de los ingresados en 1865.

Tabla RII-5

No Válidos	3	,4		Frecuencia	%
Aguador	2	,3	Cantero	15	2,0
Aguadora	4	,5	Carnicero	1	,1
Albañil	13	1,7	Carpintero	10	1,3
Alpargatero	2	,3	Carretero	5	,7
Barbero	4	,5	Carromatero	1	,1
Barrendero	1	,1	Ceramista	1	,1
Obrero	1	,1	Cerrajero	1	,1
Panadera	1	,1	Comerciante	1	,1
Panadero	2	,3	Cortador	1	,1
Paragüero	1	,1	Costurera	19	2,5
Pastor	3	,4	Cristalero	1	,1
Pastora	1	,1	Curtidor	2	,3
Pendolista	1	,1	Delantero	2	,3
Peón	5	,6	Dependiente	1	,1
Empleado	4	,5			
Caminero			Empresario	1	,1
Pescadora	1	,1	Escobero	1	,1
Picapedrero	1	,1	Escribiente	2	,3
Pintor	5	,7	Exmilitar	1	,1
Planchadora	1	,1	Harinero	1	,1
Pordiosera	50	6,6	Herrera	1	,1
Pordiosero	26	3,4	Herrero	7	,9
Quincallera	1	,1	Jardinero	3	,4
Sastre	9	1,2	Jornalero	319	42,4
Serrador	4	,5	Labrador	28	3,7

Silletera	1	,1	Labradora	9	1,2
Sirvienta	106	14,1	Lavandera	2	,3
Sirviente	27	3,6	Limador	1	,1
Sombrerera	1	,1	Maestra	1	,1
Tejedor	3	,4	Maquinista	1	,1
Tejedora	8	1,1	Minero	2	,3
Tendera	1	,1	Molinera	1	,1
Varios	1	,1	Mozo de cuerda	1	,1
Veterinario	1	,1	Nada	4	,5
Vinatero	1	,1			
Zapatero	13	1,7			

Dentro de ellas se observan otras profesiones no pertenecientes al “sector primario” (1865): Sastre, cantero, carretero, herrero, carromatero, maquinista, minero, albañil, jardinero, veterinario, maestra, comerciante, serrador, costurera, barbero, barrendero, barrenero, vinatero, fotógrafo, picapedrero, tejedor/a, pintor, ceramista, cristalero, empresario, escobero, harinero, carnicero, escribiente, pastor/a, limador, arriero, serrador, silletero/a, cerrajero, aguador/a, alpargatero, obrero, panadero/a, paragüero, pendolista, peón, caminero, pescadero/a, planchadora, quincallera, sombrerera, tendera, zapatero, carpintero, ceramista, cortador, curtidor, delantero, dependiente, exmilitar, lavandera, molinero, mozo de cuerda.

Se trata en total de 59 profesiones que podríamos denominar “liberales”.

De todo el conjunto de profesiones destacan 4 grandes grupos (Tabla RII-6-1 y 2):

Tabla RII-6-1

- Jornalero: 319 (42,3%)
- Sirviente: 136 (18%). Varones 27 (3,6%). Mujeres 109 (14,4%)
- Pordioseros: 76 (10,1%). Varones 26 (3,4%). Mujeres 50 (6,6%)
- Labrador: 37 (4,9%). Varones 28 (3,7%). Mujeres 9 (1,2%)

Otras profesiones, exceptuando estos 4 grandes grupos, de mayor frecuencia son:

Tabla RII-6-2

- Costurera: 19 (2,5%)
- Cantero: 15 (2,0%)
- Albañil: 13 (1,7%)
- Zapatero: 13 (1,7%)
- Carpintero: 10 (1,3%)

También existen, en proporciones mínimas, algunas profesiones que implicaban mayor nivel educativo: sastre, fotógrafo, veterinario, maestra, empresario o escribiente. Hasta un total de 63 profesiones distintas de las que 4 componen el 75,3% del total (jornalero, sirviente, pordiosero y labrador), y las restantes, 59, suponen el 24,7%.

Véase esta tabla sobre el ingreso de los 4 grandes bloques de profesiones según los meses del año:

Oficio-mes. Tabla RII-7-1

Profesión	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Labrador	0	4	2	6	5	6
% dentro de oficio	,0%	10,3%	5,1%	15,4%	12,8%	15,4%
Jornalero	22	18	21	28	37	27
% dentro de oficio	6,9%	5,6%	6,6%	8,8%	11,6%	8,5%
Sirviente	12	8	11	8	8	8
% dentro de oficio	8,8%	5,9%	8,1%	5,9%	5,9%	5,9%
Pordiosero	5	3	7	6	6	12
% dentro de oficio	6,6%	3,9%	9,2%	7,9%	7,9%	15,8%
Otras	21	24	18	17	15	13
% dentro de oficio	11,4%	13,0%	9,8%	9,2%	8,2%	7,1%
Total	60	57	59	65	71	66
% dentro de oficio	8,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,4%	8,8%

Tabla RII-7-2

Profesión	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Noviem.	Total
Labrador	5	2	4	5	0	39
% dentro de oficio	12,8%	5,1%	10,3%	12,8%	,0%	100,0%
Jornalero	27	39	36	37	27	319
% dentro de oficio	8,5%	12,2%	11,3%	11,6%	8,5%	100,0%
Sirviente	13	13	22	16	17	136
% dentro de oficio	9,6%	9,6%	16,2%	11,8%	12,5%	100,0%
Pordiosero	4	6	13	8	6	76
% dentro de oficio	5,3%	7,9%	17,1%	10,5%	7,9%	100,0%
Otras	12	20	17	13	14	184
% dentro de oficio	6,5%	10,9%	9,2%	7,1%	7,6%	100,0%
Total	61	80	92	79	64	754
% dentro de oficio	8,1%	10,6%	12,2%	10,5%	8,5%	100,0%

Se puede observar que no hay datos del mes de diciembre de 1865. Esta ausencia de datos, se debe al cambio de responsable del mismo, por lo que a veces existen y otras no.

Podemos destacar que los pacientes ingresados en el año 1865 en el Hospital de San Antonio Abad practicaban 4 profesiones prioritarias: jornalero, la más numerosa con un 42,3% del total; sirviente con 18%, del cual las mujeres eran mayoría (14,4%) y los varones el resto, un 3,6%; en tercer lugar están los pordioseros con un 10,1%, de los cuales también era prioritario el sector femenino 6,6% vs 3,5% el masculino; y, por último, los labradores con un 4,9%, y de forma mayoritaria los varones, 3,7% vs 1,2% de mujeres.

Del resto de profesiones, la mayor parte pertenecían al mundo de actividades manuales; pero se observa la existencia de profesiones que precisaban mayor formación intelectual, como ya se ha dicho, aunque en una proporción baja, con un total de todas ellas de 1,4%.

Los meses del año con mayor número de ingresos son los de agosto, septiembre y octubre, que coinciden con los meses de mayor volumen de labores por las recogidas

de las cosechas de cereal y vino. Más adelante, estableceremos relación de la profesión con otros parámetros como edad, sexo, días de estancia o fallecimiento.

Se expone en la siguiente tabla la situación de ingresados según estado civil.

Tabla RII-8

Estado civil	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Soltero	35	35	38	37	37	37
% dentro de estado civil	7,6%	7,6%	8,3%	8,1%	8,1%	8,1%
Casado	17	14	15	23	19	16
% dentro de estado civil	9,1%	7,5%	8,0%	12,3%	10,2%	8,6%
% dentro de mes	28,3%	24,6%	25,4%	35,4%	26,8%	24,2%
Viudo	8	8	6	5	15	13
% dentro de estado civil	7,4%	7,4%	5,6%	4,6%	13,9%	12,0%
Total	60	57	59	65	71	66
% dentro de estado civil	8,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,4%	8,8%
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Total
Soltero	38	50	63	46	43	459
% dentro de estado civil	8,3%	10,9%	13,7%	10,0%	9,4%	100,0%
Casado	13	19	16	21	14	187
% dentro de estado civil	7,0%	10,2%	8,6%	11,2%	7,5%	100,0%
Viudo	10	11	13	12	7	108
% dentro de estado civil	9,3%	10,2%	12,0%	11,1%	6,5%	100,0%
Total	61	80	92	79	64	754
Media % dentro de estado civil	8,1%	10,6%	12,2%	10,5%	8,5%	100,0%

El estudio de la situación del número de ingresados según su estado civil y total arroja los siguientes datos totales:

Solteros: 459 (60,9%); para los varones 283 (61,3% del total)

Casados: 187 (24,8%); para los varones 123 (26,6% del total)

Viudos: 108 (14,3%); para los varones 56 (12,1% del total)

Los meses de más ingresos según su estado civil son estos:

- Solteros: agosto, septiembre y octubre: entre los 3: 34,6%.
- Casados: agosto, octubre y mayo: 31,6%.
- Viudos: mayo, junio y septiembre: 37,9%.

La prueba de chi-cuadrado no ofrece significación estadística, respecto a este parámetro.

La relación estado civil y sexo nos presenta las siguientes diferencias:

- Solteras: 176, el 60,3% del sexo femenino.
- Casadas: 64, el 21,9% del sexo femenino.
- Viudas: 52, el 17,8% del sexo femenino.

Dentro de cada sexo, son mayoritarios los solteros entre los varones y las mujeres. Intermedios los casados de ambos sexos, y los menos frecuentes, los viudos.

Valoración de la relación estado civil y sexo, entre los ingresados del hospital de San Antonio Abad en 1865.²¹⁹ Tabla RII-9

Tabla RII-9

SEXO	Soltero	Casado	Viudo	Total
Masculino	283	123	56	462
% dentro de Sexo	61,3%	26,6%	12,1%	100,0%
Femenino	176	64	52	292
% dentro de Sexo	60,3%	21,9%	17,8%	100,0%
Total	459	187	108	754
Media % dentro de Sexo	60,9%	24,8%	14,3%	100,0%

Es destacable que el conjunto masculino, tal como se indica en la tabla, predomina en solteros y casados. Los viudos son menos frecuentes que las viudas (12,1% vs 17,8%). Pero en conjunto, tanto para hombres como para mujeres, la soltería era el estado más frecuente. Si esto se puede extrapolar al conjunto de la sociedad del momento, podría ser motivo de otro análisis de carácter sociológico.

En la valoración de profesiones, la de jornalero era mayoritaria tanto entre los varones como en el conjunto total de oficios (54,3% del total de varones).

En el sexo femenino, la de sirviente (39,4% del total de mujeres) era la más frecuente.

Hay significación estadística.

Profesiones más frecuentes en 1865: RII-10

Tabla RII-10

VARONES	MUJERES
Jornalero 54,3%	Sirvienta 39,4%
Otras 30,3%	Jornalera 23,3%
Labrador 6,1%	Pordiosera 18,5%
Pordiosero 4,8%	Otras 15,1%
Sirviente 4,5%	Labradora 3,8%

Relación sexo-oficio: Tabla RII-11

Tabla RII-11-1

SEXO	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero
Masculino	28	251	21	22
% dentro de Sexo	6,1%	54,3%	4,5%	3,8%
Femenino	11	68	115	54
% dentro de Sexo	3,8%	23,3%	39,4%	18,5%
Total	39	319	136	76
Media % dentro de Sexo	5,2%	42,3%	18,0%	10,1%

Tabla RII-11-2

²¹⁹ Cf. ACL, *Libro H*: 291.

SEXO	Oficio-Otras	Total
Masculino	140	462
% dentro de Sexo	30,3%	100,0%
Femenino	44	292
% dentro de Sexo	15,1%	100,0%
Total	184	754
% dentro de Sexo	24,4%	100,0%

Por todo lo anterior, podemos decir: la profesión de labrador, jornalero y otras son mayoritarias en el sexo masculino. Mientras que en el sexo femenino dominaban las de sirviente y porsiosero.

Todos estos datos tienen una significación estadística de $p < 0,000$.

Estudio de la variable de falleció o no y en qué meses en 1865:

Tabla RII-12

FALLECIÓ	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Sí	7	9	9	10	10	9
% dentro de falleció	7,7%	9,9%	9,9%	11,0%	11,0%	9,9%
No	53	48	50	55	61	57
Total	60	57	59	65	71	66

FALLECIÓ	Julio	Agosto	Septie	Octub re	Noviem	Total
Sí	5	11	6	5	10	91
% dentro de falleció	5,5%	12,1%	6,6%	5,5%	11,0%	100,0%
No	56	69	86	74	54	663
Total	61	80	92	79	64	754

Variable de falleció o no entre los ingresados de San Antonio Abad en 1865:

Hubo en total 91 fallecimientos, lo que hace un 12,1% del total de ingresados con diagnóstico y 101 en todo el año, lo que hace un 12,34% del total de ingresados en ese año.

Los meses de mayor mortalidad fueron agosto (12,1%), abril, mayo y noviembre (11% cada uno) y febrero, marzo y junio (9,9%); y en cuanto fallecimientos / ingresos x 100: febrero, noviembre y abril (más del 15%) de mayor a menor.

No hubo significación estadística

Destaca como hecho significativo la ausencia de paralelismo entre meses con mayor laboriosidad y por tanto, más ingresos, y más riesgo de mortalidad. Así:

Tabla RII-13

Mes	Nº ingresos	Nº fallecimientos	%
Enero	60	7	11,66
Febrero	57	9	15,78
Marzo	59	9	15,25
Abril	65	10	15,38

Mayo	71	10	14,08
Junio	66	9	13,63
Julio	61	5	8,19
Agosto	80	11	13,75
Septiembre	92	6	6,52
Octubre	79	5	6,32
Noviembre	64	10	15,62

Como se dijo anteriormente, a partir del citado año 1865 disponemos en la documentación conservada del hospital de San Antonio Abad de información sobre las enfermedades tratadas.

A continuación exponemos una muy significativa tabla con los procesos médicos de los pacientes ingresados en 1865:

Enfermedades halladas. Tabla RII-14

Enfermedades infectocontagiosas	Enfermedades digestivas	Enfermedades cardiológicas	Enfermedades neumológicas
1 Intermitentes (paludismo)	18 Hidropesía	24 Aneurisma corazón	26 Catarro crónico pulmonar
2 Colitis	19 Gastritis	25 Lesión orgánica corazón	27 Pleuritis
3 Sífilis	20 Hernia estrangulada		28 Asma
4 Tuberculosis	21 Empacho gástrico		29 Hemoptisis
5 Erisipela	22 Peritonitis aguda		30 Reblandecimiento pulmonar
6 Fiebre	23 Peritonitis crónica		31 Congestión pulmonar
7 Parotiditis			
8 Viruela			
9 Sarna			
10 Flemón			
11 Blenorragia			
12 Encefalitis			
13 Herpes			
14 Cólera morbo europeo			
15 Neumonía			
16 Tifoidea			
17 Fiebre reumática			

Enfermedades neurológicas	Enfermedades cutáneas	Enfermedades urológicas	Trauma-Reuma
32 Parálisis	38 Tumor cutáneo	43 Hematuria	46 Fractura extremidades
33 Apoplejía	39 Úlceras cutáneas	44 Parálisis vejiga	47 Reuma articular

34 Neuralgia occipital	40 Heridas piel	45 Parafimosis	48 Contusiones varias
35 Epilepsia	41 Picadura culebra		
36 Contusión o fractura cabeza	42 Edemas extremidades		
37 Demencia			

Otras		
49 Caquexia		
50 Oftalmía	53 Úlcera corneal	0 No interés
51 Clorosis	54 Pelagra	
52 Cloroanemia	55 Infarto de la matriz	

_____ Sobre los procesos médicos de los pacientes ingresados en el hospital en 1865,²²⁰ se estudiaron los pacientes con diagnóstico registrado, un total de 754.²²¹ La recogida fue de enero a noviembre inclusive.²²²

En la tabla anterior observamos los diagnósticos codificados para la estadística. Son un total de 55 procesos, repartidos entre los apartados siguientes:

- Enfermedades infecto-contagiosas: 1-17
- Enfermedades digestivas: 18-23
- Enfermedades cardiológicas: 24-25
- Enfermedades neumológicas: 26-31
- Enfermedades neurológicas: 32-37
- Enfermedades cutáneas: 38-42
- Enfermedades urológicas: 43-45
- Enfermedades Trauma-reumatológicas: 46-48
- Otras enfermedades: 49-55

¿Cuáles eran los diagnósticos más prevalentes en 1865?:

Tabla RII-15.

- Intermitentes (paludismo): 395 pacientes (52,2%) del total de ingresados
- Sífilis (36) más blenorragia no sifilítica: 7, en total 43 casos (5,7%)
- TBC más catarro crónico: 69 (8,7%)
- Sarna: 17 (2,2%)
- Flemón: 10 (1,3%)
- Reuma articular: 23 (3%)
- Erisipela: 9 (1,2%)
- Fiebre: 25 (Eruptiva, catarral, palpebral, adenómica gástrica, etc): (3,3%)
- Colitis: 21 (2,8%)
- Úlceras cutáneas: 15 (2,0%)
- Pulmonía: 14 (1,8%)
- Heridas diversas: 9 (1,2%)
- Flemones diversos (parotídeo, mama, extremidades): 9 (1,2%)
- Empacho gástrico: 6 (uno de ellos pordiosero) (0,8%)
- Hidropesía: 11 (1,5%)
- Fractura de extremidades: 9 (1,2%)
- Parálisis: 6 (0,8%)
- Tumor cutáneo: 6 (0,8%)

²²⁰ Cf. nuevamente ACL, *Libro H*: 291.

²²¹ Hay tres pacientes más sin diagnóstico.

²²² Diciembre solo tiene inscripción de estancia y de forma incompleta, sólo algún diagnóstico.

Se exponen a continuación otros diagnósticos menos frecuentes de 1865 (izda. de la tabla), así como los tipos de fiebres descritos entre los pacientes ingresados (dcha. de la tabla).

Tabla RII-16

Diagnósticos menos prevalentes	Tipos de fiebres descritos
Parálisis vejiga	Inflamatoria
Cólera morbo asiático	Palpebral (¿puerperal?)
Gastritis	Adinámica
Neuralgia occipital	Atáxica
Asma	Gástrica
Parafimosis	Eruptiva
Pelagra	Catarral
Parotiditis	Efímera
Caquexia	Infeciosa
Tumor de mama	Urémica
Infarto de matriz	Atáxica dinámica
Picadura de culebra	Cerebral
Vicio herpético	Maligna
	Héctica (¿séptica?)
	Reabsorción
	Intermitentes, tercianas y cuartanas
	Fiebre pernicioso
	Fiebre remitente
	Nerviosa
	Activa
	Lenta
	Gastrohepática
	Atónica

En la siguiente tabla se describen las causas de fallecimiento consignadas en los diagnósticos del hospital de San Antonio Abad en 1865 (91 en total):

Tabla RII-17

Causas de muerte en 1865.

- Tuberculosis: pulmonar, catarro crónico, tumor blanco, hemoptisis, etc: 27: 29,67%.
- Intercolitis crónica y enterocolitis crónica: 12: 13,20%.
- Pulmonía: 5: 5,49%.
- Hidropesía: 5: 5,49%.
- Cólera morbo europeo: 1: 1,09%.
- Fracturas diversas en cabeza y extremidades: 3: 3,30%.
- Fiebres de origen no conocido: 8: 8,80%.
- Alteraciones neurológicas: parálisis, apoplejía, encefalitis, cerebritis, epilepsia, traumatismo craneal, demencia: 11: 12,08%.
- Intermitentes crónicas (solo 4 casos): 4: 4,19%.
- Alteraciones cardiológicas: lesión orgánica del corazón, aneurisma cardiaco: 4: 4,39%.
- Sífilis 3ª: 1: 1,09%.
- Caquexia cloroanémica: 2: 2,19%.
- Hernia estrangulada: 2: 2,19%.
- Peritonitis crónica: 1: 1,09%.
- Úlcera de estómago: 1: 1,09%.

- Flemón parotídeo: 1: 1,09%.
- Tifoidea: 1: 1,09%.
- Reblandecimiento pulmonar: 1: 1,09%.

De los resultados diagnósticos del hospital de San Antonio Abad se observa que el proceso más frecuente es de fiebres intermitentes, también denominadas *tercianas* o *cuartanas*, dado que aparecían tras 3 ó 4 días de estar el paciente asintomático, y cuyo mecanismo será explicado en la discusión. Este proceso es el 52,2% del total de diagnósticos.²²³ En frecuencia le sigue la tuberculosis (Tbc) (8,7%), a la que hemos asociado el catarro crónico pulmonar, pues en su mayor parte, si no todo, tiene como base patogénica una infección tuberculosa. No son desdeñables, pero a distancia, las enfermedades venéreas, sífilis o blenorragia no sífilítica (gonococia) son causas diferentes y con evolución clínica, asimismo distinta, pero ambas coinciden en que son enfermedades de transmisión sexual.

En la tabla RII-15 podemos observar que la mayor parte de los diagnósticos más prevalentes son enfermedades infecciosas; entrando en ese apartado la de fiebres de distinta denominación,²²⁴ correspondientes en su mayor parte a fiebres de origen desconocido, según la denominación actual. Estas fiebres, en número de 23 acepciones diferentes, no son enfermedades en sí mismas, sino un síntoma de una enfermedad a la que no se ha podido o sabido poner un apellido.

Podemos considerar entre los diagnósticos prioritarios lesiones cutáneas (úlceras 2%, heridas diversas 1,9%, tumor cutáneo 0,8% y fracturas de extremidades 15%). El capítulo de flemones, posiblemente por las heridas cutáneas y falta de asepsia, bien en extremidades, parotídeo y mama, representan el 1,2%.

En lo referente a los problemas del sistema digestivo, la hidropesía (probablemente por hepatopatía crónica siendo la más frecuente la cirrosis hepática, por ingesta de alcohol) y la colitis ocupan un lugar importante. Como curiosidad se ha registrado un diagnóstico de “empacho gástrico”, significativamente en un pordiosero. Pudiera ser que alguno de ellos correspondiera a otras patologías (pancreatitis leve alcohólica o dispepsia de otra etiología).

En la tabla RII-16 se establecen los diagnósticos poco prevalentes, no pasando de 1 caso por proceso; y con terminología que sigue en vigor en nuestros días (neuralgia occipital, asma, parafimosis, gastritis, pelagra por déficit de vitamina B3 o niacina, parotiditis, caquexia, tumor de mama). Sin embargo, hay que insistir en que el diagnóstico más frecuente en ese año 1865, a larga distancia de los demás, es el de fiebres intermitentes (paludismo), aunque en ese preciso año no fuera una patología prevalente ni en la zona ni en España, como se verá en la discusión.

Las causas de los 91 fallecimientos habidos en el Hospital de San Antonio Abad en 1865 representan el 12,02% del total de ingresados con diagnóstico; pues el total de todo el año fueron 818 pacientes con 101 fallecidos. El mes de diciembre no hay registro de enfermedades, y contando ese mes, el porcentaje fallecidos / ingresados es del 12,34%.

²²³ Ver tabla RII-15.

²²⁴ Tabla RII-16.

La tuberculosis, en sus distintas expresiones, pulmonar, catarro crónico, tumor blanco, hemoptisis, escrófulas, representa el 29,67% de todos los fallecimientos, lo que es claramente expresión de la ausencia de tratamiento de esta enfermedad altamente contagiosa.

Siguen por orden de frecuencia los episodios de diarrea crónica, denominados intercolitis o enterocolitis crónica, y que pueden representar a diversos procesos infecciosos, o de carácter autoinmune y quizás algún cáncer, no conocido como diagnóstico todavía. Ellos son el 13,68% del total de causas de mortalidad.

La tercera causa, muy cerca de la anterior en número, son los procesos neurológicos, tanto infecciosos como degenerativos o vasculares, con un 12,08% de los fallecimientos. Nos referiremos a ellos como conjunto sindrómico más adelante.

Las fiebres de origen desconocido, descritas anteriormente, representan el 9,89% y son la 4ª causa de mortalidad entre los ingresados en el hospital.

Numéricamente, la hidropesía y las pulmonías son idénticas, el 5,49% del total de fallecimientos. Le siguen los traumatismos diversos y las alteraciones cardiológicas con un 4,39%. Podemos destacar que, en ese momento, solo eran consignados dos tipos de problemas cardiológicos: lesión orgánica del corazón (terminología muy general) y aneurisma del corazón.

Es interesante que aunque la causa más frecuente de ingresos eran las fiebres intermitentes, solo fallecían el 4,19%,²²⁵ del gran número (395) de pacientes ingresados por esa patología. Eso quiere decir que era una enfermedad endémica en el área de León, y que los pacientes ya tenían cierto grado de inmunidad, de forma que la padecían pero no fallecían por ella; al igual que pasa hoy día en los países africanos donde también se considera endémica.

Otras causas de fallecimiento son: caquexia cloroanémica y hernia estrangulada con un 2,19% y el resto, con 1 caso por proceso, representando un 1,09%, una peritonitis crónica, diagnóstico que entre otros puede ser una tuberculosis peritoneal, pues no existe el de peritonitis crónica. Un hecho similar ocurre con el diagnóstico de reblandecimiento pulmonar. Completa la lista final, con 1 caso por proceso, tifoidea, flemón parotídeo, úlcera de estómago y sífilis terciaria.

Como hemos indicado, el diagnóstico por excelencia en 1865 fue el de fiebres intermitentes, *tercianas* o *cuartanas*. Por ello, merece la pena valorar su frecuencia repartido por meses a lo largo del año.²²⁶

Tabla RII-18

Mes del año	Frecuencia de la enfermedad dentro de la misma total	Frecuencia de la enfermedad dentro de la misma en %
Enero	22	5,6%
Febrero	23	5,8%
Marzo	25	6,3%

²²⁵ Que corresponden a tan solo 4 casos.

²²⁶ Repetimos que el mes de diciembre no es hábil por no existir contabilidad diagnóstica.

Abril	30	7,6%
Mayo	30	7,6%
Junio	30	7,6%
Julio	35	8,9%
Agosto	49	12,4%
Septiembre	67	17%
Octubre	56	14,2%
Noviembre	28	7,1%

Destacan, al igual que en otras patologías, los meses de septiembre (17%), octubre (14,2%) y agosto (12,4%). Entre los 3 suman el 43,6% del total. A ello contribuye el aumento de temperatura de las aguas estancadas, que explicaremos en la discusión, al hablar del ciclo del paludismo.

Del resto de las enfermedades diagnosticadas, son reseñables la sífilis y la tuberculosis, a larga distancia de la anterior; aunque con escasos casos mensuales.

Si reagrupamos las enfermedades por síndromes, destacan los procesos: infecto-contagiosos, digestivos, cardíacos, neumológicos, neurológicos, cutáneas, urológicos, traumatológicos y reumatológicos y otras (de menor entidad), según se puede apreciar en la siguiente distribución total y porcentual:

Tabla RII-19
Síndrome diagnóstico

Grupos sindrómicos	Frecuencia	Porcentaje
No Válidos	6	,8
Enferm. Infectocontagiosas	584	77,1
Enferm. Digestivas	25	3,3
Enferm. Cardíacas	5	,7
Enferm. Neumológicas	40	5,3
Enferm. Neurológicas	21	2,8
Enferm. Cutáneas	25	3,3
Enferm. Urológicas	6	,8
Enferm. Traumatológicas	37	4,9
Otras	5	,7
Total	754	99,6
Perdidos Sistema	3	,4
Total	757	100,0

El conjunto de enfermedades infecto-contagiosas, codificado desde el 1-17 suponen el 77,1% del total de diagnósticos del año 1865. Le siguen en frecuencia las enfermedades neumológicas (26-31) con un 5,3%, las reuma-traumatológicas (46-48) con el 4,9% y las de menor frecuencia: cardiológicas (24-25) con un 0,7%, urológicas (43-45) y el 0,8% y los procesos neurológicos (32-37) y un 2,8%.

Si distribuimos tales diagnósticos por los meses del año, valoraremos las enfermedades infecto-contagiosas, dado que ocupan más de las $\frac{3}{4}$ partes del total.

Enfermedades infecto-contagiosas. Distribución por meses:

Tabla RII-20

Mes	Frecuencia total	Frecuencia porcentual
Enero	44	7,5%
Febrero	40	6,8%
Marzo	39	6,7%
Abril	49	8,4%
Mayo	51	8,7%
Junio	47	8,0%
Julio	46	7,9%
Agosto	68	11,6%
Septiembre	78	13,4%
Octubre	68	11,6%
Noviembre	54	9,2%

Vuelven a destacar los meses de verano: agosto, septiembre y octubre, con un total de 36,6% del total de infecciosas

Si la comparamos con los siguientes procesos sindrómicos en frecuencia, aunque a gran distancia, como neumológico y reuma-traumatológicos, observamos:

Tabla RII-20

Mes	Neumología (frecuencia y %) dentro del síndrome	Reuma-traumatología (frecuencia y %) dentro del síndrome
Enero	3 (7,5%)	1 (2,7%)
Febrero	5 (12,5%)	2 (5,4%)
Marzo	3 (7,5%)	7 (18,9%)
Abril	2 (5%)	6 (16,2%)
Mayo	7 (17,5%)	3 (8,1%)
Junio	4 (10%)	5 (13,5%)
Julio	3 (7,5%)	4 (10,8%)
Agosto	2 (5%)	2 (5,4%)
Septiembre	4 (10%)	3 (8,1%)
Octubre	4 (10%)	1 (2,7%)
Noviembre	3 (7,5%)	3 (8,1%)

En lo concerniente a la enfermedad neumológica, no hay un claro predominio de mes, excepto mayo, y de igual forma en las enfermedades reuma-traumatológicas, son los meses de marzo y abril los más prevalentes en esta patología, a diferencia de las infecciosas.

Lo anteriormente expuesto, junto al resto de síndromes encuadrados, se observa mejor por estaciones del año, primavera, verano, otoño e invierno, en la siguiente tabla:

Estudio sindrómico 1865, según estaciones del año. Tabla RII-21

Tabla RII-21.

SÍNDROME		Invierno	Primav.	Verano	Otoño
Enf. infectocontagiosas	N	123	147	192	122
	% dentro de síndrome diagnóstico	21,1%	25,2%	32,9%	20,9%
Enf. Digestivas		11	6	6	2
	% dentro de síndrome diagnóstico	44,0%	24,0%	24,0%	8,0%
Enf. Cardíacas		2	1	1	1
	% dentro de síndrome diagnóstico	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%
Enf. Neumológicas		11	13	9	7
	% dentro de	27,5%	32,5%	22,5%	17,5%
Enf. Neurológicas		3	6	10	2
	% dentro de síndrome diagnóstico	14,3%	38,6%	47,6%	9,5%
Enf. Cutáneas		9	9	5	2
	% dentro de síndrome diagnóstico	36,0%	36,0%	20,0%	8,0%
Enf. Urológicas		5	1	0	0
	% dentro de síndrome diagnóstico	83,3%	16,7%	,0%	,0%
Enf. Traumatológicas		10	14	9	4
	% dentro de síndrome diagnóstico	27,0%	37,8%	24,3%	10,8%
Otras		0	3	0	2
	% dentro de síndrome diagnóstico	,0%	60,0%	,0%	40,0%
Total		176	202	233	143
	% dentro de síndrome diagnóstico	23,3%	26,8%	30,9%	19,0%

De forma global el verano es la estación con más frecuencia de patología (30,9%), seguido de primavera (26,8%), invierno (23,3%) y otoño (19%).

Hay que considerar que la estación de otoño tiene contabilizado un mes menos, al no disponer de datos de diciembre; de lo contrario, sería probablemente similar al verano, pues sabemos que en ese mes de diciembre hubo 61 pacientes ingresados, de los que no tenemos diagnóstico.

Existe significación estadística.

A continuación se plantean las enfermedades codificadas según estaciones del año a lo largo de 1865. Tabla RII-22. Análisis estadístico posterior.

Tabla RII-22

Enfermedad		Invierno	Primav.	Verano	Otoño
No interés		2	2	1	1
	% dentro de trimestre	1,1%	1,0%	,4%	,7%
Intermitentes		70	90	151	84
	% dentro de trimestre	39,8%	44,6%	64,8%	58,7%
Colitis		4	6	8	3
	% dentro de trimestre	2,3%	3,0%	3,4%	2,1%
Sífilis		12	8	9	7
	% dentro de trimestre	6,8%	4,0%	3,9%	4,9%
Tuberculosis		9	10	4	11
	% dentro de trimestre	5,1%	5,0%	1,7%	7,7%
Erisipela		1	2	4	2
	% dentro de trimestre	,6%	1,0%	1,7%	1,4%
Fiebre		6	6	5	8
	% dentro de trimestre	3,4%	3,0%	2,1%	5,6%
Parotiditis		1	0	0	0
	% dentro de trimestre	,6%	,0%	,0%	,0%
Viruela		2	0	0	0
	% dentro de trimestre	1,1%	,0%	,0%	,0%
Sarna		12	3	1	1
	% dentro de trimestre	6,8%	1,5%	,4%	,7%
Flemón		3	6	0	1
	% dentro de trimestre	1,7%	3,0%	,0%	,7%

		Invierno	Primav.	Verano	Otoño
Blenorragia		1	4	2	0
	% dentro de trimestre	,6%	2,0%	,9%	,0%
Encefalitis		1	1	0	0
	% dentro de trimestre	,6%	,5%	,0%	,0%

	trimestre				
Herpes		0	2	1	0
	% dentro de trimestre	,0%	1,0%	,4%	,0%
Cólera morbo europeo		0	0	1	1
	% dentro de trimestre	,0%	,0%	,4%	,7%
Neumonía		1	9	4	0
	% dentro de trimestre	,6%	4,5%	1,7%	,0%
Tifoidea		0	0	1	0
	% dentro de trimestre	,0%	,0%	,4%	,0%
Fiebre reumática		0	0	1	4
	% dentro de trimestre	,0%	,0%	,4%	2,8%
Hidropesía		3	3	5	0
	% dentro de trimestre	1,7%	1,5%	2,1%	,0%
Gastritis		4	1	0	0
	% dentro de trimestre	2,3%	,5%	,0%	,0%
Hernia estrangulada		1	0	0	0
	% dentro de trimestre	,6%	,0%	,0%	,0%
Empacho gástrico		3	1	0	2
	% dentro de trimestre	1,7%	,5%	,0%	1,4%
Peritonitis aguda		0	1	1	0
	% dentro de trimestre	,0%	,5%	,4%	,0%
Aneurisma corazón		2	0	1	0
	% dentro de trimestre	1,1%	,0%	,4%	,0%

		Invierno	Primav.	Verano	Otoño
Lesión orgánica corazón		0	1	0	1
	% dentro de trimestre	,0%	,5%	,0%	,7%
Catarro crónico pulmonar		9	11	7	5
	% dentro de trimestre	5,1%	5,4%	3,0%	3,5%
Pleuritis		0	1	1	0

	% dentro de trimestre	,0%	,5%	,4%	,0%
Asma		1	0	1	1
	% dentro de trimestre	,6%	,0%	,4%	,7%
Hemoptisis		1	0	0	0
	% dentro de trimestre	,6%	,0%	,0%	,0%
Reblandecimiento pulmonar		0	1	0	0
	% dentro de trimestre	,0%	,5%	,0%	,0%
Congestión pulmonar		0	0	0	1
	% dentro de trimestre	,0%	,0%	,0%	,7%
Parálisis		2	0	4	0
	% dentro de trimestre	1,1%	,0%	1,7%	,0%
Apoplejía		1	2	1	0
	% dentro de trimestre	,6%	1,0%	,4%	,0%
Neuralgia occipital		0	1	0	0
	% dentro de trimestre	,0%	,5%	,0%	,0%
Epilepsia		0	2	0	1
	% dentro de trimestre	,0%	1,0%	,0%	,7%
Contusión o fractura cabeza		0	1	2	1
	% dentro de trimestre	,0%	,5%	,9%	,7%
Demencia		0	0	3	0
	% dentro de trimestre	,0%	,0%	1,3%	,0%

		Invierno	Primav.	Verano	Otoño
Tumor cutáneo		3	1	1	1
	% dentro de trimestre	1,7%	,5%	,4%	,7%
Úlceras cutáneas		5	6	4	0
	% dentro de trimestre	2,8%	3,0%	1,7%	0,0%
Herida piel		1	0	0	1
	% dentro de trimestre	,6%	0,0%	0,0%	,7%
Picadura culebra		0	1	0	0
	% dentro de trimestre	0,0%	,5%	0,0%	0,0%

	trimestre				
Edemas extremidades		0	1	0	0
	% dentro de trimestre	0,0%	,5%	0,0%	0,0%
Hematuria		3	0	0	0
	% dentro de trimestre	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Parálisis vejiga		1	0	0	0
	% dentro de trimestre	,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Parafimosis		1	1	0	0
	% dentro de trimestre	,6%	,5%	0,0%	0,0%
Fractura extremidad		3	4	1	1
	% dentro de trimestre	1,7%	2,0%	,4%	,75
Reuma articular		5	10	5	3
	% dentro de trimestre	2,8%	5,0%	2,1%	2,1%
Contusiones varias		2	0	3	0
	% dentro de trimestre	1,1%	0,0%	1,3%	0,0%
Caquexia		0	1	0	0
	% dentro de trimestre	0,0%	,5%	0,0%	0,0%
Oftalmia		0	1	0	1
	% dentro de trimestre	0,0%	,5%	0,0%	,7%
Clorosis		0	1	0	0
	% dentro de trimestre	0,0%	,5%	0,0%	0,0%
Cloroanemia		0	0	0	1
	% dentro de trimestre	0,0%	0,0%	0,0%	,75
Total		176	202	233	143
	% dentro de trimestre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como demuestra la tabla RII-22, existe marcada significación estadística. Destaca el paludismo como la enfermedad más prevalente dentro de una estación, el verano, seguida de la tuberculosis. Ambos son los procesos fundamentales patológicos en este año.

Hay que destacar que en diciembre de 1865, figura por primera vez el diagnóstico de cáncer de estómago, no descrito en el análisis general, pues se dio en el

mes de diciembre, mes que al no haber diagnósticos más que de fallecidos, no contó para dicho análisis.

El estudio de la relación sexo / oficio destaca²²⁷ (Tabla RII-23) que dentro de las cuatro profesiones más frecuentes (labrador, jornalero, sirviente y pordiosero) y el conjunto de las otras (formadas por 59, en las que la mayor parte no suman más de 1-2 por profesión) aparece que las actividades relacionadas con el trabajo agrícola (labrador y jornalero) es mayoritario el sexo masculino 6,1% y 54,3% vs 3,8% y 23,3% respectivamente del sexo femenino.

En las de sirviente y pordiosero, por el contrario, domina el sexo femenino, 4,5% y 4,8% masculinos frente al 39,4% y 18,5% femenino respectivamente.

Hay que hacer constar: un trabajador femenino, no superior de media a 24-25 años, es fundamentalmente sirviente y mujer. Un pordiosero suele ser mujer; pero de edades elevadas, por encima de los 60 años y frecuentemente viuda (probablemente porque perdían derechos como empleo, vivienda, etc. de los que gozaba el marido). En el conjunto de otras, que son más artesanales las profesiones, son mayoría el sexo masculino (30,3%) respecto al femenino (15,1%).

Todo ello, con la prueba del chi-cuadrado, da relación estadística significativa ($P < 0,0001$):

Tabla RII-23: Correlación sexo-oficio

Sexo	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero
Masculino	28	251	21	22
% dentro de Sexo	6,1%	54,3%	4,5%	4,8%
Femenino	11	68	115	54
% dentro de Sexo	3,8%	23,3%	39,4%	18,5%
Total	39	319	136	76
Media % dentro de Sexo	5,2%	42,3%	18,0%	10,1%

Sexo	Oficio-Otras	Total
Masculino	140	462
% dentro de Sexo	30,3%	100,0%
Femenino	44	292
% dentro de Sexo	15,1%	100,0%
Total	184	754
Media % dentro de Sexo	24,4%	100,0%

Si correlacionamos enfermedades y sexo, observamos que la presencia de fiebres intermitentes (paludismo), tuberculosis, sarna, neumonía, tumor cutáneo, úlceras cutáneas, hematuria, fracturas de cabeza y extremidades, erisipela, gastritis, catarro crónico pulmonar y asma son de predominio masculino.

Sin embargo, sífilis, blenorragia, herpes, hidropesía, fiebre reumática, enfermedades neurológicas como parálisis o apoplejía, epilepsia, reuma articular y cloroanemia (enfermedad por déficit de hierro, más frecuente en el sexo femenino como consecuencia de las pérdidas menstruales) son de predominio femenino.

²²⁷ Ver tabla RII-23.

La prueba del chi-cuadrado determina que no hay diferencia estadística significativa.

En el estudio del sexo y su correlación con los diferentes grupos sindrómicos no se observa significación estadística.

Tabla RII-25-1. Sexo-síndrome diagnóstico

Sexo	No interés	Enf. infectocontagiosas	Enf. digestivas
Masculino	4	356	17
% dentro de Sdme diagnóstico	66,7%	61,0%	68,0%
Femenino	2	228	8
% dentro de Sdme diagnóstico	33,3%	39,0%	32,0%
Total	6	584	25
% dentro de Sdme diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Sexo	Enf. cardíacas	Enf. Neumológicas	Enf. neurológicas
Masculino	3	26	9
% dentro de Sdme diagnóstico	60,0%	65,0%	42,9%
Femenino	2	14	12
% dentro de Sdme diagnóstico	40,0%	35,0%	57,1%
Total	5	40	21
% dentro de Sdme diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-25-2

Sexo	Enf. cutáneas	Enf. urológicas	Enf. Traumatológicas	Otras	Total
Masculino	19	6	20	2	462
% dentro de Sdme diagnóstico	76,0%	100,0%	54,1%	40,0%	61,3%
Femenino	6	0	17	3	292
% dentro de Sdme diagnóstico	24,0%	,0%	45,9%	60,0%	38,7%
Total	25	6	37	5	754
% dentro de Sdme diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por lo tanto, dentro del conjunto sindrómico, en el sexo masculino era más frecuente, todos los procesos sindrómicos, excepto en el apartado de enfermedades neurológicas o neurodegenerativas. Hecho similar en la actualidad, por lo que algún papel deben jugar las hormonas femeninas. También era dominante el sexo femenino en el apartado de *otras*, en donde aparecen la clorosis y la cloroanemia como dos de ellas (En la actualidad se consideran el mismo proceso, por tener un mecanismo patogénico común), procesos carenciales por déficit de hierro, más frecuentes en el sexo femenino, secundarios fundamentalmente a pérdidas menstruales entre otras causas.

Por lo que respecta al estudio de los fallecimientos o no según sexo en el año 1865, diremos que hubo mayor número de fallecimientos dentro del sexo masculino (53 vs 38) respecto al femenino, pero sin encontrarse significación estadística²²⁸.

²²⁸ ACL, H: 291

Tabla RII-26 Sexo-falleció:

Sexo	Sí falleció	No falleció	Total
Masculino	53	409	462
% dentro de Falleció	58,2%	61,7%	61,3%
Femenino	38	254	292
% dentro de Falleció	41,8%	38,3%	38,7%
Total	91	663	754
% dentro de Falleció	100,0%	100,0%	100,0%

Cuando valoramos la prevalencia de ingresos según las estaciones del año y distribuidos por sexos apunta, según las tablas RII-27, que el verano, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es la estación más frecuente, seguida de invierno en varones y primavera en mujeres. Todo ello tiene significación estadística ($P < 0,05$).

Tabla RII 27 Sexo-ingreso trimestre:

Sexo	Invierno	Primavera	Verano	Otoño	Total
Masculino	125	119	136	82	462
% dentro de sexo	27,1%	25,8%	29,4%	17,7%	100,0%
Femenino	51	83	97	61	292
% dentro de sexo	17,5%	28,4%	33,2%	20,9%	100,0%
Total	176	202	233	143	754

En el reparto por meses, como era de esperar, un mes de verano (septiembre) es el más frecuente de ingresos, tanto de hombres como mujeres, aunque no de forma significativa.

Tabla RII-28 Mes-Sexo

Mes del año	Masculino	Femenino	Total
Enero	42	18	60
% dentro de Mes	70,0%	30,0%	100,0%
Febrero	43	14	57
% dentro de Mes	75,4%	24,6%	100,0%
Marzo	40	19	59
% dentro de Mes	67,8%	32,2%	100,0%
Abril	43	22	65
% dentro de Mes	66,2%	33,8%	100,0%
Mayo	39	32	71
% dentro de Mes	54,9%	45,1%	100,0%
Junio	37	29	66
% dentro de Mes	56,1%	43,9%	100,0%
Julio	32	29	61
% dentro de Mes	52,5%	47,5%	100,0%
Agosto	47	33	80
% dentro de Mes	58,8%	41,3%	100,0%
Septiembre	57	35	92
% dentro de Mes	62,0%	38,0%	100,0%
Octubre	48	31	79
% dentro de Mes	60,8%	39,2%	100,0%
Noviembre	34	30	64

% dentro de Mes	53,1%	46,9%	100,0%
Total	462	292	754
Media % dentro de Mes	61,3%	38,7%	100,0%

El estudio de la correlación entre los 5 grupos de las profesiones cuyos ejercientes fueron ingresados durante 1865, y de forma estadísticamente significativa,²²⁹ arroja los siguientes datos con relación al estadio civil: En el grupo de labradores son casados el grupo más numeroso (43,6%), seguido de solteros y viudos (41% y 15,4%). En cambio, los jornaleros son mayoritariamente solteros (58,6%). La diferencia entre ambos es que el grupo de labradores son pequeños propietarios, no así el de jornaleros que trabajan si se les contrata, esto es, por cuenta ajena.

Destaca en el grupo de sirvientes, eran a su vez fundamentalmente del sexo femenino, y con un porcentaje abrumador (91,9%) solteros. También es el grupo más joven de edad.

En cuanto a los pordioseros, no hay diferencias entre solteros y viudos; unos por ser muy jóvenes y los otros por ser mayores y mayor tendencia a ser desasistidos económicamente.

El grupo de “otras profesiones”, que suelen ser de mayor capacitación, son también solteros en su mayoría. De todo ello se puede concluir que una situación de no dependencia económica de otros favorece el casamiento. Esto es especialmente relevante en el grupo de sirvientes, pordioseros y otras profesiones. Véanse a continuación los resultados y estadística:

Tabla R-II 29

Profesión	Soltero	Casado	Viudo	Total
Labrador	16	17	6	39
% dentro de Oficio	41,0%	43,6%	15,4%	100,0%
Jornalero	187	95	37	319
% dentro de Oficio	58,6%	29,8%	11,6%	100,0%
Sirviente	125	3	8	136
% dentro de Oficio	91,9%	2,2%	5,9%	100,0%
Pordiosero	32	13	31	76
% dentro de Oficio	42,1%	17,1%	40,8%	100,0%
Otras	99	59	26	184
% dentro de Oficio	53,8%	32,1%	14,1%	100,0%
Total Recuento	459	187	108	754

Por otro lado, si correlacionamos síndrome diagnóstico²³⁰ y el oficio, encontramos los datos que se anotan a continuación. Las enfermedades infectocontagiosas se dan de forma mayoritaria en el grupo de jornaleros (seguramente los trabajos más duros) con un 43,8% del total del síndrome, seguidos por el de sirviente (21,1%) y el del apartado de “otras profesiones” (23,8%). Probablemente, estos 3 grupos participan de los mismos patrones (trabajadores por cuenta ajena).

²²⁹ Véase la tabla RII-29.

²³⁰ Conjunto de enfermedades con características similares causales.

Las enfermedades digestivas son también en jornaleros mayoritarias, seguidas de “otras”. Las enfermedades cardíacas son, al igual que las neurológicas, más prevalentes en el grupo de pordioseros (habitualmente de mayor edad). Las traumatológicas y urológicas entre los jornaleros son prioritarias; y las lesiones cutáneas en el capítulo de “otras” (por sus profesiones específicas).

No es de interés considerar el capítulo de otras enfermedades por su escaso número.

Todo ello lo vemos mejor reflejado en la siguiente tabla, con alta significación estadística:

Tabla RII-30-1 Oficio-Síndrome diagnóstico

Profesión	No interés	Enf. Infecto-contagiosas	Enf. digestivas	Otras	Total
Labrador	1	27	2	0	39
% dentro de sdme. diagnóstico	16,7%	4,65%	8,0%	,0%	5,2%
Jornalero	3	253	12	2	319
% dentro de sdme. diagnóstico	50,0%	43,3%	48,0%	40,0%	42,3%
Sirviente	1	123	2	1	136
% dentro de sdme. diagnóstico	16,7%	21,1%	8,0%	20,0%	18,0%
Pordiosero	1	42	3	1	76
% dentro de sdme. diagnóstico	16,7%	7,2%	12,0%	20,0%	10,1%
Otras	0	139	6	1	184
% dentro de sdme. diagnóstico	,0%	23,8%	12,0%	20,0%	24,4%
Total	6	584	25	5	754
% dentro de sdme. diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-30-2

Profesión	Enf. cardíacas	Enf. neumológicas	Enf. neurológicas	Enf. cutáneas	Enf. urológicas	Enf. traumatológicas
Labrador	0	1	2	2	0	4
% dentro de sdme diagnóstico	,0%	2,5%	9,5%	8,0%	,0%	10,8%
Jornalero	0	14	7	8	5	15
% dentro de sdme diagnóstico	,0%	35,0%	33,3%	32,0%	83,3%	40,5%
Sirviente	0	0	1	4	0	4
% dentro de sdme diagnóstico	,0%	,0%	4,8%	16,0%	,0%	10,8%

Pordiosero	3	12	9	2	0	3
% dentro de sdme diagnóstico	60,0%	30,0%	42,9%	8,0%	,0%	8,1%
Otras	2	13	2	9	1	11
% dentro de sdme diagnóstico	40,0%	32,5%	9,5%	36,0%	16,7%	29,7%
Total	5	40	21	25	6	37
100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Podemos destacar, que los jornaleros como profesión al ser mayoritarios, son asimismo los que presentan mayor frecuencia de la mayor parte de los síndromes, excepto enfermedades cardiológicas y neurológicas, donde son prioritarios los pordioseros, probablemente por edad más avanzada y mayor frecuencia de sexo femenino que como hemos visto anteriormente, es donde tenían mayor prevalencia este último grupo de enfermedades.

Cuando estudiamos la causa específica de enfermar como grupo sindrómico, y lo correlacionamos con el oficio, nos da lo siguiente: Tabla RII-31.

Tabla RII-31 De correlación entre oficio y grupo de enfermedades más frecuentes:

Síndrome	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero	Otras
Enf. Infecto-contagiosas			90,4%		
Digestivas	5,1%				
Cardíacas				3,9%	
Neumológicas				15,8%	
Neurológicas				11,8%	
Cutáneas	5,1%				
Urológicas		1,6%			
Traumatológicas	10,3%				
Otras		40%		1,3%	

De la tabla anterior se observa que en los sirvientes predominan las enfermedades infecto-contagiosas, ocupando casi en su totalidad el motivo de ingreso. Las enfermedades neumológicas, neurológicas y cardíacas predominaban entre los pordioseros, las traumatológicas entre el grupo de labradores y en los jornaleros los problemas urológicos.

No se observa patología predominante en el grupo de "otras".

Relación entre oficio y enfermedad concreta más frecuente: Tabla RII-32

Profesión	Paludismo	Colitis	TBc	Sifilis	Neumonía
Labrador					
Jornalero	50,1%		38,2%	36,1%	42,9%
Sirviente					
Pordiosero					
Otras Profesiones		28,6%	38,2%		

Tabla RII-33

Profesión	Blenorragia	Hidropesía	Parálisis
Labrador			
Jornalero		63,6%	
Sirviente	71,4%		
Pordiosero			66,7%
Otras Profesiones			

La prueba de Chi-cuadrado, de Pearson, revela en estas tablas una significación estadística de $P < 0,001$.

Resumiendo lo anterior, podemos concluir:

Diagnóstico de intermitentes: jornaleros (50,1%), seguido de sirvientes (21%) y otras (20,3%).

Colitis: otras profesiones con el 28,6%, seguido de jornaleros (23,8%) y labrador (19%) son las mayoritarias.

Sífilis: jornaleros (36,1%) seguidos de otras profesiones (27,8%) y sirvientes (16,7%). Llama la atención en el colectivo de sirvientes su alto porcentaje de sífilis; menos si se considera que en su mayoría eran mujeres, de 23 años de media, y solteras.

Tuberculosis: el 4,1% de los jornaleros y el 7,1% de otras profesiones padecían tuberculosis, ambas con el 38,2% cada una del total.

Blenorragia: destaca, asimismo, que el grupo de sirvientes (por lo arriba antes descrito) es el grupo mayoritario con un 71,4% del total diagnóstico y el 3,7% dentro de su grupo.

Neumonía: el 42,9% eran diagnosticados dentro de los jornaleros, seguidos por los labradores (10,3%) y los pordioseros (2,6%) los que mayoritariamente presentaban esta enfermedad.

Del resto de enfermedades, al ser minoritarias, no tiene interés describirlas más allá de lo expuesto en la tabla general.

Pasaremos ahora a ofrecer la relación de ingresados según trimestre del año y oficio. Observamos en la tabla siguiente que los labradores ingresaban mayoritariamente en primavera, con un 43,6% del total de ellos. Los jornaleros, como era lógico, por la época de cosechas en verano (un 32%); las sirvientas, así mismo, en verano (35,3%); los pordioseros en primavera, aunque en casi igual frecuencia que en verano (31,6% vs 30,3%); y para el resto de las profesiones, el invierno era su estación de ingreso prioritaria con un 34,2%; posiblemente porque su trabajo se desarrollaba a lo largo de todo el año.

Hay una significación estadística importante ($P=0,003$)

Tabla RII-34 Oficio-Trimestre

Profesión	Invierno	Primavera	Verano	Otoño	Total
Labrador	6	17	11	5	39
% dentro de oficio	15,4%	43,6%	28,2%	12,8%	100,0%
Jornalero	61	92	102	61	319
% dentro de oficio	19,1%	28,8%	32,0%	20,1%	100,0%
Sirviente	31	24	48	33	136

% dentro de oficio	22,8%	17,6%	35,3%	24,3%	100,0%
Pordiosero	15	24	23	14	76
% dentro de oficio	19,7%	31,6%	30,3%	18,4%	100,0%
Otras	63	45	49	27	184
% dentro de oficio	34,2%	24,5%	26,6%	14,7%	100,0%
Total Recuento	176	202	233	143	754
% dentro de oficio	23,3%	26,8%	30,9%	19,0%	100,0%

Por lo que se refiere a la correlación oficio/fallecimientos, de los pacientes que ingresaban, fallecían el 34,1% de los jornaleros, seguidos del 24,2% de los pordioseros, 20% en el conjunto de “otras profesiones” y 9,9% tanto de labradores como de sirvientes. La prueba de Chi-cuadrado es muy significativa. Probablemente se comprenderá mejor cuando se haga el estudio por edades.

Tabla RII-35 de contingencia Oficio-falleció

Profesión	Sí falleció	No falleció	Total
Labrador	9	30	39
% dentro de Falleció	9,9%	4,5%	5,2%
Jornalero	31	288	319
% dentro de Falleció	34,1%	43,4%	42,3%
Sirviente	9	127	136
% dentro de Falleció	9,9%	19,2%	18,0%
Pordiosero	22	54	76
% dentro de Falleció	24,2%	8,1%	10,1%
Otras	20	164	184
% dentro de Falleció	22,0%	24,7%	24,4%
Total	91	663	754
% dentro de Falleció	100,0%	100,0%	100,0%

Otra tabla interesante (RII-36) es la que atiende a la relación estado civil-diagnóstico. Presentan significación estadística las siguientes enfermedades:

Solteros: Paludismo, sífilis, tuberculosis, sarna, flemón del origen que sea, blenorragia y reuma articular. Dominan las enfermedades de transmisión sexual, las intermitentes, por ser solteros mayoritariamente jornaleros. Las de reuma articular parecen presentarse sin causas especiales.

Casados: Hidropesía y neumonía

Viudos: Catarro crónico pulmonar, neumonía.

Tabla RII-36-1. Estado civil-diagnóstico

Estado Civil	No interés	Intermitentes	Colitis	Sífilis
Soltero	5	268	7	22
% dentro de diagnóstico	83,3%	67,8%	33,3%	61,1%
Casado	0	86	9	14
% dentro de diagnóstico	,0%	21,8%	42,9%	38,9%
Viudo	1	41	5	0
% dentro de diagnóstico	16,7%	10,4%	23,8%	,0%
Total	6	395	21	36
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-2. Estado civil-diagnóstico

Estado civil	Tuberculosis	Erisipela	Fiebre	Parotiditis
Soltero	19	5	13	1
% dentro de diagnóstico	55,9%	55,6%	52,0%	100,0%
Casado	9	2	7	0
% dentro de diagnóstico	26,5%	22,2%	28,0%	,0%
Viudo	6	2	5	0
% dentro de diagnóstico	17,6%	22,2%	20,0%	,0%
Total	34	9	25	1
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-3. Estado civil-diagnóstico

	Viruela	Sarna	Flemón	Blenorragia
Soltero	2	9	7	5
% dentro de diagnóstico	100,0%	52,9%	70,0%	71,4%
Casado	0	5	1	1
% dentro de diagnóstico	,0%	29,4%	10,0%	14,3%
Viudo	0	3	2	1
% dentro de diagnóstico	,0%	17,6%	20,0%	14,3%
Total	2	17	10	7
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-4. Estado civil-diagnóstico

	Encefalitis	Herpes	Cólera europeo morbo
Soltero	2	3	2
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%
Casado	0	0	0
% dentro de diagnóstico	,0%	,0%	,0%
Viudo	0	0	0
% dentro de diagnóstico	,0%	,0%	,0%
Total	2	3	2
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-5. Estado civil-diagnóstico

	Neumonía	Tifoidea	Fiebre reumática
Soltero	3	1	3
% dentro de diagnóstico	21,4%	100,0%	60,0%
Casado	5	0	2
% dentro de diagnóstico	35,7%	,0%	40,0%
Viudo	6	0	0
% dentro de diagnóstico	42,9%	,0%	,0%
Total	14	1	5
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-6. Estado civil-diagnóstico

	Hidropesía	Gastritis	Hernia estrangulada
Soltero	1	5	0
% dentro de diagnóstico	9,1%	100,0%	,0%
Casado	6	0	0
% dentro de diagnóstico	54,5%	,0%	,0%
Viudo	4	0	1
% dentro de diagnóstico	36,4%	,0%	100,0%
Total	11	5	1
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-7. Estado civil-diagnóstico

	Empacho gástrico	Peritonitis aguda	Aneurisma corazón
Soltero	4	2	1
% dentro de diagnóstico	66,7%	100,0%	33,3%
Casado	1	0	1
% dentro de diagnóstico	16,7%	,0%	33,3%
Viudo	1	0	1
% dentro de diagnóstico	16,7%	,0%	33,3%
Total	6	2	3
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-8. Estado civil-diagnóstico

	Fractura extremidad	Reuma articular	Contusiones varias
Soltero	4	14	4
% dentro de diagnóstico	44,4%	60,9%	80,0%
Casado	3	7	1
% dentro de diagnóstico	33,3%	30,4%	20,0%
Viudo	2	2	0
% dentro de diagnóstico	22,2%	8,7%	,0%
Total	9	23	5
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-9. Estado civil-diagnóstico

	Caquexia	Oftalmia	Clorosis
Soltero	1	1	0
% dentro de diagnóstico	100,0%	50,0%	,0%
Casado	0	1	0
% dentro de diagnóstico	,0%	50,0%	,0%
Viudo	0	0	1
% dentro de diagnóstico	,0%	,0%	100,0%
Total	1	2	1
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-36-10. Estado civil-diagnóstico

	Lesión orgánica corazón	Catarro crónico pulmonar	Pleuritis
Soltero	1	11	0
% dentro de diagnóstico	50,0%	34,4%	,0%
Casado	0	9	1
% dentro de diagnóstico	,0%	28,1%	50,0%
Viudo	1	12	1
% dentro de diagnóstico	50,0%	37,5%	50,0%
Total	2	32	2
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Como conclusión a estas tablas, y relacionando estado civil con síndrome diagnóstico, observamos que:

- 1) Los solteros son mayoritarios dentro de las enfermedades infecto-contagiosas, digestivas, enfermedades cutáneas y traumatológicas y urológicas, así como en el apartado de otras.
- 2) Los viudos son mayoritarios en las enfermedades neumológicas y neurológicas. Probablemente, tanto en el 1 como en el 2, estén relacionados con la edad y en el de solteros con la actividad laboral.
- 3) El grupo de casados no es mayoritario en ningún síndrome.

Hay significación estadística.

Tabla RII-37-1. Estado civil- síndrome diagnóstico:

	No interés	Enf. Infecto-contagiosas	Enf. digestivas
Soltero	5	372	12
% dentro de síndrome diagnóstico	83,3%	63,7%	48,0%
Casado	0	141	7
% dentro de sdme. diagnóstico	,0%	24,1%	28,0%
Viudo	1	71	6
% dentro de sdme. diagnóstico	16,7%	12,2%	24,0%
Total	6	584	25
% dentro de sdme. diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-37-2. Estado civil- síndrome diagnóstico

	Enf. cardíacas	Enf. neumológicas	Enf. neurológicas
Soltero	2	13	7
% dentro de sdme. diagnóstico	40,0%	32,5%	33,3%
Casado	1	12	6
% dentro de sdme. diagnóstico	20,0%	30,0%	28,6%

diagnóstico			
Viudo	2	15	8
% dentro de sdme. diagnóstico	40,0%	37,5%	38,1%
Total	5	40	21
% dentro de sdme. diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-37-3. Estado civil- síndrome diagnóstico

	Enf. cutáneas	Enf. urológicas	Enf. traumatológicas
Soltero	18	5	22
% dentro de sdme. diagnóstico	72,0%	83,3%	59,5%
Casado	7	1	11
% dentro de sdme. diagnóstico	28,0%	16,7%	29,7%
Viudo	0	0	4
% dentro de sdme. diagnóstico	,0%	,0%	10,8%
Total	25	6	37
% dentro de sdme. diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RII-37-4. Estado civil- síndrome diagnóstico:
Recuento Final

	Total
Soltero	459
% dentro de sdme. diagnóstico	60,9%
Casado	187
% dentro de sdme. diagnóstico	24,8%
Viudo	108
% dentro de sdme. diagnóstico	14,3%
Total	754
% dentro de sdme. diagnóstico	100,0%

En lo que atañe a la relación entre estado civil y fallecimientos confirmados, vemos que, en cifras absolutas, una vez más, son el grupo de solteros, posiblemente al ser el grupo más numeroso, es el que presenta mayor mortalidad, no solo relativa sino absoluta, superando al de viudos

Se observa, así mismo, significación estadística.

Tabla RII-38 Estado civil-falleció

	Sí falleció	No falleció
Soltero	37	422
% dentro de falleció	40,7%	63,7%
Casado	29	158

% dentro de falleció	31,9%	23,8%
Viudo	25	83
% dentro de falleció	27,5%	12,5%
Total	91	663
% dentro de falleció	100,0%	100,0%

Es muy interesante para un estudio como éste conocer las enfermedades responsables de mayor mortalidad.

Las fiebres intermitentes (paludismo), a pesar de ser las más frecuentes, “sólo” producen el 4,4% de los fallecimientos por ese proceso; lo cual implica que esta era una zona endémica de la enfermedad, y por tanto, con presencia de anticuerpos frente a ella, por lo que la mortalidad era baja. La enfermedad con mayor mortalidad, en esta época, fue la tuberculosis (20,9%), de su grupo y seguida de colitis (13,2%), catarro crónico pulmonar (de los que muchos de ellos serían tuberculosis probablemente) con un 6,6%. Le siguen neumonía e hidropesía, ambas con 5,5% y después, los procesos de corte neurológicos, parálisis (4,4%) y apoplejía (3,3%), así como la fractura de extremidades (3,3%).

Todo lo expuesto tiene alta significación estadística (Tabla RII- 39).

Tabla RII-39. Prueba de chi-cuadrado: $P < 0,005$

En la siguiente tabla se halla el % de fallecimientos más importantes, y su relación a la enfermedad. (Tablas RII-40-1,2, 3, 4, 5, 6 y 7).

Tabla RII-40-1 Relación entre proceso y porcentaje de fallecimiento.

Falleció	Encefalitis	Herpes	Colera morbo europeo	Neumonía
Sí	2	0	1	5
% dentro de diagnóstico	100,0%	,0%	50,0%	35,7%
No	0	3	1	9
% dentro de diagnóstico	,0%	100,0%	50,0%	64,3%
Total	2	3	2	14

Tabla RII-40-2

Falleció	Tifoidea	Fiebre reumática	Hidropesía	Gastritis
Sí	1	0	5	0
% dentro de diagnóstico	100,0%	,0%	45,5%	,0%
No	0	5	6	5
% dentro de diagnóstico	,0%	100,0%	54,5%	100,0%
Total	1	5	11	5

Tabla RII-40-3

Falleció	Congestión pulmonar	Parálisis	Apoplejía	Neuralgia occipital
Sí	0	4	3	0
% dentro de diagnóstico	,0%	68,7%	75,0%	,0%
No	1	2	1	1
% dentro de diagnóstico	100,0%	33,3%	25,0%	100,0%
Total	1	6	4	1

Tabla RII-40-4

Falleció	No interés	Intermitentes	Colitis	Sífilis
----------	------------	---------------	---------	---------

Sí	0	4	12	1
% dentro de diagnóstico	,0%	1,0%	57,1%	2,8%
No	6	391	9	35
% dentro de diagnóstico	100,0%	99,0%	42,9%	97,2%
Total	6	395	21	36

Tabla RII-40-5

Falleció	Tuberculosis	Erisipela	Fiebre	Parotiditis
Sí	19	0	8	0
% dentro de diagnóstico	55,9%	,0%	32,0%	,0%
No	15	9	17	1
% dentro de diagnóstico	44,1%	100,0%	68,0%	100,0%
Total	34	9	25	1

Tabla RII-40-6

Falleció	Aneurisma corazón	Lesión orgánica corazón	Catarro crónico pulmonar
Sí	2	2	6
% dentro de diagnóstico	66,7%	100,0%	18,8%
No	1	0	26
% dentro de diagnóstico	33,3%	,0%	81,3%
Total	3	2	32

Tabla RII-40-7

Falleció	Parálisis vejiga	Parafimosis	Fractura de extremidad
Sí	0	0	3
% dentro de diagnóstico	,0%	,0%	33,3%
No	1	2	6
% dentro de diagnóstico	100,0%	100,0%	66,7%
Total	1	2	9

Cuando establecemos si hay relación entre síndrome diagnóstico y fallecimientos, obtenemos los siguientes datos: El grupo de las enfermedades infectocontagiosas es el responsable mayoritario de los fallecimientos, con el 59,3% de ellos; le siguen las enfermedades neurológicas, con el 12,1%, y, en tercer lugar, los procesos neumológicos y digestivos con un 8,8%. Las causas cardiológicas no superan el 4,4%.

De todo lo anterior, se deduce que en 1865 eran las enfermedades infecciosas las responsables a nivel hospitalario del mayor número de fallecimientos, como se ha dicho antes. Por otro lado, cuando se valoran por estaciones del año los procesos más frecuentes, y se estudia en qué estación se da de forma más prevalente, nos encontramos los siguientes datos:

Tabla RII-41

PROCESOS MAS FRECUENTES	ESTACIÓN DEL AÑO
Fiebres intermitentes (paludismo)	Verano
Sífilis más blenorragia	Por igual, invierno, primavera y verano. Desciende en otoño

Tuberculosis	Primavera, invierno
Catarro crónico pulmonar	Primavera, invierno
Neumonía	Primavera
Fiebre	Igual repartido entre las 4 estaciones del año
Colitis	Verano
Sarna	Invierno
Hidropesía	Repartido entre las 4 estaciones del año por igual

Estadísticamente la relación entre los grupos es significativa.

A pesar de que las tareas laborales se dan más frecuentemente en verano, el estudio de relación época del año / fallecimiento no muestra significación estadística.

Tabla RII-42 Relación: Trimestre-falleció.

Estación del año	Sí falleció	No falleció	Total
Invierno	25	151	176
% dentro de trimestre	14,2%	85,8%	100,0%
Primavera	29	173	202
% dentro de trimestre	14,4%	85,6%	100,0%
Verano	22	211	233
% dentro de trimestre	9,4%	90,6%	100,0%
Otoño	15	128	143
% dentro de trimestre	10,5%	89,5%	100,0%
Total Recuento	91	663	754

Otra variable muy importante en este estudio es la referente al número de días que los enfermos permanecían ingresados. Hay que constatar que en los datos de archivo de que se dispone únicamente figuran los pacientes dados de alta, y desgraciadamente no hay constancia del tiempo que permanecieron ingresados los fallecidos. En total, descontando 91 fallecidos de los que no figuran datos, el estudio se realiza sobre 663 pacientes, desglosados así: Varones: 409. Mujeres: 254.

Pruebas de muestra independiente de Levene: 0,000

Prueba T para igualdad de medias: 0,000

Días de estancia media: 18,61.

Desviación típica: 20,58

Prueba de Levene: sig: 0,571

Repartidos por meses. Tabla RII-43.

	N	ESTANCIA MEDIA (Días)	DESVIACIÓN TÍPICA
Enero	53	23,13	25,067
Febrero	48	18,77	16,146
Marzo	50	22,90	23,972

Abril	55	22,87	22,971
Mayo	62	18,35	21,610
Junio	57	12,89	9,827
Julio	56	19,98	22,461
Agosto	69	14,77	18,500
Septiembre	86	18,49	24,699
Octubre	74	16,51	14,462
Noviembre	55	18,20	19,724
Total	665	18,58	20,570

Tabla RII- 44. Relación: Mes del año-Estancia media en días

	Mínimo	Máximo
Enero	3	135
Febrero	1	72
Marzo	1	97
Abril	3	116
Mayo	1	106
Junio	1	47
Julio	3	123
Agosto	3	145
Septiembre	2	197
Octubre	3	91
Noviembre	2	119
Total	1	197

Prueba de homogeneidad de varianzas (Levene): 0,001

Anova: 0,132

Otro interesante parámetro se refiere a los días de estancia por profesiones, de acuerdo con un límite mínimo y máximo.

Tabla RII- 45

Profesión	Mínimo	Máximo
Labrador	1	79
Jornalero	1	145
Sirviente	2	123
Pordiosero	2	80
Otras	1	197

Es significativo que los pordioseros (junto a labradores), tengan el máximo menos alto: ingresos más frecuentes pero de menos tiempo (¿ingresos de complacencia?)

En la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, la significación es de 0,164.

En el test de Anova, la significación es de 0,456

Según estado civil, los días de estancia son:

Tabla RII- 46

Estado Civil	N	Días de estancia	Desviación típica
Soltero	423	17,80	20,750
Casado	159	19,40	17,638
Viudo	83	20,95	24,513
Total	665	18,58	20,570

Estudio de mínimos y máximos de estancia media según estado civil.

Tabla RII-47

	Mínimo	Máximo
Soltero	1	197
Casado	1	135
Viudo	2	116

Prueba de Levene: Sig: 0,134

ANOVA: Sig: 0,375

No significación estadística.

Veamos ahora los días de estancia según la estación del año.

Tabla RII- 48

Estación año	N	Días estancia	Desviación típica
Invierno	151	21,67	22,163
Primavera	174	17,99	19,411
Verano	211	17,67	22,234
Otoño	129	17,23	16,856
Total	665	18,58	20,570

Tabla RII-49 Estancia media y estación del año: Mínimo y Máximo

Estación del año	Mínimo	Máximo
Invierno	1	135
Primavera	1	116
Verano	2	197
Otoño	2	119

Prueba de Levene: 0,051 (no hay significación)

ANOVA (Inter grupos): 0,211 (no hay significación)

Se puede observar de estos datos, que podían estar ingresados hasta seis meses, por lo que aquí, en ese caso poco importa la estación del año, pues se sobrepasaba el tiempo. Esta circunstancia de tiempo de ingreso tan largo, solía corresponder a tuberculosis y en alguna ocasión a paludismo y a úlceras cutáneas (Tabla RII-51), aunque la estancia media no fuera tan alta en esas patologías.

Por lo que afecta al estudio de días de estancia media y su relación con las enfermedades tratadas en el hospital de San Antonio Abad en 1865, los resultados son los expuestos a continuación:

Tabla RII-50-1. Días de estancia y procesos diversos

Días estancia	N	Media	Desviación típica
No interés	6	28,00	37,019
Intermitentes	391	14,37	15,145
Colitis	9	25,89	14,022
Sífilis	36	26,44	17,832
Tuberculosis	15	38,40	34,856
Erisipela	9	12,78	7,190
Fiebre	17	15,41	15,133
Parotiditis	1	6,00	
Viruela	2	43,50	20,50
Sarna	17	20,71	26,086
Flemón	10	37,90	23,454
Blenorragia	7	14,43	11,267
Encefalitis	0		
Herpes	3	9,00	3,000
Cólera morbo europeo	1	8,00	
Neumonía	9	35,67	30,976
Tifoidea	0		
Fiebre reumática	5	17,20	9,418
Hidropesía	6	27,17	17,406
Gastritis	5	13,60	11,082
Hernia estrangulada	0		
Empacho gástrico	6	8,83	7,333
Peritonitis aguda	0		
Aneurisma corazón	1	80,00	
Lesión orgánica corazón	0		
Catarro crónico pulmonar	26	24,65	24,532
Pleuritis	2	18,00	4,243
Asma	3	8,00	1,000
Hemoptisis	0		
Reblandecimiento pulmonar	0		
Congestión pulmonar	1	5,00	
Parálisis	2	10,50	2,121
Apoplejía	1	27,00	
Neuralgia occipital	1	5,00	
Epilepsia	2	29,50	36,062
Contusión o fractura cabeza	3	11,00	4,359
Demencia	1	49,00	

Días de estancia y procesos diversos (Continuación) Tabla RII-50-2

Días estancia	N	Media	Desviación típica
Tumor cutáneo	6	43,83	33,876
Úlceras cutáneas	14	37,64	55,002
Herida piel	2	5,50	,707
Picadura de culebra	1	9,00	
Edema extremidades	1	7,00	
Hematuria	3	17,67	2,517
Parálisis vejiga	1	40,00	
Parafimosis	2	5,50	6,364
Fractura extremidad	6	30,67	13,530
Reuma articular	21	25,52	25,992
Contusiones varias	5	10,40	7,335
Caquexia	1	46,00	
Oftalmia	2	22,50	27,577
Clorosis	1	4,00	
Cloroanemia	1	10,00	
Total	665	18,58	20,570

De lo anterior destaca que el diagnóstico de aneurisma del corazón (en realidad, pudiera ser problema coronario), seguido de caquexia (por la tardanza en rehabilitar al paciente), viruela, demencia y tumor cutáneo con 80 días de estancia, 46, 43,5, 49 y 43,83 días respectivamente, son los procesos de mayor duración en su tratamiento.

Anova: significación: 0,000 (Intergrupos)

El estudio de mínimos y máximos días de estancia nos da los siguientes resultados:

Tabla RII-51-1

Días estancia	Mínimo	Máximo
No interés	1	93
Intermitentes	2	135
Colitis	9	48
Sífilis	3	75
Tuberculosis	10	145
Erisipela	3	27
Fiebre	5	67
Parotiditis	6	6
Viruela	29	58
Sarna	3	97
Flemón	1	79
Blenorragia	1	33
Encefalitis		
Herpes	6	12
Cólera morbo europeo	8	8
Neumonía	7	96
Tifoidea		
Fiebre reumática	6	27

Hidropesía	6	48
Gastritis	5	31
Hernia estrangulada		
Empacho gástrico	3	21
Peritonitis aguda		
Aneurisma corazón	80	80
Catarro crónico pulmonar	3	106
Pleuritis	15	21
Asma	7	9
Congestión pulmonar	5	5
Parálisis	9	12
Apoplejía	27	27
Neuralgia occipital	5	5
Epilepsia	4	55
Contusión o fractura cabeza	6	14
Demencia	49	49

Tabla RII-51-2

Días estancia	Mínimo	Máximo
Tumor cutáneo	11	104
Úlceras cutáneas	4	197
Herida piel	5	6
Picadura de culebra	9	9
Edema extremidades	7	7
Hematuria	15	20
Parálisis vejiga	40	40
Parafimosis	1	10
Fractura extremidad	10	50
Reuma articular	4	116
Contusiones varias	1	21
Caquexia	46	46
Oftalmia	3	45
Clorosis	4	4
Cloroanemia	10	10
Total	1	197

De ello se deduce que las enfermedades más importantes, en base a la longitud de estancia media, son las siguientes:

- 1) Úlceras cutáneas
- 2) Tuberculosis
- 3) Intermitentes
- 4) Reuma articular
- 5) Tumor cutáneo
- 6) Catarro crónico pulmonar
- 7) Neumonía

Todos ellos tienen cifras de estancia máxima superior o próxima a 100 días.

Días de estancia y síndromes clínicos
Estancia media sindrómica (días). Tabla RII-52

Enfermedades	N	Media
No interés	6	28,00
Enf. Infectocontagiosas	532	17,15
Enf. Digestivas	17	16,71
Enf. Cardíacas	1	80,00
Enf. Neumológicas	32	22,06
Enf. Neurológicas	10	19,40
Enf. Cutáneas	24	34,04
Enf. Urológicas	6	17,33
Enf. Traumatológicas	32	24,13
Otras	5	21,00
Total	665	18,58

Las enfermedades cardíacas, como se puede apreciar, son las más importantes (al igual que sucede hoy día, pueden ser las de carácter más crónico).

En la siguiente tabla se observan los límites inferior y superior de días de estancia y síndromes:

Tabla RII-53

Días estancia	Límite inferior	Límite superior
No interés	1	93
Enf. Infectocontagiosas	1	145
Enf. Digestivas	3	48
Enf. Cardíacas	80	80
Enf. Neumológicas	3	106
Enf. Neurológicas	4	55
Enf. Cutáneas	4	197
Enf. Urológicas	1	40
Enf. Traumatológicas	1	116
Otras	3	46
Total	1	197

El estudio estadístico revela:

Prueba de homogeneidad de varianzas (Levene): 0,000. ANOVA: sig: 0,000.

Otro aspecto interesante es la relación entre edad de ingreso y sexo en este año que se está estudiando, 1865.

Tabla RII-54

SEXO	N	EDAD MEDIA INGR.	DESVIACIÓN TÍPICA
Masculino	462	34,18	14,285
Femenino	292	32,60	14,743

Según prueba de Levene para muestras independientes significación: 0,858
Prueba T para igualdad de media

Veamos un nuevo aspecto, la edad media de fallecimiento y no fallecidos:

Tabla RII- 55

Falleció	N	Edad Media	Desviación típica
Sí	91	42,16	16,903
No	663	32,39	13,708

Es superior la edad media de fallecimiento y hay significación estadística ANOVA (entre edad media de ingresados).

Ofrecemos ahora el estudio de edad media de acuerdo con los meses:

Tabla RII-56

	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Enero	60	31,58	14,769
Febrero	57	33,49	15,724
Marzo	59	36,14	14,411
Abril	65	32,95	13,408
Mayo	71	36,11	14,163
Junio	66	36,58	15,835
Julio	61	35,00	15,083
Agosto	80	30,83	13,476
Septiembre	92	34,33	16,386
Octubre	79	32,42	12,882
Noviembre	64	30,22	11,598
Total	754	33,57	14,475

En lo que se refiere al límite inferior y superior según mes del año, véase esta que los ingresados tenían superior edad media que el resto. Nueva tabla RII-57

Tabla RII-57.

	Mínimo	Máximo
Enero	13	78
Febrero	9	80
Marzo	13	73
Abril	12	77
Mayo	8	71
Junio	13	85
Julio	14	70
Agosto	11	70
Septiembre	11	79
Octubre	10	68
Noviembre	12	68
Total	8	85

De lo anterior se deduce:

- Los meses de mayor edad de mortalidad son mayo y junio (36,11 y 36,58 años de media). En primavera coinciden con el mayor número de fallecimientos del año (siendo quizá la causa el de que los ingresados en esos meses tenían edad media superior). Agosto es el mes, junto a noviembre, de edades más jóvenes de fallecimiento.
- Mayo es el mes con el mínimo de edad de fallecimiento (8 años) y junio (85 años) el de mayor edad.

Según la prueba de Levene no hay significación estadística: 0,120.

Así como tampoco con el ANOVA.

Por lo que se refiere a la edad media por profesiones, véase la siguiente tabla estadística:

(Tabla RII- 58)

EDAD	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Labrador	39	38,08	14,534
Jornalero	319	33,61	12,560
Sirviente	136	23,35	8,349
Pordiosero	76	48,82	18,091
Otras	184	33,80	13,414
Total	754	33,57	14,475

Destacan por edad inferior, sirviente (23,25 años), y por edad superior, pordiosero (48,82 años), 15 años más que la media conjunta.

En cuanto a la edad de fallecimiento por profesiones, entre un mínimo y un máximo:

Tabla RII-59

EDAD	MÍNIMO	MÁXIMO
Labrador	18	68
Jornalero	10	80
Sirviente	10	70
Pordiosero	11	79
Otras	8	85
Total	8	85

La edad mínima corresponde a sirviente, como era de esperar pues es el estamento laboral más joven, y la de mayor edad a la de pordiosero, jornalero y otras, de forma inversa.

Prueba de Levene: 0,000, o sea significativo. ANOVA: significación 0,000.

En lo que atañe a la edad media según estado civil, véase esta nueva tabla:

Tabla RII-60

EDAD	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Soltero	459	26,41	10,989
Casado	187	40,60	9,362
Viudo	108	51,81	12,771
Total	754	33,57	14,475

El estamento de viudos tiene una edad media superior a la media (51,81) así como los solteros (26,41), claramente inferior.

La tabla es significativa, tanto por la prueba de Levene (0,000) como la de ANOVA, intergrupos.

Otro nuevo apartado se refiere a la edad de ingreso por estaciones del año:
(Tabla RII- 61)

Edad	N	Media	Desviación típica
Invierno	176	33,73	15,001
Primavera	202	35,25	14,516
Verano	233	33,30	15,142
Otoño	143	31,43	12,330
Total	754	33,57	14,475

Se aprecia una mayor edad en primavera.

De lo anterior, el estudio de prueba de homogeneidad de varianzas de Levene revela que existe una significación estadística (0,037). No así la prueba de ANOVA (tabla inferior):

ANOVA

Edad	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1242,429	3	414,143	1,984	,115
Intra-grupos	156520,622	750	208,694		
Total	157763,050	753			

Véase ahora esta tabla de edad por grupos sindrómicos
Tabla RII-62

Edad	N	Media	Desviación típica
No interés	6	34,33	11,075
Enf. Infectocontagiosas	584	31,66	13,287
Enf. Digestivas	25	36,16	11,968
Enf. Cardíacas	5	42,40	14,100
Enf. Neumológicas	40	50,75	17,686
Enf. Neurológicas	21	49,33	16,113
Enf. Cutáneas	25	30,04	11,770
Enf. Urológicas	6	32,83	10,610
Enf. Traumatológicas	37	34,84	13,578
Otras	5	38,80	21,568
Total	754	33,57	14,475

Prueba de Levene: sig: 0,065 (por tanto, no hay significación)

ANOVA: $p < 0,000$

Límite inferior y superior sindrómico:

Tabla RII-63.

Edad	Mínimo	Máximo
No interés	23	52
Enf. Infectocontagiosas	8	79
Enf. Digestivas	16	60
Enf. Cardíacas	18	52
Enf. Neumológicas	14	85
Enf. Neurológicas	20	72
Enf. Cutáneas	16	57
Enf. Urológicas	17	45
Enf. Traumatológicas	13	70
Otras	19	75
Total	8	85

Podemos establecer, que a mayor edad, más riesgo de poder tener una enfermedad cardíaca, neurológica o neumológica.

Edad media de las diversas enfermedades en el hospital de San Antonio Abad en 1865:

Tabla RII-64

Enfermedad	N	Edad Media	Desviación típica
No interés	6	34,33	11,075
Intermitentes	395	30,52	12,573
Colitis	21	41,24	13,816
Sífilis	36	30,78	9,280
Tuberculosis	37	33,12	13,548
Erisipela	9	28,89	16,003
Fiebre	25	38,00	14,725
Parotiditis	1	34,00	
Viruela	2	18,00	2,828
Sarna	17	32,12	16,826
Flemón	10	32,80	14,831
Blenorragia	7	25,43	11,223
Encefalitis	2	20,50	3,536
Herpes	3	33,33	11,547
Cólera morbo europeo	2	17,50	,707
Neumonía	14	46,14	17,909
Tifoidea	1	28,00	
Fiebre reumática	5	30,40	14,809
Hidropesía	11	44,09	9,071
Gastritis	5	29,00	9,539
Hernia estrangulada	1	52,00	
Empacho gástrico	6	30,50	7,791
Peritonitis aguda	2	19,50	,707
Aneurisma corazón	3	38,67	18,148
Lesión orgánica corazón	2	48,00	5,657
Catarro crónico	32	51,81	17,851

pulmonar			
Pleuritis	2	53,00	7.071
Asma	3	50,33	26,388
Hemoptisis	1	40,00	
Reblandecimiento pulmonar	1	51,00	
Congestión pulmonar	1	24,00	
Parálisis	6	63,67	10,231
Apoplejía	4	61,50	9,256
Neuralgia occipital	1	20,00	
Epilepsia	3	42,67	7,767
Contusión o fractura cabeza	4	34,50	8,062
Demencia	3	40,67	9,292
Tumor cutáneo	6	30,67	16,501
Úlceras cutáneas	15	31,40	10,920
Herida piel	2	25,50	4,950
Picadura de culebra	1	16,00	
Edema extremidades	1	29,00	
Hematuria	3	34,00	9,539
Parálisis vejiga	1	44,00	
Parafimosis	2	25,50	12,021
Fractura extremidad	9	37,44	14,859
Reuma articular	23	35,83	13,617
Contusiones varias	5	25,60	8,385
Caquexia	1	19,00	
Oftalmia	2	34,50	7,778
Clorosis	1	75,00	
Cloroanemia	1	31,00	
Total	754	33,57	14,475

Edad media de las diversas enfermedades (de mayor a menor):

- 1º) Clorosis.
- 2º) Parálisis.
- 3º) Apoplejía.
- 4º) Pleuritis.
- 5º) Hernia estrangulada.
- 6º) Reblandecimiento pulmonar.

Las de menor edad media, como se aprecia, son las de carácter infeccioso.

En esta tabla, con un intervalo de confianza del 95%, se pueden observar los procesos que se dan en pacientes de más edad (85 años) y el mínimo (8 años).

Tabla RII-65

Días estancia	Mínimo	Máximo
No interés	23	52
Intermitentes	8	79
Colitis	18	70
Sífilis	15	54
Tuberculosis	16	68
Erisipela	10	60
Fiebre	12	73
Parotiditis	34	34
Viruela	16	20
Sarna	9	71
Flemón	14	66
Blenorragia	13	42
Encefalitis	18	23
Herpes	20	40
Cólera morbo europeo	17	18
Neumonía	20	77
Tifoidea	28	28
Fiebre reumática	13	48
Hidropesía	30	60
Gastritis	16	38
Hernia estrangulada	52	52
Empacho gástrico	17	40
Peritonitis aguda	19	20
Aneurisma corazón	18	52
Lesión orgánica corazón	44	52
Catarro crónico pulmonar	14	85
Pleuritis	48	58
Asma	20	68
Hemoptisis	40	40
Reblandecimiento pulmonar	51	51
Congestión pulmonar	24	24
Parálisis	44	72
Apoplejía	53	70
Neuralgia occipital	20	20
Epilepsia	34	49
Contusión o fractura cabeza	28	46
Demencia	30	47
Tumor cutáneo	17	57
Úlceras cutáneas	16	49
Herida piel	22	29
Picadura de culebra	16	16
Edema extremidades	29	29

Hematuria	28	45
Parálisis vejiga	44	44
Parafimosis	17	34
Fractura extremidad	18	64
Reuma articular	18	70
Contusiones varias	13	32
Caquexia	19	19
Oftalmia	29	40
Clorosis	75	75
Cloroanemia	31	31
Total	8	85

Haremos ahora un resumen de los diagnósticos, enfermedades y fallecimientos en el hospital de San Antonio Abad en el año 1865,²³¹ que, como se ha dicho, fue el primer año en el que se consignaron los diagnósticos de ingresos y los pacientes fallecidos. En este año hubo un total entre enero y diciembre de 818 ingresados, y de 101 fallecidos. El porcentaje de fallecidos / ingresados es de 12,34%. El número total si contamos las cifras de enero a noviembre es de 757 ingresados y 91 fallecidos, siendo el porcentaje de fallecidos / ingresados en estos meses de un 12,02%. El número de pacientes hábiles para el estudio es de 754.²³²

Los resultados de todo el estudio, aplicando las variables de edad, sexo, meses de ingresos con sus numeraciones, oficio, estado civil, diagnóstico total y desglosados por meses y trimestres; síndromes diagnósticos, una vez reagrupadas las enfermedades descritas y días de estancia media, son los siguientes, hecho el análisis estadístico del chi-cuadrado, prueba de Levene y ANOVA:

Sexo: del sexo masculino ingresaron 462 individuos mientras que mujeres fueron 292. Total 757.

Por porcentajes: varones fueron el 61,3% y mujeres el 36,7%. No hay significación estadística (P=0,154) (Chi-cuadrado de Pearson).

Oficios: en el apartado de oficios dominan 5 grupos: Labrador, con el 5,2% del total. Jornalero que es el grupo mayoritario (42,1%). Sirvienta un 18% y el de otras profesiones 4,3%; y pordioseros un 10%. Chi-cuadrado de Pearson: P=0,05.

El estado civil de los pacientes ingresados corresponde al de soltero, mayoritariamente, un 60,6%; casado un 24,7% y viudo el 14,3%. Ello está en relación con la edad. Así, la edad media de los solteros era de 26,41 años, mientras que la de los casados era de 40,60 años y la de los viudos de 51,81. Podríamos, por tanto, deducir que el matrimonio en esa fecha estaba cerca de los 30 años, entre 30 y 40; y la viudedad alrededor de los 50. Los límites de edad fueron 8 el más joven y 85 el más anciano.

La prueba de homogeneidad de varianzas determina que la prueba de Levene es significativa (P<0,0001).

No hay diferencias entre sexo masculino (34,18) y femenino (32,6 años).

²³¹ Cf. ACL, *Libro H*: 291.

²³² Tres se perdieron por falta de diagnóstico.

Si hay diferencias significativas en la edad acerca de sí falleció o no. De los 91 pacientes que fallecieron, su edad media era de 42,16 (desviación típica de 16,903); mientras que los no fallecidos, su edad al ingreso era de 32,39 (desviación 13,708). El test de Levene es estadísticamente significativo ($P < 0,005$). De ello, podemos concluir que la edad de fallecimiento en 1865 era de 42,16 años de media, en adultos.

No hay significación estadística en la edad media de ingreso, relacionado con los meses del año.

Sin embargo, en la edad media del tipo de profesiones más frecuentes destaca como la de mayor edad la de pordiosero (48,82) y la de menos, la de sirvienta (23,35). Sin embargo al analizar los datos de los pordioseros, observamos que aunque la media es la anteriormente descrita, los varones (22 en total), presentaban una cifra de 28,9 años, y las mujeres pordioseras (54 en total), la edad media era de 71,1, resultando la diferencia muy significativa. De estos resultados podemos concluir, que: las mujeres pordioseras eran más longevas en sí mismas, causa probablemente importante que justifica su situación social, al no ser contratadas por nadie, y que esa mismo aumento de edad respecto al varón, también era el resultante de ser el estado civil de viuda el más frecuente. La prueba de homogeneidad de varianzas, estadístico de Levene, determina una significación estadística de $P < 0,001$, e igualmente ANOVA ($P < 0,001$).

Todo ello implica que el pordiosero vive más años, no por ser pordiosero, sino que es pordiosero por vivir más años y tener menos oportunidades laborales. Recordemos que el oficio más frecuente es el de jornalero, o sea, por cuenta ajena. Así mismo, se deduce que los sirvientes eran muy jóvenes cuando entraban a trabajar.

Características de las variables según profesiones.

Tabla RII-66

	Estado civil	Edad media	Nº fallecidos	Sexo
Labrador	Casado/soltero	38,9 años	Alto	Varón
Jornalero	Soltero	33,6 años	Medio	Varón
Sirvienta	Soltera	23,4 años	Bajo	Hembra
Pordioseros	Viuda	48,8 años	Alto	Hembra
Otras	Soltero	33,8 años	Intermedio	Varón

La estancia media sólo existe consignada en los pacientes que se iban de alta. En el grupo de fallecidos no se observa este dato. Así pues, este parámetro se estudia sobre 665 pacientes, no sobre el total, al descontar los fallecidos.

Los datos de estancia media, se ven a continuación en la tabla RII-67

Tabla RII- 67

Sexo	Número	Media	Desviación típica
Masculino	410	16,37 días	17,822
Femenino	255	22,12 días	23,963

La prueba de Levene es significativa ($P < 0,0001$).

El mes en el que la estancia media fue superior era marzo (22,90 días), cuando la media era de 18,58 días. El límite menor de días de estancia fue de 1 día, y el límite superior de 197 días.

Sorprendentemente, las sirvientas tenían una estancia media superior al resto (21,14 días), seguida de pordiosero (20,84 días), y a la media que era de 18,58 días. Es la condición de viudo la de mayor estancia media (20,95). Esto se explica porque parece claro que una sirvienta no volvía al trabajo hasta no tener una recuperación perfecta; lo mismo que parece pasar con los viudos.

La estancia media era más alta en invierno (21,67 días) ($P < 0,05$).

Exceptuando el único caso de aneurisma del corazón (80 días de estancia), la demencia (48 días) y tuberculosis, viruela, neumonía y úlceras cutáneas, ocupaban más días de ingresos (38,4, 43,5 y 35,67 días respectivamente).

La P es de 0,164, no es significativa en este apartado. Prueba de Levene ($P < 0,0001$) y ANOVA ($P < 0,0001$) demuestran ser estadísticamente significativos.

Por síndromes diagnósticos, excluido el de enfermedades cardíacas al haber un solo caso, las enfermedades cutáneas y traumatológicas tenían, con 34,04 y 24,13 días, la estancia media mayor: siendo la prueba de Levene significativa ($P < 0,0001$).

Respecto a los fallecimientos, de los 757 enfermos estudiados, fallecieron 91 (12,1%).

Respecto a las enfermedades más frecuentes, el grupo de las infecto-contagiosas ocupan el 77,1% del total, destacando las intermitentes (paludismo) con un 52,2% del conjunto. Le siguen en frecuencia sífilis (4,8%) y tuberculosis (4,5%). Si sumamos sífilis + blenorragia (ambas enfermedades venéreas) el porcentaje es del 5,7%.

En cuanto a los meses con mayor número de ingresos, éstos son agosto, septiembre y octubre; con un chi-cuadrado de Pearson de $P < 0,0001$, por tanto, con significación estadística. Destaca, por estaciones del año, la alta frecuencia de enfermedades neurológicas (47,6% del total de las mismas) en verano ($P < 0,018$).

Otro capítulo especialmente interesante y con características propias es el estudio de los militares ingresados en el último tercio del siglo XIX, cuyos datos se reflejan claramente en los libros del archivo catedralicio, en un volumen²³³ para los años 1868-1882, y en otros dos²³⁴ para los años 1883-1896.²³⁵

Se han estudiado detenidamente estos libros con el objeto de saber la prevalencia de enfermedades entre los militares, que también ingresaban en el Hospital de San Antonio Abad.

²³³ Cf. ACL, *Libro H*: 32.

²³⁴ Cf. ACL, *Libro H*: 323-324.

²³⁵ No se dispone de datos de otros años.

Tabla RII-68. Relación de Militares Fallecidos-Ingresados

Período	Nº ingresados	Nº fallecidos	%
1868-1882	2406	106	4,40
1883-1896	1601	64	3,99
1868-1896	4007	170	4,24

La mortalidad de los militares era muy inferior, fuera de escenario de guerras, a la de la población normal. Dos hechos pueden justificarlo:

- 1) Edad: muy jóvenes (no solían sobrepasar los 24 años).
- 2) Mejor estado nutricional, pues al menos comían dos o tres veces al día.

Sin embargo, el probable cierto grado de hacinamiento parece ser un problema para su salud, por la facilidad de contagio de algunas enfermedades.

Ofrecemos ahora el diagnóstico de militares que no fallecieron: (diagnóstico de vivos). Hay que tener en cuenta que solo tenemos constancia de parte del período 1868-1883. Del total de 2406 ingresados, sólo tenemos 223 casos de diagnóstico:

Tabla RII-69. Militares ingresados no fallecidos entre 1868-1883

Enfermedad	Procesos con varios casos	Con solo 1 caso por proceso
Sarna	40	Hepatitis aguda
Sífilis	33	Herpes
Paludismo (intermitentes)	27	Infarto visceral crónico
Catarro pulmonar	25	Vicio escrofuloso
Fiebre efímera	15	Derrame pleural
Reuma agudo y crónico	14	Empiema
Neumonía	11	Fiebre gástrica
Blenorragia	11	Ascitis
Erisipela	10	Anasarca
Empacho gástrico	5	Laringitis
Epilepsia	4	Tifoidea
Flemón parotídeo	3	Osteítis femoral
Anginas	2	Herida en campaña
Úlcera tónica de pierna	2	Tabes
Hemoptisis	2	Infarto esplénico
Viruela	2	
Herida de bala	2	

Total procesos: 32

Infecciosos: 15 (48,38%)

Resto: 17 (51,62%)

Este es el diagnóstico de los militares que fallecieron en el período (1868-1883), expresados en la tabla RII-70.

Tabla RII-70: Total 106 fallecidos

Tuberculosis pulmonar	34	Tumor aneurismático	1
Viruelas confluentes	12	Neumonía post-sarampión	1
Neumonía doble	5	Fiebre tifoidea	1
Tabes mesentérica	4	Fiebre exantemática	1
Ulceración intestinal	4	Infarto vísceras abdomen	1
Fiebre ataxo-adinámica	3	Hepatitis crónica	1
Lesión cardíaca	3	Apoplejía pulmonar	1
Tuberculosis cerebral	3	Degeneración orgánica hígado	1
Enteritis crónica	2	Aracnoiditis	1
Apoplejía cerebral	2	Fiebre pernicioso	1
Disentería crónica	1	Degeneración pulmonar	1
Aneurisma corazón	1	Hidrotórax crónico	1
Púrpura hemorrágica	1	Enterocolitis aguda	1
Infiltración urinaria	1	Reblandecimiento pulmonar	1
Sífilis terciaria	1	Pulmonía atáxica	1
Reblandecimiento cerebral	1	Desconocidos	13

De lo anterior cabe destacar:

- 1) La causa más frecuente de ingresos viene motivada por enfermedades infecciosas.
- 2) Persisten las fiebres intermitentes (paludismo), aunque no fallecen por ello.
- 3) Son muy frecuentes las enfermedades venéreas. Sumadas sífilis más blenorragia, es el proceso más frecuente.
- 4) Un diagnóstico que sorprende es el de reuma agudo y crónico. Lo de crónico es poco frecuente a estas edades.
- 5) La tuberculosis es la primera causa de fallecimiento.
- 6) Aparecen diagnósticos, por así decirlo, muy “novedosos”: hepatitis crónica, púrpura hemorrágica, fiebre exantemática, enteritis crónica, de los que hablaremos en la discusión.
- 7) Poco conocimiento del mundo cardiológico, con diagnósticos muy imprecisos: lesión cardíaca, aneurisma de corazón.
- 8) Existencia de apoplejía cerebral, cuyo origen no sabemos, pudiendo estar causada por un cuadro infeccioso, o bien ser una posible hemorragia cerebral secundaria a posibles aneurismas cerebrales.

Siguiendo el campo de los militares ingresados, diremos que en el segundo período del que tenemos datos, entre 1883 y 1896,²³⁶ hubo 64 diagnósticos de fallecidos. Son los siguientes:

²³⁶ Ya no hay más datos de militares ingresados en a San Antonio Abad hasta 1930.

Tabla RII-71

Tuberculosis pulmonar	15 (23,43%)
Neumonía	7 (10,93%)
Viruela	6 (9,37%)
Tifoidea	4 (6,25%)
Lesión orgánica corazón	2 (2,14%)
Fiebre adinámica	3 (4,68%)
Ascitis	2 (2,14%)
Consunción	2 (2,14%)
Tabes mesentérica	1 (1,07%)
Fiebre nerviosa	1 (1,07%)
Depresión	1 (1,07%)
Escrofulismo general	1 (1,07%)
Pioemia (sepsis?)	1 (1,07%)
Fiebre infecciosa	1 (1,07%)
Fiebre perniciosa	1 (1,07%)
Hematemesis	1 (1,07%)
Meningitis	1 (1,07%)
Desconocido	14 (21,87%)

De estos últimos diagnósticos de fallecidos, observamos de forma significada:

- 1) Sigue siendo la tuberculosis la causa prioritaria de fallecimiento con al menos el 23,43% de los casos.
- 2) Aparecen diagnósticos de nuevo cuño, como la “pioemia”, que pudiera equipararse a la sepsis actual.
- 3) Sorprenden 2 casos de ascitis, posiblemente por tuberculosis peritoneal (puesto que los soldados afectados eran muy jóvenes para padecer cirrosis).
- 4) En el caso de consunción, los pacientes tenían 41 y 42 años (ex-guardias civiles).

Del resto, nada especial podemos destacar, excepto 5 casos de fiebres diversas (adinámica, nerviosa, perniciosa, cerebral, infecciosa).

Estudiados los aspectos particulares de los militares ingresados en San Antonio Abad, cerramos este capítulo dedicado a los enfermos y enfermedades del mismo entre los años 1865 y 1895 con unas palabras dedicadas a la **evolución de los diagnósticos clínicos en este último tercio del siglo XIX**.

Estudiaremos en especial dos años, 1879, 1882, porque de ellos contamos con suficiente documentación en los archivos,²³⁷ lo que nos permitirá ver la evolución de los conocimientos clínicos, y en base a ello, los distintos diagnósticos tanto de ingresados como de fallecidos, así como qué aspectos nuevos del hospital son deducibles.

Comenzando por el **año 1879**, diremos que durante este año hubo 491 ingresos en el hospital, 228 varones (46,43%) y 263 mujeres (53,57%). Los diagnósticos de personas que no fallecieron, agrupados en función de los procesos más prevalentes, son:

²³⁷ Cf. ACL, *Libros H*: 294 y H: 295. H: 296.

Tabla RII-72. AÑO 1879

- Enfermedades venéreas (sífilis + blenorragias): 47 casos (9,57%).
- Tuberculosis (pulmonar, laríngea, tumor blanco, hidrotórax, escrófulas): 22 casos (4,4%).
- Catarro pulmonar (agudo y crónico, pulmonía): 18 casos (3,6%).
- Fiebre (atáxica, adinámica, efímera, gástrica, inflamatoria, maligna): 17 casos (3,46%).
- Erisipela: 16 casos (3,25%).
- Intermitentes: 14 casos (2,85%).
- Epilepsia: 5 casos (1,01%).
- Sarna: 4 casos (0,81%).
- Oftalmia catarral: 3 casos (0,61%).
- Otros: vaginitis, fístula vésico-vaginal, nefritis crónica, cirrosis hepática, lupus de la nariz, hepatitis crónica, mesenteritis crónica, estomatitis, pólipo nasal, vómito de sangre.

Sorprende que:

- 1) El número de *intermitentes* ha disminuido de forma dramática, de más de 350 casos en 1865 a sólo 14 en 1879. Probablemente, esto tenga que ver con la orden del Gobernador Civil de León que, en el Boletín Oficial de la Provincia del martes 27 de marzo de 1834, dispuso desecar las charcas para controlar las *tercianas* endémicas (Fotos 16,17 y 18).
- 2) Destaca la elevada frecuencia de enfermedades venéreas, siendo la causa más frecuente de enfermar.
- 3) Se mantiene la tuberculosis como enfermedad importante.
- 4) Aparece por primera vez el diagnóstico de oftalmía (¿conjuntivitis o queratoconjuntivitis?), y los diagnósticos configurados bajo el apartado de otros.

Otros diagnósticos tienen poca relevancia dentro del conjunto general.

En ese año, las causas de muerte, del conjunto de los pacientes fallecidos (52 varones, que representan el 22,80% de todos los varones ingresados, y el 10,59% del total de fallecidos; y 33 mujeres que son el 12,54% de mujeres fallecidas del total de mujeres y el 6,72% del total de fallecimientos) son las siguientes (Tabla RII-75).

Tabla RII-73. Fallecimientos en 1879

Tuberculosis (tumor blanco, pulmonar, laríngea): 26 casos: 30,58 % del total de fallecidos.

Pulmonía: 10 casos: 11,76% del total de fallecidos.

Apoplejía: 6 casos: 7,05% del total de fallecidos.

Consunción: 5 casos: 5,88% del total de fallecidos.

Otros diagnósticos responsables de fallecimientos, con pocos casos, fueron: Hipertrofia cardíaca, septicemia, diátesis cancerosa, fiebre (cerebral, atáxica, adinámica), herida de tórax, enterocolitis, tifoidea, esclerosis cerebral, tabes mesentérica, cerebritis, síncope, fibroma subperitoneal, gangrena, carbunco.

Conclusiones:

- 1) Sigue siendo la tuberculosis la causa fundamental de fallecimiento.
- 2) Al menos, sumando las de más prevalencia, casi el 13% representan enfermedades neurológicas o neurodegenerativas.
- 3) El aumento de conocimientos médicos nos indica nuevos diagnósticos de corte similar a los utilizados en la actualidad: cistitis aguda, leucocitosis, lupus de la nariz, síncope, nefritis crónica, septicemia, carbunco, artritis crónica, fístula recto-vaginal, estomatitis, hematemesis, histerismo.
- 4) De los datos anteriores se puede sacar como conclusión que la presencia de leucocitosis como diagnóstico, implicaba la existencia de laboratorio. Los nuevos diagnósticos son fruto del intercambio de conocimientos con los médicos franceses (Trousseau, Bretonneau, Dupuytren, Duchenne, Laennec, etc.) del momento, dado que la Medicina francesa estaba mucho más avanzada.

Los datos del **año 1882** son los siguientes: Ingresados: varones 728, repartidos 314 en el primer semestre del año y 414 en el 2^a semestre. Mujeres: 618, repartidas 240 en el primer semestre y 204 en el segundo. Ingresos totales: 1172.

Se da la tónica habitual de que siempre es mayor el número de ingresados entre los varones en el 2^o semestre (probablemente por mayor actividad agrícola) y, por tanto, también su mortalidad.

Fallecidos: varones 87 y mujeres 61, en total: 148, lo que representa un 12,62% del total de ingresados (7,42% de los varones y 5,20% de mujeres).

Cabe destacar que, entre julio de 1882 y junio de 1883, se detectaron 47 casos de viruela, 21 en 1882 y 26 en 1883. Fallecieron 15 pacientes, lo que supone que el 31,9% de los casos de viruela murieron. El diagnóstico de todos los fallecidos fue el de viruelas confluentes.

Siguiendo el peregrinar de la parte final del siglo XIX llegamos al año 1888. Hubo 903 ingresos, 541 varones y 362 mujeres. Fallecieron 143, 77 varones y 66 mujeres, lo que supone el 15,86% del total.

De este año es interesante alguno de los diagnósticos de fallecimientos, por lo que supone de avance de conocimiento. Algunos de ellos son:

Tabla RII-74

- Bronquiectasia.
- Esclerosis medular.
- Insuficiencia de válvulas mitrales.
- Hepatización crónica pulmonar (término que se ha utilizado hasta hace pocos años).
- Esclerosis cerebral.
- Tumor vesical

II-4-1. Enfermos y enfermedades en el hospital SAA en 1897.

Esta parte, aunque pudiera parecer que se debe encuadrar más en el capítulo siguiente, la hemos mantenida en el anterior (RII), con un epígrafe para ese año solo. La razón es que todavía son datos del Archivo Catedral de León (ACL), mientras que a partir de ahora son datos del CAULE.

Comenzamos este capítulo con un estudio preciso de los diagnósticos clínicos del año 1897, ya que hemos podido recopilar buena documentación del mismo²³⁸.

En este año, 1897, hubo un total de 1413 ingresados, de los cuales fallecieron 231 (H: 298), 146 varones (10,33%) y 85 mujeres (6,01%); siendo el cociente fallecidos / ingresados de 16,34%. Los diagnósticos de los fallecidos, de mayor a menor, se pueden ver en la tabla siguiente:

Tabla RII-75

DIAGNÓSTICO	CASOS	%
Tuberculosis pulmonar	25	10,82%
Catarro pulmonar crónico	21	9,09%
Enterocolitis crónica ulcerosa	20	8,65%
Consunción orgánica	12	5,19%
Apoplejía cerebral	9	3,89%
Cirrosis hepática	11	4,76%
Esclerosis medular	10	4,32%
Insuficiencia válvulas corazón	7	3,03%
Reblandecimiento cerebral	8	3,46%
Disentería crónica	5	2,16%
Lesión cardíaca	4	1,73%
Viruelas	4	1,73%
Fiebre adinámica	4	1,73%
Insuficiencia auriculo-ventricular	4	1,73%
Gangrena senil	4	1,73%
Meningitis	4	1,73%
Fiebre infecciosa	4	1,73%
Septicemia	3	1,3%
Cáncer de estómago	3	1,3%
Mielitis crónica	3	1,3%
Fiebre de reabsorción	3	1,3%
Úlcera de estómago	3	1,3%
Escorbuto	2	0,87%
Tabes mesentérica	2	0,87%
Hemoptisis	2	0,87%
Pericarditis crónica	2	0,87%
Gangrena	2	0,87%
Demencia	2	0,87%
Lesión orgánica corazón	2	0,87%
Caquexia cancerosa	2	0,87%
Esclerosis cerebral	2	0,87%
Hipertrofia cardíaca	2	0,87%
Meningitis crónica	2	0,87%
Uremia	2	0,87%
Albuminuria	1	0,44%

²³⁸ ACL: H: 298.

Peritonitis	1	0,44%
Parálisis corazón	1	0,44%
Escrofulosis	1	0,44%
Degeneración grasa del corazón	1	0,44%
Tisis laríngea	1	0,44%
Infección cardíaca	1	0,44%
Tuberculosis cerebral	1	0,44%
Congestión cerebral	1	0,44%
Fiebre urémica	1	0,44%
Pleuresía supuradora	1	0,44%
Flemón muslo izdo.	1	0,44%
Tuberculosis mesentérica	1	0,44%
Meningitis tuberculosa	1	0,44%
Aneurisma aórtico	1	0,44%
Fiebre atáxica	1	0,44%
Hepatitis amiloidea	1	0,44%
Fiebre hética	1	0,44%
Traumatismo pierna izda.	1	0,44%
Congestión pulmonar	1	0,44%
Senectud	1	0,44%
Hidropesía	1	0,44%
Enajenación mental	1	0,44%
Mielitis ascendente	1	0,44%
Gastroenteritis crónica	1	0,44%
Bronquitis capilar	1	0,44%

Distribuido por síndromes diagnósticos o por aparatos, las enfermedades en este año 1897 son las siguientes:

Síndrome infeccioso: Tuberculosis, meningitis, gangrena, septicemia, catarro crónico pulmonar, disentería crónica, viruelas, distintos tipos de fiebre, tabes mesentérica, meningitis crónica, hemoptisis, pericarditis, peritonitis, escrofulosis, tisis laríngea, infección corazón, tuberculosis cerebral, tuberculosis mesentérica, flemón muslo, pleuresía supuradora, mielitis ascendente, gastroenteritis crónica, bronquitis capilar.

Nº de casos: 97. 41,99% del total de fallecidos; de los que tuberculosis, con 60 casos, bien por ser como tal diagnóstico, o ser muy probable la causa: catarro crónico pulmonar, hemoptisis, pericarditis crónica, meningitis crónica, escrofulosis, bronquitis capilar, representa un 25,97% del total de fallecidos.

Alteraciones cardiológicas: Insuficiencia válvulas corazón, lesión cardíaca, insuficiencia auriculo-ventricular, lesión orgánica del corazón, hipertrofia cardíaca, parálisis corazón, degeneración grasa del corazón, aneurisma aórtico.

En total, 22 casos, que supone un 9,52%.

Enfermedades digestivas: Enterocolitis crónica ulcerosa, cirrosis hepática, disentería crónica, úlcera de estómago, cáncer de estómago, hepatitis amiloidea, gastroenteritis crónica.

En total²³⁹ 40 casos, que supone un 17,31%.

Enfermedades neurológicas y/o neurodegenerativas: Consunción orgánica, reblandecimiento cerebral, apoplejía cerebral, esclerosis medular, gangrena senil, mielitis crónica, demencia, esclerosis cerebral, senectud, mielitis ascendente, enajenación mental.

Total: 53 casos, que suponen un 22,94%

Cáncer: Cáncer de estómago, caquexia cancerosa.

En total 5 casos, un 2,16%

Otras: Escorbuto, traumatismos, hidropesía, albuminuria, uremia.

Total 6 casos, 2,60%

Cabe destacar de todo ello:

- 1) Las enfermedades infecciosas (41,99%) son las responsables mayoritarias de los fallecimientos, especialmente por el gran peso que en ellas existen de la tuberculosis (25,97%) del total.
- 2) Le siguen las enfermedades neurodegenerativas, con un 22,94%, digestivas (17,31%), cardiológicas (9,52%), el conjunto de otras (arriba descritas) con un 2,6%, y finaliza el cáncer con un 2,16%.
- 3) Es de notar que no hay enfermedades neumológicas, pues están asociadas al conjunto de las infecciosas.
- 4) Se confirma que ya debía de existir laboratorio, pues diagnósticos como uremia y albuminuria la precisan. Sin embargo la realización de necropsias, eran imprescindibles para poder saber determinados procesos²⁴⁰. No obstante no tenemos constancia de que así fuera en esos momentos.
- 5) Definitiva ausencia de paludismo (*intermitentes, tercianas, cuartanas*).
- 6) Mayor conocimiento médico, al haber diagnósticos que persisten en la actualidad: hepatitis amiloidea, insuficiencia valvular cardíaca, hipertrofia cardíaca, enterocolitis ulcerosa, septicemia, entre otras.

Por último, para cerrar este año de 1897, podemos decir que los meses con mayor número de ingresos, a diferencia de otros años, fueron los de mayo (128) y junio (120). Sorprendentemente ese año, lo que no era nada habitual, ingresaron 101 niños²⁴¹ en total; de los que fallecieron 7, siendo por tanto la mortalidad infantil del hospital en ese tiempo concreto del 6,93%.

²³⁹ Sin contar cáncer de estómago.

²⁴⁰ En León no hubo un servicio de anatomía patológica hasta la década de 1960.

²⁴¹ Consideramos niños a las personas ingresadas menores de 10 años.

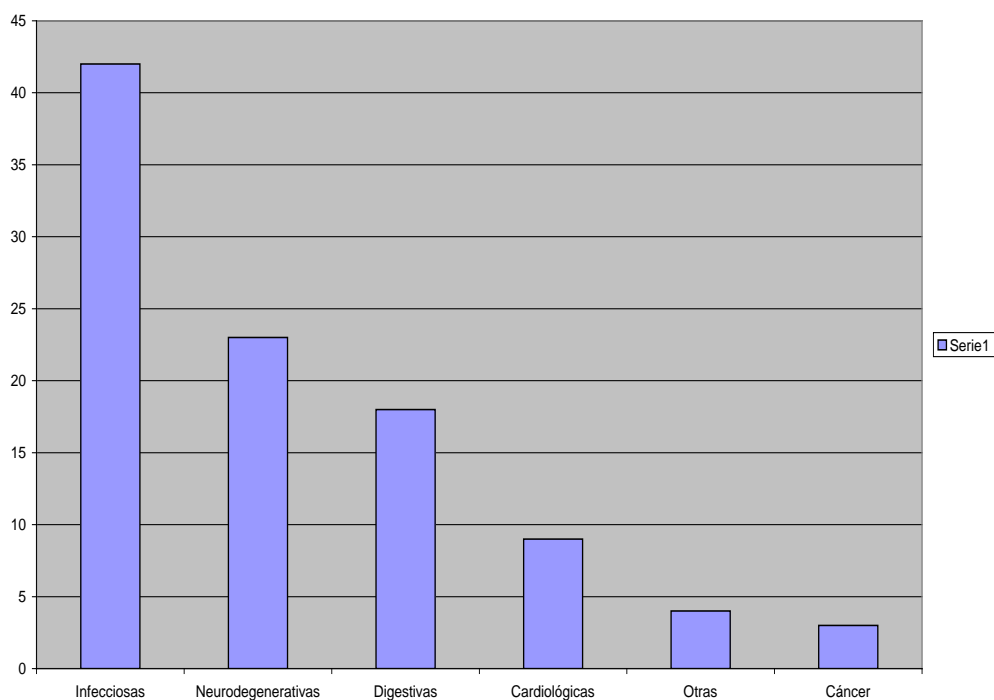


Figura 1. CAUSAS DE FALLECIDOS POR APARATOS Y SISTEMAS EN 1897

II-4. Enfermos y enfermedades en el hospital entre 1895 y 1922.

II-4-2: ESTUDIO DE FALLECIDOS ENTRE 1895-1922 (RIII) (CAULE)

Comenzamos expresando algunos aspectos importantes que cabe destacar:

1): En estas fechas estudiadas solo hemos encontrado diagnóstico de fallecidos, y los resultados obtenidos se exponen, lógicamente, solo sobre esos datos.

2): Se finaliza este estudio en 1922, dado que fue entonces cuando se traslada a su ubicación actual (Altos de Nava), pasando en principio a ser un hospital de corte moderno.

En la página 89, se detallan la relación de los ingresados y fallecidos entre los años 1897 y 1922:

Estudiamos, por tanto, los fallecidos²⁴² en los años 1895, 1896 y 1903 y 1912-1922.²⁴³

²⁴² Libros: 11, 13, 14, 15, 17 y 19 del CAULE (Foto número 20).

²⁴³ Fallecidos: 1895 (CAULE nº 11), 1896 (CAULE nº 13), 1903 (CAULE Nº 15), 1912-1922 (CAULE nº 17 y 19). Los datos de 1897, al ser de archivo diferente, se expusieron entre los Resultados R-II.

Estudio por sexo: N: 2248 (Tabla RIII-2).²⁴⁴

Tabla RIII-2-1: Sexo-año

SEXO	1895	1896	1903	1912	1913
Masculino	7	121	110	50	115
% dentro de sexo	,6%	9,9%	9,0%	4,1%	9,4%
% dentro de año	46,7%	52,4%	53,1%	47,2%	59,0%
Femenino	8	110	97	56	80
% dentro de sexo	,8%	10,7%	9,5%	5,5%	7,8%
% dentro de año	53,3%	47,6%	46,9%	52,8%	41,0%
Total	15	231	207	106	195
% dentro de sexo	,7%	10,3%	9,2%	4,7%	8,7%

Tabla RIII-2-2: Sexo-año

SEXO	1914	1915	1916	1917	1918
Masculino	88	89	110	105	133
% dentro de sexo	7,2%	7,3%	9,0%	8,6%	10,9%
% dentro de año	51,2%	52,0%	60,4%	57,1%	58,1%
Femenino	84	82	72	79	96
% dentro de sexo	8,2%	8,0%	7,0%	7,7%	9,4%
% dentro de año	48,8%	48,0%	39,6%	42,9%	41,9%
Total	172	171	182	184	229
% dentro de sexo	7,7%	7,6%	8,1%	8,2%	10,2%

Tabla RIII-2-3

SEXO	1919	1920	1921	1922	TOTAL
Masculino	118	80	67	29	1222
% dentro de sexo	9,7%	6,5%	5,5%	2,4%	100,0%
% dentro de año	56,7%	54,4%	46,5%	50,9%	54,4%
Femenino	90	67	77	28	1026
% dentro de sexo	8,8%	6,5%	7,5%	2,7%	100,0%
% dentro de año	43,3%	45,6%	53,5%	49,1%	45,6%
Total	208	147	144	57	2248
% dentro de sexo	9,3%	6,5%	6,4%	2,5%	100,0%

Vemos que existe un mayor número de fallecidos de varones (1.222) respecto al de mujeres (1.026).

No hay significación estadística; la prueba de Chi-cuadrado es de 0,33 ($P > 0,05$).

Por años, observamos que el mayor número de fallecimientos se produjo en los años 1896, 1916, 1917, 1918 y 1919,²⁴⁵ tanto de forma absoluta como porcentualmente respecto al número de ingresados. El descenso en los siguientes años, es importante. Así mismo, no hay significación estadística.

El estado civil se expresa en los resultados de esa época en la tabla nº RIII-3-1-2-3-4

²⁴⁴ Los datos estadísticos son solo de fallecidos, no se encontraron datos concretos totales.

²⁴⁵ Es importante destacar, sobre todo entre los años 1916-1918, que coinciden con los años de la Primera Guerra Mundial, y a pesar de que España no participó directamente, se dejó sentir su influencia negativa.

Tabla RIII-3-1: Estado Civil

ESTADO CIVIL	1895	1896	1903	1912
Soltero	7	93	61	24
% dentro de estado civil	,9%	11,8%	7,7%	3,0%
% dentro de año	46,7%	40,3%	29,5%	22,6%
Casado	4	59	66	32
% dentro de estado civil	,6%	9,0%	10,0%	4,9%
% dentro de año	26,7%	25,5%	31,9%	30,2%
Viudo	4	79	80	50
% dentro de estado civil	,5%	9,9%	10,0%	6,3%
% dentro de año	26,7%	34,2%	38,6%	47,2%
Total	15	231	207	106
% dentro de estado civil	,7%	10,3%	9,2%	4,7%

Tabla RIII-3-2

ESTADO CIVIL	1913	1914	1915	1916
Soltero	61	48	55	73
% dentro de estado civil	7,7%	6,1%	7,0%	9,2%
% dentro de año	31,3%	27,9%	32,2%	40,1%
Casado	62	52	53	54
% dentro de estado civil	9,4%	7,9%	8,1%	8,2%
% dentro de año	31,8%	30,2%	31,0%	29,7%
Viudo	72	72	63	55
% dentro de estado civil	9,0%	9,0%	7,9%	6,9%
% dentro de año	36,9%	41,9%	36,8%	30,2%
Total	195	172	171	182
% dentro de estado civil	8,7%	7,7%	7,6%	8,1%

Tabla RIII-3-3

ESTADO CIVIL	1917	1918	1919	1920
Soltero	57	94	85	57
% dentro de estado civil	7,2%	11,9%	10,7%	7,2%
% dentro de año	31,0%	41,0%	40,9%	38,8%
Casado	62	58	52	42
% dentro de estado civil	9,4%	8,8%	7,9%	6,4%
% dentro de año	33,7%	25,3%	25,0%	28,6%
Viudo	65	77	71	48
% dentro de estado civil	8,1%	9,6%	8,9%	6,0%
% dentro de año	35,3%	33,6%	34,1%	32,7%

Total	184	229	208	147
% dentro de estado civil	8,2%	10,2%	9,3%	6,5%

Tabla RIII-3-4

ESTADO CIVIL	1921	1922	TOTAL
Soltero	57	19	791
% dentro de estado civil	7,2%	2,4%	100,0%
% dentro de año	39,6%	33,3%	35,2%
Casado	40	21	657
% dentro de estado civil	6,1%	3,2%	100,0%
% dentro de año	27,8%	36,8%	29,2%
Viudo	47	17	800
% dentro de estado civil	5,9%	2,1%	100,0%
% dentro de año	32,6%	29,8%	35,6%
Total	144	57	2248
% dentro de estado civil	6,4%	2,5%	100,0%

Hay diferencias significativas respecto al estado civil, aunque predominan los viudos; pero hay que destacar que algunos años el número de fallecidos de solteros supera al de los otros estados civiles, sorprendentemente. La $P < 0,05$.

El estudio de profesiones de esta época (1895-1922) nos muestra los siguientes resultados, con la salvedad importante de que no hay referencia a profesión específica femenina, *solo su sexo*. Los resultados se expresan en las tablas siguientes:

Tabla RIII-4-1

PROFESIÓN	1895	1896	1903	1912
Labrador	0	0	0	0
% dentro de profesión	,0%	,0%	,0%	,0%
% dentro de año	,0%	,0%	,0%	,0%
Jornalero	4	84	0	48
% dentro de profesión	,4%	9,3%	,0%	5,3%
% dentro de año	26,7%	36,4%	,0%	45,3%
Sirviente	0	4	0	1
% dentro de profesión	,0%	36,4%	,0%	9,1%
% dentro de año	,0%	1,7%	,0%	,9%
Pordiosero	0	10	0	0
% dentro de profesión	,0%	83,3%	,0%	,0%
% dentro de año	,0%	4,3%	,0%	,0%
Su sexo	7	100	94	53
% dentro de profesión	,7%	10,2%	9,6%	5,4%
% dentro de año	46,7%	43,3%	45,4%	50,0%
Otras	3	17	113	4
% dentro de profesión	1,3%	7,1%	47,5%	1,7%
% dentro de año	20,0%	7,4%	54,6%	3,8%

Soldado	1	16	0	0
% dentro de profesión	1,0%	15,7%	,0%	,0%
% dentro de año	6,7%	6,9%	,0%	,0%
Total	15	231	207	106
% dentro de profesión	,7%	10,3%	9,2%	4,7%

Tabla RIII-4-2

PROFESIÓN	1913	1914	1915	1916
Labrador	0	0	0	1
% dentro de profesión	,0%	,0%	,0%	50,0%
% dentro de año	,0%	,0%	,0%	,5%
Jornalero	97	81	79	89
% dentro de profesión	10,7%	9,0%	8,7%	9,8%
% dentro de año	49,7%	47,1%	46,2%	48,9%
Sirviente	0	1	2	2
% dentro de profesión	,0%	9,1%	18,2%	18,2%
% dentro de año	,0%	,6%	1,2%	1,1%
Pordiosero	1	1	0	0
% dentro de profesión	8,3%	8,3%	,0%	,0%
% dentro de año	,5%	,6%	,0%	,0%
Su sexo	76	80	79	69
% dentro de profesión	7,8%	8,2%	8,1%	7,1%
% dentro de año	39,0%	46,5%	46,2%	37,9%
Otras	17	7	10	14
% dentro de profesión	7,1%	2,9%	4,2%	5,9%
% dentro de año	8,7%	4,1%	5,8%	7,7%
Soldado	4	2	1	7
% dentro de profesión	3,9%	2,0%	1,0%	6,9%
% dentro de año	2,1%	1,2%	,6%	3,8%
Total	195	172	171	182
% dentro de profesión	8,7%	7,7%	7,6%	8,1%

RIII-4-3

PROFESIÓN	1917	1918	1919	1920
Labrador	1	0	0	0
% dentro de profesión	50,0%	,0%	,0%	,0%
% dentro de año	,5%	,0%	,0%	,0%
Jornalero	93	100	89	69
% dentro de profesión	10,3%	11,0%	9,8%	7,6%
% dentro de año	50,5%	43,7%	42,8%	46,9%
Sirviente	0	0	0	1
% dentro de profesión	,0%	,0%	,0%	9,1%
% dentro de año	,0%	,0%	,0%	,7%
Pordiosero	0	0	0	0
% dentro de profesión	,0%	,0%	,0%	,0%
% dentro de año	,0%	,0%	,0%	,0%
Su sexo	77	93	87	62
% dentro de profesión	7,9%	9,5%	8,9%	6,3%
% dentro de año	41,8%	40,6%	41,8%	42,2%

Otras	10	13	12	10
% dentro de profesión	4,2%	5,5%	5,0%	4,2%
% dentro de año	5,4%	5,7%	5,8%	6,8%
Soldado	3	23	20	5
% dentro de profesión	2,9%	22,5%	19,6%	4,9%
% dentro de año	1,6%	10,0%	9,6%	3,4%
Total	184	229	208	147
% dentro de profesión	8,2%	10,2%	9,3%	6,5%

RIII-4-4

PROFESIÓN	1921	1922	TOTAL
Labrador	0	0	2
% dentro de profesión	,0%	,0%	100,0%
% dentro de año	,0%	,0%	,1%
Jornalero	47	25	905
% dentro de profesión	5,2%	2,8%	100,0%
% dentro de año	32,6%	43,9%	40,3%
Sirviente	0	0	11
% dentro de profesión	,0%	,0%	100,0%
% dentro de año	,0%	,0%	,5%
Pordiosero	0	0	12
% dentro de profesión	,0%	,0%	100,0%
% dentro de año	,0%	,0%	,5%
Su sexo	75	26	978
% dentro de profesión	7,7%	2,7%	100,0%
% dentro de año	52,1%	45,6%	43,5%
Otras	5	3	238
% dentro de profesión	2,1%	1,3%	100,0%
% dentro de año	3,5%	5,3%	10,6%
Soldado	17	3	102
% dentro de profesión	16,7%	2,9%	100,0%
% dentro de año	11,8%	5,3%	4,5%
Total	144	57	2248
% dentro de profesión	6,4%	2,5%	100,0%

De esta parte podemos deducir:

- 1) La profesión mayoritaria es la de trabajador por cuenta ajena, jornalero, con el 40,3% del total.
- 2) La mujer, sin profesión definida (su sexo), representaba el 43,5% del total.
- 3) Otras profesiones son el 10,6%.
- 4) Los soldados, con un 4,5%, forman el cuarto grupo más numeroso.
- 5) Los propietarios, bajo la fórmula de labradores, eran minoritarios (0,1% del total).
- 6) Existe significación estadística.

Otras profesiones: Criado, albañil, viajante, comerciante, minero, estudiante, sastre, zapatero, cochero, empleado, sacerdote, maestro, fogonero de tren, monja, ferroviario, hojalatero, carpintero, enfermero, lavandera, hojalatero, camarero, propietario,

escribiente, pordiosero, impresor, pintor, actor cómico, frutero, farmacéutico, practicante, cajista, cantero, herrero.

En el resto de “otras profesiones” arriba indicadas, sólo existen contabilizadas una persona por profesión (0,42% del conjunto de otras profesiones), excepto:

Tabla RIII-5: Otras profesiones contabilizadas más de uno por oficio

Ferroviario	11 (4,62%)	Sastre	3 (1,26%)
Minero	9 (3,78%)	Albañil	2 (0,84%)
Monja	9 (3,78%)	Viajante	2 (0,84%)
Escribiente	2 (0,84%)	Zapatero	5 (2,10%)
Empleado	2 (0,84%)	Sacerdote	4 (1,68%)
Estudiante	2 (0,84%)	Carpintero	4 (1,68%)
Sin profesión*	128 (53,78%)		

*(Aparte del sexo femenino, que constaba como “su sexo”)

De lo anterior, concluimos:

- 1) Menor frecuencia de profesiones “liberales” que en otras épocas, como 1865.
- 2) Dentro del conjunto de “otras”, las más frecuentes eran *nada* (sin profesión conocida o al menos consignada), al ser muy jóvenes en su mayor parte.
- 3) La influencia en la mortalidad da dos actividades de nuevo cuño: ferroviarios como consecuencia de la llegada del ferrocarril, y mineros por el auge de las minas de carbón.
- 4) Alta presencia del mundo religioso entre los enfermos, dado que era un hospital del cabildo catedralicio (monjas y sacerdotes).
- 5) Disminución del número de sirvientes respecto a otras épocas.
- 6) Disminución del número de pordioseros, concentrados más al final del siglo XIX, 1895 y 1896, y menos a comienzos del siglo XX.
- 7) Aparición de la figura del estudiante entre los fallecidos.
- 8) Por todo lo anterior podemos deducir que socialmente la población era más avanzada y tenía un mayor nivel cultural. Entre otros aspectos sociales, podía deducirse una disminución de los niveles de pobreza.

Relación de enfermedades codificadas, halladas entre 1895-1922.

Se exponen por grupos sindrómicos (Tabla RIII-6)

Tabla RIII-6. GRUPOS SINDRÓMICOS:

- Infecto-contagiosas
- Cardiovasculares
- Respiratorias
- Digestivas
- Endocrinas

- Ginecológicas
- Reuma-traumatológicas
- Cáncer
- Otras

ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS (1-20 y 38 y 39) (Tabla RIII-6-1)

1. Tuberculosis
2. Bronconeumonía
3. Tétanos
4. Gangrena
5. Enterocolitis
6. Septicemia
7. Meningitis
8. Endocarditis
9. Viruela
10. Mielitis
11. Fiebre
12. Sarampión
13. Sífilis
14. Erisipela
15. Flemón
16. Gripe con neumonía
17. Hepatitis
18. Difteria
19. Cistitis
20. Catarro senil
38. Tifoidea
39. Enterocolitis ulcerosa

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (21-37) (Tabla RIII-6-2)

21. Lesión cardíaca
22. Asistolia
23. Miocarditis
24. Insuficiencia mitral
25. Insuficiencia aórtica
26. Insuficiencia auriculo-ventricular
27. Insuficiencia auricular
28. Arteriosclerosis
29. Edema pulmonar
30. Aneurisma de aorta
31. Insuficiencia valvular
32. Angina de pecho
33. Síncope cardíaco
34. Pericarditis
35. Aortitis
36. Flebitis
37. Estenosis mitral

ENFERMEDADES DIGESTIVAS (64-89) (Tabla RIII-6-3)

64. Cáncer de intestino
65. Cáncer de estómago
66. Cáncer de esófago
67. Cirrosis hepática
68. Hernia abdominal
69. Úlcera de estómago o duodenal
70. Hernia estrangulada
71. Cáncer de recto
72. Gastritis
73. Hemorragia intestinal
74. Obstrucción intestinal
75. Cólico Miserere
76. Apendicitis
77. Peritonitis
78. Cáncer de hígado
79. Cáncer de abdomen
80. Perforación intestinal
81. Epitelioma de esófago
82. Laparotomía
83. Hepatitis crónica
85. Quiste hidatídico hígado
86. Ictericia
87. Tabes mesentérica
88. Esclerosis hepática
89. Atrofia amarilla del hígado

ENFERMEDADES TRACTO RESPIRATORIO (Laringe-pulmón) (90-100) (Tabla RIII-6-4)

90. Bronquitis crónica
91. Bronquitis aguda
92. Insuficiencia pulmonar
93. Cáncer de laringe
94. Epitelioma garganta
95. Pleuresía
96. Cáncer de pulmón
97. Laringitis crónica
98. Derrame broncopulmonar
97. Catarro broncopulmonar crónico
100. Asfixia

ENFERMEDADES ENDOCRINAS (101-105) (Tabla RIII-6-5)²⁴⁶

101. Diabetes
102. Bocio
103. Enfermedad de Addison
104. Anasarca
105. Consunción orgánica

²⁴⁶ Debemos destacar que estos procesos aparecen por primera vez. Lo importante es que son diagnósticos que aún perduran en nuestros días.

ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS (118-126) (Tabla RIII-6-6)

- 118. Cáncer de útero
- 119. Cáncer de mama
- 120. Quiste de ovario
- 121. Fibroma de útero
- 122. Cáncer de ovario
- 123. Epitelioma útero
- 124. Sarcoma útero
- 125. Papiloma ovario
- 126. Feto muerto al nacer

ENFERMEDADES DE REUMA Y TRAUMATOLÓGICAS (136-145) (Tabla RIII-6-7)

- 136. Dorsalgia
- 137. Fracturas extremidades
- 138. Heridas traumáticas en extremidades
- 139. Fractura cráneo
- 140. Reumatismo articular
- 141. Fractura columna vertebral
- 142. Traumatismo tórax
- 143. Quemaduras externas
- 144. Accidente ferrocarril
- 145. Herida de arma de fuego

Otras (menor frecuencia) (146-155) (Tabla RIII-6-8)

- 146. Hemofilia
- 147. Anemia
- 148. Enfermedad de Banti
- 149. Melanodermia
- 150. Quiste supurado
- 151. Adenitis
- 152. Mal de Bring
- 153. Anemia perniciosa
- 154. Úlcera gangrenosa
- 155. Erupción cutánea

En esta tabla relatamos solo por grupos sindrómicos exclusivamente, dejando las enfermedades específicas para el final.

Por grupos sindrómicos: Tabla RIII-7

GRUPOS SINDRÓMICOS	Nº Casos	% del total
Infecto-contagiosas	864	39%
Cardiovasculares	188	8,5%
Neurológicas	688	31%
Digestivas	146	6,6%
Enfermedades respiratorias	134	6%
Endocrinas	20	0,9%
Nefrourológicas	37	1,7%
Ginecológicas	29	1,3%
Reuma-traumatológicas	59	2,7%

Otras	11	0,5%
Cáncer (específico)	42	1,9%
Cáncer (total)	113	5%

La prueba de chi-cuadrado es significativa ($P < 0,005$).

De lo anterior se deduce:

- 1) Las enfermedades infectocontagiosas son el grupo más frecuente, destacando la tuberculosis con el 14,9% del total y 336 casos. En el conjunto de grupos sindrómicos entre 1865 y 1895-1922, el porcentaje de las mismas ha pasado de ser 77,1% a 31%, en gran medida por desaparición del paludismo.
- 2) El segundo grupo sindrómico, en frecuencia, es el de las enfermedades neurodegenerativas, pasando de ocupar el 2,1% del total de ingresados. En el conjunto de grupos sindrómicos entre 1865 y 1895-1922, pasa del 12,08% del total de causas de fallecimiento al 31% de todas las causas de mortalidad. El incremento de la edad de mortalidad parece determinante.
- 3) Los siguientes grupos sindrómicos en frecuencia son, por orden decreciente: cardiovasculares (8,5%), digestivas (6,6%) y enfermedades respiratorias (6%); si bien es cierto que la tuberculosis, más frecuentemente de origen pulmonar, no ha sido incluida en este grupo.
- 4) Ya es importante la prevalencia el cáncer (5% del total). Las dos razones de su incremento son el aumento de edad de mortalidad global y el mayor conocimiento de la enfermedad.
- 5) Es de interés observar cómo aparecen otros grupos sindrómicos: ginecológicos (1,3%) o endocrinos (0,9%), así como procesos nefrológicos (incluidos entre los nefrourológicos) y los reumatológicos (entre los reuma-traumatológicos); producto igualmente del mayor conocimiento médico del momento.

Distribución por sexo y mes de fallecimiento: Tabla RIII-8-1

Mes del año	Masculino	Femenino	Total
Enero	89	74	163
% dentro de Mes	54,6%	45,4%	100,0%
% dentro de Sexo	7,3%	7,2%	7,3%
Febrero	78	72	150
% dentro de Mes	52,0%	48,0%	100,0%
% dentro de Sexo	6,4%	7,0%	6,7%
Marzo	102	92	194
% dentro de Mes	52,6%	47,4%	100,0%
% dentro de Sexo	8,3%	9,0%	8,6%
Abril	103	86	189
% dentro de Mes	54,5%	45,5%	100,0%
% dentro de Sexo	8,4%	8,4%	8,4%
Mayo	95	70	165
% dentro de Mes	57,6%	42,4%	100,0%

% dentro de Sexo	7,8%	6,8%	7,3%
Junio	98	86	184
% dentro de Mes	53,3%	46,7%	100,0%
% dentro de Sexo	8,0%	8,4%	8,2%
Julio	125	95	220
% dentro de Mes	56,8%	43,2%	100,0%
% dentro de Sexo	10,2%	9,3%	9,8%
Agosto	97	96	193
% dentro de Mes	50,3%	49,7%	100,0%
% dentro de Sexo	7,9%	9,4%	8,6%
Septiembre	132	95	227
% dentro de Mes	58,1%	41,9%	100,0%
% dentro de Sexo	10,8%	9,3%	10,1%
Octubre	98	80	178
% dentro de Mes	55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de Sexo	8,0%	7,8%	7,9%
Noviembre	101	93	194
% dentro de Mes	52,1%	47,9%	100,0%
% dentro de Sexo	8,3%	9,1%	8,6%
Diciembre	104	87	191
% dentro de Mes	54,5%	45,5%	100,0%
% dentro de Sexo	8,5%	8,5%	8,5%
Total	1222	1026	2248
% dentro de Mes	54,4%	45,6%	100,0%

De todo lo anterior, respecto a mortalidad por sexo y mes, se concluye que no hay un mes significativamente estadístico que presente mayor mortalidad respecto al resto de meses. Este hecho es aplicable tanto al sexo masculino como al femenino.

Relación mortalidad y estado civil con respecto a los meses del año: Tabla RIII-9

Mes	Soltero	Casado	Viudo	Total
Enero	57	45	61	163
% dentro de Mes	35,0%	27,6%	37,4%	100,0%
% dentro de estado civil	7,2%	6,8%	7,6%	7,3%
Febrero	47	49	54	150
% dentro de Mes	31,3%	32,7%	36,0%	100,0%
% dentro de estado civil	5,9%	7,5%	6,8%	6,7%
Marzo	69	66	59	194
% dentro de Mes	35,6%	34,0%	30,4%	100,0%
% dentro de estado civil	8,7%	10,0%	7,4%	8,6%
Abril	63	44	82	189
% dentro de Mes	33,3%	23,3%	43,4%	100,0%
% dentro de estado civil	8,0%	6,7%	10,3%	8,4%
Mayo	50	62	53	165
% dentro de Mes	30,3%	37,6%	32,1%	100,0%

% dentro de estado civil	6,3%	9,4%	6,6%	7,3%
Junio	68	47	69	184
% dentro de Mes	37,0%	25,5%	37,5%	100,0%
% dentro de estado civil	8,6%	7,2%	8,6%	8,2%
Julio	81	63	76	220
% dentro de Mes	36,8%	28,6%	34,5%	100,0%
% dentro de estado civil	10,2%	9,6%	9,5%	9,8%
Agosto	69	61	63	193
% dentro de Mes	35,8%	31,6%	32,6%	100,0%
% dentro de estado civil	8,7%	9,3%	7,9%	8,6%
Septiembre	83	50	94	227
% dentro de Mes	36,6%	22,0%	41,4%	100,0%
% dentro de estado civil	10,5%	7,6%	11,8%	10,1%
Octubre	70	49	59	178
% dentro de Mes	39,3%	27,5%	33,1%	100,0%
% dentro de estado civil	8,8%	7,5%	7,4%	7,9%
Noviembre	67	59	68	194
% dentro de Mes	34,5%	30,4%	35,1%	100,0%
% dentro de estado civil	8,5%	9,0%	8,5%	8,6%
Diciembre	67	62	62	191
% dentro de Mes	35,1%	32,5%	32,5%	100,0%
% dentro de estado civil	8,5%	9,4%	7,8%	8,5%
Total	791	657	800	2248
% dentro de Mes	35,2%	29,2%	35,6%	100,0%

Conclusiones del apartado anterior:

- 1) Por orden decreciente, viudos, solteros y casados son los estados civiles con mayor mortalidad. Los viudos por ser de mayor edad, lo que parece ser el factor determinante. No hay diferencias estadísticas significativas.
- 2) Los meses de mayor mortalidad en el conjunto son julio y septiembre, al ser los meses de mayor actividad laboral; y por tanto, aun sin ser significativos, hay cierta correlación entre trabajo y mortalidad ($P > 0,05$).

El estudio de mortalidad y profesión no ofrece significación estadística, aunque por escaso margen ($P = 0,056$).

Relación de enfermedades entre 1895-1922 solo como causa de fallecidos:

Tabla RIII-10-1

DIAGNÓSTICO		TOTAL
Dorsalgia	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Fracturas extremidades	Recuento	10
	% dentro de año	,5%
Heridas traumáticas extremidades	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Fractura cráneo	Recuento	7
	% dentro de año	,3%
Reumatismo articular	Recuento	12
	% dentro de año	,5%
Fractura columna vertebral	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Quemaduras extensas	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Accidente ferrocarril	Recuento	9
	% dentro de año	,4%
Herida arma de fuego	Recuento	10
	% dentro de año	,5%
Hemofilia	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Anemia	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Enfermedad de Banti	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Melanodermia	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Quiste supurado	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Adenitis	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Mal de Bring	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Anemia perniciosa	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Úlcera gangrenosa	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Erupción cutánea	Recuento	1
	% dentro de año	,0%

Tabla RIII-10-2

DIAGNÓSTICO		TOTAL
Cáncer de ovario	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Sarcoma útero	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Papiloma útero	Recuento	1

	% dentro de año	,0%
Feto muerto al nacer	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Cáncer no específico	Recuento	12
	% dentro de año	,5%
Sarcoma de extremidades	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Cáncer en ojo	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Cáncer de piel	Recuento	10
	% dentro de año	,5%
Cáncer de labio	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Sarcoma de piel	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Epitelioma en la cara	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Cáncer generalizado	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Caquexia cancerosa	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Nefritis	Recuento	8
	% dentro de año	,4%
Cáncer de vejiga	Recuento	5
	% dentro de año	,2%
Hipertrofia próstata	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Rotura de riñones	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Hemorragia uretral	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Cistitis	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Nefritis supurativa	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Toxemia renal	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Cáncer de pene	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Cáncer de útero	Recuento	17
	% dentro de año	,8%
Cáncer de mama		4
	% dentro de año	,2
Quiste de ovario	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Fibroma de útero	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Pleuresía	Recuento	1

	% dentro de año	,0%
Cáncer de pulmón	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Laringitis crónica	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Derrame broncopulmonar	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Catarro broncopulmonar crónico	Recuento	27
	% dentro de año	1,2%
Asfixia	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Diabetes	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Bocio	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Enfermedad Addison	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Anasarca	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Consunción orgánica	Recuento	12
	% dentro de año	,5%
Nefritis albuminúrica	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Uremia	Recuento	8
	% dentro de año	,4%
Epitelioma de esófago	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Laparotomía	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Hepatitis crónica	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Quiste hidatídico hígado	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Ictericia	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Tabes mesentérica	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Esclerosis hepática	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Atrofia amarilla del hígado	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Bronquitis crónica	Recuento	90
	% dentro de año	4,1%
Bronquitis aguda	Recuento	10
	% dentro de año	,5%
Insuficiencia pulmonar	Recuento	1
	% dentro de año	,0%

Cáncer de laringe	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Epitelioma garganta	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Hernia abdominal	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Úlcera gastroduodenal	Recuento	17
	% dentro de año	,8%
Hernia estrangulada	Recuento	13
	% dentro de año	,6%
Cáncer de recto	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Gastritis	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Hemorragia intestinal	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Obstrucción intestinal	Recuento	9
	% dentro de año	,4%
Cólico Miserere	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Apendicitis	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Peritonitis	Recuento	9
	% dentro de año	,4%
Cáncer de hígado	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Cáncer de abdomen	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Perforación intestinal	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Suicidio	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Conmoción cerebral	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Amaurosis	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Ataxia	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Mal de brío	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Senectud	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Reblandecimiento medular	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Paraplejía	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Esclerosis cerebral	Recuento	1
	% dentro de año	,0%

Cáncer de intestino	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Cáncer de estómago	Recuento	29
	% dentro de año	1,3%
Cáncer de esófago	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Cirrosis hepática	Recuento	24
	% dentro de año	1,1%
Atrofia muscular	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Hemorragia cerebral	Recuento	209
	% dentro de año	9,4%
Parálisis general	Recuento	22
	% dentro de año	1,0%
Demencia	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Esclerosis lateral	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Epilepsia	Recuento	8
	% dentro de año	,4%
Esclerosis medular	Recuento	30
	% dentro de año	1,4%
Reblandecimiento cerebral	Recuento	60
	% dentro de año	2,7%
Embolia cerebral	Recuento	43
	% dentro de año	1,9%
Anemia cerebral	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Parálisis agigante	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Apoplejía cerebral	Recuento	23
	% dentro de año	1,0%
Hemiplejía	Recuento	17
	% dentro de año	,8%
Edema pulmonar	Recuento	8
	% dentro de año	,4%
Aneurisma de aorta	Recuento	5
	% dentro de año	,2%
Insuficiencia valvular	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Angina de pecho	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Síncope cardíaco	Recuento	5
	% dentro de año	,2%
Pericarditis	Recuento	12
	% dentro de año	,5%
Aortitis	Recuento	2
	% dentro de año	,1%

Flebitis	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Estenosis mitral	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Tifoidea	Recuento	5
	% dentro de año	,2%
Enterocolitis ulcerosa	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Tabes dorsal	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Debilidad senil	Recuento	247
	% dentro de año	11,1%
Erisipela	Recuento	2
	% dentro de año	,1%
Flemón	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Gripe con neumonía	Recuento	75
	% dentro de año	3,4%
Hepatitis	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Difteria	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Lesión cardíaca	Recuento	29
	% dentro de año	1,3%
Asistolia	Recuento	14
	% dentro de año	,6%
Miocarditis	Recuento	7
	% dentro de año	,3%
Insuficiencia mitral	Recuento	35
	% dentro de año	1,6%
Insuficiencia aórtica	Recuento	7
	% dentro de año	,53
Insuficiencia auriculo ventricular	Recuento	39
	% dentro de año	1,8%
Insuficiencia auricular	Recuento	1
	% dentro de año	,0%
Arterioesclerosis	Recuento	14
	% dentro de año	,6%
Tuberculosis	Recuento	336
	% dentro de año	15,1%
Bronconeumonía	Recuento	124
	% dentro de año	5,6%
Tétanos	Recuento	4
	% dentro de año	,2%
Gangrena	Recuento	22
	% dentro de año	1,0%
Enterocolitis	Recuento	76

	% dentro de año	3,4%
Septicemia	Recuento	7
	% dentro de año	,3%
Meningitis	Recuento	21
	% dentro de año	,9%
Endocarditis	Recuento	93
	% dentro de año	4,2%
Viruela	Recuento	46
	% dentro de año	2,1%
Mielitis	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Fiebre	Recuento	23
	% dentro de año	1,0%
Sarampión	Recuento	3
	% dentro de año	,1%
Sífilis	Recuento	6
	% dentro de año	,3%
Total	Recuento	2219
	% dentro de diagnóstico	100%

De los diagnósticos y resultados de causas responsables de fallecimientos entre 1895 y 1922 podemos deducir las siguientes conclusiones:

- 1) Las enfermedades infecciosas, sobre todo tuberculosis (15,1%), bronconeumonía (5,6%), endocarditis (4,2%), enterocolitis (3,4%), gripe con neumonía (3,4%) y viruela (2,1%) figuran entre las más prevalentes. Se observa descenso de sífilis (0,3%).
- 2) Gran incremento de los procesos de corte neurodegenerativo: debilidad senil (11%), hemorragia cerebral (9,4%), reblandecimiento cerebral (2,7%), embolia cerebral (1,9%), entre otros.²⁴⁷
La debilidad senil, puede corresponder a lo que actualmente se denomina comúnmente con el término anglosajón de frailty; y el reblandecimiento cerebral, posiblemente equivale a algún tipo de demencia, vascular, enfermedad de Alzheimer o mixta.
- 3) Mayor crecimiento, y con frecuencia elevado, de enfermedades cardiológicas, con terminologías en algunos casos similares a las actuales.
- 4) El resto de procesos es claramente menos importante, disminuyendo el peso de las enfermedades digestivas, pero aumentando el cáncer, específico o inespecífico; algunas con el epígrafe de epiteloma (garganta, esófago).²⁴⁸

²⁴⁷ Ver cuadro de enfermedades más frecuentes.

²⁴⁸ Diagnósticos que sólo se pueden realizar con Anatomía Patológica, hecho que no existía en ese momento en este hospital de San Antonio Abad.

- 5) Aparecen las enfermedades endocrinas, como enfermedad de Addison, bocio, diabetes; o renales como nefritis albuminúrica, implicando la existencia en el hospital de San Antonio Anad de laboratorio para algunos de estos diagnósticos.
- 6) El grupo de procesos traumáticos (fracturas, amputación de extremidades) ocupa un lugar importante, así como heridas por armas de fuego. No son desdeñables los accidentes de ferrocarril como consecuencia de la llegada del tren a la ciudad.
- 7) El análisis estadístico con la prueba del chi-cuadrado es altamente significativa ($P < 0,005$).
- 8) Estudiando la existencia de gripe española, o gripe con neumonía, cabe decir: de los 75 casos, 29 se dieron en 1918 y 21 en 1919. Afectaba a los nacidos entre 1880-1900, por tanto, en edades jóvenes. Este virus tenía características H1N1; mientras que las gripes previas fueron H3N5; por tanto, los jóvenes no tenían inmunidad.

Veamos ahora las patologías más frecuentes responsables de mortalidad (1895-1922):

Seleccionados con más de 10 casos: Tabla RIII-11

Tuberculosis	336	15,1%
Debilidad senil	247	11,1%
Hemorragia cerebral	209	9,4%
Bronconeumonía	124	5,6%
Bronquitis aguda y crónica	100	4,4%
Endocarditis	93	4,2%
Enterocolitis	76	3,4%
Gripe con neumonía o española	75	3,3%
Reblandecimiento cerebral	60	2,7%
Viruela	46	2%
Embolia cerebral	43	1,9%
Insuficiencia aurículo - ventricular	39	1,8%
Insuficiencia mitral	35	1,6%
Esclerosis medular	30	1,4%
Cáncer de estómago	29	1,3%
Lesión cardíaca	29	1,3%
Catarro broncopulmonar crónico	27	1,2%
Cirrosis hepática	24	1,1%
Fiebre	23	1%
Apoplejía cerebral	23	1%
Parálisis cerebral	22	1%
Gangrena	22	1,0%
Meningitis	21	0,9%
Hemiplejia	17	0,8%
Úlcera gastroduodenal	17	0,8%
Cáncer de útero	17	0,8%

El análisis según los meses del año con mayor mortalidad, arroja los siguientes datos:

Tabla RIII-12

Enero	163 fallecidos
Febrero	150 fallecidos
Marzo	194 fallecidos
Abril	189 fallecidos
Mayo	165 fallecidos
Junio	184 fallecidos
Julio	220 fallecidos
Agosto	193 fallecidos
Septiembre	227 fallecidos
Octubre	178 fallecidos
Noviembre	194 fallecidos
Diciembre	191 fallecidos

Se concentran más en la segunda mitad del año, especialmente los meses de verano, probablemente en relación con las labores de recogida de las cosechas.

Esta tendencia se observa en todos los años estudiados, donde los meses de julio y septiembre son los más significativos.

El estudio estadístico revela una $P < 0,005$.

Por lo que se refiere a la evolución de los grupos sindrómicos en porcentaje, según períodos de tiempo, véase la tabla que va a continuación (se ha dividido el estudio en 4 períodos: 1895-1896; 1903; 1912-1916; 1917-1922).

Los grupos estudiados y sus porcentajes son:

Tabla RIII-13

	1895-1896	1903	1912-1916	1917-1922
Infecto-contagiosos	46,3%	33,8%	36,2%	40,5%
Cardiovasculares	7%	13,7%	9,1%	7,2%
Neurológicos	19,7%	28,9%	36,2%	30%
Digestivas	8,2%	9,3%	5,7%	6,4%
Neumológicos	9,8%	2,5%	3,9%	7,6%
Endocrinas	4,9%	1,5%	0,2%	0,3%
Nefrourológicos	0,8%	2,9%	1,8%	1,5%
Ginecológicos	0,4%	1%	1,6%	1,4%
Reuma-Trauma	1,2%	3,9%	2,2%	3,1%
Otras	0,8%	0,5%	0,4%	0,5%
Cáncer	0,8%	2%	2,6%	1,6%

Hay significación estadística ($P < 0,005$).

De lo anterior podemos concluir:

- 1) Las enfermedades infecto-contagiosas se mantienen estables a lo largo del tiempo.

- 2) Las enfermedades cardiológicas aumentan desde principios de siglo (siglo XX); probablemente por mayor conocimiento de las mismas.
- 3) Las enfermedades neurológicas claramente incrementan con el avance de los tiempos.²⁴⁹
- 4) La patología digestiva, aun conociéndose nuevos procesos como la úlcera gastroduodenal, retrocede a principios de siglo.
- 5) Los procesos neumológicos tienen a disminuir, excepto entre 1917-1922 por la gripe española.
- 6) Llama la atención el gran aumento de los procesos endocrinos (por la existencia de laboratorio) desde final del siglo XIX; y su progresiva disminución a comienzos del XX.
- 7) Incremento de los procesos nefrourológicos, por mejor conocimiento de los mismos.
- 8) Igual aumento ocurre con las enfermedades ginecológicas.
- 9) Los casos de traumatología se incrementan a principios de siglo, con un mayor número de accidentes, quizá por el ferrocarril.
- 10) El cáncer se incrementa en estos momentos, al igual que otros procesos, debido a un mayor conocimiento del mismo.

¿Hubo variación en lo que respecta a la profesión? Para este estudio hemos dividido la muestra en dos grupos: 1895-1903 y 1912-1922:

RIII-14-1

	Labrador	Jornalero	Sirviente	Pordiosero
1895-1903 Recuento	0	88	4	10
% dentro de grupos de año	,0%	19,4%	,9%	2,2%
% dentro de profesión	,0%	9,7%	36,4%	83,3%
1912-1922 Recuento	2	817	7	2
% dentro de grupos de año	,1%	45,5%	,4%	,1%
% dentro de profesión	100,0%	90,3%	63,6%	16,7%
TOTAL Recuento	2	905	11	12
% dentro de grupos de año	,1%	40,3%	,5%	,5%
% dentro de profesión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

²⁴⁹ Explicaremos más adelante la causa.

Tabla RII-14-2

	Su sexo	Otras	Soldado	Total
1895-1903 Recuento	201	133	17	453
% dentro de grupos de año	44,4%	29,4%	3,8%	100,0%
% dentro de profesión	20,6%	55,9%	16,7%	20,2%
1912-1922 Recuento	777	105	85	1795
% dentro de grupos de año	43,3%	5,8%	4,7%	100,0%
% dentro de profesión	79,5%	44,1%	83,3%	79,8%
TOTAL Recuento	978	238	102	2248
% dentro de grupos de año	43,5%	10,6%	4,5%	100,0%
% dentro de profesión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cabe destacar:

- 1) Bajo número de propietarios (de profesión labrador).
- 2) Creciente número de empleados por cuenta ajena, pasando de un 19,4% al 45,5% (jornaleros).
- 3) Significativo descenso de pordioseros desde principio de siglo (cinco veces menos que en la época anterior).
- 4) Significativo descenso de otras profesiones (“profesiones liberales”), probablemente por mayor número de jornaleros, y por el desconocimiento de las profesiones femeninas.

La prueba de chi-cuadrado es significativa ($P < 0,005$).

En lo que afecta a la valoración en la evaluación de procesos que estadísticamente son significativos, evaluaremos las causas de mortalidad entre grupos en dos períodos:

- 1) 1895-1903: 453 casos
- 2) 1912-1922: 1795 casos

Se ha recogido la evolución de las enfermedades que porcentualmente, dentro de sus grupos, son significativas con una $P < 0,005$ (ver tabla).

Procesos evaluados: Tabla RIII-15

	Período 1895-1903	Período 1912-1922
Herida arma de fuego	0,0%	0,6%
Caquexia cancerosa	0,7%	0,1%
Fractura extremidades	0,0%	0,6%
Cáncer de piel	0,0%	0,6%
Sarcoma de extremidades	0,0%	0,2%

Cáncer de útero	0,4%	0,8%
Cáncer de mama	0,0%	0,2%
Catarro broncopulmonar crónico	6,0%	0,0%
Bronquitis crónica	0,2%	5,0%
Bronquitis aguda	0,0%	0,6%
Epitelioma esófago	0,0%	0,2%
Hepatitis crónica	1,1%	0,1%
Cáncer de estómago	0,4%	1,5%
Cirrosis hepática	2,4%	0,7%
Hemiplejía	0,4%	0,8%
Senectud	1,3%	0,0%
Apoplejía cerebral	4,5%	0,2%
Reblandecimiento cerebral	6,5%	1,8%
Hemorragia cerebral	3,8%	10,8%
Parálisis general	0,0%	1,2%
Aortitis	0,4%	0,0%
Edema pulmonar	0,0%	0,5%
Aneurisma de aorta	0,0%	0,3%
Lesión cardíaca	2,4%	1,0%
Asistolia	1,6%	0,4%
Insuficiencia mitral	0,9%	1,8%
Gripe española (gripe con neumonía)	1,1%	4%
Viruela	5,1%	1,3%
Endocarditis	2,0%	4,7%
Tuberculosis	11,1%	16,2%
Bronconeumonía	7,3%	5,1%
Gangrena	0,4%	1,1%
Enterocolitis	6,5%	2,7%

Se pueden deducir las siguientes conclusiones de estas tablas:

- 1) Incremento notable de accidentes por armas de fuego (probable mayor disponibilidad de ellas).
- 2) Disminución de caquexia cancerosa. La explicación más probable es que este fenómeno inicialmente era la parte terminal de un cáncer dejado a su evolución natural. Más adelante se intervenían quirúrgicamente, por lo que el proceso natural se interrumpía; el paciente o bien curaba, o fallecía antes.
- 3) Al igual que en el apartado 1, había un incremento de fractura de extremidades, o bien por las labores manuales del campo, y en gran medida por accidentes del ferrocarril.
- 4) En el grupo de cánceres se produce un incremento importante, sobre todo cáncer de piel, útero y estómago, que pasa este último a incrementarse por cuatro. Destacan terminologías como epitelioma de esófago; término

anatomopatológico, no clínico; imposible de saber en ese momento con los medios disponibles.

- 5) En el área respiratoria desaparece el diagnóstico de catarro broncopulmonar crónico, pero aparecen términos más actuales como bronquitis aguda y crónica. No parece un cambio de patología sino de terminología exclusivamente, aun cuando sí parece existir una disminución de neumonía o bronconeumonía.
- 6) En el período 1912-1922 es cuando tuvo su presentación la gripe española. Por ello se multiplican los casos de fallecimiento de la misma en un 400%.
- 7) Sorprende la disminución de cirrosis hepática entre los dos períodos. Es probable que una disminución en el consumo de alcohol como parte de la dieta sea la responsable. Igualmente, prácticamente desaparece el diagnóstico de hepatitis crónica. Posiblemente tenga una explicación similar a la de la cirrosis hepática.
- 8) En el apartado neurológico se observa la desaparición de “senectud” como terminología; el nuevo de “debilidad senil” ocupa su lugar, pero no han disminuido el número de personas que lo padecían. Destaca la disminución de reblandecimiento cerebral, quizás por la aparición de hemiplejía u otros procesos actualmente denominados ictus. Por otro lado, el término de apoplejía cerebral casi desaparece por el nuevo de hemorragia cerebral, que se incrementa en un 300%.
- 9) En el apartado cardiológico, la desaparición de aortitis puede ser una consecuencia de la disminución de sífilis como causa de mortalidad, e irrumpen dos nuevos cuadros, como edema de pulmón y aneurisma de aorta, producto del mejor conocimiento de la patología. Términos como asistolia disminuyen, o lesión cardíaca; apareciendo procesos más específicos como insuficiencia mitral o síncope cardíaco, igualmente por el mejor conocimiento de dichas enfermedades.
- 10) Cabe destacar en el apartado de infecciosas el incremento de tuberculosis y gangrena, y la disminución de viruela; que nosotros ya observamos era más frecuente a finales del XIX. De igual forma, la enterocolitis baja en frecuencia, por probable mejoría higiénico-sanitaria de la época.

Respecto a si habría diferencias entre ambos períodos y estación del año, no hay diferencias significativas entre ambos períodos. La prueba de Chi-cuadrado es de $P=0,08$, esto es, $P>a 0,05$. Verano y otoño son las estaciones con mayor frecuencia de mortalidad

Relación grupo sindrómico y los dos períodos valorados: 1º 1895-1903 y 2º 1912-1922:

RIII -16-1

	Infecto-contagioso	Cardio-vasculares	Neurológicas	Digestivas
1895-1903 Recuento	182	45	107	39
% dentro de grupos de años	40,6%	10,0%	23,9%	8,7%
% dentro de grupo sindrómico	21,1%	23,9%	15,6%	26,7%
1912-1922 Recuento	682	143	581	107
% dentro de grupos de años	38,5%	8,1%	32,8%	6,0%
% dentro de grupo sindrómico	78,9%	76,1%	84,4%	73,3%
TOTAL Recuento	864	188	688	146
% dentro de grupos de años	39,0%	8,5%	31,0%	6,6%
% dentro de grupo sindrómico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RIII-16-3

	Tracto respiratorio	Endocrinas	Nefro-urológicas	Ginecológicas
1895-1903 Recuento	29	15	8	3
% dentro de grupos de años	6,5%	3,3%	1,8%	,7%
% dentro de grupo sindrómico	21,6%	75,0%	21,6%	10,3%
1912-1922 Recuento	105	5	29	26
% dentro de grupos de años	5,9%	,3%	1,6%	1,5%
% dentro de grupo sindrómico	78,4%	25,0%	78,4%	89,7%
TOTAL Recuento	134	20	37	29
% dentro de grupos de años	6,0%	,9%	1,7%	1,3%
% dentro de grupo sindrómico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla RIII-16-4

	Reumatológicas y traumatológicas	Otras	Cáncer	Total
1895-1903 Recuento	11	3	6	448
% dentro de grupos de años	2,5%	,7%	1,3%	100,0%
% dentro de grupo sindrómico	18,6%	27,3%	14,3%	20,2%
1912-1922 Recuento	48	8	36	1770
% dentro de grupos de años	2,7%	,5%	2,0%	100,0%
% dentro de grupo sindrómico	81,4%	72,7%	85,7%	79,8%
TOTAL	59	11	42	2218
% dentro de grupos de años	2,7%	,5%	1,9%	100,0%

Conclusiones:

Crecimiento de los procesos neurológicos, ginecológicos y cáncer con diferencias significativas ($P < 0,005$).²⁵⁰

Valoración de correlación entre sexo y estado civil: Tabla RIII-17

Sexo	Soltero	Casado	Viudo	Total
Masculino	451	400	371	1222
% dentro de sexo	36,9%	32,7%	30,4%	100,0%
% dentro de estado civil	57,0%	60,9%	46,4%	54,4%
Femenino	340	257	429	1026
% dentro de sexo	33,1%	25,0%	41,8%	100,0%
% dentro de estado civil	43,0%	39,1%	53,6%	45,6%
TOTAL	791	657	800	2248
% dentro de sexo	35,2%	29,2%	35,6%	100,0%

Se puede concluir que solteros y casados eran mayoritariamente del sexo masculino; pero el estado civil de viudo era predominantemente femenino.²⁵¹

Hay alta significación estadística ($P < 0,005$).

²⁵⁰ Sus causas se comentarán en la discusión final.

²⁵¹ Hecho que no ha cambiado en los tiempos actuales.

Por lo que respecta a la enfermedad que provocaba más mortalidad en el sexo masculino y en el femenino, véase la siguiente tabla:

Tabla RIII-18

Hombres %	Enfermedad	Mujeres %
16,6	Tuberculosis	13,4
1,3	Gangrena	0,6
2,8	Enterocolitis	4,1
5,1	Gripe española	1,4
1,3	Insuficiencia mitral	2,0
0,3	Enterocolitis ulcerosa	0,0
8,4	Hemorragia cerebral	10,7
0,9	Esclerosis medular	1,9
1,9	Cáncer de estómago	0,6
1,2	Úlcera gastroduodenal	0,3
0,5	Gastritis	0,0
0,3	Obstrucción intestinal	0,6
0,3	Apendicitis	0,0
0,3	Peritonitis	0,6
0,0	Cáncer abdomen	0,3
0,3	Quiste hidatídico hepático	0,0
3,5	Bronquitis crónica	4,7

Hay algunas enfermedades reseñadas como causa de fallecimiento que presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Se detallan en % del total:

Tabla RIII-19

ENFERMEDAD	VARONES	MUJERES
Lesión cardíaca	1,3%	1,4%
Insuficiencia Auriculo-ventricular	1,5%	2,1%
Endocarditis	3,7%	4,8%
Debilidad senil	10,3%	12,1%
Bronconeumonía	5,8%	5,4%
Parálisis general	0,8%	1,3%
Reblandecimiento cerebral	2,6%	2,8%
Reumatismo articular	0,4%	0,7%
Embolia cerebral	1,8%	2,1%
Hemiplejia cerebral	0,7%	0,9%
Nefritis	0,3%	0,4%
Enterocolitis	2,8%	4,1%
Consunción orgánica	0,8%	0,3%
Uremia	0,6%	0,1%
Caquexia cancerosa	0,0%	0,4%
Fractura de extremidades	0,8%	0,1%
Fractura de cráneo	0,5%	0,1%
Accidente ferrocarril	0,7%	0,1%
Herida arma de fuego	0,8%	0,1%

Hay cinco procesos, dos del varón y tres de la mujer, que al ser específicos de cada sexo no se mencionan entre los anteriores.

En el varón son:

- Hipertrofia de próstata (probable cáncer).
- Cáncer de pene.

En la mujer son:

- Cáncer de mama.
- Cáncer de útero.
- Cáncer de ovario.

La significación estadística entre los anteriores procesos es de $P < 0,005$.

Veamos otros procesos frecuentes de mortalidad, sin diferencias significativas.

Tabla RIII-20

ENFERMEDAD	VARONES	HEMBRAS
Meningitis	1%	0,9%
Viruela	2,1%	2,1%
Sifilis	0,3%	0,3%
Arterioesclerosis	0,7%	0,7%
Edema pulmonar	0,4%	0,4%
Pericarditis	0,6%	0,6%
Epilepsia	0,4%	0,3%
Apoplejia cerebral	1,1%	1%
Cirrosis hepática	1,4%	1%
Hemorragia intestinal	0,3%	0,1%
Hepatitis crónica	0,3%	0,2%
Catarro broncopulmonar crónico	1,5%	0,9%
Nefritis	0,3%	0,4%

Estos procesos no muestran significación estadística.

Discusión y conclusiones de lo anterior:

Parece claro que las enfermedades infecciosas son más prevalentes entre los varones como causa de enfermedad. La tuberculosis ha sido la enfermedad infecciosa predominante²⁵². Hay un persistente predominio del sexo masculino, probablemente como consecuencia de mayores factores de riesgo en dicho sexo: desnutrición, aumento de trabajo físico, alcohol, tabaco²⁵³.

La gangrena es más frecuente en el varón, al estar éste sometido a trabajos más agresivos, con mayor riesgo de infecciones, a lo que se suma la falta de antibioterapia.

Sorprende la gripe española, con desigual proporción a favor del sexo masculino; aunque en el resultado final tiene gran peso el alto número de soldados, que dado el probable hacinamiento de los cuarteles, favorece la difusión; y además, los

²⁵² En el momento actual, y según el último control de la UE, España es el sexto país de Europa en frecuencia de TBC, con unas tasas de 9/100.000 casos/año.

²⁵³ Hecho que se manifiesta actualmente en una sociedad rural como la cubana, sociedad probablemente muy parecida en sus condiciones generales a la española de aquellos tiempos. Hoy, además, en nuestro país el SIDA juega un papel muy importante.

jóvenes nacidos entre 1880-1900 no presentaban ningún tipo de inmunidad respecto al virus de esta gripe.

Es interesante el hecho de que la intercolitis o enterocolitis infecciosa fuera más frecuente en el sexo femenino. Es posible que su papel de cuidadora y, por tanto, con mayor contacto con ropas sucias infectadas, sin adecuado control higiénico, lo favoreciera²⁵⁴.

En el sexo femenino, entre los procesos cardiovasculares,²⁵⁵ destacan como causa de fallecimiento la hemorragia cerebral y las patologías relacionadas con las válvulas cardíacas. Parece haberse objetivado mayor frecuencia (6,1%) de mayor riesgo de procesos hemorrágicos cerebrales en el sexo femenino. Probablemente un gen (BCAR1), relacionado con los estrógenos, juegue en papel en todo ello.

Desde el punto de vista cardiológico, eran más frecuentes entre las mujeres como causa de mortalidad tanto la insuficiencia mitral, la lesión cardíaca (probable insuficiencia cardíaca actual), como la endocarditis e insuficiencia aurículo-ventricular. Probablemente el hecho de tener un promedio de 5 años más de vida que los hombres puede ser la causa.

Hemos visto que la hemorragia cerebral era más frecuente en el sexo femenino; pero también otros procesos neurológicos como esclerosis medular, debilidad senil, parálisis general, reblandecimiento cerebral (probable demencia actual) e incluso embolia cerebral. La edad y el mayor aumento de lesiones cardíacas pueden favorecer estas enfermedades.

Desde el punto de vista digestivo, la úlcera gastroduodenal (algún tipo de ella es precursora del cáncer gástrico), el cáncer gástrico o la gastritis (epígrafe bajo el cual puede haber casos de una úlcera gastroduodenal) son más frecuentes en el varón. Probables factores ambientales (alcohol, tabaco, tipo de alimentación) pueden favorecerlos. En general, exceptuando la peritonitis (más frecuente en el sexo femenino, y probablemente alguna de ellas ligada a temas ginecológicos), se dan más en el varón. Se suman a lo anterior apendicitis y la cirrosis hepática; ésta última probablemente secundaria al consumo de alcohol, componente importante de la dieta en el mundo agrícola prácticamente hasta nuestros días. La hemorragia intestinal en gran medida es secundaria a la úlcera gastroduodenal y cáncer gástrico, mayoritarias en el varón.

La obstrucción intestinal es más frecuente en mujeres, creemos que problemas ginecológicos (cáncer, infecciones, etc), pueden favorecerlo, especialmente el incremento femenino de cáncer de abdomen, posible carcinomatosis peritoneal de nuestros días.

Hay evidentemente aspectos condicionados por actividades de riesgo masculinas, como accidentes de ferrocarril o uso de armas de fuego, que provocaron fracturas de cráneo y extremidades.

Desde el punto de vista respiratorio, la bronconeumonía y la gripe española que se asociaba a neumonía frecuentemente eran prioritarias del sexo masculino. Probablemente las condiciones laborales y de hacinamiento favorecen estas circunstancias.

Podemos concluir:

²⁵⁴ Al igual que comentaremos en los resultados extrahospitalarios en epidemias como el cólera.

²⁵⁵ Como ocurre en nuestros días.

- 1) El sexo femenino fallece de forma prioritaria de enfermedades cardíacas y neurológicas. Las enfermedades digestivas e infecto-contagiosas son mayoritariamente masculinas.
- 2) Tal como hemos dicho anteriormente, la diferencia de edad de mortalidad, superior en el sexo femenino, condiciona el tipo de enfermedad predominante en dicho sexo. De igual forma, es probable que la patología del sexo masculino pueda estar condicionada por factores ambientales: trabajo físico, consumo de alcohol y tabaco y tipo de profesión (ferroviario, minero, etc.)
- 3) Aparece como diagnóstico por primera vez, aunque con pocos casos, el de enterocolitis ulcerosa crónica, de carácter inmunológico a diferencia de la enterocolitis infecciosa. Esta enfermedad tardó en ser bien conocida en el sur de Europa al menos 50 años más tarde de este diagnóstico. Otros nuevos diagnósticos son edema pulmonar o hepatitis crónica.
- 4) Probablemente complicaciones más femeninas, como obstrucción intestinal o peritonitis, pueden estar más relacionadas con aspectos o complicaciones de enfermedades ginecológicas.
- 5) Enfermedades como pericarditis, sin predominio de ningún sexo, pueden estar en relación con la presencia de tuberculosis, tan frecuente en ese momento.
- 6) La presencia de nuevas actividades, como la de ferroviario por la llegada del tren a la ciudad, provoca un mayor número de accidentes mortales

Configurados los procesos anteriores, en grupos sindrómicos, obtenemos estos resultados:

Tabla RIII-21-1

Sexo	Infecto-contagiosas	Cardio-vasculares	Neurológicas
Masculino	500	92	332
% dentro de sexo	41,8%	7,7%	27,8%
% dentro de grupo sindrómico	57,9%	48,9%	48,3%
Femenino	364	96	356
% dentro de sexo	35,6%	9,4%	34,8%
% dentro de grupo sindrómico	42,1%	51,1%	51,7%
TOTAL	864	188	688
% dentro de sexo	39,0%	8,5%	31,0%

Tabla RIII-21-2

	Digestivas	Tracto respiratorio	Endocrinas
Masculino	95	69	13
% dentro de sexo	7,9%	5,8%	1,1%
% dentro de grupo sindrómico	65,1%	51,5%	65,0%
Femenino	51	65	7
% dentro de sexo	5,0%	6,4%	,7%
% dentro de grupo sindrómico	34,9%	48,5%	35,0%
TOTAL	146	134	20
% dentro de sexo	6,6%	6,0%	,9%

Tabla RIII-21-3

	Nefro- urológicas	Ginecológicas	Reuma y traumatológicas
Masculino	26	0	45
% dentro de sexo	2,2%	0,0%	3,8%
% dentro de grupo sindrómico	70,3%	0,0%	76,3%
Femenino	11	29	14
% dentro de sexo	1,1%	2,8%	1,4%
% dentro de grupo sindrómico	29,7%	100,0%	23,7%
TOTAL	37	29	59
% dentro de sexo	1,7%	1,3%	2,7%

Tabla RIII-21-4

	Otras	Cáncer	Total
Masculino	3	18	1195
% dentro de sexo	,3%	1,5%	100,0%
% dentro de grupo sindrómico	27,3%	42,9%	53,9%
Femenino	8	24	1023
% dentro de sexo	,8%	2,3%	100,0%
% dentro de grupo sindrómico	72,7%	57,1%	46,1%
TOTAL	11	42	2218
% dentro de sexo	,5%	1,9%	100,0%

De estas tablas derivamos estas conclusiones:

- 1) Los procesos dominantes sindrómicos del sexo masculino son: infectocontagioso, digestivo, nefrourológico y traumatológico.
- 2) Desde el punto de vista de proceso dominante en el sexo femenino son: cardiovasculares, neurológicos, respiratorio y cáncer.
- 3) No hay diferencias en lo que corresponde a endocrino. Por supuesto, las alteraciones ginecológicas son específicas del sexo femenino.

Discusión:

El mayor porcentaje en varones de patología infectocontagiosa viene causado por la mayor frecuencia de tuberculosis, bronconeumonía y gangrena. Posiblemente el trabajo más exigente, la exposición más frecuente a cambios climáticos de la frecuentísima profesión de jornalero, así como un posible no adecuado estado nutricional, lo pueden favorecer.

La gangrena y los procesos traumatológicos aumentados en el varón van de la mano por lo anteriormente expuesto.

Destaca la disminución de enfermedades venéreas.

Es de notar el incremento de patología digestiva, como cirrosis hepática, hepatitis crónica, úlcera gastroduodenal y gastritis²⁵⁶, que puede tener como causa el consumo de alcohol como suplemento en la dieta y el aumento de la infección de *H. Pylori* al consumir alimentos no adecuadamente preparados. Así mismo, estos procesos pueden ser causa de hemorragia intestinal, diagnóstico que aparece por primera vez a comienzo del siglo XX. También la hemorragia gastrointestinal puede estar producida por el cáncer gástrico.

La patología nefrourológica incrementada en el varón se da por las alteraciones prostáticas, específicas del sexo masculino.

En el sexo femenino destaca la patología cardiovascular y neurológica. Aunque el diagnóstico de arterioesclerosis es similar en ambos sexos, en general, las alteraciones hormonales, producto de descenso estrogénico, favorecen cambios vasculares que inducen estas enfermedades más frecuentemente.

Diagnósticos cardiológicos como lesión cardíaca, insuficiencia auriculoventricular, edema pulmonar, que actualmente se ven bajo el epígrafe de insuficiencia cardíaca, es probable que tengan muy diversas causas, como la hipertensión arterial no controlada, lesiones valvulares, alteraciones del ritmo cardíaco como bloqueo, etc.

La pericarditis no es excepcional, y tiene idéntica frecuencia en varones y mujeres. Dada la alta prevalencia de tuberculosis puede ser ésta la causa fundamental.

Neurológicamente hablando, los factores vasculares antes descritos, pueden ser responsables de la existencia de hemorragia cerebral, apoplejía, hemiplejía, embolia; y que hoy los estudiamos bajo el nombre de ictus. Sin pretender dar más detalles sobre su fisiopatología, pues excede el fin de este trabajo, los factores de riesgo vascular clásicos, ya conocidos, pueden ser los responsables si no están debidamente controlados.

Otros diagnósticos como debilidad senil y consunción orgánica, pueden estar incluidos en lo que en la actualidad, y bajo la terminología anglosajona, se denominan

²⁵⁶ Úlcera gastroduodenal y gastritis pueden ser la misma patología, dado que con los medios diagnósticos de la época era imposible diferenciarlas.

Frailty²⁵⁷. Se considera con esta terminología un estado de extrema vulnerabilidad a situaciones estresantes o estresores exógenos, exponiendo al individuo a un riesgo alto de alteraciones negativas, relacionadas con la salud. Es un fuerte predictor de eventos negativos relacionados con la salud, incluyendo declinar funcional con pérdida de movilidad, hospitalización y muerte. En estos pacientes se suman las enfermedades crónicas del individuo, interaccionando con el declinar de la edad, decreciendo la capacidad de reserva funcional que lleva al fallecimiento del individuo.

El cáncer es más alto en el sexo femenino, probablemente por mayor diagnóstico de cáncer de útero y ovario; y posiblemente, la mayor existencia de obstrucción intestinal en las mujeres. Teniendo en cuenta la menor frecuencia de apendicitis en este sexo, puede ser debido a carcinomatosis peritoneal, es decir, diseminación por el peritoneo por un tumor de localización ginecológica o colon fundamentalmente.

Otra pregunta que nos podremos plantear es la siguiente: ¿Había una patología diferente según el estado civil?

Los solteros fallecían, sobre todo, de tuberculosis (26,1%), viruela (4,5%), meningitis (2,5%), sífilis (0,6%), gripe española (8,4%), epilepsia (0,8%), suicidio (0,2%), siendo los únicos casos de suicidio entre ellos, apendicitis (0,4%), peritonitis (0,8%), accidente de ferrocarril (0,6%), heridas por armas de fuego (0,8%) e insuficiencia mitral (1,9%).

Los casados fallecían, sobre todo, por tuberculosis (15,3%), bronconeumonía (4,9%), enterocolitis infecciosa (4,2%), endocarditis (4,5%), aneurisma de aorta (0,6%), pericarditis (0,9%), debilidad senil (6,9%), hemorragia cerebral (9,4%), reblandecimiento cerebral (2,6%), cáncer de estómago (2,6%), úlcera gastroduodenal (1,4%), hernia estrangulada (1,1%), quiste hídico (0,3%), bronquitis crónica (4,2%), Addison (0,5%), uremia (0,8%), hipertrofia de próstata (0,5%), cáncer de útero (1,7%) y fracturas óseas (1,9%).

Los viudos fallecían, sobre todo, por tuberculosis (4,4%), bronconeumonía (5,3%), gangrena (1,1%), enterocolitis (3,8%), endocarditis (6,1%), lesión cardíaca (1,8%), asistolia (0,9%), miocarditis (0,3%), insuficiencia auriculo-ventricular (2,1%), arterioesclerosis (0,9%), pericarditis (0,6%), debilidad senil (20,3%), hemorragia cerebral (14,4%), esclerosis medular (1,4%), reblandecimiento cerebral (3,9%), embolia cerebral (3,3%), apoplejía cerebral (1,1%), hemiplejía (1,1%), senectud (0,8%), cirrosis hepática (1,4%), úlcera gastroduodenal (0,5%), hepatitis crónica (0,5%), bronquitis crónica (5,3%), catarro broncopulmonar crónico (2,3%), consunción orgánica (0,8%), cáncer no específico (0,9%), cáncer de piel (0,9%), reumatismo articular (0,8%).

La prueba de Chi-cuadrado es significativa con una $P < 0,005$.

Resumen en tabla de la patología predominante de fallecimiento según estado civil. Se establece en porcentajes.

Tabla RIII-22

SOLTEROS	CASADOS	VIUDOS
----------	---------	--------

²⁵⁷ “Fragilidad” en terminología castellana.

Tuberculosis (26,1%)	Tuberculosis (15,3%)	Endocarditis (6,1%)
Gripe española (8,4%)	Hemorragia cerebral (9,4%)	Bronconeumonía (5,3%)
Viruela (4,5%)	Debilidad senil (6,9%)	Bronquitis crónica (5,3%)
Meningitis (2,5%)	Bronconeumonía (4,9%)	Tuberculosis (4,4%)
Insuficiencia mitral (1,9%)	Endocarditis (4,5%)	Debilidad senil (20,3%)
Epilepsia (0,8%)	Colitis infecciosa (4,2%)	Reblandecimiento cerebral (3,9%)
Peritonitis (0,8%)	Bronquitis crónica (4,2%)	Embolia cerebral (3,9%)
Armas de fuego (0,8%)	Cáncer de estómago (2,6%)	Hemorragia cerebral (14,4%)
Accidente ferrocarril (0,6%)	Reblandecimiento cerebral (2,6%)	Colitis infecciosa (3,8%)
Apendicitis (0,4%)	Fracturas óseas (1,9%)	Catarro broncopulmonar crónico (2,3%)
Suicidio (0,2%)	Cáncer de útero (1,7%)	Insuficiencia auriculo-ventricular (2,1%)
	Úlcera gastroduodenal (1,4%)	Esclerosis medular (1,4%)
	Hernia estrangulada (1,1%)	Cirrosis hepática (1,4%)
	Pericarditis (0,9%)	Hemiplejia (1,1%)
	Uremia (0,8%)	Lesión cardíaca (1,8%)
	Aneurisma aorta (0,6%)	Gangrena (1,1%)
	Hipertrofia próstata (0,5%)	Asistolia (0,9%)
	Addison (0,5%)	Arterioesclerosis (0,9%)
	Quiste hidatídico hepático (0,3%)	Apoplejia cerebral (1,1%)
		Cáncer no específico (0,9%)
		Senectud (0,8%)
		Pericarditis (0,6%)
		Hepatitis crónica (0,5%)
		Cáncer de piel (0,9%)
		Reumatismo articular (0,8%)
		Consunción orgánica (0,8%)
		Úlcera gastroduodenal (0,5%)
		Miocarditis (0,3%)

Los diagnósticos establecidos previamente como causa de muerte se estudian considerando las más frecuentes según su estado civil, y que sean significativamente mayores sobre el resto.

Es importante saber, aunque lo veamos con detalle más adelante, la edad media de mortalidad según estado civil (ver siguiente tabla).

Edad. Tabla RIII-23-1

	N	Media	Desviación típica
--	---	-------	-------------------

Soltero	789	36,02	21,098
Casado	657	54,02	15,750
Viudo	800	67,57	10,787
Total	2246	52,52	21,146

Prueba de homogeneidad de varianzas

Edad. Tabla RIII-23-2

Estadístico de Levene	g/1	g/2	Sig.
254,410	2	2243	,000

ANOVA: Edad. Tabla RIII-23-3

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	397435,905	2	198717,953	735,002	,000
Intra-grupos	606426,344	2243	270,364		
Total	1003862,249	2245			

Como era de esperar, el grupo de solteros tiene la edad más baja de mortalidad (36,02 +/- 21,09); seguida del de casados (54,02 +/- 15,75) y el de viudos (67,57 +/- 10,78).

Los solteros, con edades más jóvenes por tanto, presentan las enfermedades infecciosas como primera causa de fallecimiento, el 50% del total, siendo la tuberculosis la enfermedad princeps en ellos (26,1%)

El grupo de casados presenta una edad de mortalidad 18 años superior al de solteros, lo que se traduce en un incremento de dos tipos de patologías, no existentes entre los solteros: presencia de enfermedades neurodegenerativas (debilidad senil, reblandecimiento cerebral, hemorragia cerebral) con un casi 2% del total de procesos; así como aparición de cáncer (cáncer de estómago en los varones y de útero en las mujeres) con un 4% del total.

Siguen siendo en este grupo, las enfermedades infecciones (34%), con la presencia de la tuberculosis de forma prioritaria, los procesos responsables mayoritarios de fallecimiento. Destaca la presencia de endocarditis y pericarditis (ésta última de probable etiología tuberculosa en su mayoría), y la de enfermedades nuevas, como hipertrofia de próstata y Addison²⁵⁸. Aparece la úlcera gastroduodenal²⁵⁹ por primera vez en todo ello.

En el grupo de viudos, cuya edad media de fallecimiento es de 67,57 años, el número de procesos se incrementa. Destaca que ya no es la tuberculosis la primera causa de fallecimiento, sino la bronconeumonía; lo cual está relacionado con la edad, primero, porque la neumonía es uno de los procesos característicos de la pérdida de adaptación fisiológica y de recuperación del stress, característico de la senescencia celular, y segundo porque es posible que a diferencia de los jóvenes estén inmunizados en cierta medida frente a la tuberculosis; y de no haber fallecido por contacto con la

²⁵⁸ Es muy probable que tenga como causa la tuberculosis, siendo en zonas de alta prevalencia de TBC, la causa predominante de esta enfermedad.

²⁵⁹ Probablemente relacionada con la causa más frecuente de la misma, que es el *Helicobacter Pilory*.

enfermedad quedan inmunizados, falleciendo sólo en caso de reactivación del proceso, no controlado.

Los procesos neurodegenerativos ocupan el 46% del total de causas de fallecimiento. Las enfermedades cardiovasculares (6%) ocupan el siguiente lugar tras las neurológicas e infecciosas. Destacan diagnósticos de asistolia (muerte súbita probable) o insuficiencia auriculo-ventricular (insuficiencia cardíaca).

Los procesos digestivos, como cirrosis hepática, hepatitis crónica o úlcera gastroduodenal, disminuyen de forma significativa.

Por tanto, podemos concluir:

- 1) El estado civil está claramente relacionado con la edad de fallecimiento del grupo. Así, los solteros son los más jóvenes y los viudos los mayores.
- 2) En base a lo anterior, la patología es diferente. En los solteros predominan las enfermedades infecciosas, sobre todo tuberculosis; y traumatismos en los casados, teniendo este grupo una edad media de mortalidad 18 años más elevada. Además de la tuberculosis, comienzan a aparecer enfermedades neurodegenerativas, fracturas óseas, cáncer y Addison; y en el grupo de viudos, con una media de fallecimiento 31 años mayor a la de solteros, son los procesos neurodegenerativos, infecciosos, con predominio de las bronconeumonías, y los cardíacos los mayoritarios²⁶⁰
- 3) Presencia exclusiva de gripe española entre los solteros, por tanto, los más jóvenes.

Para una mejor visión de los procesos sindrómicos, y estado civil, obsérvese la siguiente tabla, en %.

Tabla RIII-24-1

Proceso	Soltero	Casado	Viudo
Infecto-contagioso	58,9%	35,2%	20,9%
Cardiovascular	7,5%	9%	9%
Neurológico	17,1%	26,9%	47,9%
Digestivo	5,3%	10,2%	4,9%
Respiratorio	3,6%	5,7%	8,7%
Endocrino	0,4%	1,4%	1,0%
Nefrourológico	1,7%	2,9%	0,6%
Ginecológico	0,6%	2,5%	1,0%
Reuma-Trauma	3,1%	4,2%	1,0%
Cáncer	1,2%	1,5%	2,9%
Otros	0,6%	0,6%	0,3%

Chi-cuadrado: $P < 0,005$

Relacionando grupo sindrómico y profesión, obtenemos los siguientes resultados:

TABLA: RIII-25

²⁶⁰ En las personas ancianas, la neumonía es una de las causas de mala adaptación a los estresores externos, siendo por tanto responsables de no pocos casos de mortalidad en altas edades.

Labrador	50% de enf. infecto-contagiosas 50% de enf. neurológicas
Jornalero	36,5% de enf. infecto-contagiosas 7,8% de enf. cardiovasculares 31,5% de enf. neurológicas 8,5% de enf. digestivas 7,2% de enf. respiratorias 1,3% de enf. endocrinas 2,1% de enf. nefrourológicas 0,1% de enf. ginecológicas 2,6% de enf. reuma-traumatológicas 2,0% de cáncer 0,3% de otras enfermedades
Sirviente	72,7% de enf. infecto-contagiosas 9,1% de enf. cardiovasculares 9,1% de enf. digestivas 9,1% de enf. respiratorias
Pordiosero	25% de enf. infecto-contagiosas 16,7% de enf. cardiovasculares 41,7% de enf. neurológicas 8,3% de enf. digestivas 8,3% de enf. nefrourológicas
Soldado	89% de enf. infecto-contagiosas 3% de enf. cardiovasculares 1% de enf. neurológicas 3% de enf. digestivas 1% de enf. respiratorias 3% de enf. reuma-traumatológicas
Su sexo	34,2% de enf. infecto-contagiosas 9,2% de enf. cardiovasculares 36,3% de enf. neurológicas 5,0% de enf. digestivas 6,3% de enf. respiratorias 0,4% de enf. endocrinas 1,1% de enf. nefrourológicas 2,8% de enf. ginecológicas 2,4% de cáncer 1,2% de enf. reuma-traumatológicas
Otras profesiones	46,1% de enf. infecto-contagiosas 3,0% de enf. cardiovasculares 1,0% de enf. neurológicas 7,0% de enf. digestivas 3,1% de enf. respiratorias 0,4% de enf. endocrinas 2,6% de enf. nefrourológicas 0,4% de enf. ginecológicas 0,4% de cáncer 9,2% de enf. reuma-traumatológicas

Prueba de Chi-cuadrado $P < 0,005$.

Se puede concluir de lo anterior:

- 1) En las profesiones que se dan entre los más jóvenes (sirviente y soldado) aparecen las enfermedades infecto-contagiosas de forma muy significativa (72,7% y 89% respectivamente). También es mayoritaria entre “otras” profesiones, en donde el trabajador es el tercer grupo de edad más joven (46,1%).
- 2) En la medida que aumenta la edad del grupo profesional (labrador, su sexo, pordiosero, jornalero) el predominio sindrómico tiende a ir hacia las enfermedades neurológicas, con un descenso progresivo del resto, en el conjunto de todas ellas.
- 3) Es de destacar, asimismo, la mayor presencia de todos los grupos sindrómicos en el grupo de jornaleros, dado que la mayor exposición a las circunstancias propias de la vida laboral (cambio de temperatura, accidentes, etc) contribuyen como un importante factor de riesgo a las mismas.

Valoración sobre edad de mortalidad.

I. Edad y sexo. Tabla RIII-26

Sexo	N	Media	Desviación típica
Masculino	1220	50,31	21,614
Femenino	1026	55,15	20,275

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas

Edad. Tabla RIII-26-1

	F	Sig
Se han asumido varianzas iguales	17,465	,000
No se han asumido varianzas iguales		

ANOVA

Edad. Tabla RIII-26-2

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	17358,728	13	1335,287	3,021	,000
Intra-grupos	986503,521	2232	441,982		
Total	1003862,249	2245			

II. Evolución de la edad de mortalidad por años de estudio:

Tabla RIII-27

					Intervalo de confianza	Para la media al 95%
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
1895	15	41,73	22,711	5,864	29,16	54,31
1896	231	48,94	22,140	1,457	46,07	51,81
1903	207	56,21	18,914	1,315	53,62	58,80
1912	106	57,82	18,859	1,832	54,19	61,45
1913	195	54,85	20,378	1,459	51,97	57,73
1914	171	55,33	19,254	1,472	52,43	58,24
1915	171	53,56	20,518	1,569	50,46	56,65
1916	182	51,71	21,763	1,613	48,53	54,90
1917	183	53,58	20,345	1,504	50,61	56,55
1918	229	49,48	22,007	1,454	46,61	52,35
1919	208	51,01	21,424	1,485	48,08	53,94
1920	147	52,79	22,015	1,816	49,20	56,38
1921	144	49,85	22,605	1,884	46,12	53,57
1922	57	50,19	23,154	3,067	44,05	56,34
TOTAL	2246	52,52	21,146	,446	51,65	53,40

Edad. Tabla RIII-28

	Mínimo	Máximo
1895	5	75
1896	4	90
1903	6	86
1912	9	89
1913	4	98
1914	8	88
1915	0	88
1916	9	86
1917	6	88
1918	2	92
1919	8	85
1920	6	90
1921	5	87
1922	3	86
TOTAL	0	98

Prueba de homogeneidad de varianzas.

Tabla RIII-29-1

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
4,298	13	2232	,000

ANOVA. Tabla RIII-29-2

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	17358,728	13	1335,287	3,021	,000
Intra-grupos	986503,521	2232	441,982		
Total	1003862,249	2245			

III. Edad y estado civil

Tabla. RIII-30

					Intervalo de confianza	Para la media al 95%
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
Soltero	789	36,02	21,098	,751	34,55	37,50
Casado	657	54,02	15,750	,614	52,81	55,22
Viudo	800	67,57	10,787	,381	66,82	68,32
Total	2246	52,52	21,146	,446	51,65	53,40

Edad: Tabla RIII-31

	Mínimo	Máximo
Soltero	0	88
Casado	16	92
Viudo	27	98
Total	0	98

Prueba de homogeneidad de varianzas. Tabla RIII-32-1

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
254,410	2	2232	,000

ANOVA. Tabla RIII-32-2

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	397435,905	2	198717,953	735,002	,000
Intra-grupos	606426,344	2243	270,364		
Total	1003862,249	2245			

IV. Edad y profesión

Tabla RIII-33

	N	Media	Desviación típica	Error típico
Labrador	2	62,00	22,627	16,000
Jornalero	905	54,47	19,922	,662
Sirviente	11	27,18	14,559	4,390
Pordiosero	12	55,42	25,199	7,274
Su sexo	978	56,49	19,048	,609
Otras	236	43,02	23,922	1,557
Soldado	102	21,46	2,456	,243
Total	2246	52,52	21,146	,446

Edad. Tabla RIII-34

	Mínimo	Máximo
Labrador	46	78
Jornalero	12	92
Sirviente	17	68
Pordiosero	16	98
Su sexo	9	90
Otras	0	87
Soldado	4	28
Total	0	98

Prueba de homogeneidad de varianzas Tabla RIII-35-1

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
45,798	6	2239	,000

ANOVA Tabla RIII-35-2

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	145880,679	6	24313,447	63,449	,000
Intra-grupos	857981,570	2239	383,199		
Total	1003862,249	2245			

V. Edad y enfermedad específica. RIII-36

	N	Media	Desviación típica
Tuberculosis	336	32,13	15,274
Bronconeumonía	124	46,10	19,334
Tétanos	4	18,00	4,690
Gangrena	22	60,09	19,138
Enterocolitis	76	58,13	14,810
Septicemia	7	37,00	19,425
Meningitis	21	21,57	11,052
Endocarditis	93	63,16	11,811
Viruela	45	26,36	17,167
Mielitis	6	47,17	22,587

Fiebre	23	33,13	21,287
Sarampión	3	28,00	17,088
Sífilis	5	23,20	8,136
Erisipela	2	43,50	2,121
Flemón	6	37,67	23,201
Gripe con neumonía	75	25,43	9,863
Hepatitis	3	49,00	28,688
Difteria	3	16,33	6,658
Lesión cardíaca	29	63,14	13,298
Asistolia	14	56,64	15,535
Miocarditis	7	51,29	21,998
Insuficiencia mitral	35	55,37	18,859
Insuficiencia aórtica	7	66,43	14,695
Insuficiencia Auriculo ventricular	39	59,46	13,533
Insuficiencia auricular	1	53,00	
Arterioesclerosis	14	72,43	9,827
Edema pulmonar	8	56,00	16,336
Aneurisma de aorta	5	69,00	6,557
Insuficiencia valvular	3	57,67	6,028
Angina de pecho	3	51,67	18,556
Síncope cardíaco	5	48,80	7,981
Pericarditis	12	57,58	17,563
Aortitis	2	65,50	10,607
Flebitis	1	53,00	
Estenosis mitral	3	40,33	30,022
Tifoidea	5	41,20	21,719
Enterocolitis ulcerosa	3	53,67	1,155
Tabes dorsal	1	60,00	
Debilidad senil	247	76,98	6,119
Atrofia muscular	1	51,00	
Hemorragia cerebral	209	65,31	10,089
Parálisis general	22	51,18	15,558
Demencia	2	35,50	13,435
Esclerosis lateral	1	38,00	
Epilepsia	8	26,13	16,269
Esclerosis medular	30	60,70	15,964
Reblandecimiento cerebral	60	62,33	14,407
Embolia cerebral	43	64,70	11,171
Anemia cerebral	4	48,50	20,306
Parálisis agigante	1	75,00	
Apopleja cerebral	23	62,96	13,623
Hemipleja	17	64,71	8,076
Suicidio	2	22,00	2,828
Conmoción cerebral	1	43,00	

Amaurosis	1	49,00	
Ataxia	1	34,00	
Mal de brío	2	65,00	19,799
Senectud	6	74,83	7,111
Reblandecimiento medular	3	70,67	8,737
Paraplejia	2	76,00	,000
Esclerosis cerebral	1	40,00	
Cáncer de intestino	1	47,00	
Cáncer estómago	29	54,93	11,695
Cáncer de esófago	2	62,00	14,142
Cirrosis hepática	24	59,17	15,370
Hernia abdominal	2	46,00	41,012
Úlcera gastroduodenal	17	49,71	12,761
Hernia estrangulada	13	49,38	15,655
Cáncer de recto	1	45,00	
Gastritis	6	55,83	9,704
Hemorragia intestinal	4	55,75	14,523
Obstrucción intestinal	9	40,89	20,387
Cólico Miserere	1	53,00	
Apendicitis	4	25,50	13,178
Peritonitis	9	34,67	11,587
Cáncer de hígado	3	42,33	13,614
Cáncer de abdomen	3	47,67	22,189
Perforación intestinal	1	25,00	
Epitelioma esófago	3	53,33	12,055
Laparotomía	1	36,00	
Hepatitis crónica	6	64,67	9,201
Quiste hidatídico de hígado	3	40,00	24,000
Ictericia	3	53,67	28,919
Tabes mesentérica	2	28,50	16,263
Esclerosis hepática	2	66,00	9,899
Atrofia amarilla del hígado	1	53,00	
Bronquitis crónica	90	61,79	8,837
Bronquitis aguda	10	53,60	14,120
Insuficiencia pulmonar	1	45,00	
Cáncer de laringe	1	28,00	
Epitelioma garganta	1	70,00	
Pleuresía	1	31,00	
Cáncer de pulmón	1	74,00	
Laringitis crónica	1	71,00	
Derrame	1	21,00	

broncopulmonar			
Catarro broncopulmonar crónico	27	62,67	10,046
Asfixia	1	23,00	
Diabetes	2	24,00	4,243
Bocio	1	28,00	
Enfermedad Addison	4	38,00	4,899
Anasarca	1	52,00	
Consunción orgánica	12	68,67	7,632
Nefritis albuminúrica	6	38,00	17,720
Uremia	8	55,13	12,699
Nefritis	8	48,38	17,952
Cáncer de vejiga	5	44,60	16,652
Hipertrofia próstata	3	61,33	4,041
Rotura de riñones	1	18,00	
Hemorragia uretral	1	41,00	
Cistitis	2	59,50	,707
Nefritis supurativa	1	22,00	
Toxemia renal	1	22,00	
Cáncer pene	1	73,00	
Cáncer útero	17	52,29	12,712
Cáncer de mama	4	65,25	13,200
Quiste de ovario	1	27,00	
Fibroma de útero	1	47,00	
Cáncer de ovario	3	43,33	19,140
Sarcoma útero	1	42,00	
Papiloma útero	1	36,00	
Feto muerto al nacer	1	,00	
Cáncer no específico	12	60,00	19,022
Sarcoma de extremidades	4	50,00	27,940
Cáncer en ojo	2	79,50	7,778
Cáncer de piel	10	60,60	20,200
Cáncer de labio	1	66,00	
Sarcoma de piel	2	41,50	31,820
Epitelioma en cara	1	58,00	
Cáncer generalizado	1	66,00	
Caquexia cancerosa	4	63,00	6,325
Dosalgia	1	35,00	
Fractura extremidades	10	34,90	18,254
Heridas traumáticas extremidades	3	36,67	14,012
Fractura cráneo	7	39,14	16,517
Reumatismo articular	12	64,08	10,004
Fractura columna	3	34,67	2,082

vertebral			
Quemaduras extensas	4	46,75	30,848
Accidente ferrocarril	9	25,11	15,831
Herida arma de fuego	10	30,50	14,684
Hemofilia	1	35,00	
Anemia	1	52,00	
Enfermedad Banti	1	52,00	
Melanodermia	1	45,00	
Quiste supurado	1	36,00	
Adenitis	1	73,00	
Mal de Brind	2	46,50	10,607
Anemia perniciosa	1	41,00	
Úlcera gangrenosa	1	30,00	
Erupción cutánea	1	50,00	
Desconocido	1	76,00	
Total	2217	52,77	21,079

ANOVA. Tabla RIII-37

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	594151,687	149	3987,595	21,108	,000
Intra-grupos	390484,608	2067	188,914		
Total	984636,295	2216			

VI. Edad y grupo sindrómico:

Tabla RIII-38

	N	Media	Desviación típica
Infecto-contagiosas	862	39,58	20,277
Cardiovasculares	188	59,22	15,989
Neurológicas	688	67,63	13,674
Digestivas	146	50,67	16,686
Tracto respiratorio	134	60,28	11,454
Endocrinas	20	55,20	18,900
Nefrourológicas	37	47,51	17,382
Ginecológicas	29	49,38	17,197
Reuma y traumatológicas	59	39,98	20,080
Otras	11	46,09	11,970
Cáncer	42	59,26	18,459
Total	2216	52,76	21,078

Tabla RIII-39-1

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
33,441	10	2205	,000

ANOVA. Tabla RIII-39-2

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	331266,555	10	33126,655	111,889	,000
Intra-grupos	652829,799	2205	296,068		
Total	984096,354	2215			

Si repartimos o distribuimos por enfermedades más frecuentes (mínimo 12 casos, o el 5 por mil de los pacientes analizados) y décadas de la vida, obtenemos el siguiente resultado:

Tabla RIII-40

	Edad Media (años)
Década 20-29 años	
- Gripe española (75 casos)	25,43
- Meningitis (21 casos)	21,57
- Viruela (45 casos)	26,36
Década 30-39 años	
- Fiebre (23 casos)	33,13
- Tuberculosis (336 casos)	32,13
Década 40-49 años	
- Bronconeumonía (124 casos)	46,10
- Úlcera gastroduodenal (17 casos)	49,71
- Hernia estrangulada (13 casos)	49,38
Década 50-59 años	
- Cáncer de útero (17 casos)	52,29
- Enterocolitis (76 casos)	58,13
- Asistolia (14 casos)	56,64
- Insuf. Mitral (35 casos)	55,37
- Insuf. Auriculo ventricular (39 casos)	59,46
- Pericarditis (12 casos)	57,58
- Parálisis general (22 casos)	51,18
- Cáncer estómago (29 casos)	54,93
- Cirrosis hepática (24 casos)	59,17
Década 60-69 años	
- Gangrena (22 casos)	60,09
- Endocarditis (93 casos)	63,16
- Lesión cardíaca (29 casos)	63,14
- Hemorragia cerebral (209 casos)	65,31
- Esclerosis medular (30 casos)	60,70
- Reblandecimiento cerebral (60 casos)	62,33

- Embolia cerebral (60 casos)	64,70
- Apoplejía cerebral (23 casos)	62,96
- Hemiplejía (17 casos)	64,71
- Bronquitis crónica (90 casos)	61,69
- Catarro broncopulmonar crónico (27 casos)	62,67
- Consunción orgánica (12 casos)	68,67
- Cáncer no específico (12 casos)	60,00
- Reumatismo articular (12 casos)	64,08
Década 70-79 años	
- Arterioesclerosis (14 casos)	72,43
- Debilidad senil (247 casos)	76,98

No hay pacientes de más de 80 años con enfermedades en número significativo como para establecer deducciones fiables.

Discusión y conclusiones sobre la edad en los años 1895-1922:

- 1) El sexo femenino vivía más años que el masculino. Las mujeres morían con una media de 55,15 años y los varones con 50,31 años $P < 0,005$.
- 2) La edad media de mortalidad fue de 52,52 años en el período 1895-1922, siendo 1912 el año más longevo (57,82 años) y 1895 el que menos (41,73 años). $P < 0,005$. Con referencia a 1865, donde la edad media de mortalidad era de 42,16 años (desv. Típica de 16,903), la edad media de mortalidad en 60 años había aumentado 10 años. Es sorprendente que algún paciente vivió hasta los 98 años (en 1913).
- 3) Como era de esperar, los viudos casi doblan la edad de mortalidad a los solteros (67 vs 36). $P < 0,005$.
- 4) Soldados y sirvientes son las profesiones más jóvenes en fallecer; y labradores y “su sexo” (mujeres en su totalidad) las de mayor edad.
- 5) Las enfermedades infecciosas eran las responsables del fallecimientos en edades jóvenes, sobre todo la denominada gripe española en la segunda década de vida, y la tuberculosis en la tercera década.
- 6) La quinta década era la edad de fallecimiento por lesiones cardiológicas, y las enfermedades neurológicas en la sexta década de la vida; de forma que, a mayor edad, más riesgo de padecer y morir por enfermedad cardiológica o neurológica.

En este mismo sentido se encuentra el cáncer, que ha pasado de ser casi inexistente en 1865, cuando la edad media de fallecimiento era de 42,16 años, a ser un 5% cuando dicha edad aumenta 10 años.

Todos estos datos permiten hacer una valoración inicial de algunos aspectos:

El avance en las condiciones higiénico-sanitarias (como se demuestra por la ausencia de paludismo)²⁶¹, junto a la menor presencia de conflictos armados y, por tanto más disponibilidad de alimentos y mejor estado nutritivo, son probablemente los factores responsables del incremento en la edad de mortalidad.

La denominada gripe “española”²⁶² llegó a la Península a lo largo de la Primera Guerra Mundial, traída por españoles que vinieron desde Francia en esa época. Es posible que incluso este virus fuera anterior a 1907. Esta gripe española estaba condicionada por el virus H1N1, por ello solo se dio en individuos nacidos entre 1880 y 1900; probablemente, los nacidos anteriormente tenían cierta inmunidad frente a este virus.²⁶³

La neumonía era una causa habitual de fallecimiento.

La tuberculosis es la enfermedad mayoritaria responsable de mortalidad.²⁶⁴ De los datos constatados en la documentación deducimos que esta enfermedad, mayoritaria como causa de fallecimiento, se daba fundamentalmente en la tercera década de vida. Esto implicaba que si el individuo se infectaba en la segunda o tercera década de la vida, y si lograba por su propia inmunidad, controlar la enfermedad, las posibilidades de fallecer por la misma eran escasas o nulas.

Del resto de enfermedades, cabe destacar que las cardiovasculares y el cáncer son más frecuentes con el aumento de la edad.²⁶⁵

III. LA FARMACIA DEL HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD

Como se ha afirmado, el investigador Jacinto Gutiérrez Campillo publicó en el año 2002 un trabajo sobre el hospital de San Antonio Abad entre los siglos XV al XX. En él detalla algunos aspectos de la botica de dicho hospital, en especial al editar un inventario de la misma.

Sin embargo, la amplísima documentación por nosotros consultada nos ha llevado a encontrar otros datos muy interesantes hasta ahora inéditos o desconocidos, que a continuación se dan a conocer por vez primera:

Según cuenta dicho Jacinto Gutiérrez, en el siglo XVI ya existía una preocupación primordial por la botica en el Hospital de San Antonio Abad, dado que, y esa pudo ser la primera noticia de la misma, se registra un gasto de 34.605 maravedís en farmacia en el año 1552, posiblemente por no tener farmacia propia y depender de un boticario de la ciudad para el suministro de medicamentos.

En esta misma publicación se observan diversos vaivenes para el establecimiento de una botica propia en el hospital. A mediados del siglo XVIII, con

²⁶¹ Las disposiciones para controlar los factores de riesgo de mantenimiento del paludismo en nuestra zona se dictaron en 1834, aunque se llevaron a la práctica en la segunda mitad del siglo XIX.

²⁶² Que al parecer no era tan española, pues fue importada desde Europa.

²⁶³ Durante esos años la gripe mayoritaria es H3N8, que circulaba entre 1889 y 1900, según Michael WROBEY y colaboradores. *Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H1N1 influenza A virus*. PNAS 111/2 (2014) 8107-8122.

²⁶⁴ Hasta la segunda mitad del siglo XX no se logró la curación completa de esta enfermedad.

²⁶⁵ Como se ha dicho, el cáncer en la década de los 80 del siglo XIX no era suficientemente conocido entre la población en esos momentos, al menos entre la población médica.

fecha 1/X/1737, se transcribe que, siendo administrador Sr. Barreda, el Sr. Escobar “ofrece dar todo el dinero necesario para que el hospital de San Antonio Abad ponga por su cuenta una botica, con la condición de que cada año se le abonen 6.000 reales para el gasto de los enfermos y reposición de Medicinas, y llevando *quenta*, si viniese a menoscabo de este establecimiento, si la pérdida será del devoto y no del hospital, y si hubiese ganancia la *zederá* a beneficio de los pobres”. Tras ser establecidas las condiciones, se prorroga la situación de la botica en base a la escritura otorgada a su boticario Pedro de las Fuentes, hasta que se cumpla su plazo. Esa fecha se considera el momento de creación de la botica, a pesar de las dificultades creadas especialmente por los boticarios de la ciudad. Al final se optó por un boticario profesional de la ciudad, bien como gestor o contratado, siendo el administrador del hospital el gestor de la misma.

La botica tenía en sus estanterías piezas de cerámica azul de Talavera.²⁶⁶ En uno de los botes se puede leer “Se acabó esta botería a 5 de agosto, a las 10 de la mañana, con bastante trabajo. Año 1768”

El 1 de enero de 1778 se hace entrega de la botica, cuyo inventario se expone más abajo. Entre los años 1823-1863 aparecen nuevos productos de botica²⁶⁷. Los nuevos productos de botica son consignados como fórmulas magistrales en 1864²⁶⁸.

La farmacia se surtía de otras farmacias de Madrid y Valladolid fundamentalmente, para pasar a ser servidos por la farmacia de Don Fermín Bescansa de la Coruña, al menos entre 1831-1846, donde se recoge abundante correspondencia entre dicho farmacéutico coruñés y el titular del hospital de San Antonio Abad, Sr. Alonso Tomé²⁶⁹

III-1. Inventario de la farmacia del hospital de San Antonio Abad.

*(AÑO 1778-1823)*²⁷⁰

Se entrega el 1 de enero de 1778 el inventario de la botica a Don Joseph de Alba, siendo administrador, Don Joseph Flórez, canónigo de la Santa Iglesia y lo firma Don Francisco Pozal, mayordomo del hospital.

11 libros:

“Pharmacopea Matritense”.

“Palazios Loeches”.

“Dioscórides” en latín.

“Dioscórides” en romanze.

“Curso Chímico”.

“Méthodo Chímico Bazcarra”.

“Amerisiche”.

²⁶⁶ Hoy día está conservada en buen estado en el Museo Catedral de León.

²⁶⁷ Cf. ACL, Libro H: 262

²⁶⁸ Cf. ACL, Libro H: 263-264

²⁶⁹ Cf. ACL, Libro H: 269-284

²⁷⁰ Cf. ACL, Libro H: 261.

“Tarifa”.
Libros de Casa.

Utensilios:

2 pesos para pesar Medicinas, con todas sus pesas.
Tres cazetas de metal dorado,
Quatro medidas de agua,
Un embudo, una cuchara y una espátula, todo de metal dorado,
Dos romanas, una grande y otra chica,
Quatro almiereces, uno de metal dorado sin mano, otro de plomo con su mano, y y dos de metal campanil con sus manos,
Otros dos de vidrio con sus manos,
Ocho tamices, dos nuevos y y los seis viejos,
Una tinaja de cobre para el agua con su candil,
Seis perolas, quatro grandes y dos medianas,
Dos calderas,
Quatro alquitaras,
Nuebe cazos,
Una sartén,
Una depuradora,
Un brasero,
Unas trébedes pequeñas,
Un vadil y una escofina,
Un molde para pastillas de violeta,
Un acha de belon con sus despabiladeras, un rallo, una prinza con su barra de yerro y enzella de cobre,
Onze espátulas, diez de yerro y una de cobre.
Una medida de metal dorado para azeites.
Tres morteros de piedra con sus manos de madera.
Unas escaleras.
Un bufete en la rebotica con su cajón, otro en la botica y un monstrador con quatro cajones, uno sin llave.

Hay en la botica:

Veinte y cinco cántaros de varro para aguas
Trescientos y siete votes de Talabera fina
Diez y seis cajones para yerbas
Treinta y dos para píldoras y trocicos
Doscientos y treinta y quatro redom de vidrio para aguas laxais y azcives
Sesenta y siete cajones para emplastos y colores
Vente y cinco votes de loza para unguentos, vente de vidrio y los cinco de varro
Noventa y cinco frascos de vidrio redondos
Quatro vasos de vidrio para las quatro confecciones coxdiales
Vente y seis redomillas quasi llenas
Quarenta y seis vasos para polvos y cántaros. Vente y tres de vidrio y los otros vente y tres de varro semejantes a de los cántaros
Diez y seis onzicas blancas largas de Talabera para las confecciones
Dos onzas grandes de Talabera fina
Quatro votes de varro semejantes al de los cántaros
Una onzica blanca de Talabera con el Diascordio

Vente y tres oxicas redondas de varro semejantes al de los cántaros
Doscientos treinta y ocho pomos de pie de cáliz
Quatro llanos

Hay en la rebotica:

Querenta y un votes de oja de lata, grandes y chicos.

Dos oxzas blancas redondas.

Otras dos, una blanca y otra dorada.

Nuebe oxzas redondas azules.

Onze votes grandes azules de varro.

Trenta y seis votes de vidrio de boca ancha.

Tres frascos grandes de vidrio.

Trescientos y diez y nueve botes de varro azul.

Cien redomas de vidrio grandes y chicas.

Quatro castarras de vidrio.

Vente y ocho cajas de yerbas.

Quinze cajas lisas.

Seis ollas de varro.

Quatro matraces de vidrio.

Nuebe montas de vidrio.

Quatro vasos evaporatorios de vidrio.

Diez y seis cabezas de vidrio.

Cinco recipientes.

Otras ocho cabezas.

Otras dos redomas de vidrio.

Trenta y siete vasos de vidrio cordaleros.

Tres tarricas pequeñas de Talabera azul, con un bote azul.

Botiquín conocido como “*del Ayuntamiento*” de León, del año 1761:

Quina rama o en polvo, opio puro, alcanfor, tártaro emético, crémor, sal de tártaro, jalapa, ipecacuana, precipitado blanco, sublimado, mercurio dulce, precipitado rojo, sal de ajeno, ácido sulfúrico, ácido nítrico, ácido muriático, éter sulfúrico, licor anodino, espíritu de vino alcanforado, tintura anodina, bálsamo católico, mercurio vivo o terciado, unguento amarillo o de cantáridas, unguento con azufre para sarna, píldoras edimburguenses, piedra lipiz, piedra cáustica infernal, hojas de sen, flor de manzanilla, raíz de China y regaliz.

Además, ofrecemos un **elenco inédito de los productos farmacéuticos** de la farmacia del hospital de San Antonio Abad a fines del siglo XVIII y principios del XIX.²⁷¹

Años 1778-1782:

Albayalde.

Almendras dulces.

Azúcar blanco.

Cardenillo.

²⁷¹ Cf. ACL, Libro H: 265, ff. 35 y ss.

Zera amarilla.
Sanguijuelas.
Azogue.
Malbabiscos.
Canela.
Incienso.
Goma de limón.
Sal de tártaro.
Zera blanca.
Escorzonera de genciana.
Almarrama.
Quina.
Vermellón.
Manteca de puerco.
Clavo.
Azul esmalte.
Ruibarbo.
Antimonio.
Alcanfor.
Trementina.
Culantrillo.
Raid de Rubia.

Entre 1808-1813 ademásse encontraron:

Bramante.
Raíz de Bardana.
Raíces aperitivas.
Sanguinaria.
Yedra terrestre.
Mercurio.
Achicorias.
Canela Manila.
Nueces de ciprés.
Salvia.
Raíz de acederas.

Nuevos productos que aparecen entre 1813-1815:

Orégano.
Liquen islándico.
Tamarindos.
Raíz de contrayerba.
Aceite de enebro.
Azufre.
Flor de violeta.
Flor de amapolas.

En 1817 aparecen los siguientes productos nuevos:

Palo nefrítico.
Jalapa.
Sándalo.
Santómico.
Ligrum Aloes.
Azívar sucrotino.
Serpentaria virginiana.
Cicamonia.
Caloguala.
Sarcocola.
Maíz de China.
Euphorrivio
Teodaria.
Cazaña.
Goma de palo.
Rapontico.
Bedelio.
Zacamaca.
Asafétida.
Galbano.
Opojonaco.
Goma Lacca.
Catecú.
Bálsamo María.
Opio.
Sagapeno.
Goma amoniaco.
Goma arábiga.
Goma Troyacanto.
Goma amoníaco.
Almastiga.
Menphii.
The oriental.
Ojos de la India.
Flor de azufre.
Nueces moscadas.
Mirrabolanos.
Zarzaparrilla.
Agarrico.
Spica Celtica.
Bálsamo Perubiano.
Betún judaico.
Galanga.
Agallas.
Sal cantábrica.
Cardenillo fino.
Cuerno de ciervo.
Igos negros.
Triaca Magna.
Azul de Prusia.

Cristal tártaro.
Beluquillo.
Coloquintida.
Orro.
Esperma.
Manteca de Azor.
Cavezas de adormideras.
Resina de palo.
Manteca de Azor.
Raíz de jengibre.
Hojas de sen.
Gotas de Inglaterra.
Licor anodino.
Tibias.
Resinas de guayaco.
Canela de Manila.
Almidón.
Tamarindos.
Cantaridas.
Tafetán inglés.
Castoreos.
Alcobal.
Agallas finas de Alepo.
Ácido nítrico.
Cremor Tártaro.
Maná.
Triaca.
Mostaza.
Ancorca.
Gardenillo.
Liga.
Zarzaparrila de Honduras.
Marfil quemado.
Pimienta de Tabasco.
Simientes de calabaza.
Simientes de cañamones.
Simientes de melón.
Simientes de sandía.
Simientes de repollo murciano.

En este año 1817 aparecen los siguientes aceites esenciales:

Azeite dulce.
Azeite amargo.
Azeite de petróleo.
Azeite de tomillo.
Azeite de alcazaba.
Azeite de limón.
Azeite de linojo.
Azeite de anís..

Azeite de cantueso.
Azeite de vitriolo.
Azeite de alcanfor.
Azeite de espliego.
Azeite de cidra.
Azeite de mefozama.
Azeite de palosanto.
Azeite de cera.
Azeite de hortolana.
Azeite de romero.
Azeite de salvia.

Entre 1823 y 1842 vuelven a aparecer nuevos productos en la botica:²⁷²

Aristologuina.
Aconito.
Flor de saúco.
Flor de cantueso.
Flor de azafrán.
Cebolla albazana.
Polvos de salvadora.
Capamosa.
Carquesia.
Bramante.
Bardana.
Almazarrón.

Por último, exponemos los nuevos productos aparecidos entre los años 1846 y 1864:²⁷³

Cianuro de zinc.
Bayas de saúco.
Zaragatona.
Extracto de belladona.
Emetina.
Extracto de opio.
Almanzanón.
Ácido sulfúrico.
Ácido nítrico.
Campeche.
Linaza.
Regaliz.
Limaduras de hierro.
Angélica.
Raíz de Brizosta.
Romero.
Mucílago.
Sulfato de magnesio.

²⁷² Cf. ACL, Manuscrito H. 262.

²⁷³ Cf. ACL, Manuscrito H. 268.

Limonada sulfúrica.
Amoniaco líquido.
Aceite de hígado de bacalao.
Azul de cobalto.
Nitrato de plata.
Cianuro potásico.
Yoduro potásico.
Estrignina.
Mercurio dulce.
Alcanfor.
Cloruro de calcio.
Nitrato de estronciana.
Sulfato de zinc.
Tanino.
Horchata de arroz gomosa.
Ungüento de plomo.
Ungüento amarillo.
Sanguijuelas, n° 2, 3, 6, 8, 10 y 11.
Valerianato de quinina.
Valerianato de zinc.
Citrato de hierro.
Citrato de quinina.
Citrato de magnesio.

III-2-1. Fórmulas magistrales y su utilidad.

Los primeros datos que conocemos sobre las fórmulas magistrales pertenecen a los años 1862, 1863 y 1864. Por su alto interés médico las exponemos a continuación:²⁷⁴

Agua lacticinosa: 3 onzas
Ester sulfúrico: 2 dracmas
Licor de Hoffman: 1 dracma
Jarabe de cidra: onza y media
Jarabe de goma y meconio: onza y media

Tintura roborante de Vich: 3 onzas
Jarabe de goma: 2 onzas

Agua de Melisa: 4 onzas
Sulfato de quinina: 30 gramos

Yoduro de potasio: 1 dracma
Agua destilada: 8 onzas

Pomada de calomelanos

²⁷⁴ Cf. ACL, *Manuscritos H. 263, H 264 y H 268*

Extracto blando de quina y genciana: 1 escrúpulo y medio

Láudano líquido: ½ onza

Cocimiento de adormideras: 2 libras

Lactato de hierro

Cocimiento de quina alcanforada: 2 libras

Jarabe de achicoria

Cocimiento de liquen y ruibarbo: 2 libras.

Goma arábiga en polvo: 2 dracmas.

Cocimiento de quina y ruibarbo: libra y media

Jarabe de bálsamo de Tolú: onza y media

Píldoras de carbonato de hierro

Extracto agenjos n° 80

Limonada de citrato de magnesio: libra y media

Cocimiento atemperante gomoso dulcificado: 6 libras

Cocimiento pectoral con azufaiifa: 30 libras.

Jarabe de Altea: 30 onzas.

Emulsión de almendras amargas: 5 onzas.

Sulfato de quinina: 30 gramos.

Tintura de Yodo: 2 dracmas.

Agua destilada: 6 onzas.

Escila en polvo: 1 escrúpulo

Nitrato de potasio: 2 escrúpulos.

Nitrato de plata: 2 dracmas

Gelatina arroz: 1 libra

Ungüento de mercurio: 1 onza.

Ungüento de Altea: 2 onzas (mezcladas ambas).

Emulsión arábiga: 6 onzas.

Jarabe bálsamo de Tolú: 1 onza.

Jarabe de mercurio: ½ onza.

Cocimientos de zaragatona. 2 libras.

Jarabe de grosellas: 2 onzas.

Subnitrato de bismuto: ½ dracma.

Tridacio: 4 gramos.

Jarabe de goma: 1 onza.

Agua: 4 onzas.

Emplasto de cicuta y belladona, para un parche de 2 pulgadas de circunferencia

Orchata de arroz gomoso: 2 libras

Cocimiento de quina alcanforada: 2 libras.

Láudano de Sydenham: 1 dracma.

Aceite de hígado de bacalao: 2 onzas.

Jarabe de quina: 1 onza.

Lactato de hierro: 1 escrúpulo para 12 píldoras

Tisana de cebada con jarabe de cidra: 4 libras

Ungüento napolitano: 1 onza.

Extracto de belladona y cicuta: 1 dracma y medio.

Extracto de acónita: 4 gramos.

Agua: 4 onzas.

Cocimiento de genciana y cantauero: 2 libras.

Jarabe de quina: 1 onza.

Tintura de valeriana: 1 dracma.

Acetato de potasa: 1 dracma.

Escila en polvo: 1/2 dracma.

Azúcar: 2 dracmas.

Divídase en 6 papeles.

Sinapismos: 2 libras

Aceite de manzanilla: 2 onzas.

Tintura digital: 1 dracma.

Tintura de escila: 1 dracma.

Sanguijuelas n°2, n°3, n° 6, n° 8, n° 10, n° 11

Valerianato de zinc: 12 granos para 12 píldoras

Vino aromático: 1 libra

Gelatina de arroz: 1 libra

Sulfato de quinina: 24 gramos, en 8 papeletas

Tanino: 12 granos para 12 píldoras

Tanino: 1/2 escrúpulo

Opio: 2 gramos

12 píldoras

Pomada de calomelanos: 1 onza

Jarabe de Hipecacuana: 1 onza.

Jarabe de Altea: 2 onzas.

Limonada de citrato de magnesio: 1 libra y media

Cocimiento de lúpulo: 8 onzas.

Ioduro Potásico: 1 dracma.

Acetato de morfina: 8 gramos.

Extracto de belladona: 1 dracma

Pomada de cicuta: 1 onza.

Extracto de opio: 2 gramos.

Extracto de regaliz.

Mistura antiespasmódica: 6 onzas

Pomada de belladona

Orchata de bellotas

Aceite de linaza

Percloruro de hierro: 2 escrúpulos

Agua destilada: 2 onzas

Quina loja en polvo: 1 onza.

Alcanfor en polvo: 1 dracma.

Polvos rosas: 1 dracma.

Calomelanos: 1 escrúpulo.

Goma resina de guayaco: 1 escrúpulo.

Para 4 píldoras.

Goma resina de Catecú: 2 dracmas.

Agua destilada: 2 libras.

Agua de Melissa: ½ libra.

Tintura de digital: 1 escrúpulo.

Jarabe simple: 1 onza.

Aguardiente alcanforada: 4 onzas

Sulfuro de potasa: 2 dracmas

Agua: 2 libras

Pentacloruro de mercurio: 6 gramos.

Tridacio: 1 escrúpulo.

Preparar 30 píldoras.
Flor blanca: ½ libra.
Jarabe de caracoles: 2 onzas.

Percloruro de hierro: 1 escrúpulo.
Agua: ½ libra.

Mistura astringente de Silbios: 3 onzas

Mistura balsámica de Choppart: 8 onzas

Extracto de opio acuoso: 1,5 gramos.
Acetato de plomo cristalizado: 2 gramos.
Para 4 pastillas.

Ungüento de estoragma: 2 onzas.
Quina loja: 2 dracmas.

Tisana laxante: ½ libra

Valerianato de quinina: 1 escrúpulo para 8 píldoras

Sulfato de potasio, para un baño general disuelto en 1 litro y medio de agua

Jarabe de mucílago: 10 onzas

Píldoras de hierro n° 40, n° 60, n° 100

Extracto de opio: 2 gramos.
Extracto de regaliz.
Sulfato de potasio disuelto en litro y medio de agua
Para un baño general

Pomada de belladona: 2 dracmas.
Ungüento de mercurio: 2 dracmas.

Extracto de aconita: 3 gramos.
Jarabe de goma: 1 onza.

Bálsamo perubiano negro: 1/2 onza.
Ungüento de estoraque: 2 onzas.
Lactato de hierro: 1 escrúpulo para 12 píldoras

Ungüento de estoraque: 2 onzas.
Bálsamo negro: 2 dracmas.
Quina loja en polvo: 2 dracmas.

Glicina: ½ dracma.
Agua: 6 onzas.
Tanino: ½ dracma.

Digitalina: 8 gramos
Preparar 8 píldoras.

Subcarbonato de hierro: ½ escrúpulo
Sulfato de quinina: 14 grandes
Preparar 8 píldoras

Cocimiento de taraxacón: 4 libras.
Jarabe aperitivo: 4 onzas.

Digital: 1 escrúpulo.
Nitrato de potasa: 2 dracmas.
Preparar 12 papeles.

Aceite de manzanilla: 2 onzas.
Tintura de digital: 1 dracma.

Calomelanos: 1/2 escrúpulos.
Extracto de cicuta: ½ escrúpulo.
Extracto gomoso de opio: 1 gramo.
Preparar 24 píldoras.
Ungüento napolitano: ½ libra.
Pomada de belladona: ½ onza.

Manteca de cerdo: 2 onzas.
Espermas de ballenas: 2 dracmas.
Alcanfor: 2 dracmas.

Cocimiento de lúpulo: 8 onzas
Yoduro potásico: 1 dracma

Tipos de Horchatas empleadas: Cebada, arroz, aguas gomosas.

Cataplasmas de harina de linaza, cicuta, emoliente, anodina, astringente (2 libras), y sinapeizada.

Bálsamos:

Tranquilo: 1 onza.
Asceo: 1 onza.
Negro: 1 onza.
Tolú: 1 onza.

Infusiones:

Amarga: libra y media.
Flor de malva.
Sudorífica.
Té dulcificado.
Tila: 1 libra.

Cocimientos:

de azafrán: 2 libras.
arsenical: 1 libra.
de taraxacon: 4 libras.
de gencianas: 2 libras.
de dulcamora: 2 libras.
infusión de liquen.
jarabe de hipecacuana.
de dormideras.
manzanilla y tila.
de cebada.
de ratania.
de zaragatona.
de simiente de lino: 2 libras.
de caña: 3 libras.
atemperante con limonada nítrica: 3 libras.
liquen: 1 libra más bálsamo de tolú: 1 onza.
quina alcanforada: 2 libras.
emoliente: 2 libras.
Pectoral +azufaiyas+1 libra de jarabe de altea: 10 onzas.
liquen dulcificado gomoso: 10 libras.
zarzaparrilla: 4 libras.
liquen y ruibarbo.
antiséptico.
hojas de nogal.
genciana y cantauero: 2 libras.
lúpulo: 8 onzas.
antiséptico.
atemperante gomoso dulcificado: 6 libras.

Finalmente, diremos que, del conjunto de **fármacos dispensados, destacan por su frecuencia**, los siguientes:

- 1.- Derivados de hierro en diversas fórmulas galénicas, (valerianato, percloruro, carbonato, lactato).
- 2.- Derivados opiáceos (morfina, opio, láudano).
- 3.- Compuestos de Digital (comprimidos, tintura). (Foto nº 27)
- 4.- Quinina (sulfato, valerianato, jarabe, cocimiento o extracto blando). (Foto nº 28).
- 5.- Sanguijuelas de diversos tamaños.

III-2-2. Utilidad de las fórmulas magistrales (1862-1863)

Dedicaremos las páginas siguientes a explicar desde un punto de vista médico y farmacéutico un aspecto sumamente interesante para la Historia de la Medicina: la eficacia y el beneficio real que obtenían los enfermos con las fórmulas magistrales utilizadas en este hospital, dedicando una mención especial a las diversas acciones terapéuticas de tales fórmulas. Haremos mención, en este sentido, a los diversos tratados de Farmacopea que, como se ha visto, se utilizaron en el Hospital de San Antonio de León, **citándolos por el año de su publicación.**

FORMULAS MAGISTRALES 1862-1863

- ❖ Cocimiento de liquen y ruibarbo: 2 libras
Goma arábica en polvo: 2 dracmas

- **COCIMIENTO DE LIQUEN Y RUIBARBO**

- **Liquen** o Liquen Islándico. Expansión foliácea del Lichen Islandicus L., Liquen.

Cocimiento de Liquen: Es mucilaginoso y amargo. Se administra el cocimiento muy cargado, en forma de jalea (que llaman vulgarmente, aunque mal llamada) gelatina de liquen. Se acostumbra quitar al liquen su principio amargo ya sea tratándole por el agua fría o caliente.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se administra contra las toses rebeldes, bronquitis aguda, hemoptisis, catarros y primeros grados de la tisis. También en diarreas crónicas²⁷⁵. (1865).

- **Ruibarbo**. Bajo este nombre se designa a la raíz de varias especies botánicas del género *Rheum*, que forma parte de la familia de las Poligonadas. Son originarios de la China y Persia. Tienen un sabor picante agradable por los ácidos cítrico y málico que contienen. (1853, 1865)

Cocimiento de Ruibarbo: o Ánima de Ruibarbo. En las primeras FM magistrales se recoge como tal asociado a sal de tártaro y con indicación de ictericia, hidropesía y caquexia. (1823). Más adelante ya se describe esta FM como raíz de ruibarbo contundida, se hierva ligeramente en agua y se cuele.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: tónico en pequeña dosis (hasta 30 centigramos) y purgante en dosis elevadas (hasta un gramo). (1841a, 1853, 1865).

- **GOMA ARÁBIGA**. Producida por un árbol llamado Mimosa nilotica (1845) o Acacia vera W. Leguminosa. (1829b, 1841b, 1847a, 1853). Es una goma sólida, en pedazos o lágrimas pequeñas, trasparentes, de color blanco, cóncava de un lado y convexa del otro, frágil, y por consecuencia fácil de pulverizar. Sin olor, sabor insípido. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es dulcificante, expectorante. Se considera como emoliente. Se administra en los catarros pulmonares y otras irritaciones del pulmón, en diarreas, disentería, enfermedades de las vías urinarias, envenenamientos con sustancias acres y corrosivas. (1829b, 1841b, 1845, 1847a, 1853). Debe su eficacia sobre todo a que la goma que entra en su composición. Se administra disuelto en agua denominado disolución o poción gomosa. Si se añade jarabe simple o azúcar clarificada constituye el jarabe de goma.

Se usa para dar consistencia a las masas de píldoras, cuando los sólidos que entran en su composición no son capaces de formar una masa maleable (1845) que es lo que parece indicar el caso concreto de la FM que describimos.

INDICACIÓN GENERAL: Enfermedades pulmonares, diarreas.

- ❖ Cocimiento pectoral con azufaiifa: 30 libras

²⁷⁵ ÁLVAREZ, Francisco, *Formulario Universal, Tomo I*. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1841, pp. 1-534; HURTADO DE MENDOZA, M., *Vocabulario Médico-Quirúrgico de Medicina y Cirujía*. Boix Editorial. Madrid, 1840; pp. 1-782.

Jarabe de Altea: 30 Onzas

Todos los componentes de esta FM están muy descritos en todas las farmacopeas. Se trata, con ligeras variaciones de composición, de una de las FM mas frecuentes. (1792, 1829a, 1829b, 1830, 1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865). Se encuentran perfectamente descritos los dos componentes.

• **COCIMIENTO PECTORAL CON AZUFAIFA:** Contiene: cebada perlada, higos, pasas, culantrillo, regaliz raspado, azufaifas y agua. Sus propiedades son: Demulcente (1865, 1853. Aprovecha mucho en la tos y por lo mismo en la pleuritis (1823) y en los catarros pulmonares, pleuresía y neumonía (1841a, 1841b, 1841c). En las farmacopeas se define el COCIMIENTO PECTORAL como COCIMIENTO DE CEBADA PERLADA. Una de las FM más frecuente es COCIMIENTO DE AZUFAIFAS PECTORAL

(1792, 1829a, 1829b, 1830, 1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

- **Cebada Perlada.** Hordeum perlatum. Gramíneas. Cebada despojada de su tegumento, reducida a la parte blanca y artificialmente se la ha redondeado y blanqueado (1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Demulcente. Emoliente. Refrigerante. Pectoral. En forma de infusiones, cocimientos o caldos, tisanas y pociones (1829b, 1853, 1865)
- **Azufaifas.** Azofaifa. Jujuba. Fruto del Zizyphus vulgaris LAM. (Rhamnus Zizyphus L.) Ramneas (1865). Incluido en los 4 frutos béchicos o pectorales (azufaifos, dátiles, higos y pasas) con propiedades expectorantes y demulcentes (1792, 1829a 1841a, 1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Pectoral, demulcente y nutritiva. Sobre todo, en jarabe y cocimiento, también se usa la pasta y la pulpa. (1792, 1829a, 1841a, 1853, 1865)
- **Culantrillo.** Culantrillo Común. Culantrillo de Pozo. Cabello De Venus. Adiantum Capillus Veneris L., Helecho. Dentro de las especies bechicas. (1823, 1829a, 1830, 1841a, 1841b, 1841c, 1845, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Las hojas; en infusión, jarabe o conservas. Demulcente y emenagogo Se ha aconsejado en la tos y en la tisis pulmonar. Algo astringente, levemente pectoral. (1829b, 1841a, 1845, 1865). Clasificado como emenagogo, para bronquitis aguda y bronquitis crónica, y para pulmonía. (1841c). *En algunos países acostumbran a suministrar su cocimiento a las mujeres recién paridas; ignoro para qué efecto; solo creo podrá serles útil por evitar que beban agua natural algo fría.* (1845).
- **Regaliz.** Orozuz. Rizoma del Glycyrrhiza glabra L. Leguminosa. (1865, 1823, 1829a, 1853, 1841a).
Se usa en polvo, infusión, tisanas, extracto, pastas (1841a).
ACCION TERAPÉUTICA: Emoliente y expectorante. Demulcente (1823, 1829a, 1841a, 1853, 1865). Dulcificante y aprovecha en las afecciones de pecho y en la tos catarral. (1823).
Se usa como excipiente para otros preparados, especialmente el polvo para cubrir los bolos y las píldoras. Para que las píldoras no se adhieran unas con otras, se las hace rodar en polvo de regaliz. (1841a, 1853, 1865). O para darles consistencia.
Entra a formar parte de un número muy elevado de FM con propiedades demulcentes y emolientes (junto a cebada o arroz o grama o guayaco...). (1829a, 1841a 1853, 1865).

- **JARABE DE ALTEA:**

- **Altea. Malvabisco.** Althoea officinalis L. Malvácea. (1823, 1841a, 1853, 1865)

ACCIÓN TERAPÉUTICA: La raíz, flores, hojas y la semilla. Emoliente que se usa en los mismos casos que la malva. La gran cantidad de mucilago que contiene esta raíz es la razón por la que se emplea diariamente contra las inflamaciones en tisanas, jarabes, lavativas y lociones. Es el remedio general contra los romadizos. Se da a los niños para que al masticarla contribuya a la salida de los dientes.

Para uso externo se recomienda el cocimiento y para uso interno la infusión. En cocimiento e infusión, tisana, jarabe, mucilago de raíz de malvavisco, pastillas de malvabisco y unguento. El cocimiento se usa en fomentos y en baños locales. (1841a, 1853).

Jarabe de Altea: El jarabe incluye raíz de altea, jarabe simple y agua (1853, 1865). ACCION TERAPÉUTICA. Demulcente. (1865). Modera el ardor de la orina y calma los dolores nefríticos, dulcifica los humores que se agolpan al pecho y facilita el esputo (1823). Demulcente. Atemperante, béquico (1853, 1865).

Este jarabe se usa especialmente para endulzar las bebidas emolientes (1841a, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: Demulcente. Emoliente. Aprovecha mucho en la tos y por lo mismo en la pleuritis y en los catarros pulmonares, pleuresía y neumonía (1823, 1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

- ❖ Emulsión de almendras amargas: 5 onzas
Sulfato de quinina: 30 gramos

- **ALMENDRAS AMARGAS.** Semillas del Amygdalae amara L. Rosáceas. (1829a 1853).

Contienen un aceite graso igual al de las almendras dulces y desarrollan ácido hidrocianico y un aceite volátil al ser tratadas por el agua; tratadas por el alcohol y el éter desarrollan un principio cristalizado, llamado amigdalina. Cuando se mezcla una disolución de amigdalina con una emulsión de almendras dulces, se forma instantáneamente el ácido hidrocianico.

Las almendras amargas son venenosas y su aceite esencial aún mas. Sus efectos son los del ácido hidrocianico y se usan en los mismos casos. Dioscórides cree que cinco o seis gotas bastan para disipar la embriaguez; son antihelmínticas y antifebriles. (1829a, 1853, 1865). Las almendras amargas, igualmente, forman parte de numerosas FM contra los catarros (1829b, 1830, 1841b, 1853, 1865).

Emulsión de almendras amargas: La emulsión se produce con pasta reciente de almendras amargas y agua común fría. Una onza de agua destilada saturada contiene un gramo de ácido hidrocianico.

La emulsión de almendras amargas se utiliza en múltiples FM febrífugas. De hecho se describe como “*emulsión febrífuga*” (1829a, 1853). Cuando se destina para uso interno goza de una antigua reputación contra las manchas ligeras de la piel y particularmente contra las efélides, el prurito herpético y varioloso, acción que es debida sin duda al ácido cianhídrico que contiene. Es un calmante sedativo, que se usa en los mismos casos que el ácido cianhídrico, de uso peligroso: útil en las afecciones asmáticas. (1841a, 1841b, 1865).

- **QUINA:**²⁷⁶ Un grano de sulfato de quinina representa cerca de sesenta granos de quina en sustancia (1841a).

Sulfato de quinina: es uno de los *agentes más preciosos de la terapéutica*; es el específico de todas las enfermedades periódicas de cortos periodos en general, y en particular de las fiebres intermitentes: también es un tónico poderoso. Se prescribe desde la dosis de 1 grano hasta 80: alguna vez es necesario asociarlo al opio para que sea tolerado. En épocas más actuales se llegó a recetar hasta 2 dracmas por día contra el reuma; pero ha ocasionado accidentes tóxicos.

Se administra en polvo, en píldoras, en poción y en lavativas. (1853).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: fiebres intermitentes. Tónico-neurasténica. (1829a, 1829b, 1853, 1865).

Con esta composición se registra en la farmacopea de 1841 una FM que combina estos dos componentes y prácticamente con las mismas cantidades: Píldoras Febrífugas Inglesas. Se utilizan en las Fiebres intermitentes. Dosis: Una de hora en hora durante la apirexia.

INDICACIÓN GENERAL: fiebres intermitentes. Tónico-neurasténica

- ❖ Tintura de Yodo: 2 dracmas
Agua destilada: 6 onzas

- **YODO:** Es estimulante e irritante muy enérgico. Venenoso a grande dosis. Ejerce un efecto destacado en las glándulas mamarias y principalmente en la tiroides.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se ha aconsejado en la curación de las escrófulas y del bocio, en los infartos linfáticos de todas clases, en la gonorrea, aunque sea aguda, en la leucorrea crónica, en los infartos de los testículos, contra la sífilis constitucional, contra la blenorragia, el cáncer y los tumores de toda especie. Se usa interior y exteriormente; pero es necesario administrarle con mucha precaución y suspender su uso cuando se advierta *enflaquecimiento*, que según dicen, es en general el primer indicio de su acción dañosa. (1829b, 1840, 1853).

Tintura de Yodo: Yodo y Alcohol rectificado 1/12 (1840, 1847b) o Alcohol 35° (una onza) y yodo (dos escrúpulos) (1841c). No se debe preparar esta tintura con mucha anticipación.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Bocio y escrófulas. De cuatro a diez gotas, tres veces al día, en medio vaso de agua azucarada. Se aumenta progresivamente la dosis hasta veinte gotas, que es cerca de un grano de iodo. (1841c). Alterante (1865). Hidrocele (1841a, 1853).

Se describe también la Tintura de Yodo debilitada (Ricord): Agua destilada, tres onzas y Tintura de yodo, de una a seis dracmas. Indicaciones: Bubones, hidrocele acompañado de epidimitis. Se usa tópicamente. (1841c).

INDICACIÓN GENERAL: Parece indicar, por lo tanto, que estamos ante una *Tintura de Yodo Debilitada* de uso tópico

- ❖ Escila en polvo: 2 dracmas
Nitrato de potasio: 2 escrúpulos

²⁷⁶ Ver apartado de Fármacos muy usados (página 247 y ss).

- **ESCILA. CEBOLLA ALBARRANA.** Bulbo de la Scilla marítima L. Liliácea. (1829b, 1841a, 1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: A grandes dosis es un irritante que provoca náuseas, a pequeñas dosis es diurético y estimulante enérgico de la membrana mucosa de los bronquios. Se usa normalmente como diurético, uno de los más poderosos, y expectorante; y algunas veces como excitante general. Incisivo muy usado en las hidropesías, los catarros etc.

No se utiliza solo, comúnmente se le asocia a algún otro medicamento. Se preparan en farmacia en polvo, tintura alcohólica, vinagre, vino, miel u oximiel. Todos diuréticos (1829a, 1829b, 1841a, 1853, 1865).

- **NITRATO DE POTASIO.** Nitro. Nitrato potásico. Nitrato de potasa (KNO_3). Se utiliza mucho en medicina, en la dosis de algunos granos hasta medio escrúpulo o media dracma como diurético, sedante y atemperante: en dosis mayores (media onza o una onza) es purgante. Exteriormente se usa en gargarismos y lociones como refrigerante.

Se emplea bajo una multitud de formas: en bebidas, en píldoras, cataplasmas, etc. (1823, 1829a, 1841a, 1841b, 1841c, 1853). Como diurético era muy usado en forma de polvo. Entra a formar parte de gran número de FM atemperantes.

Se describen algunas FM donde participan ambos componentes, especialmente píldoras diuréticas y cataplasmas diuréticas (1841b, 1841c, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: Asociación de dos específicos con la misma indicación: Diurético

❖ Ungüento de mercurio: 1 onza.
Ungüento de Altea: 2 onzas (Mezcladas ambas).

- **UNGÜENTO DE MERCURIO**

- **MERCURIO. AZOGUE.** Metal

Parece que el mercurio metálico solo posee una propiedad mecánica y bajo este concepto se empleaba en otro tiempo en el vólvulo; pero en estado de combinación es el medicamento que puede prestar servicios de lo mas variados: los mercuriales son alterantes, fundentes, purgantes, antihelmínticos, cáusticos, etc., pero, sobre todo, lo que constituye al mercurio en un medicamento precioso es el ser el específico por excelencia de las afecciones sifilíticas, tan cierto y seguro como la quinina lo es contra las fiebres intermitentes y el hierro en la clorosis. *Desde Fracastor hasta nuestros días, los grandes terapeutistas de todas las naciones están de acuerdo en reconocer y exaltar esta especialidad.* (1845, 1853). Se usan también algunas veces como desobstruentes y atenuantes (1845).

Se ha administrado en estado metálico. Mezclado con miel y polvos de regaliz constituye las píldoras mercuriales de la Farmacopea Española de la cuarta edición, añadiendo a esta mezcla en vez de regaliz miga de pan blanco, son las píldoras mercuriales edimburgensas de la misma Farmacopea, mezclado y triturado el mercurio con goma arábiga y miga de pan compone lo que llamaron mercurio gomoso de Plenck. Mezclado este metal con manteca de puerco constituye el ungüento de mercurio, con trementina del mismo modo, entra en la composición de los emplastos de ranas y diabotano con mercurio.

Ungüento de Mercurio o Ungüento Napolitano o Pomada Mercurial o Ungüento mercurial doble: Formado por manteca de cerdo o sebo, azogue (mercurio) de cada cosa una libra (1793, 1830, 1840, 1841c, 1853, 1865). En 1823 también contenía trementina (1823).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Enfermedades venéreas, sarna, morfea y otros vicios del cutis, peritonitis puerperal y mata los piojos, chinches y ladillas. *Es un resolutivo y antisifilítico heroico y de los mas usados*, (1793, 1823, 1830, 1840, 1841a, 1841c, 1853).

También lo encontramos como componente de FM muy populares como CERATO MERCURIAL, enfermedades venéreas; POMADA ANTISIFILÍTICA, úlceras sifilíticas estacionarias; PÍLDORAS MERCURIALES; POMADA MERCURIAL OPIADA, peritonitis puerperal. (1841c, 1853). Entra en la composición de los EEMPLASTOS DE RANAS, disipa los tumores articulares y calmar los dolores de los hombros y espinazo que provienen de la lue venérea, algunos lo usan también para promover la salivación; y DIABOTANO CON MERCURIO (1845).

- **UNGÜENTO DE ALTEA:**²⁷⁷ Está formado por Aceite de Altea, Cera Blanca y Resina; se licuan y se añade Trementina Pura. (1823, 1841b, 1841c). En algunas farmacopeas se describe sin Trementina (1853).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se usa como desecante y emoliente. Resolutivo, y nervino. Se aplica en el lado para aliviar *la punta de costado* en la pleuresía. (1793, 1841b, 1841c, 1853). *Emoliente, mitiga los dolores del pecho y ablanda la dureza de todas las vísceras*. (1823)

Este ungüento lo encontramos como “base de la FM” en gran cantidad de formulaciones, como ejemplo en 16 FM de la farmacopea de 1841c. (1793, 1841c, 1841b, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: Resolutivo y antisifilítico

- ❖ Emulsión arábica: 6 onzas
Jarabe bálsamo de Tolú: 1 onza
Jarabe de mercurio: 1/2 onza

- **EMULSIÓN ARÁBIGA:** Se compone de almendras dulces mondadas de su película, azúcar blanco, goma arábica en polvo y Agua (1841b, 1853, 1865).

- **Almendras dulces:** semillas del Amygdalus dulcis L., Rosáceas. Ampliamente usadas para hacer emulsiones, bebidas cordiales, jarabes, en poción como dulcificante o en lavativa como laxante (1803, 1829a, 1829b, 1830, 1841b, 1841c, 1845, 1847a, 1853). De ellas se extrae por expresión en frio el “aceite de almendras dulces” emoliente, laxante. Vehículo de otros medicamentos, se mezcla con mucha frecuencia en pociones, loocs, lavativas y sobre todo en linimentos (1853).

- **Goma Arábica:**²⁷⁸

ACCIÓN TERAPÉUTICA: demulcente. (1841b, 1853, 1865).

- **BALSAMO DE TOLÚ:**²⁷⁹ Jarabe de Bálsamo de Tolú. Se compone de bálsamo de Tolú, agua destilada y azúcar puro. Forma parte de la famosa “Crema pectoral de

²⁷⁷ Ver descripción en Jarabe de Altea (página 212).

²⁷⁸ Ver descripción de Goma Arábica (Página 211 y 212).

²⁷⁹ Ver Bálsamo de Tolú, apartado de Bálsamos. (Página 229).

Tronchin” junto al jarabe de culantrillo, manteca de cacao y azúcar. Indicado en las bronquitis crónicas.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Expectorante. Muy usado como pectoral balsámico (1841a, 1853, 1865).

- **MERCURIO:**²⁸⁰ Jarabe de Mercurio: Como tal, solo encontramos que se describa en dos farmacopeas y en ambas realmente lo da como sinónimo del mercurio gomoso (mercurio y goma arábica, proporción 1:3).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Contra las enfermedades sifilíticas. (1823 y 1853).

INDICACIÓN GENERAL: Antisifilítico. Demulcente y Expectorante.

❖ Cocimientos de zaragatona: 2 libras
Jarabe de grosellas: 2 onzas

- **ZARAGATONA. YERBA PULGUERA.** Plantago pyllium L., plantaginácea
Se usan las semillas. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Emolientes y dulcificantes. En cocimientos, lavativas y lociones.

Aunque ya en 1845 se describe *no debiera ocupar lugar este vegetal en materia médica: su única propiedad es dar estas semillas tan gran mucilaginosos y espesos sus cocimientos que causan fastidio a los enfermos.* (1845, 1853, 1865).

Cocimiento de Zaragatona, Emoliente;

- **GROSELLA.** son las bayas del Ribes rubrum L. Grosularias. (1829a, 1829b, 1853, 1865).

Jarabe de Grosella:

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Atemperante. (1829a, 1829b, 1853, 1865). Aunque en múltiples FM se recoge que el jarabe de grosellas se utiliza para edulcorar FM. (1829a, 1829b, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: Parece indicar que esta FM se preparaba como base para otros preparados

❖ Subnitrate de bismuto: 1/2 dracma
Tridacio: 4 gramos
Jarabe de goma: 1 onza
Agua: 4 onzas

- **SUBNITRATO DE BISMUTO.** Magisterio de bismuto. blanco de afeite.
ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es tónico y antiespasmódico. De tres a doce granos en píldoras o en un vehículo mucilaginoso. (1829a, 1841a, 1841c).

Forma parte de numerosas FM. Entre las más citadas: Polvos calmantes o Polvos de Roberto Tomás (goma de tragacanto como vehículo mucilaginoso y Subnitrate de bismuto de tres a nueve granos). Uso: contra la gastrodinia (1829a, 1847b). Píldoras Tónicas: Misma composición que la anterior. Uso: Dispepsias (1829a). Pastillas de subnitrate de bismuto. (TROUSSEAU), igualmente con la misma composición y usadas para la gastralgia y la diarrea, principalmente en los niños. (1841c, 1853). Con igual composición se describen también varias FM contra las gastralgias y dispepsia (1841a, 1841b, 1841c). Polvo Contra el Eretismo de los Nervios del Estómago, asociado a la magnesia, Uso: Gastrodinia y dispepsia (1841a, 1841b, 1841c).

²⁸⁰ Ver descripción de Mercurio en la (página 235).

- **TRIDACIO.**²⁸¹ ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calmante energético, sin producir narcotismo. (1841a, 1865).
- **JARABE DE GOMA:** resulta de añadir jarabe simple o azúcar clarificada a la Goma Arábica.²⁸²

INDICACIÓN GENERAL: En esta formulación se sustituye como vehículo mucilaginoso la goma de tragacanto por jarabe de goma. Gastrodinia, gastralgia y dispepsia.

❖ Cocimiento de quina alcanforada: 2 libras
Láudano de Sydenham: 1 dracma

- **COCIMIENTO DE QUINA ALCANFORADA:**
 - **Quina:**²⁸³ Cocimiento de quina: Quina amarilla quebrantada, seis dracmas. Se hierve durante media hora en c. s. de agua para obtener ocho onzas de líquido colado.
ACCIÓN TERAPÉUTICA: contra las fiebres intermitentes. Tónica neurasténica (1841a, 1853, 1865).
 - **Alcanfor.** Producto oleoso volátil del Camphora officinarum Nees (Laurus Camphora L.) Laurínea. (1865).
ACCIÓN TERAPÉUTICA: Antiespasmódica y resolutive (1865). Con propiedades sedativas en dosis pequeñas y excitante energético en dosis altas. Se administra interiormente con buen efecto como difusivo, antiespasmódico, sudorífico afecciones nerviosas y espasmódicas como neuralgias, espasmos de vejiga y esófago, epilepsia, corea. Es muy útil en las fiebres adinámicas y pútridas; en las atáxicas, especialmente cuando la piel se presenta seca; en las flegmasías cutáneas agudas y en afecciones reumáticas. En las anginas gangrenosas, y en todas las gangrenas locales; en algunos dolores reumáticos y ciática. También suele ser útil en las fiebres intermitentes, en la parálisis, y multitud de afecciones en que están indica dos los antiespasmódicos.
En lo exterior se usa para las úlceras pútridas y como resolutive de varias afecciones externas y oftalmias crónicas. (1845, 1853). Se prescribía solo o mezclado con otras sustancias. Se describe asociado con la quina en las afecciones pútridas.

Se encuentran varias FM con la combinación quina y alcanfor, así:

Fomento Antiséptico: Cocimiento muy fuerte de quina y Alcanfor disuelto en alcohol. Uso: úlceras de mal carácter con tendencia a la gangrena. Vía tópica, para lavar y curar la úlcera, (1841b, 1853).

Loción Antiséptica. Cocimiento de quina y alcanfor. Uso: Úlceras de mal carácter, para lavar dos o tres veces al día en las partes enfermas. (1841b).

Incluso encontramos una FM con los tres componentes descritos:

Lavativa de Quina Alcanforada: cocimiento de quina amarilla quebrantada a la que se añade Alcanfor triturado con yema de huevo. A este cocimiento se le añade Láudano de Sydenham, doce gotas. Se usa contra las fiebres intermitentes. (1829a, 1841b)

²⁸¹ Ver su descripción (Página 236).

²⁸² Ver descripción de Goma Arábica (Página 211 y 212).

²⁸³ Ver apartado de Fármacos muy usados. (Página 247 y ss.).

También se registra en varias FM en 1841b: *Si se la quiere hacer calmante, se añade una dracma de láudano de Sydenham* (inyecciones, lavativas y lociones).

- **OPIO:**²⁸⁴ Láudano de Sydenham: o tintura vinosa de opio de Sydenham: Se compone de Opio escogido partido en pedazos, Azafrán, Canela, Clavo en polvo y “Vino blanco bueno”. Se ponen a digerir en el vino durante un mes en un matraz de vidrio, se cuele y se guarda en un frasco bien tapado. Dosis de Seis gotas a un escrúpulo. (1841a, 1841b, 1841c).

En la farmacopea de (1853) se sustituye el vino blanco por vino de Málaga.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es calmante, se usa para detener las diarreas serosas crónicas, en el cólera y en las afecciones del estómago y de los intestinos en que conviene unir los tónicos a los sedantes (1841a, 1841b, 1841c).

INDICACIÓN GENERAL: Todo parece indicar que la asociación quina y alcanfor en esta FM tiene como objetivo el tratamiento de úlceras de mal carácter como un tratamiento exterior antiséptico. La adicción el Láudano es para añadir el efecto calmante.

- ❖ Aceite de hígado de bacalao: 2 onzas
Jarabe de quina: 1 onza

- **ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO.** Gadus morhua, L.

Se obtiene calentando el hígado y los intestinos del bacalao, sometiendo la masa a una fuerte presión.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es tónico, estimulante muy enérgico y antiespasmódico; se emplea contra las manchas de la córnea. Su efecto proviene del yodo que contiene. Muy elogiado contra las afecciones reumáticas y gotosas, la incontinencia de orina, la escrófula de los huesos, el raquitismo y los exantemas clónicos y además en las afecciones pulmonares.

Exteriormente se usa puro en fricciones reiteradas sobre el paraje afectado de reumatismo. En los males de ojos se emplea en gotas introducidas entre los párpados. (1841a).

El aceite sale mas o menos pardo y tiene un olor y sabor de pescado muy desagradables. Causan eructaciones desagradables y para corregirlo se hace enjuagar la boca con un agua aromática o bien mascar una corteza de naranja o mezclar el aceite con jarabe de la misma corteza. También se le asocia alguna vez el jarabe de rábano compuesto o el de quina, etc. (1853).

- **JARABE DE QUINA:** Quina²⁸⁵. Jarabe de quina.²⁸⁶ Como se recoge en la farmacopea 1853 en esta preparación el jarabe de quina se utiliza para corregir *efectos adversos* del *principio activo* de la formulación.

INDICACIÓN GENERAL: Las descritas en acción terapéutica.

- ❖ Ungüento napolitano: 1 onza
Extracto de belladona y cicuta: 1 dracma y medio

²⁸⁴ Ver apartado de Fármacos muy usados. (Página 247 y ss.).

²⁸⁵ Quina: Ver descripción en el apartado de medicamentos frecuentes (Página 247 y ss.).

²⁸⁶ Ver descripción en la FM Cocimiento de Genciana (Página 222).

- **UNGÜENTO NAPOLITANO o Pomada Mercurial o Ungüento mercurial doble:**

Formado por manteca de cerdo o sebo, azogue (mercurio) de cada cosa una libra; *es un resolutivo y antisifilítico heroico y de los mas usados* (1793, 1830, 1840, 1853, 1865).
ACCIÓN TERAPÉUTICA: Antisifilítico y alterante.²⁸⁷

- **EXTRACTO DE BELLADONA Y CICUTA**

- **Belladona.** Belladama. Atropa Belladonna L. Solanácea.

Uso: la raíz, la hoja (principalmente) y la semilla (1823, 1829a, 1841a, 1841b, 1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: el principio activo principal es la atropina. A grandes dosis es un veneno y a pequeñas dosis es narcótica y estupefaciente. Se ha alabado su uso en el coqueluche, toses convulsivas, neuralgia facial y en las demás afecciones nerviosas (como la parálisis, convulsiones, neuralgias faciales, espasmos y tos nerviosa...). Se ha usado con ventaja en los casos de cáncer, disentería, hidrofobia e ictericia. Se ha usado exteriormente para combatir ciertas inflamaciones agudas y crónicas de la piel, tumores blancos articulares, afecciones reumáticas. Se usa para dilatar el cuello del útero, aplicada también en la incontinencia de orina, constricciones del recto y de la uretra. Esta planta ejerce una acción particular sobre el iris dilatando la pupila. (1829a, 1841a, 1841b, 1853). *En estos últimos tiempos se ha preconizado contra la tisis pulmonar el uso de los cigarros de belladona.* (1853).

Extracto de Belladona. A partir de las hojas se realiza un extracto acuoso del jugo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calmante; con la propiedad de relajar la fibra muscular (1865). En muchas formulaciones oftálmicas se usa para dar alrededor del ojo con un pincel en los casos de oftalmías dolorosas o de contracción espasmódica de la pupila (1840, 1829a, 1841a, 1853, 1865).

Pomada de Belladona: Extracto de belladona, dos dracmas, se le añade agua y se incorpora al cerato o manteca.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se usa con buen éxito para obtener la relajación del cuello de la matriz en ciertos casos de partos difíciles y en las rigideces y constricciones espasmódicas. Se aplica por medio de una jeringuilla. Parafimosis y fimosis. (1829a, 1841a, 1841b, 1853, 1865).

La pomada antiespasmódica de los hospitales militares se compone de extracto de belladona, un escrúpulo y media onza de manteca fresca. (1853).

- **Cicuta:** Conium maculatum L. Umbelífera. Uso: la hoja y el fruto (1841a, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: A grandes dosis es un veneno narcótico, a pequeñas dosis tiene un modo de obrar análogo al de la belladona. Se usa como sedante en el tratamiento de muchas afecciones nerviosas, el priapismo, las toses rebeldes, el asma, el coqueluche, Se le ha alabado en el infarto de las mamas y aun en las afecciones escirrosas y cancerosas, cuyos dolores calma. Parece útil interior o exteriormente en el tratamiento de los infartos crónicos de las vísceras, el raquitismo, las escrófulas y las consecuencias de la sífilis. (1829a, 1841a, 1853, 1865).

Extracto de Cicuta: Se extrae como el de belladona.

²⁸⁷ Ver Mercurio (Página 235).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calmante; considerada además como resolutive de los infartos dolorosos. (1829a, 1829b, 1841a, 1853).

Pomada de Cicuta: *Pomada Calmante*. A partir de polvo de cicuta se le añade manteca. Se describen varias FM de composición parecida.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Enfermedades escrofulosas con inflamación y en el mal de Pott. Se usa en fricciones (1829a, 1829b, 1841a, 1853).

Se describen varias FM con composición semejante:

POMADA OFTÁLMICA (Sichel): Entra en su composición Ungüento napolitano y el Extracto de Belladona; sus Indicaciones: Oftalmías violentas y dolorosas acompañadas de fotofobia intensa. Dosis: El grosor de una nuez para dar fricciones cinco ó seis veces al día en la parte superior de la frente. (1841c, 1853).

POMADA MERCURIAL CON BELLADONA (Velpeau): Ungüento mercurial doble y extracto de belladona. Indicaciones: Contra los infartos linfáticos (1853).

POMADA SEDATIVA Y ABORTIVA (Debreine): Ungüento napolitano y extracto de belladona a lo que se añade Opio. Indicaciones: Contra los panadizos. Se cubre la parte enferma con esta pomada y se hacen ligeras fricciones con ella de hora en hora para favorecer su absorción. Al cabo de 24 horas por lo regular suele haber abortado la inflamación. (1829a, 1853).

Se describen muy pocas FM que participen la cicuta y la belladona, en *Farmacopea Universal ó Reunión Comparativa de las Farmacopeas*, Tomo II. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1829, pp. 1-546, encontramos un emplasto fundente compuesto de la base del emplasto y extracto de cicuta y belladona.

INDICACIÓN GENERAL: Se describe la misma acción para la cicuta y la belladona sobre el sistema nervioso: Calmante y resolutive (1853).

- ❖ Extracto de acónito: 4 gramos
Agua: 4 onzas

- **ACÓNITO.** Anapelo. *Aconitum Napellus L.* Ranunculácea.

USO: la hoja. Tiene un olor algo nauseabundo y un sabor acre y amargo (1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es narcótico, antiespasmódico, diurético y se emplea contra la sífilis constitucional, reumatismo crónico, afecciones cancerosas, iritis, amaurosis reciente, opacidad de la córnea, catarata capsular y dolores de oídos. Fouquier le ha usado con buen éxito contra las hidropesías. En pequeñas dosis es anodino y obra como resolutive de los tumores de las glándulas. Si se administra en demasiada dosis puede producir efectos mortales.

Extracto de acónito: extracto acuoso o extracto alcohólico, dosis de dos a seis granos, cuya dosis puede aumentarse solo por una continuación prolongada y según los efectos que se observen. (1829a, 1841a, 1845, 1865).

Encontramos esté preparado descrito como tal con Indicaciones Anodina y Calmante (1865).

INDICACIÓN GENERAL: Las descritas en acción terapéutica.

- ❖ Cocimiento de genciana y centaura: 2 libras
Jarabe de quina: 1 onza
Tintura de valeriana: 1 dracma

- **COCIMIENTO DE GENCIANA Y CENTAURA:**

- **Genciana.** Raíz de Gentiana lutea L. Gencianácea. (1841a, 1865).

Su olor es fuerte y de un sabor muy amargo. *Se considera a la genciana como el mayor amargo de los indígenas.* Preparaciones en farmacia: polvo, cocimiento, extracto, tintura, vino, jarabe

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es uno de los mejores tónicos; se usa para excitar el apetito, para reparar las fuerzas, los casos de anemia, clorosis, en las afecciones escrofulosas, en las fiebres intermitentes, en los reumatismos crónicos, en las obstrucciones de las vísceras del bajo vientre o empeine, algunas veces ha calmado los dolores por la existencia de cálculos urinarios y en la gota. Tónico-neurasténica Febrífugo. (1841a, 1845, 1853).

Cocimiento de genciana: mismas indicaciones.

- **Centaura:** CENTAURA MENOR. La Sumidad florida de Gentiana Centaurium L. Gencianácea. (1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Tónica, amarga, muy usada como auxiliar de la quina en las fiebres intermitentes; se usa en el caso de astenia de los órganos digestivos. Febrífugo, estomacal y vermífugo. Las farmacias preparan: polvo, infusión, extracto, píldoras, tisanas y como excipiente de otros medicamentos (1793, 1823, 1829a, 1841a, 1853).

Cocimiento de centauro: mismas indicaciones.

- **JARABE DE QUINA:**²⁸⁸ El jarabe se compone de Quina de Loja en polvo grueso, Vino blanco, Alcohol de 90⁰ y Azúcar puro. (1823, 1829a, 1830, 1841b; 1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: tónico-neurasténica. Febrífugo (1829a, 1841b, 1823, 1853, 1865). Se añade frecuentemente este jarabe al cocimiento o a la infusión de quina o a otras bebidas tónicas. (1841a). También se recoge para *matar las lombrices* (1823).

- **TINTURA DE VALERIANA:**

- **VALERIANA.** Valeriana Menor o Silvestre. Raíz de Valeriana officinalis L. Valeriácea. (1823, 1841a, 1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Excitante muy poderoso que obra principalmente sobre el cerebro. A pequeñas dosis es antiespasmódico y tónico. Se usaren el histerismo, en la epilepsia, en ciertas jaquecas y en otras neurosis, en la hipocondría y en las fiebres graves que presentan sintonías atónicas. Se la ha alabado como febrífugo. Tónico-neurosténica, febrífuga y antiespasmódica. La farmacia lo prepara como Polvo, Tisana, Extracto, Tintura, Tintura etérea, Jarabe. Electuario. (1841a, 1841b, 1853).

Tintura de valeriana: se trata de una tintura alcohólica.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: antiespasmódica

Se encuentran varias FM donde coinciden la genciana y la centauro menor (apócema amargo, bolos amargos, poción amarga, elixir estomacal, etc.) (1829a, 1841a, 1853) con las indicaciones de Dispepsia y Atonía de los órganos digestivos. En alguna de ellas se indica además que, si la dispepsia es consecutiva a las fiebres intermitentes, se hierven con la genciana dos dracmas de quina quebrantada.

De igual forma encontramos descritas varias FM que asocian quina y valeriana (cocimiento neurosténico de quina y valeriana, Electuario febrífugo de Fuller, etc)

²⁸⁸ Ver descripción de QUINA en el apartado de medicamentos frecuentes (Página 247 y ss.).

(1841a, 1853, 1865) con las indicaciones tónica, neurasténica y excitante, anorexia y atonía de los órganos digestivos.

INDICACIÓN GENERAL: Dispepsia y Atonía de los órganos digestivos. Febrífugo. Antiespasmódica.

- ❖ Acetato de potasa: 1 dracma
Escila en polvo: Y2 dracma
Azúcar: 2 dracmas
Divídase en 6 papeles

- **ACETATO DE POTASA.** Acetato Potásico, Tierra Foliada de Tártaro. (CH₃CO₂K)

Se prepara añadiendo carbonato potásico a pequeñas porciones, en ácido acético.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un aperitivo excelente, por cuya razón es un remedio muy eficaz en particular en la ictericia y las obstrucciones de las vísceras del bajo vientre. Es diurético, fundente, laxante y catártico, según las dosis. (A dosis de 1 dracma es diurético, media onza es fundente y catártico), se emplea frecuentemente en las hidropesías y la ictericia. (1823, 1840, 1841a, 1841b, 1853, 1865). Está presente en gran cantidad de FM diuréticas.

- **ESCILA.**²⁸⁹

INDICACIÓN GENERAL: diurético potente al combinar dos específicos con la misma indicación.

- ❖ Aceite de manzanilla: 2 onzas
Tintura digital: 1 dracma
Tintura de escila: 1 dracma

- **ACEITE DE MANZANILLA:**

- **Manzanilla:** Manzanilla Romana. Camomila. La Flor y la Hoja de Anthemis nobilis L.

Compuesta. (1841a, 1865). En la farmacia se prepara: agua, cocimiento, infusión, jarabe, aceite.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante y tónico muy usado para reparar las fuerzas digestivas y combatir los cólicos ventosos; puede servir contra las fiebres intermitentes, la clorosis y como vermífugo. (1841a, 1865). Estomática, carminativa, nervina, antiespasmódica y es de mucho uso: *era el febrífugo de los antiguos.* (1829a, 1853).

Aceite de Manzanilla: se prepara a partir de las flores de manzanilla romana y aceite común. Se digiere durante dos horas en una vasija cubierta al calor del baño maría, *meneando de cuando en cuando*, se cuela con expresión y se filtra. (1841a).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Excitante y carminativa. Uso externo en fricciones, embrocaciones o linimentos. (1829a, 1841a, 1853, 1865). El aceite de manzanilla *suele destruir al momento los espasmos abdominales histéricos, hipocondriacos y los que*

²⁸⁹ Ver descripción de Escila (Página 215).

traen consigo el estado de los individuos que padecen hemorroides; También se usa en la cardialgia. (1827).

- **TINTURA DE DIGITAL.**²⁹⁰
- **TINTURA DE ESCILA:**²⁹¹

Encontramos varias FM con el nombre de “Linimento Diurético” formados por tintura de digital 1 onza y tintura de escila 1 onza. Con las indicaciones de Anasarca sintomática. (1841b y, sobre todo, en fricciones sobre el abdomen o sobre los muslos en la hidropesía. (1827, 1829b, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: estaríamos ante una preparación tópica que une los efectos diuréticos de escila y digital a los efectos del aceite de manzanilla. Excitante.

- ❖ Cocimiento de lúpulo: 8 onzas
Yoduro Potásico: 1 dracma

- **LÚPULO.** Hombrecillo. Humulus Lupulus L. Cannabinea.

Se usa la Piña y el Lupulino (Polvo amarillo, amargo y aromático, que se extrae de las piñas del lúpulo, frotándolas sobre la tela de un cedazo de cerda) (1841a, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Tónico, algo narcótico y diaforético. Calma los dolores de las afecciones carcinomatosas (1841a). En infusión contra el raquitismo, las escrófulas y las enfermedades de la piel. El lúpulo se ha aconsejado para rellenar almohadas para las personas que padecen insomnio. Tónico y narcótico. (1841a, 1853).

- **IODURO POTÁSICO.** Hidroiodato de potasa. Se prepara a partir de hidrato potásico puro al que se le añade Yodo puro poco a poco hasta saturación (1865).²⁹²

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Tiene las propiedades del yodo y además las de la potasa; se emplea mucho más que el yodo y los demás ioduros. Alterante. Está indicado en las escrófulas, el bocio, los accidentes de la sífilis, tales como los tubérculos profundos de la piel, los periososos, la caries, los exososos y los dolores osteocopos. También en ciertos casos de cánceres, la hinchazón escorbútica de las encías y la hipertrofia del corazón, (1841a, 1853, 1865).

INDICACIÓN GENERAL: Las del ioduro potásico a las que se les añade un tónico con propiedades narcóticas.

Cataplasmas, bálsamos e infusiones

- ❖ Cataplasmas:
 - Harina de linaza
 - Cicuta
 - Emoliente
 - Anodina
 - Astringente: 2 libras
 - Sinapeizada

²⁹⁰ Ver descripción DIGITAL en el apartado de medicamentos frecuentes (Página 247 y ss.).

²⁹¹ Ver descripción de Escila (Página 215).

²⁹² Ver descripción del Yodo (Página 214).

CATAPLASMAS.

Son tópicos magistrales de consistencia de pasta blanda, compuesta de polvos de harinas suspendidas en el agua o en cocimientos, infusiones, vinos o leche. Casi siempre se hacen en caliente y pocas veces en frío. Se llaman sinapismos las cataplasmas que se hacen con la harina de mostaza.

Las cataplasmas emolientes deben aplicarse calientes; las revulsivas mucho más calientes, a no ser que entre en su composición la mostaza. Las anodinas solo deben estar templadas; pero cuando los tumores estén muy rubicundos, inflamados y dolorosos es preferible aplicarlas frías.

Las cataplasmas ejercen su acción a bastante profundidad: son emolientes, rubefacientes, madurativas, resolutivas y calmantes. Se las renueva por lo menos dos veces al día, y se las aplica inmediatamente sobre la piel. (1853).

- **CATAPLASMA DE HARINA DE LINAZA**

A partir de la semilla del LINO (Linaza). Linum usitatissimum L. Monocárpica.

Emoliente muy usado. Se administra interiormente en las flegmasías de las vías urinarias, y en las afecciones inflamatorias del pulmón.

Es la base de las cataplasmas emolientes.

Forma parte del grupo de las “harinas emolientes” junto al centeno y la cebada.

Se prepara a partir del polvo de linaza y agua caliente

ACCION TERAPÉUTICA. Emoliente. (1829a, 1841a, 1845, 1847a, 1847b, 1853, 1865).

En múltiples FM, sobre todo cataplasmas emolientes. Es la base de otras muchas cataplasmas.

En 1847 se advierte: *Los farmacéuticos deben preparar por sí mismos la harina de linaza: la que se halla en el comercio, está comúnmente falsificada*²⁹³.

- **CATAPLASMA DE CICUTA.**²⁹⁴

Se prepara a partir de polvo de cicuta harina y de linaza, de cada cosa una onza y a la que se le añade agua.

ACCION TERAPÉUTICA: Calmante y resolutive (1841a, 1823, 1853, 1865).

- **CATAPLASMA EMOLIENTE**

Para prepararla se mezclan los polvos emolientes con suficiente cantidad de agua, de modo que resulte una pasta muy clara; se hierva la mezcla, agitándola con una espátula de madera, hasta la consistencia necesaria. (1841a, 1853, 1865). Es una de las cataplasmas mas escrita en todas las farmacopeas.

Polvos Emolientes: Harina de linaza, harina de centeno y harina de cebada (1865, 1847a, 1853). Se describen cataplasmas con las tres harinas o dos de ellas. (1840

También encontramos: La verdadera cataplasma emoliente, preferible a la de linaza, es la hecha con partes iguales de hojas de malva y raíz de malvavisco pulverizados. (1823, 1830, 1845)

ACCION TERAPÉUTICA: Emoliente. (1841a, 1853, 1865).

- **CATAPLASMA ANODINA**

Se describen:

- CATAPLASMA ANODINA o CATAPLASMA DE MIGA DE PAN. Se prepara con Miga de pan blanco, seis onzas; Leche, diez y seis onzas; Yemas de huevo, cuatro;

²⁹³ SOUBERAIN, Eugene, *Tratado de Farmacia Teórica y Práctica*, Tomo III. Imprenta de H. Martínez. Madrid 1847.

²⁹⁴ Ver descripción de Cicuta (Página 221).

Polvo de azafrán. Se hierva la leche con la miga de pan hasta que la mezcla adquiera la debida consistencia; se separa del fuego y se le añaden las yemas de huevo y el azafrán. ACCION TERAPÉUTICA: Calmante. Aprovecha en la gota y tumores dolorosos (1823, 1865).

- CATAPLASMA ANODINA. Se prepara con harina de lino, harina de cebada y cocimiento narcótico (Láudano líquido o disolución de opio en bruto o de cocimiento fuerte de cabezas de adormideras)

ACCION TERAPÉUTICA: Flegmasías internas o externas acompañadas de dolores vivos (1841a, 1853).

- **CATAPLASMA ASTRINGENTE**

Con este nombre solo se describen dos FM, una de ellas se cita sólo en 1829 y la segunda tanto en 1829 como en 1853.

- **Cataplasma astringente.** Entra en su composición sulfato de hierro, bol blanco, alumbre, agua, vinagre y miga de pan (1829, 1853)
- **Cataplasma, astringente.** Entra en su composición hematites, sangre de drago, sarcocola, bol de armenia y clara de huevo. Para detener una hemorragia externa después de haber lavado la parte enferma con un poco de alcohol. (1829).

Seguramente con este nombre se hacía referencia a alguna cataplasma que incorporaba algún específico astringente usando como base alguna de las descritas en este apartado, como la miga de pan.

- **CATAPLASMA SINAPIZADA**

Por esta denominación se describe

Cataplasma Sinapizada o Sinapismo Mitigado: formada por una cataplasma emoliente, cuatro onzas, y se la espolvorea con harina de mostaza, cuatro dracmas.

ACCION TERAPÉUTICA: estos sinapismos son menos irritantes que las cataplasmas de mostaza y se usan con preferencia para determinar una derivación prolongada más bien que fuerte. (1841c).

Sinapismo o Cataplasma de Mostaza: se prepara con harina de mostaza, ocho onzas y agua tibia. Acción Terapéutica: Rubefaciente e irritante. (1830, 1841c, 1853, 1865).

Bajo el nombre de cataplasma de mostaza avivada, quieren indicar los formularios una mezcla de la cataplasma que acaba de indicarse a la que se le añade ajo mondado o pimienta o amoniaco líquido. Se usa como rubefaciente y revulsivo. (1841c, 1853, 1865).

- ❖ **Bálsamos**

- Tranquilo: 1 onza
- Asceo: 1 onza
- Negro: 1 onza
- Tolú: 1 onza

BÁLSAMOS.

Bálsamo. Fármaco. Medicamento compuesto de sustancias regularmente aromáticas, que se aplica como remedio en las heridas, llagas y otras enfermedades. (Diccionario de la lengua Castellana, 1823).

- **BÁLSAMO TRANQUILO**

Fórmula Magistral de especial interés, por la complejidad de elaboración, por las indicaciones y por ser una de las más populares. Se cita ya en 1739 (Matritensis 1º edición) y en todas las que abarcan desde 1823 hasta 1865.

En el **anexo 1** recogemos la descrita en la *Farmacopea Matritense y Española* de 1823, farmacopea oficial española (F.E.) y la primera en castellano.

ANEXO 1

Se compone de:

Cuatro onzas de:

- **Hojas de estramonio**, Datura Stramonium L. Solanácea. ACCIÓN TERAPÉUTICA: anodina, al exterior calmante. Es narcótico y antiespasmódico, se recomienda en las convulsiones, las neuralgias, la manía, la epilepsia. el reumatismo y el asma. (1841a, 1853, 1865).
- **Hojas de solano**, solano negro. yerbamora. Solanum nigrum L. Solanácea. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Sudorífico y calmante poco activo. (1841a, 1865).
- **Hojas de yerba carmin**, fitolaca. Phytolacca decandra L. Fitolacácea. La raíz es emética; el zumo rojo es un purgante popular; las hojas, su infusión, muy usada en reumatismos y hemorroides y machacadas se aplican como deterativo sobre los cánceres; las bayas, maceradas en aguardiente se han empleado contra las escrófulas y los reumatismos. (1829a, 1853, 1865).
- **Hojas de belladona**.²⁹⁵
- **Hojas de mandrágora**, Atropa Mandragora L. Solanácea. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Todas las partes de esta planta son narcóticas y peligrosas. La raíz es larga, fusiforme, muy gruesa algunas veces y bifurcada en forma de muslo, por cuya particularidad se ha llamado antropomorphon y semihomo, tiene un olor nauseoso, sabor acre y es narcótica. En otro tiempo paso por afrodisiaca. Actualmente se usa rara vez y solo exteriormente en cataplasmas sobre los tumores escrofulosos y escirrosos. (1841a, 1865).
- **Hojas de tabaco**, yerba de la reina, yerba de todos los males. Nicotiana tabacum L. ACCIÓN TERAPÉUTICA: a grandes dosis es un veneno narcótico acre; a pequeñas dosis es estimulante y narcótico. Se usan las diversas preparaciones del tabaco en los catarros crónicos de los individuos de un temperamento linfático, en la hidropesía. Las lavativas de tabaco son útiles en los casos de asfixia, en las hernias estranguladas y para destruir las ascárides. Exteriormente se usa contra la sarna, la tina, etc. Es útil en fomentos en ciertos casos de disentería. Los baños preparados con un cocimiento de hojas frescas de tabaco han producido algunas veces buenos efectos contra el tétanos (1841a, 1853).
- **Hojas de beleño**, beleño negro. Hyoscyamus niger L. Solanácea. ACCIÓN TERAPÉUTICA: A grandes dosis es un veneno narcótico acre y a menores dosis obra como calmante del sistema nervioso. Se usa en las neuralgias, epilepsia, hipocondría, toses nerviosas, cólicos de plomo, temblones musculares. Exteriormente se usan las hojas de beleño en cataplasma en los tumores cancerosos para calmar los dolores; se usa también en lociones, baños. (1841a, 1865).
- **Hojas de pimienta blanca**. Pimienta negra privada del pericarpio (1823, 1841a, 1845, 1853, 1865).

En 1792 todavía se recoge que unos autores dicen que es la misma y otros que no (1792)

²⁹⁵ Ver descripción (Página 221).

- **Hojas de pimienta negra, Piper nigrum L.** Piperácea. (1823, 1841a, 1845, 1853, 1865).

El fruto. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Como medicamento es un estomático y excitante muy enérgico; su acritud es tal que aplicado al exterior obra como rubefaciente. Solo se usa unido a los amargos en los casos de atonía del aparato digestivo y en ciertas fiebres intermitentes rebeldes. Es útil en la relajación de la campanilla y en la angina gangrenosa. Puede usarse como rubefaciente y aun como epispástico (1845, 1841b, 1847), *advirtiendo que cuando se dice solamente entre los médicos pimienta, se ha de entender negra.* (1823).

Una onza de:

- **Cogollos floridos de romero, Rosmarinus officinalis L.** Labiada. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante, tónico y diaforético, se usa en los mismos casos que la salvia. (1841a, 1853, 1865).
- **Cogollo florido de salvia, Salvia officinalis L.** Labiada. (1, 1841a, 1853, 3, 1829a ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante, tónica y diaforética. Se usa al fin de los catarros crónicos, en las diarreas rebeldes y en los vómitos espasmódicos. Se usa en gargarismos en las anginas crónicas. (1829a, 1841a, 1853).
- **Cogollo florido de ruda, Ruta graveolens L.** Rizocárpica. USO: excitante, estomáquico, nervino, diaforético, antipútrido, antiespasmódico que ha sido administrado especialmente en el histérico, epilepsia, y otras afecciones nerviosas (1823, 1845, 1853, 1865).
- **Cogollo florido de ajenjos, Artemisia absinthium, L.** USO: Tónico y excitante enérgico, emenagogo, antiperiódico y antihelmíntico: se usa en los casos de dispepsia, clorosis, amenorrea y fiebre intermitentes. (1841a, 1853, 1865).
- **Cogollo florido de hisopo, Hyssopus officinalis L.** Labiada. (1829a, 1841a, 1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante poco activo, alabado como bechico y expectorante. Se administra en los catarros, pulmonares y en otras afecciones de los pulmones. (1829a, 1841a, 1853).
- **Cogollo florido de espliego, lavándula. Lavandula Spica L.,** Labiadas. USO: Estimulante, tónico y diaforético. Se le recomienda en algunas afecciones nerviosas. (1841a, 1853, 1865).
- **Cogollo florido de tomillo, Thymus vulgaris L.** Labiada. (1, 1841a, 1853, 1829a ACCIÓN TERAPÉUTICA: Excitante y aromático. Contiene gran cantidad de aceite esencial (1829a, 1841a, 1853).
- **Cogollo florido de mejorana, majorana. Origanum Majorana L.** Labiada. (1841a, 1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: tónica, excitante y antiespasmódica. Se recomienda como estornutatorio. (1829a, 1841a, 1853).
- **Cogollo florido de costo hortense, balsamita, yerba u hoja de Santa María. Tanacetum Balsamita L.** Compuesta. (1829a, 1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un excitante poco usado, estomacal y emenagogo. (1829a
- **Cogollo florido de yerbabuena, yerba buena, menta piperita. Mentha piperita, L.,** Labiada. USO: Estimulante, estomacal, antiespasmódica, carminativa y emenagoga. La infusión se usa exteriormente en lociones y fomentos (1823, 1829a, 1829b, 1841a, 1841b, 1841c, 1847a, 1853).
- **Cogollo florido de sauco, sahuco. Sambucus nigra L.** Caprifoliácea. (1829a, 1841a, 1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Excitante ligero y diaforético. Se usa en el reumatismo, en la gota y en los casos en que es necesario provocar

grandes sudores. Se usa exteriormente en lociones, fomentos fumigaciones, etc. En lociones como resolutivo. (1841a, 1853).

- **Cogollo florido de hipericon**, corazoncillo. Hypericum perforatum L. Hipericínea. (1829a, 1841a, 1853, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Vulnerario (1841a, 1853).
- **Cogollo florido de persicaria**, persicaria manchada. Polygonum Persicaria L. Poligonácea. ACCIÓN TERAPÉUTICA: vulneraria (1853, 1865).

Sapos: quince. Escuerzo. Rana bufo L. En la farmacopea de 1792 se describe dentro del apartado “Animales enteros” usuales el *Bufo exsiccatus* (Sapo seco). *Comúnmente se cree que el sapo resiste al veneno, y tiene la propiedad de expeler los malos ayres; pero estas son virtudes que los antiguos le han atribuido gratuitamente. Muchas Farmacopeas prescriben los polvos de sapo en la receta de este bálsamo, pero además de que esta substancia animal repugna a muchos, no puede comunicar virtud alguna a este remedio.* (1793).

Aun así, se mantiene en las farmacopeas desde 1793, 1823a 1829a. Ya no entran a formar parte de esta fórmula en las farmacopeas de 1830, 1840, 1841, 1853, 1865.

Esta composición varía a lo largo de los años, pero prácticamente mantiene, salvo los sapos, la misma composición. A partir de 1823 se suele sustituir la pimienta por adormidera.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calmante. Uso externo, en fricción. *Muy empleado.* Uso contra los dolores reumáticos, artríticos, neuralgias y las enfermedades del oído. (1823, 1829a, 1841a, 1853, 1865). Dosis: Una a dos dracmas en fricciones

- **BÁLSAMO DE TOLÚ.** BÁLSAMO DE CARTAGENA. Producto balsámico del Myrospermum toluiferum Rich. Leguminosas. (1841a, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante y expectorante muy usado. Excelente balsámico. Se usa con mucha frecuencia en los catarros crónicos. Algunas veces se hace respirar el vapor del éter que esté cargado de este bálsamo en las toses rebeldes; es también un buen diurético. (1841a, 1853, 1865). *Tiene virtud para consolidar las heridas y úlceras, y dado interiormente es un grande auxilio contra el asma, tos, tisis y dolores de estómago ocasionados de indigestión.* (1823).

Con él se preparan: Jarabe de bálsamo de tolú: expectorante; Polvo de bálsamo de tolú: excitante especial de las mucosas; tintura alcohólica de bálsamo de tolú: excitante, con especialidad de las membranas mucosas; Tabletas de bálsamo de tolú; Éter balsámico de tolú: Catarros laríngeos o pulmonares, afonía, irritaciones nerviosas del pulmón, sofocaciones, *se usa en forma de vapor, por medio de un frasco, conocido con el nombre de inspiratorio.* (1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

Entra a formar parte de numerosas FM para uso interno y externo.

- **BÁLSAMO ARCEO.** UNGÜENTO DE ARCEO.

Se compone de Sebo, Trementina pura, Resina Elemí y Manteca de puerco (a 10 onzas) se licuan y se filtran. (1823, 1830, 1841c, 1847b 1853).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se usa como excitante en el tratamiento las heridas indolentes y de las úlceras. Detergente y desecante. (1830, 1841c, 1847b, 1853). *Es un excelente vulnerario y mundifica toda especie de úlceras.* (1823).

- **Trementina:** Trementina de Venecia: resina limpia, líquida como el aceite craso, de olor fuerte y sabor amargo Se extrae de la resina del pino Pinus larix L., coníferas. (1803, 1823, 1845, 1853). Se llama de Venecia porque los drogueros decían que venía de esta ciudad (1823).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calefacientes, emolientes y mundificantes por la sal balsámica que contienen. Sirven para curar las heridas tanto externas como

internas, libran del cálculo de los riñones y vejiga promoviendo la orina. Aprovechan maravillosamente en las gonorreas y demás enfermedades análogas. Se administra en inyecciones para curar las gonorreas sifilíticas antiguas, las flores blancas, las ulceraciones de las vías urinarias. Se usa también en lavativas en los cólicos nerviosos, las diarreas y disenterías antiguas. Por sí sola sirve para corregir la fetidez de algunos senos fistulosos, para acelerar la cicatrización de úlceras inveteradas (1823, 1845).

- **Resina de Elemí:** Goma de Limón. Resina del árbol Amyris ambrosiaca L. Terebintácea. (1829a, 1845, 1865). Se encuentra esta resina en el comercio en forma de panes grandes, redondos, envueltos en hojas de palmera o caña, de color amarillo pálido, semitransparente. Olor, fuerte fragante agradable, un poco parecido al de la corteza de limón, sabor amargo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es emoliente, digestiva y madurativa; es un excelente específico contra las heridas de la cabeza y nervios (1823). Es excitante y resolutive: antes la daban en lo interior para curar los corroimientos pasivos y se aplicaba en lo exterior en algunos dolores reumáticos. En píldoras, disueltas en líquido. Para el uso externo en forma de linimento. Actualmente no se usa por sí sola; solo entra en la composición de algunos ungüentos y emplastos. (1829b, 1845).

- **BÁLSAMO NEGRO. BALSAMO DEL PERU. BÁLSAMO PERUVIANO.** Producto balsámico líquido del Myroxylon pereirae (1853). Leguminosa.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante enérgico, se emplea contra los catarros crónicos e incluso en la tisis pulmonar. Diurético. Con él se preparan una tintura y un jarabe. Exteriormente se usaba para curar las úlceras sórdidas. Se describe un ungüento balsámico peruviiano como antiséptico y desecante (1853, 1865). En la farmacopea Matritense de 1823 se describe: *Reseca, resuelve y digiere. Dado interiormente aprovecha en el asma, corrige el temperamento frío del estómago y cura la debilidad inveterada de las entrañas. Aplicado exteriormente sana las heridas recientes, detiene la podredumbre que pueden tener y limpia las úlceras cancerosas y sórdidas* (1823)

❖ Infusiones:

- Amarga: libra y media
- Flor de malva
- Sudorífica
- Té dulcificado
- Tila: 1 libra

- **INFUSIÓN AMARGA: LIBRA Y MEDIA**

En la revisión de las diferentes Farmacopeas encontramos como Infusión Amarga varios preparados. Estas tienen prácticamente la misma composición, manteniendo como constante dos especies:

- Genciana:²⁹⁶
- Centaura:²⁹⁷

Dependiendo de la farmacopea consultada se añaden otros componentes, así:

²⁹⁶ Ver su descripción (Página 222).

²⁹⁷ Ver su descripción (Página 223).

- **POCION AMARGA:** infusión de Centaura Menor junto a Tintura de Genciana. Se le añade Jarabe de Canela como excipiente. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Dispepsia y atonía de los órganos digestivos (1841b).
- **INFUSIÓN AMARGA** o **INFUSIÓN DE GENCIANA COMPUESTA:** Infusión de raíz de genciana, de centaura menor y de trébol acuático. Existen otras variedades de esta FM (8), pero siempre manteniendo la genciana. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es amarga y tónica, se recomienda en la atonía del estómago. (1829b).
- **INFUSIÓN AMARGA:** infusión de cardo santo, de camedrios y de camepitios; junto a flores de centaura menor, de hipérico y lúpulo. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es amarga y se recomienda para fortificar el estómago (1829b).
- **COCIMIENTO AMARGO:** Cocimiento de especies amargas junto a genciana. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Recomendada en los casos en que se supone el estómago debilitado, como en las dispepsias, la falta de apetito, en las convalecencias y cuando la lengua se halle cargada (1829b).

Cocimiento de Especies Amargas: infusión de hojas de camedrios, sumidades de centaura menor y de ajenjos (1:1:1). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Clorosis, afecciones gotosas y convalecencia de las fiebres intermitentes (1841b, 1847b, 1853, 1865).

Camedrios: Teucrium chamaedrys L. Labiadas, planta común en los bosques de España y de la cual se empleaban las sumidades floridas por sus propiedades tónicas y diaforéticas. USO: excitantes amargo y tónico. (1853, 1865). Normalmente se usa junto a la centaura.

- **INFUSIÓN DE FLOR DE MALVA**

- **MALVA.** Malva silvestris L. Malvácea.

En farmacia se usa la hoja, la flor y la semilla. La flor se usa en infusión.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Emoliente y pectoral. Son sudoríficas. Se usa al interior y exteriormente en el tratamiento de las flegmasías. (1865, 1853, 1865).

Forma parte junto a las flores de gordolobo y de amapolas de las denominadas *Especies Béquicas* (Flores pectorales o flores cordiales). Se usan mucho en infusión (1841a, 1853).

- **INFUSIÓN SUDORÍFICA**

Como tal no se registra ninguna FM, pero sí se describen:

- **POCIÓN SUDORÍFICA:** En la farmacopea de 1829 se describen varias FM con este nombre:
 - Extracto de acónito, flores de azufre, vino antimonial e infusión de saúco. *Para tomar á cucharadas.* USO: aconsejado en las alecciones cutáneas, en la gota y en los reumatismos.
 - Sal amoniaco, goma arábica, resina de guayaco, jabón de alicante, jarabe de culantrillo y agua común.
 - Acetato de amoniaco, vino tinto, tintura de canela y jarabe simple.
 - Infusión de sauco, tártaro estibiado y miel. *Para beber poco a poco en las afecciones reumáticas y golosas.*
- **TISANA SUDORÍFICA:**

Se describen varias FM con esta denominación:

- Palo guayaco raspado, raíz de zarzaparrilla, de sasafrás, de regaliz y agua (1829b, 1840).

- Especies sudoríficas y agua caliente. se digiere durante cuatro horas, se cuele y se añade jarabe de zarzaparrilla compuesto. (1841b, 1841c).
- Raíz de zarzaparrilla, de bardana, de regaliz y agua común. (1841b, 1841c).
- Raíz de bardana, cebada, simiente de hinojo y agua, añádase al líquido jarabe del cocinero (1829^a).
- También se registran varias FM con la denominación “**ESPECIES SUDORÍFICAS PARA INFUSIÓN**”:
- Sasafrás rasurado, flor de saúco, de amapola, hojas de borraja. USO: Son aromáticas y sudoríficas. (1841a, 1841b, 1847b, 1853).
- Zarzaparrilla, raíz china, raíz de regaliz, rasuras leño guayaco y sasafrás. USO: sudoríficas, enfermedades venéreas y reumatismo. Denominadas también *Especies sudoríficas del Dr. Smith o cuatro leños* (1841b, 1853, 1865).

• **INFUSIÓN DE TÉ DULCIFICADO**

- **TÉ:** Las diferentes variedades que se encontraban en el comercio provenían de las hojas secas del Thea chinensis L. Camelias, arbusto de origen chino. Presenta dos variedades Thea bohea y Thea viridis L. El primero produce los tés negros y el segundo los tés verdes (1841a, 1853, 1865).

El té contiene tanino, cafeína un aceite volátil, extractivo, una materia colorante, un ácido particular, goma, una resina, clorofila y albúmina (1853).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: La infusión de té es estimulante, estomáquica. Diurética y diaforética. Es un remedio vulgar contra las indigestiones. Otra característica importante era su uso para disminuir el amargor del sulfato de quinina. (1841a, 1853, 1865).

Sin embargo, se usa sobre todo como *bebida de agrado*.

• **INFUSIÓN DE TILA: 1 LIBRA**

- TILO. Tilia europea L. Liliáceas.

En farmacia se utilizan las flores, se emplean muy comúnmente en infusión. Estas flores tienen aceite volátil, tanino, azúcar, mucha goma y clorofila.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: antiespasmódicas y diaforéticas. Se usa en un gran número de afecciones nerviosas. También se usan como excipiente y como vehículo ordinario de las pociones antiespasmódicas.

El hidrolato de flor de tila se usa también con frecuencia como excipiente en diversas pociones.

(1841a, 1853, 1865).

❖ Jarabe de Ipecacuana: 1 onza
Jarabe de Altea: 2 onzas

- **JARABE DE IPECACUANA:**²⁹⁸
- **JARABE DE ALTEA:**²⁹⁹

INDICACIÓN GENERAL: Se trata de un jarabe pectoral. Expectorante y demulcente.³⁰⁰

²⁹⁸ Ver apartado Cocimientos. (Página 255).

²⁹⁹ Ver su descripción (Página 213-214).

³⁰⁰ Ver la descripción de Extracto de Belladona y Pomada de Cicuta (Página 221).

- ❖ Acetato de morfina: 8 gramos
- Extracto de belladona: 1 dracma
- Pomada de cicuta: 1 onza

Acetato de morfina:³⁰¹

- **ACETATO DE MORFINA:**

Se obtiene a partir de la morfina cristalizada y el ácido acético (1840).

Es narcótico en alto grado.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se usa en los mismos casos que el opio y sus preparados se emplean al exterior. Anodino, calmante. Es sedante en las neuralgias, cánceres y otras enfermedades. (1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

INDICACIÓN GENERAL: Encontramos en (1853), *Alguna vez, con el fin de hacerlos mas calmantes, se les añade una corta cantidad de polvo de belladona o de acetato de morfina* aplicado a varias FM. En esta FM tópica, pomada, su acción Calmante se refuerza con la presencia de tres principios activos.

- ❖ Extracto de opio: 2 gramos
- Extracto de regaliz

- **EXTRACTO DE OPIO. Extracto Acuoso de Opio:**³⁰²
- **EXTRACTO DE REGALIZ:**³⁰³

Como se recoge en la descripción de varias de las FM el extracto de regaliz se utiliza como aglutinante para dar consistencia a diferentes preparados orales.

Extracto de Regaliz:

Encontramos una FM donde esta preparación es descrita tal cual, añadiendo para dar consistencia azúcar y goma arábiga. Es la Pasta de Regaliz Opiada o Parda. Con la indicación de Calmante y demulcente. (1830, 1841b, 1865).

Igualmente encontramos esta asociación en múltiples FM junto con otros principios activos (FM pectorales, balsámicas, antidiarreicos, anticatarrales...) (1793, 1841b, 1853, 1865) podría tratarse de una preparación para añadir a la elaboración de otras FM mas complejas.

INDICACIÓN GENERAL: Las indicaciones del opio.

- ❖ Quina loja en polvo: 1 onza
- Alcanfor en polvo: 1 dracma
- Polvos rosas: 1 dracma

- **QUINA LOJA:**³⁰⁴
- **ALCANFOR**³⁰⁵

³⁰¹ Ver también la descripción de Opio en el apartado de fármacos más usados (Página 247 y ss.).

³⁰² Ver descripción de Opio en el apartado de fármacos frecuentes (Página 247 y sucesivas).

³⁰³ Ver descripción de Regaliz (Página 212-213).

³⁰⁴ Ver en el apartado de fármacos muy frecuentes la descripción de quina loja o quina gris. (Página 247 y ss.).

³⁰⁵ Ver la descripción de alcanfor. (Página 218). Ver igualmente la preparación de quina alcanforada (Página 218).

- **POLVOS ROSAS:** Polvo de pétalos de rosa rubra (1793, 1830, 1840, 1841a, 1865).

- Rosa Rubra. Rosa Castellana. Rosa Roja. Rosa gallica L. Rosacea. El Pétalo del capullo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Astringentes y tónicas. Se usa en los flujos mucosos y en las hemorragias pasivas. En infusiones, conservas, polvo para externo y su zumo para la preparación de la miel rosada. (1823, 1841a, 1841b, 1845, 1865).

Polvo de Rosa Rubra: es astringente y detiene los cursos de vientre y el vómito; la mayoría de las veces sirve como excipiente para preparar las píldoras magistrales (1793, 1841a, 1841b, 1841c, 1865).

Se describela FM Conserva o Electuario simple de rosas rojas compuesta de Rosas rubras en polvo, Azúcar y agua de rosas cuya indicación es Astringente. (1841a, 1865).

INDICACIÓN GENERAL: Contra las fiebres intermitentes. Tónica neurasténica

- ❖ Calomelanos: 1 escrúpulo
- Goma resina de guayaco: 1 escrúpulo
- Goma resina de Catecú: 2 dracmas
- Agua destilada: 2 libras

- **PROTOCLORURO DE MERCURIO. CALOMELANOS:** El mercurio combinado con el cloro en estado de protóxido, constituye el proto-cloruro, llamado vulgarmente mercurio dulce, calomelanos, panacea mercurial, precipitado blanco. Águila Blanca. Cloruro Mercurioso Sublimado. Muriato de Mercurio Sublimado (1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Alterante y purgante, según la dosis a que se administre. Como alterante, de un octavo de grano a medio grano (6 a 25 miligramos). Como purgante, de cuatro a ocho granos (2 a 4 decigramos). Se usa como vermífugo. (1823, 1841a, 1841b, 1853).

A dosis pequeñas su acción es la misma que la de las demás preparaciones mercuriales.³⁰⁶

- **GOMA RESINA DE GUAYACO: o Resina de Palo**

- **GUAYACO. PALO SANTO.** Guayacum officinale L. Rutáceas. Se utiliza el Leño o palo, la Corteza del mismo y el producto resinoso. Las farmacias lo preparan en polvo, cocimiento, extracto y tintura.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: El palo y la resina de guayaco obran como excitantes generales y se los ha alabado como diaforéticos. Se usan en la gota, en el reumatismo crónico, en ciertas afecciones crónicas de la piel, en las enfermedades venéreas antiguas y rebeldes, en las afecciones escrofulosas. El palo se usa ordinariamente en la sífilis, y la resina se prefiere en el reumatismo y en la gota. Esta resina a grandes dosis obra como purgante. (1793, 1829a, 1841a, 1830, 1853, 1865).

- **GOMA RESINA DE CATECÚ:** CATECU. Catecú, Cato, Tierra Japónica (se creyó en un principio que era de origen mineral). Extracto de Mimosa catechu, L. (1829b, 1841a, 1853, 1865).

³⁰⁶ Ver descripción de mercurio (Página 215).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un excelente astringente en las hemorragias pasivas, despeños crónicos, flores blancas, y enfermedades ventosas. Es también útil en los catarros crónicos, y tisis con expectoración muy abundante: a veces tomada por la boca o en lavativas ha calmado algunos de los cólicos que llaman de pintores. (1823, 1841a, 1841c, 1845, 1853). Últimamente se recomienda también para fortalecer los dientes, y corregir el mal olor de la boca y las úlceras (1823). Es un buen astringente, que tiene el mismo modo de obrar que el tanino; es útil en la dispepsia acompañada de diarrea, cuando se administra dosis pequeñas. Es al mismo tiempo astringente y corroborante, y es útil para combatir el escorbuto, las hemorragias y la leucorrea. También como dentífrico (1841a, 1841c, 1841b, 1853).

Preparaciones: En polvos, infusión, tintura, tabletas, extractos, granos, jarabe, etc. Incluso como inyección astringente se usa en la leucorrea y en la gonorrea crónica. (1829b, 1841b, 1853, 1865).

INDICACIÓN GENERAL: Se describen varias FM antiartríticas y antireumáticas donde se asocia calomelanos y resina de guayaco (1822, 1841c, 1853).

- ❖ Agua de Melissa: 1/2 libra
- Tintura de digital: 1 escrúpulo
- Jarabe simple: 1 onza

Protocloruro de mercurio: 6 gramos
Tridacio: 1 escrúpulo
Preparar 30 píldoras

- **AGUA DE MELISA:**

- MELISA. Torongil. La Hoja y la Sumidad de Melissa officinalis L. Labiada. (1865, 2, 1853, 1841a,

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Estimulante poco enérgico y antiespasmódico que se usa en las afecciones nerviosas. Facilita la digestión, es algo emenagoga y diaforética; se da especialmente en el histerismo. (1841a, 1845, 1853).

Uso: En infusión. También es muy citado el alcoholato (*Agua Carmelitana*). (1841a, 1845, 1853).

Aunque se recoge que en infusión *casi es nula, pues solo puede contener muy corta cantidad de aceite volátil* (1845).

AGUA DE MELISA: Obtenida por destilación de las hojas y sumidades de melisa en agua.

USO: Antiespasmódico. Se usa sobre todo como excipiente, es el vehículo ordinario de las pociones calmantes (1845, 1865).

- **TINTURA DE DIGITAL:**³⁰⁷
- **PROTOCLORURO DE MERCURIO. CALOMELANOS:**³⁰⁸

A esta dosis, 4 granos por píldora, se encuentran otras píldoras como purgantes y vermífugo en niños. (1841b).

³⁰⁷ Ver descripción DIGITAL en el apartado de medicamentos frecuentes (Página 247 y ss.).

³⁰⁸ Ver descripción (Página 215).

- **TRIDACIO.** Extracto de Lechuga. Se extrae por expresión del tallo de la lechuga, próxima a florecer. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calmante enérgico, sin producir narcotismo. (1841a, 1865).
 - LECHUGA CULTIVADA. Lactuca sátiva L. Es emoliente y sedante cuando está próxima a florecer, su tallo contiene un jugo lechoso; en este estado se emplea para obtener el hidrolato y el extracto (tridacio) (1853). *Se quiere suponer que el nombre de lechuga le viene de que aumenta la leche a las nodrizas.* (1853).

INDICACIÓN GENERAL: indicaciones de la digital y se le asocia efecto calmante y alterante.

❖ Sulfato de potasa: 2 dracmas
 Agua: 2 libras

- **SULFATO DE POTASA.** Tártaro vitriolado, Sal de Duobus o Sal Policresta de Glazer.

El sulfato de potasa es blanco e inodoro; su sabor es amargo y desagradable;

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Purgante poco activo, usado principalmente a dosis bajas para disminuir la secreción de la leche después del parto (remedio popular para hacer perder la leche de las nodrizas) y en los casos de enfermedades crónicas del hígado.

Como purgante, media a una onza en disolución; como antilácteo, dosis de 1 a 2 dracmas en 2 libras de tisana apropiada. (1823, 1829b, 1841a, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: dado que “*es aperitivo y purgante poco usado en el día como no sea para las nodrizas cuando dejan de lactar*” (1853) y por la composición descrita parece indicar que esta preparación está destinada a disminuir la secreción de leche.

❖ Flor blanca: 1/2 libra
 Jarabe de caracoles: 2 onzas

- **FLOR BLANCA.** Se trata de la flor de la camomila, Manzanilla Romana.³⁰⁹ Anthemis nobilis L.³¹⁰

- **CARACOLES.** Gasterópodo Pulmonado, sobre todo se usaba el Helix Helix Pomatia L. o de la vid. En caso necesario podemos usar el caracol común (H. hortentis). Se usa el animal separado de su concha. (1829b, 1840, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Uso sobre todo en enfermedades del pecho por los principios mucilaginosos que contienen. Demulcentes y pectorales. (1841a).

Hidrolado de caracoles (Caldo de Caracoles) y Jarabe de caracoles se usan en bronquitis y al principio de las tisis.

Se preparan sacarolados, jarabes, pastas, pastillas y caldo. *Estas preparaciones son bastante gratas al gusto* (1829b, 1830, 1841a, 1841b, 1853, 1865).

³⁰⁹ Ver descripción de Manzanilla Romana (Página 223).

³¹⁰ Cf. Dioscórides Interactivo. Universidad de Salamanca. <http://dioscorides.usal.es/>.

INDICACIÓN GENERAL: Preparación que une las propiedades estomática, carminativa y antiespasmódica de la manzanilla a las propiedades demulcentes y pectorales del jarabe de caracoles.

- ❖ Percloruro de hierro: 1 escrúpulo.³¹¹
Agua: 1/2 libra

INDICACIÓN GENERAL: Hemostático

- ❖ Extracto de opio acuoso: 1,5 gramos
Acetato de plomo cristalizado: 2 gramos
Preparar 4 pastillas

- **EXTRACTO DE OPIO ACUOSO:**³¹²
- **ACETATO DE PLOMO CRISTALIZADO. SAL DE SATURNO. AZUCAR DE SATURNO.** Acetato de plomo cristalizado o puro. (En farmacia se purifica por solución y cristalización el acetato plúmbico impuro).
 - Acetatos de plomo. Se distinguen en farmacia dos acetatos de plomo: Cristalizado y Líquido (acetato de plomo diluido en el agua). El líquido se utiliza al exterior y se emplea con frecuencia exteriormente en colirios, lociones, inyecciones etc., como resolutivo, secante y astringente, en las contusiones, luxaciones, quemaduras, sabañones, leucorreas, blenorreas, varias enfermedades de la piel, en la oftalmía etc. (1823, 1841a, 1841b, 1841c, 1853).

Acetato de Plomo Cristalizado: ACCIÓN TERAPÉUTICA: *Interiormente:* Como astringente en las diarreas colicuativas, hemorragias pasivas y contra los sudores de los tísicos; se aconseja en las neuralgias. *Exteriormente* es astringente y repercusivo. Se describen varias formulaciones (píldoras) con estas indicaciones (1823, 1841a, 1841b, 1841c, 1853).

Destacar que es uno de los *principios activos* que tiene más incompatibilidades descritas. En la farmacopea 1841a se describe que es incompatible con 24 específicos. En las diferentes farmacopeas se describen varias FM con esta composición. Destacamos:

Mistura Calmante Astringente (Monin): Acetato de Plomo y Extracto de Opio en agua destilada. Indicación: disentería. Píldoras Estípticas (Dumeril): Acetato de plomo y Opio, como aglutinante Extracto de Regaliz, Indicación: diarreas crónicas y colicuativas. Polvos Antitísicos: Acetato de Plomo, Opio y Azúcar. Indicación: para combatir los sudores y las diarreas colicuativas de los tísicos. (1829a, 1841a, 1841b, 1853).

INDICACIÓN GENERAL: Astringente para combatir los sudores y las diarreas colicuativas de los tísicos. Potenciado al añadir dos específicos con esas indicaciones.

- ❖ Ungüento de estoraque: 2 onzas
Quina loja: 2 dracmas

³¹¹ Ver descripción de percloruro de hierro en el apartado de fármacos frecuentes (Página 247 y ss.).

³¹² Ver descripción de opio en el apartado de Fármacos Frecuentes (Página 247 y ss.).

- **UNGÜENTO DE ESTORAQUE**

- **ESTORAQUE:** El Estoraque es un tipo de bálsamo, en la farmacopea encontramos que cuando se cita estoraque se refiere a estoraque calamita (1823).

Hay tres especies de estoraque: la primera es el que se llama estoraque calamita o en granos, el cual es tanto mejor cuanto más limpios y puros sean los granos de que se compone, y cuanto más tenaz, grasiento y rojo sea. Se usa exteriormente como tópico estimulante o en fumigaciones. (1823, 1841a). La segunda especie de estoraque es la que viene en masas rojas y se llama común. Se debe elegir el que sea puro, resinoso, grasiento, compacto, de color rojo, de sabor acre y olor fragante. Es calefaciente, desecante y discuyente, por cuya razón conforta la cabeza y nervios, y resuelve y disipa bien los humores acres o catarros.

La tercera especie de estoraque es el líquido, que se forma en las oficinas; no es más que una mezcla de estoraque, trementina, vino y aceite, que viene en barriles y le venden los drogueros por estoraque nativo. Es balsámico y vulnerario y entra con particularidad en la composición de ungüentos, emplastos y en otras composiciones. (1823). Como específicos encontramos el ESTORAQUE líquido, producto balsámico del Liquidambar Orientale y el ESTORAQUE SÓLIDO o ESTORAQUE CALAMITA, Producto balsámico del Styrax officinale L. (1823, 1841a, 1865). Según las farmacopeas la especie se denomina de otra manera.

UNGÜENTO DE ESTORAQUE: se compone de pez griega o colofonia junto a resina elemí, cera amarilla, aceite de nueces y estoraque líquido. (1841a, 1841c, 1847a, 1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: excitante y detergente (1); se usa comúnmente como secante. Muy alabado como *estimulante de las úlceras indolentes*. (1840, 1841a, 1841c, 1847a, 1847b, 1853).

- **QUINA LOJA:**³¹³

INDICACIÓN GENERAL: Cura las úlceras sórdidas e indolentes a los que se asocia los efectos de la quina.

- ❖ Extracto de opio: 2 gramos
Extracto de regaliz

- **EXTRACTO DE OPIO. Extracto acuso de opio.**³¹⁴
- **EXTRACTO DE REGALIZ:**³¹⁵

Como se recoge en la descripción de varias de las FM el extracto de regaliz se utiliza como aglutinante para dar consistencia a diferentes preparados orales.

- ❖ Sulfato de potasio disuelto en : Litro y medio de agua
Para un baño general

³¹³ Ver en el apartado de fármacos muy frecuentes la descripción de quina loja o gris. (Página 247 y ss.).

³¹⁴ Ver su descripción en el apartado de Fármacos Frecuentes (Página 247 y ss.).

³¹⁵ Ver su descripción (Página 212-213).

- **SULFATO DE POTASIO. Sulfato de Potasa.**³¹⁶

- ❖ Pomada de belladona: 2 dracmas
Ungüento de mercurio: 2 dracmas.³¹⁷

INDICACIÓN GENERAL: Como se describe en la descripción de dicha FM tiene las mismas indicaciones.

- ❖ Extracto de acónito: 3 gramos.
Jarabe de goma: 1 onza.

- **Extracto de acónito:**³¹⁸
- **Jarabe de Goma:** resulta de añadir jarabe simple o azúcar clarificada a la Goma Arábica.³¹⁹

Se describe una FM muy parecida: Jarabe de acónito: formado por extracto de acónito (de zumo no depurado), 0,1 gramos; Alcohol de 56, 0,25 gramos y Jarabe simple, 32 gramos. Nota: *Extracto de acónito: El obtenido del zumo no depurado es el que debe darse cuando el médico prescribe el estrado de acónito sin designación alguna.* (1840).

INDICACIÓN GENERAL: Las mismas que las del extracto de acónito.

- ❖ Bálsamo perubiano negro: 1/2 onza
Ungüento de estoraque: 2 onzas

- **BÁLSAMO PERUBIANO NEGRO:**³²⁰
- **UNGÜENTO DE ESTORAQUE:**³²¹

INDICACIÓN GENERAL: Asociación de dos FM que comparten efecto en uso externo y que parece indicar que se refuerza al asociarlos: curar las úlceras sórdidas e indolentes

- ❖ Ungüento de estoraque: 2 onzas
Bálsamo negro: 2 dracmas
Quina loja en polvo: 2 dracmas

- **UNGÜENTO DE ESTORAQUE:**³²²
- **BÁLSAMO NEGRO:**³²³
- **QUINA LOJA:**³²⁴

³¹⁶ Ver su descripción (Página 236).

³¹⁷ Ver la Fórmula Magistral: Ungüento Napolitano / Extracto de Belladona y Cicuta (Página 216).

³¹⁸ Ver su descripción (Página 221).

³¹⁹ Ver descripción de Goma Arábica. (Página 211).

³²⁰ Ver su descripción en el apartado de Bálsamos (Página 226).

³²¹ Ver su descripción (Página 238).

³²² Ver su descripción (Página 238).

³²³ Ver su descripción en el apartado de Bálsamos (Página 230).

INDICACIÓN GENERAL: Asociación de dos FM que comparten efecto en uso externo y que parece indicar que se refuerza al asociarlos: curar las úlceras sórdidas e indolentes a los que se le asocia los efectos de la quina.

- ❖ Glicerina: 1/2 dracma
- Agua: 6 onzas
- Tanino: 1/2 dracma

- **GLICERINA:** se compone de Litargirio en polvo fino 5 partes, Aceite de olivas 9 partes y agua 3 partes. **ACCIÓN TERAPÉUTICA:** Emoliente. Pero sobre todo se usa como excipiente en múltiples preparaciones tópicas. (1865).

La glicerina, principio dulce de los Aceites, u óxido de glicerilo *ha sido preconizada como medicamento*, particularmente en algunas afecciones cutáneas y contra la sordera accidental. Puede obtenerse también al saponificarse una materia grasa por una lechada de cal. Es también un poderoso disolvente; pues disuelve la mayor parte de solutos que se disuelven en el agua y en el alcohol (1845).

- **TANINO.** Ácido Tánico.

Existe en casi todas las sustancias vegetales llamadas astringentes, pero el tanino de las farmacias se obtiene de la nuez de agalla. Se prepara a partir de las agallas pulverizadas con un volumen igual de éter de 56° y evapórese en una estufa a un calor suave (1845, 1865).

- **AGALLA:** Excrecencia producto de la picadura de un insecto (*Cynips quercus folii*) en *Quercus infectoria* L. (encina). Se recoge con el insecto dentro. Las mejores agallas son las procedentes de Alepo, llamadas “del comercio” (1853).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un astringente muy energético. Deba usarse interiormente con mucho cuidado, porque a grandes dosis ocasiona dolores de estómago y vómitos. Sirve de antídoto de los eméticos. Se usa en gargarismos para combatir la salivación mercurial. Fuente importante de ácido tánico. Excelente febrífugo. (1829a, 1841a, 1845, 1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Astringente energético, tónico y estomacal. Se usa en ciertas dispepsias y contra las hemorragias: tiene también una acción especial sobre el útero y es útil en las metrorragias. Se le emplea en píldoras, pociones o lavativas en las hemorragias y diarreas; en inyecciones contra la leucorrea y blenorrea y en pomada para la caída del pelo. Se le ha preconizado también en las fiebres de acceso y la astenia. Se emplea como contra-veneno en muchos alcaloides y en particular en los del opio. (1841a, 1853, 1865).

Se describen varios preparados tópicos como Pomadas de Tanino, siendo la base grasa o manteca de cerdo a la que se le añade tanino en agua. Sus indicaciones son *atonía de las úlceras, relajación de ciertos órganos y hernias de los niños* (1841a, 1853, 1865).

INDICACIÓN GENERAL: En esta preparación se sustituye la base de grasa de cerdo por glicerina. Sus indicaciones serán las ya descritas.

³²⁴ Ver en el apartado de fármacos muy frecuentes la descripción de quina loja o quina gris. (Página 247 y ss.).

- ❖ Subcarbonato de hierro: 1/2 escrúpulo
Sulfato de quinina: 14 gramos
Preparar 8 píldoras

- **SULFATO DE QUININA:**³²⁵
- **SUBCARBONATO DE HIERRO:**³²⁶

Se describe una FM semejante: “Bolos tónicos y estomacales”: Extracto acuoso de quina y Sub-carbonato de hierro. Aglutinados con Jarabe de cascara de naranja. En la dispepsia. (1841a, 1841b).

INDICACIÓN GENERAL: Dispepsia

- ❖ Cocimiento de Taraxacon: 4 libras
Jarabe aperitivo: 4 onzas

- **COCIMIENTO DE TARAXACON**
 - **TARAXACON.** Diente de León. Corona de Fraile. Leontodon Taraxacum L. Compuesta.
En farmacia se utiliza la raíz y la hoja. Se usa sobre todo el extracto.
ACCIÓN TERAPÉUTICA: Tónico y fundente. Aperitiva. Diurética (1841a, 1853, 1865).

Cocimiento de Taraxacom: ACCIÓN TERAPÉUTICA: Diurética y aperitiva. (1841a, 1853, 1865).

• **JARABE APERITIVO.** Resulta complicado saber a qué preparado se refiere exactamente dado que con el nombre de “aperitivo” encontramos muchas FM. Se describen cocimientos, apozemas, sueros y jarabe aperitivos. Vamos a describir algunos ejemplos, dependiendo de las farmacopeas pueden variar alguno de los específicos que citamos:

- Suero Aperitivo: donde entra a formar parte: Suero clarificado y Taraxacon, Perifollo, Berros, Fumaria. Se hierva todo. Se añade sal y miel. 4 vasos todas las mañanas (1853)
- Apozema Aperitivo: Raíz de acebo, de espárragos; Corteza de saúco, de fresno; Hojas de achicorias, de pimpinela, de escolopendra, de agrimonia; Sumidades de espárragos, de lúpulo. Agua. Añádase a esta: Jarabe de las cinco raíces y Carbonato de potasio. Aromatícese con: Tintura de canela. Para lomar por la mañana durante seis días. (1829a, 1853).
- Cocimiento Aperitivo o Cocimiento de Grama Compuesta (Farmacopea Española): Raíz de grama y de rubia, Regaliz raspado y machacado. Se disuelve en Nitrato de potasa puro, aperitivo y refrigerante, se usa en las obstrucciones del vientre, ascitis (1841a, 1865).

Como Jarabe aperitivo si se describe como tal una FM:

Jarabe Aperitivo o Jarabe de las cinco raíces aperitivas: Raíz de apio, hinojo, perejil, espárrago, brusco. Se añade Jarabe simple

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es aperitivo y antiespasmódico. (1829a, 1853). Expele la orina (1823)

INDICACIÓN GENERAL: Aperitivo

³²⁵ Ver descripción en el apartado de fármacos muy frecuentes (Página 247).

³²⁶ Ver descripción en el apartado de fármacos frecuentes (Página 247 y sucesivas).

- ❖ Digital: 1 escrúpulo
Nitrato de potasa: 2 dracmas
Prepara 12 papeles
- **DIGITAL:**³²⁷
- **NITRATO DE POTASA:**³²⁸

INDICACIÓN GENERAL: La Digital tiene un poderoso efecto diurético, aunque para esta indicación se le suelen asociar otros por asegurar y aumentar su acción, como la escila, el nitro etc (1853).

- ❖ Aceite de manzanilla: 2 onzas
Tintura de digital: 1 dracma

INDICACIÓN GENERAL: Esta preparación es similar a la descrita en la página 338, pero con menor efecto diurético al no asociar la escila a la digital

- ❖ Calomelanos: 1/2 escrúpulos
Extracto de cicuta: 1/2 escrúpulo
Extracto gomoso de opio: 1 gramo
Preparar 24 píldoras
- **PROTOCLORURO DE MERCURIO. CALOMELANOS:**³²⁹
- **EXTRACTO DE CICUTA:**³³⁰

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Calmante; considerada además como resolutive de los infartos dolorosos. (1829a, 1829b, 1841a, 1853).

- **EXTRACTO GOMOSO DE OPIO: o Extracto acuoso de opio:**³³¹

La asociación de mercurio y extracto gomoso de opio es muy frecuente en FM para el tratamiento de la sífilis.

INDICACIÓN GENERAL: Tratamiento de la sífilis asociado a calmantes.

- ❖ Ungüento napolitano: 1/2 libra
Pomada de belladona: 1/2 onza³³²

INDICACIÓN GENERAL: Como se describe en la descripción de dicha FM tiene las mismas indicaciones.

- ❖ Manteca de cerdo: 2 onzas

³²⁷ Ver descripción DIGITAL en el apartado de medicamentos frecuentes (Página 247 y sucesivas).

³²⁸ Ver descripción de nitrato de potasio (Página 236).

³²⁹ Ver descripción (Página 234).

³³⁰ Ver su descripción (Página 220).

³³¹ Ver su descripción en el apartado de Fármacos Frecuentes (Página 247 y ss.).

³³² Ver la Fórmula Magistral: Ungüento Napolitano / Extracto de Belladona y Cicuta (Página 220).

Espermas de ballenas: 2 dracmas
Alcanfor: 2 dracmas

- **ESPERMA DE BALLENA:**

ESPERMA DE BALLENA. Materia grasa que existe en gran cantidad en disolución en el aceite que rodea al cerebro del cachalote, es emoliente (1823, 1829a, 1841a, 1865).

Antiguamente se usaba mucho en la Medicina atribuyéndole varias virtudes, especialmente en las enfermedades catarrales, úlceras del pulmón, de los riñones: en el día solo se administra, aunque pocas veces, como atemperante en afecciones inflamatorias del pecho (1845).

Forma parte de bastantes FM tópicas siendo la mas citada y renombrada el Emplasto de Esperma de Ballena, en su composición aceite de almendras dulces y oxido de plomo. Sirve para deshacer los grumos de leche por cuya razón se usa en unturas para los pechos en las nodrizas (1829a, 1841a, 1853, 1865).

- **ALCANFOR.**³³³

INDICACIÓN GENERAL: Se trata de una preparación tópica de alcanfor

Se describen en la farmacopea de 1829 dos FM donde entran a formar parte grasa de cerdo, esperma de ballena y alcanfor junto a otros componentes (aceite de manzanilla, emplasto de ranas, trementina). Ambas denominadas Emplasto para los pechos (1829b). En esta misma farmacopea se describe la Pomada Alcanforada: *manteca fresca de vacas, esperma de ballena y cera blanca. Licúense y añádase triturando alcanfor en polvo y óxido de zinc. Usada en particularidad en las enfermedades de los párpados, en cuyos bordes se aplica extendida en tiritas de lienzo fino.* (1829b).

- ❖ Tipos de Horchatas empleadas:

- Cebada
- Arroz
- aguas gomosas

Las semillas machacadas y mezcladas con agua, una vez colado, el líquido obtenido tiene el nombre vulgar de horchata (emulsión) (1823, 1841a, 1829a, 1845, 1865).

El término horchata u *hordeada*, inicialmente se refería a una emulsión hecha con cebada pasando a denominarse así las emulsiones creadas con múltiples semillas; sin embargo, cuando se refieren a pepitas de horchata se refieren a la básica preparada con almendras. (1845, 1853).

La horchata, solamente es de lujo para poder lucirse un verdadero farmacéutico pues no todos lo elaboran cual debe ser (1845).

- **HORCHATA DE CEBADA**

- **Cebada. Cebada Perlada.** Hordeum perlatum. Gramíneas. Cebada despojada de su tegumento, reducida a la parte blanca y artificialmente se la ha redondeado y blanqueado (1853, 1865).

³³³ Ver su descripción (Página 300).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Demulcente. Emoliente. Pectoral. En forma de infusiones, cocimientos o caldos, tisanas y pociones (1829b, 1853, 1865).

- **HORCHATA DE ARROZ.**

- **Arroz:** Fruto del *Oryza sativa* L. Graminea.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Analéptico y emoliente. Nutritivo. Uso en las inflamaciones del tubo digestivo. Su cocimiento es un remedio muy popular contra la diarrea. En polvo (harina) se emplea algunas veces en cataplasmas para calmar la inflamación (1829a, 1841a, 1853, 1865).

No encontramos esta preparación como tal, sí la descripción de otras FM líquidas como tisanas y sobre todo cocimientos:

Cocimiento de arroz: Es emoliente y astringente. Se recomienda en la diarrea y la disentería, a esta bebida puede añadirse leche, cocimiento de catecú, jarabe de membrillo, cualquier jarabe acidulo o agua de rabel. (1829a, 1841a, 1841c, 1853, 1865).

Tanto las tisanas como los cocimientos se convierten en “gomosos” si se añade goma arábica, mantienen sus indicaciones de diarrea y disenterías agudas (1829a, 1841a, 1841c, 1853, 1865).

- **HORCHATA DE AGUAS GOMOSAS**

Se describe en muchas de las farmacopeas el término “agua gomosa” producto de mezclar goma arábica y agua³³⁴ para dar más consistencia a la formulación. Constituye la base de muchas FM. A su vez, con el término horchata hacemos referencia a diversas emulsiones de varias semillas.³³⁵

Como Horchata de aguas gomosas no se registra ninguna FM, sí que encontramos en la farmacopea de 5 la referencia: “Emulsión Gomosa”, constituida por mucílago de goma arábica, onza y media; emulsión común una libra. Mézclese (1829b).

Por lo tanto, todo parece indicar que estamos ante un preparado constituido por una emulsión a la que se le da más consistencia gracias a la goma arábica.

Respecto a la descripción de qué semillas se utilizarían, se describen:

Las farmacopeas de 1822 y 1841c citan el “agua de arroz gomosa” y “agua de cebada gomosa” tras evacuaciones por intoxicaciones o envenenamientos

En la farmacopea 1853 se describe como “emulsión gomosa” a la emulsión simple de almendras a la que se añade goma arábica. Indicaciones: Bebida atemperante y refrigerante.

- **Emulsión Común (F.E.):** Compuesta de semillas de melón, sandía o calabaza limpias a las que se añade almendras dulces sin cascara, echando poco a poco una pequeña cantidad de agua; y jarabe simple, (1841b). USO: refrigerante. La emulsión común de los hospitales de Madrid tiene la misma composición que la anterior y La emulsión común de los hospitales militares se diferencia de la anterior en que no contiene almendras dulces y no fija la cantidad de las semillas frías mayores. (1841b).

FÓMULAS MAGISTRALES DE LA BOTICA AÑO 1864

³³⁴ Ver descripción (Página 212).

³³⁵ Ver su descripción (Página 243).

- ❖ Agua lacticinosa: 3 onzas
- Ester sulfúrico. 2 dracmas
- Licor de Hoffman: 1 dracma
- Jarabe de cidra: onza y media
- Jarabe de goma y meconio: onza y media

- **AGUA LACTICINOSA**

Cuando ciertos productos que contienen aceites volátiles se mezclan con agua y alcohol y luego se destilan, el producto resultante se llama vulgarmente *Agua Lacticinosa* porque se presenta algo blanquecina a causa del aceite volátil que ha extraído por la destilación y que contiene en suspensión (1845). Lacticinoso, se usa igualmente en algunas referencias como adjetivo en las FM o preparados que se asemejan a lechoso.

En la revisión de las diferentes farmacopeas encontramos sólo como FM oficial de la farmacopea española: el AGUA LACTICINOSA DE CANELA (1823, 1841a, 1841b, 1845, 1865).

También se describe el AGUA LACTICINOSA DE CIDRA como componente del Jarabe de Cidra (1823, 1829a, 1841a).

AGUA LACTICINOSA DE CANELA. Canela, Agua y Alcohol. Se digiere en una vasija tapada por espacio de veinte y cuatro horas. Se añade agua y se destilan.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Excitante. Indisposiciones flatulentas y debilidad. (1841a, 1841b, 1865).

AGUA LACTICINOSA DE CORTEZA. De igual preparación que la anterior. Forma parte junto al azúcar del **jarabe de corteza de cidra**. Se mezcla a fuego lento y se cuele. Sólo se describe su uso en esta FM. (1823, 1829b, 1841a, 1841b, 1853, 1865).

Salvo en el jarabe de cidra, en todas las FM donde se registra que entra en su composición agua lacticinosa se refiere a la de Canela. (1823, 1827, 1841a, 1841b, 1845, 1865).

En el resto de las farmacopeas, incluida la 1853 no se describe. No es un término usado de forma frecuente. Cualquier específico que tenga en su composición aceites volátiles que podrían originar este tipo de preparado.

Por el contexto de la FM nos inclinamos a creer que en este caso se refiere al agua lacticinosa de cidra dado que como hemos visto en gran cantidad de FM se suele asociar específicos con la misma actividad.

- **ÉTER SULFÚRICO. Éter.**

Se prepara: Alcohol de 85⁰, 2 partes y Ácido Sulfúrico de 66⁰, 3 partes

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Potente acción excitante y difusiva. Se usa en Medicina como antiespasmódico, carminativo y como febrífugo. Se le hace respirar en el síncope y se aplica en la frente para curar las cefaleas. También sirve para las quemaduras Se usa en inhalación como anestésico. (1841a, 1853, 1865). Se administra en gotas en un terrón de azúcar o en una poción apropiada. Según algunos autores 2 gramos de éter unido a la tintura de opio o de morfina en proporción conveniente, constituyen el antiespasmódico mas eficaz que se puede usar (1853).

Es la base de los eterolados, del licor de Hoffmann, del jarabe de éter y del agua etérea. Dosis de 2 a 4 granos (1 a 2 decigramos). (1841a, 1853, 1865).

- **LICOR DE HOFFMAN.** Licor anodino mineral de Hoffman. Alcohol sulfúrico etéreo.

Se compone de Éter Sulfúrico y Alcohol rectificado de 90°, en proporción 4:1. (1829b, 1847b, 1865).

También se describe su composición como Espiritu de Vino, una onza y Éter Sulfúrico, cuatro onzas. (1841a).

Esta formulación tiene como objeto diluir el éter y de este modo disminuir el efecto con que actúa sobre los tejidos vivos. Se puede conseguir añadiendo una cantidad determinada de alcohol de una densidad conocida.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: es excitante, antiespasmódico, difusivo, muy enérgico, que a grande dosis produce la embriaguez y que a mayor dosis todavía es venenoso. Se usa en todas las enfermedades llamadas nerviosas. También se considera como febrífugo y antihelmíntico.

La mezcla de éter puro y alcohol puede prescribirse a la dosis de media a una dracma. (1803, 1829b, 1841a, 1865).

POCIÓN ETÉREA. Julepe etéreo, Poción calmante, Poción antiespasmódica

Con esta denominación se recogen varias formulaciones en 5; dos de ellas:

- Éter sulfúrico, 18 gotas y Poción gomosa 4 onzas. Mézclese
- Emulsión de simiente de cidra, 6 onzas y Licor de Hoffman 30 gotas. Mézclese

Se recoge en 2 FM diferentes cuatro componentes de la que estamos analizando. Parece que se intenta potenciar dichos efectos al formular integrando las dos descritas.

Calmante y antiespasmódica. (1829b). También en (1865) se describe la asociación de jarabe de cidra y éter sulfúrico como antiespasmódica. (1865).

- **JARABE DE CIDRA. Jarabe de corteza de cidra.**
 - **CIDRA.** Cidrero. Cidro; fruto y a veces la simiente del Citrus medica L. Auranciácea.
Es una variedad del limonero. En farmacia se usan el zumo, tiene las propiedades de todos los ácidos vegetales; la corteza, es tónica y carminativa y la simiente que es igualmente tónica. (1823, 1829b, 1841a, 1841b, 1865). La formulación mas usada es el Jarabe de Corteza de Cidra.

Jarabe de Corteza de Cidra. En su composición se reflejan el Agua lacticinosa de corteza de cidra y Azúcar. Se mezcla a fuego lento y se cuele.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es estimulante y tónico, se emplea como estomacal y carminativo. Corroborra el corazón y aprovecha en la palpitación de corazón. Es muy bueno para aromatizar pociones y preparaciones antiespasmódicas. (1823, 1829b, 1841a, 1841b, 1853, 1865).

- **JARABE DE GOMA Y MECONIO:** El jarabe de goma resulta de añadir jarabe simple o azúcar clarificada a la Goma Arábiga.

El extracto acuoso de Opio en jarabe simple se denomina Jarabe de Opio o de Meconio. Mismos efectos que el opio.³³⁶

INDICACIÓN GENERAL: Calmante, antiespasmódico y otras Indicaciones de los componentes.

- ❖ Tintura corroborante de With: 3 onzas
Jarabe de goma: 2 onzas

- **TINTURA CORROBORANTE DE WITH.** Tintura alcohólica de corteza de naranja. FM oficial de la farmacopea española.

Se compone de Cascara amarilla de naranjas, cuatro onzas; Raíz de genciana, una onza; Quina de Loja, dos onzas. Se quebrantan bien estas sustancias y se ponen a macerar 24 horas en: Espiritu de vino, dos libras. Después se filtra y se guarda para el uso.

³³⁶ Ver su descripción en el apartado de Fármacos Frecuentes (Página 247 y ss.).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: *Es un excelente tónico y corroborante y mucho mas si se echa en media copa de agua de nieve o muy fría.* (1823 y 1841c).

- **JARABE DE GOMA:** El jarabe de goma resulta de añadir jarabe simple o azúcar clarificada a la Goma Arábica.³³⁷

INDICACIÓN GENERAL: El jarabe de goma le da más consistencia y lo hace más dulce.

- ❖ Agua de Melisa: 4 onzas
Sulfato de quinina: 30 gramos

- **AGUA DE MELISA:**³³⁸
- **SULFATO DE QUININA:**³³⁹

INDICACIÓN GENERAL: Indicaciones de la quinina a las que se le asocia como excipiente un con ligero efecto antiespasmódico.

- ❖ Yoduro potásico: 1 dracma
Agua destilada: 8 onzas

- **IODURO POTÁSICO:**³⁴⁰

INDICACIÓN GENERAL: Las del ioduro potásico.

FÁRMACOS MUY USADOS

- ❖ Quinina: sulfato o valerianato

- **QUINA. CORTEZAS DE QUINA. CORTEZAS DEL PERÚ.** Corteza de diferentes árboles pertenecientes al género *Cinchona*, Rubiáceas.

La palabra quina viene de quina quina, palabras perubianas que significan corteza de las cortezas, (al parecer los indígenas doblaban el nombre de toda planta con eficacia curativa).

Quinas grises, su epidermis es gris. Se dividen en la de Loja o cascarilla fina o *Cinchona officinalis L.*; la de Lima que era menos apreciada; la de Huanuco o cascarilla provinciana; la de la Habana y la ferruginosa.

Quinas amarillas, las capas corticales son amarillentas, su sabor es mas amargo y menos astringente. Sólo hay una especie, la de Calisaya o quina amarilla real, *Cinchona Calisaya*.

Quinas rojas: Se reconocen fácilmente por su aspecto; sin embargo, el tinte rojo que las caracteriza no se halla siempre tan marcado. *Cinchona oblongifolia L.*, se incluían en este grupo la quina de Santa Fe y la quina naranjada en plancha.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Amarilla: febrífugo; Gris: tónico; Roja: los dos efectos

³³⁷ Ver descripción de Goma Arábica (Página 212).

³³⁸ Ver descripción (Página 236).

³³⁹ Ver su descripción (Página 247 y ss.).

³⁴⁰ Ver su descripción (Página 224).

La quina estaba colocada a la cabeza de los tónicos, también era específico para las fiebres periódicas, en las que sin embargo era preferible su alcaloide (sulfato de quinina o quinina); era el *remedio heroico en las fiebres perniciosas* y se empleaba con ventaja en las afecciones escrofulosas y escorbúticas. Se usa para aumentar las fuerzas digestivas; para combatir ciertas neuralgias periódicas y para reparar las fuerzas generales en las enfermedades asténicas. Al exterior las preparaciones de quina se utilizaban en los casos de úlceras sórdidas atónicas, en la gangrena general y en la gangrena hospitalaria. Se preparaban el polvo, los extractos blando y seco, el jarabe, el vino, la tintura, la infusión, el cocimiento para el exterior, las pastillas, la cerveza, el cerato, y además entraba en un gran número de medicamentos compuestos. (1841a, 1853, 1865).

La importancia de este medicamento queda reflejada simplemente con el dato de que se recogen 144 FM diferentes en las que participa la QUINA. (1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

Sulfato de quinina. Quinina. Sulfato quínico: se prepara a partir de la quina calisaya, añadiéndole ácido clorhídrico de 22° y agua. Un grano de sulfato de quinina representa cerca de sesenta granos de quina en sustancia (1841a).

Es uno de los *agentes más preciosos de la terapéutica*; es el específico de todas las enfermedades periódicas de cortos periodos en general, y en particular de las liebres intermitentes: también es un tónico poderoso

ACCIÓN TERAPÉUTICA: tónico-neurasténico y febrífuga, según la dosis y modo de administración. Alguna vez es necesario asociarlo al opio para que sea tolerado. En estos últimos tiempos se ha llegado a dar hasta 2 dracmas por día contra el reuma; pero ha ocasionado accidentes tóxicos. Dosis: De uno a cuatro granos (5 a 20 centigramos). (1829a, 1829b, 1853, 1865).

Valerianato de quinina: valerianato quínico. Se disuelve quinina en la menor cantidad posible de alcohol de 90° y se neutraliza con ácido valeriánico; se añade un volumen doble de agua destilada y se deja evaporar.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: tónico-neurasténico, febrífuga y antiespasmódica, según la dosis y modo de administración. Dosis: De uno a dos granos (5 a 1841a centigramos). (1853, 1865).

❖ Hierro: Píldoras de hierro, nº 10, 40, 60, 100 En forma de: Citrato, limaduras, lactato, carbonato o percloruro de hierro

• **HIERRO.** Metal, producto metalúrgico. Se emplea en estado de polvo fino; para obtener este polvo se reduce primero el hierro a **limaduras**, se contunden estas en el mortero, después se pasan por un tamiz y luego se porfirizan: si se emplean las limaduras del comercio es preciso antes de contundirlas separarlas del cobre que puedan contener por medio de un imán y después de contundidas aventarlas para privarlas del orín

Al hierro en polvo fino se le da el nombre de limaduras de hierro preparadas o porfirizadas.

Se emplea como tónico en las afecciones del sistema linfático y en todas las que se caracterizan por la debilidad e inercia de los órganos, como la clorosis, la amenorrea y flujos mucosos: modifica la sangre de un modo notable, ya sea combinándose con ella o ya mejorando su estado por la acción que ejerce sobre los órganos de la hematosi (1853).

Se usan también las sales férricas y las ferrosas: entre las primeras citaremos principalmente el **percloruro**, el **cloruro amoniacal**, el **citrato**, el **tartrato férrico-potásico** y el **peróxido** o **subcarbonato**; entre las segundas el **carbonato** (píldoras de Vallet y de Blaud), el **lactato** (pastillas de Gélis), el **sulfato**, el **ioduro** y el **cloruro**

SALES

- Cloruro férrico (o Sexqui cloruro de hierro o percloruro de hierro o clorhidrato de hierro), tónica reconstituyente y astringente, en disolución como hemostático.
- Cloruro ferroso (o proto cloruro de hierro o clorhidrato de protóxido de hierro o muriato de hierro), tónica reconstituyente.
- Ioduro ferroso (limaduras mas iodo puro y agua), reconstituyente y antiescrofulosa. Tónico y resolutivo
- Oxido ferroso-férrico, tónica-reconstituyente.
- Sulfato ferroso (ácido sulfúrico mas limaduras de hierro y agua)
- Sulfuro ferroso (azufre mas limaduras de hierro)
- Trociscos de hierro tartarizados, tónica, usados para hacer el agua ferruginosa.
- Lactato de protóxido de hierro (ácido láctico mas limaduras de hierro) *mas eficaz que los medicamentos de Blaud y Valette.* (1841a).

(1841a, 1853, 1865).

Percloruro de hierro (cloruro de hierro):

Los cloruros de hierro son unas buenas preparaciones en razón de su solubilidad. Se usan interiormente como tónicos, en píldoras, en jarabe; en alcoholado y eterolado; al exterior en disoluciones, baños y lociones.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: tónica reconstituyente y astringente, escrófulas, amenorrea, clorosis, dismenorrea y leucorrea. En disolución como hemostático. Contra las diarreas colicativas que acompañan algunas veces a las fiebres tifoideas, y sobre todo contra la gastromalacia de los niños (1841a, 1853, 1865). Dosis: de un cuarto a dos granos (4-40 centigramos). (1865).

Subcarbonato de hierro: En diferentes formulaciones con las mismas Indicaciones generales. Se describen muchas menos FM que con el cloruro de hierro.

Como ejemplo: “Pan Ferruginoso” (1841a): Se prepara añadiendo sub-carbonato de hierro a cuatro onzas de pan. Se usa como tónico en los casos de amenorrea, escrófulas, clorosis.

“Bolos tónicos y estomacales”: Extracto acuoso de quina, un escrúpulo y Subcarbonato de hierro, doce granos. Aglutinados con Jarabe de cascara de naranja. En la dispepsia. (1841a, 1841b).

Píldoras de hierro: Encontramos que se realizan con pasta de regaliz, goma arábiga, goma tragacanto, miel (1823, 1841a, 1841b, 1847b, 1853, 1865).

- ❖ Opiáceos: Láudano, láudano de Sydenham, Extracto de opio, acetato de morfina

• OPIÁCEOS

- **ADORMIDERA.** ADORMIDERA COMÚN. ADORMIDERA BLANCA
Cápsulas o cabezas del Papaver somniferum L., var. Álbum, Papaverácea. (1823, 1841a, 1841b, 1841c, 1845, 1853, 1865). Se usan en farmacia la Hoja, el Fruto y el Zumo Espesado.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Narcótica y tiene las mismas propiedades que el opio, solo que es menos activa. Como cocimientos, extracto, tinturas, polvos, lociones,

fomentos, baños locales, inyección emoliente y lavativa contra la diarrea. (1823, 1841a, 1841b, 1841c, 1845, 1853, 1865).

- **Aceite de Adormideras**, se extrae por presión de las semillas de esta planta. Reputado anodino, se ha aconsejado para conciliar el sueño y calmar los dolores.
- **OPIO**, es el zumo del pericarpio de la Adormidera, extravasado por incisiones y endurecido por el aire.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: El opio es *anodino, somnífero y diaforético: contiene y suaviza los espíritus animales exaltados y por lo tanto calma todos los dolores, corrige las diarreas, vómitos y otras hemorragias y escita también los sudores; y por último es de un uso incomparable en Medicina, particularmente cuando se administra en la dosis y tiempo oportuno.* (1823). A dosis muy pequeñas disminuye la sensibilidad y produce un estado de calma que induce al sueño. Se usa comúnmente para. Calmar los dolores, combatir el insomnio y disminuir la exaltación de la sensibilidad, especialmente en las enfermedades orgánicas crónicas. Se usa en las diarreas, en el cólera-morbo, en las neuralgias. Para la obtención de codeína y morfina. (1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

En farmacia se prepara como polvo, extracto, extracto vinoso de opio, disolución para añadir a los fomentos o a las cataplasmas. (1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

Se registran tres variedades de opio: opio de Esmirna, que era considerado el mejor; opio de Constantinopla, considerado de calidad intermedia y el opio de Alejandría o de la Tebaida, de inferior calidad por contener menor cantidad de morfina. (1853).

Extracto Acuoso (o gomoso) de opio. Extracto de Opio: se macera en agua y luego evapora al Baño María hasta obtener el extracto. El extracto acuoso se administra en jarabe simple denominándose Jarabe de Opio o de Meconio. Mismos efectos que el opio.

Tintura alcohólica de opio. Se compone de Opio, Azafrán, Canela, Alcohol de 60°; de cada cosa una libra y Agua destilada. Mismos efectos que el opio.

Según la farmacopea de 1853, la equivalencia de 1 parte de opio es 0,5 parte de extracto acuoso, 6 de tintura, 8,5 de láudano de Sydenham.

Se debe iniciar con el extracto acuoso extraído del opio tebaico, en píldoras, empezando por medio grano, aumentando la dosis progresivamente según la susceptibilidad del paciente, su enfermedad y a continuación de este medicamento se utilizará la tintura alcohólica de opio (vulgarmente tintura paregórica). Si se disuelve en *vinu generoso* el opio tebaico se forma la tintura vinosa de opio (vulgarmente láudano líquido) (1823, 1841a, 1845, 1853, 1865).

De la importancia de este específico da cuenta el que se describen más de 50 FM diferentes con opio en su composición en las farmacopeas consultadas.

Encontramos también algún antídoto: Bebida Antinarcótica (Van-Mons), con vinagre de vino, café tostado y azúcar *para accidentes que sobrevienen por el abuso del opio o de sus preparaciones.* (1841a, 1853).

- **Jarabes de Meconio y Diacodón:** Dada la confusión que planteaban las farmacopeas en latín, en la primera traducción al castellano (1823) los autores aclaran que definen: Jarabe de Meconio al preparado con extracto de opio y Jarabe Diacodon al preparado con adormideras blancas. Dado que si no *se tendría como tal al que verdadera mente no lo es.* (1823).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Jarabe de Meconio o de Extracto de Opio, tos seca, insomnio, dolores violentos. (1841a, 1841b, 1841c, 1853).

Las farmacias preparan, sobre todo: en polvo, de 5 a 10 centigramos (1 a 2 granos); el extracto de 1 a 5 centigramos (de ½ grano a 1 grano); el jarabe de 5 a 30 gramos (desde 1,5 dracmas hasta 1 onza); la tintura de 5 a 20 gotas. (1853).

- **ACETATO DE MORFINA.** Se obtiene a partir de la morfina cristalizada y el ácido acético (1840).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es narcótico en alto grado. Se usa en los mismos casos que el opio y sus preparados se emplean al exterior. Anodino, calmante. Es sedante en las neuralgias, cánceres y otras enfermedades. (1841a, 1841b, 1841c, 1853, 1865).

Valor Comparativo de las Preparaciones De Morfina. (1840):

Un grano de morfina cristalizada corresponde a

Morfina cristalizada: 1 grano.

Morfina sulfato: 0,80

Morfina hidrocloreto: 0,81

Morfina acetato: 0,88

- **LÁUDANO DE SYDENHAM** o tintura vinosa de opio de Sydenham: Se compone de Opio escogido partido en pedazos, Azafrán, Canela, Clavo en polvo y “Vino blanco bueno”. Se ponen a digerir en el vino durante un mes en un matraz de vidrio, se cuela y se guarda en un frasco bien tapado. Dosis de seis gotas a un escrúpulo. (1841a, 1841b, 1841c).

En la farmacopea de (1853) se sustituye el vino blanco por vino de Málaga.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es calmante, se usa para detener las diarreas serosas crónicas, en el cólera y en las afecciones del estómago y de los intestinos en que conviene unir los tónicos a los sedantes (1841a, 1841b, 1841c, 1853).

- **CODEÍNA.** *Es uno de los principios activos del opio. Aún no están acordes los prácticos sobre sus virtudes medicinales. Produce un sueño en general tranquilo y apacible que no es seguido al día inmediato de la pesadez y somnolencia, que se experimenta comúnmente después de haber tomado la morfina.* (1841a).

Las diferentes preparaciones con opiáceos tienen otra propiedad fundamental para la administración de otros específicos: *la de hacer soportar a los estómagos más susceptibles los medicamentos más enérgicos cuando se asociaba a ellos*, como eran el cloruro de mercurio, las cantáridas, diferentes eméticos, el sulfato de quinina, etc (1853).

❖ Digital: Tintura, digital como tal

- **DIGITAL.** DEDALERA. DIGITAL PURPUREA. Hoja de la Digitalis purpurea L. Escrofulariácea. (1840, 1841a, 1841b, 1865).

La Digital es uno de los medicamentos más preciosos de la materia médica. A grandes dosis irrita vivamente la superficie gastro-intestinal y dirige después su acción sobre el sistema nervioso y produce náuseas, vómitos, evacuaciones de vientre, después vértigos, delirio, convulsiones y la muerte. Una de las más notables cualidades que posee es hacer más lenta la circulación. Mitiga los movimientos del corazón de una manera singular, y produce efectos preciosos para disminuir la violencia de los movimientos de este órgano. Por esta acción sedante la emplean los médicos en las palpitations y los aneurismas del corazón y de los gruesos troncos vasculares. A pequeñas dosis aumenta algunas veces el número de las pulsaciones arteriales; pero en general le disminuye progresivamente. Se administra principalmente como calmante en las palpitations nerviosas y la hemoptisis, el asma, las toses nerviosas y al fin de los catarros pulmonares. Se usa como diurético (el más seguro de los conocidos) en el

tratamiento de la anasarca y de las hidropesías. Como excitante en las escrófulas y como contra estimulante en las inflamaciones internas, con particularidad en la pulmonía aguda. (1829a, 1840, 1841a, 1841b, 1853). Es también un poderoso diurético, aunque para esta indicación se le suelen asociar otros por asegurar y aumentar su acción, como la escila, el nitro etc. (1853).

La farmacia la prepara como polvo, píldoras, infusión, jarabe, tintura, tintura etérea, extracto.

- Extracto de digital y extracto alcohólico de digital: prepárese con las hojas secas de digital. Dosis: de medio a un grano (25 a 50 miligramos).
- Infusión de digital. Dosis: de una a tres onzas (30 a 90 gramos).
- Jarabe de digital. Dosis: de una a dos dracmas (4 a 8 gramos).
- Polvo de digital. Dosis: de uno a tres granos (5 a 15 centigramos).
- Tintura alcohólica de digital. Dosis: de cuatro a ocho granos (2 a 4 decigramos). Contúndanse las hojas en un mortero de piedra; pónganse en maceración con el alcohol de 90°, por quince días; pásese el líquido por un lienzo con expresión del residuo, y fíltrese después por papel.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Todas las preparaciones: diurética y sedante de la inervación cardíaca.³⁴¹

❖ Sanguijuelas: N° 2,3,6,8,10 Y 11

• SANGUIJUELAS

SANGUIJUELA. HIRUDO. SANGUISUGA. Hirudo Medicinalis L., Anélido Abranquio.

El Animal vivo. (1841a, 1853, 1865). Para su conservación ver el apartado de “Cuidado de animales vivos”. Se describen dos tipos: Sanguijuela verde u oficial y Sanguijuela gris o Medicinal.

USO: Fueron muy usadas en Medicina para realizar sangrías por su avidez en chupar sangre. Es bien sabido su uso aplicándolas vivas a la piel. A veces por la situación del enfermo no quieren adherirse: para que lo hagan pronto se recomienda después de bien limpio el cutis, *se ha de frotar la parte donde deben administrarse con agua azucarada y aun mejor con zumo de cebolla.* (1845). Se describen múltiples y variadas Indicaciones en todas las farmacopeas consultadas entre 1762 y 1847. Destacamos, entre las más repetidas:

Se administran en todos los casos en que aparece ser necesaria evacuación local de sangre, como en apoplejías; flemones; contusiones; odontalgias, en las encías (los hacen desaparecer al instante y por muchos meses); amenorrea y dismenorrea, en los muslos; apoplejía de los recién nacidos, detrás de las orejas; aturdimiento; conmoción; hemorroides; otitis; parafimosis y fimosis; envenenamiento por ciertos animales, en el estómago; asfixia por el calor, en la región temporal; amenorrea por debilidad, en la vulva etc., y como revulsivo.

(1841a, 1841b, 1841c, 1844, 1845, 1853).

Los farmacéuticos las compran y venden por número (1853).

Cuidado de animales vivos: En 1847 (1847a) encontramos estas recomendaciones:

³⁴¹ No se registra ninguna cita, ni preparado en las farmacopeas en latín desde 1733 a 1794, tampoco en el Dioscórides. La primera referencia aparece en la farmacopea de 1823.

Cuando se trata de conservar animales vivos se consigue colocándoles en las condiciones que los separan lo menos posible de sus hábitos naturales. Se conservan las ranas y los cangrejos, colocándolos en vasos con agua y yerba o mejor todavía entre matas de juncos: se tapa el vaso con una red o con una cobertera agujereada. Las tortugas se guardan en un jardín, las víboras en una caja con salvado. Las sanguijuelas se colocan en agua fresca, que se muda con frecuencia, y si es posible será ventajoso tenerlas en una corriente de agua continua; no se las toca entonces sino en el momento de aplicarlas. Durante el invierno se ponen las sanguijuelas en arcilla fina desleída formando una pasta de consistencia de manteca.

En 1840 incluso se describe el *Aparato de Soubeiran* específico para conservar las sanguijuelas.

Se distinguían en el comercio por su tamaño, comercializándose habitualmente cinco tipos: vacas, gruesas, gruesas medianas, pequeñas medianas e hilos. La primera y la última suerte no se usan o por lo menos no deben usarse. Las gruesas medianas eran las que mayor cantidad de sangre extraían, prefiriéndose sin embargo las gruesas por ser siempre más vigorosas.

Las muy pequeñas llamadas hilos se aconsejaban, si se querían evitar las cicatrices que quedaban por las mordeduras) (1853).

COCIMIENTOS PREPARADOS EN LA BOTICA

• **Cocimiento de azafrán: 2 libras**

- **Azafrán:** Estigmas del *Crocus sativus L.* Irideas. Planta tuberculosa originaria del Levante. El azafrán del comercio está formado por el estigma trifurcado y retorcido por la desecación, son unos filamentos elásticos de un hermoso color de naranja, de muy suave olor y de un sabor aromático y amargo.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un buen estimulante, estomacal, carminativo, antiespasmódico, antihistérico y emenagogo. Su administración más usual es en infusión, en la dosis de 8 a 10 filamentos por taza. En la farmacia se dispone de polvo, infusión, extracto, tintura, jarabe, alcoholado. Exteriormente se usa la infusión, lociones, fomentos, etc. (1841a, 1853).

No se describe ninguna FM ni preparación como cocimiento de azafrán. Como infusión se describe: Como parte de la cataplasma antiespasmódica (1853) y otras FM con las características anteriormente descritas (1829b).

Infusión de azafrán: *Es amarga y aromática que se aconseja en la astenia de los órganos digestivos.* (1829^a).

• **Cocimiento arsenical: 1 libra**

- **Arsénico:** el arsénico metálico no se utiliza en Medicina. Sí se describen múltiples productos donde entra a formar parte; así se describen los arseniatos o combinaciones del ácido arsénico con las bases (de amoniaco, de hierro, de potasa, de quinina y de sosa); arsenitos o combinaciones del ácido arsenioso con las bases (uno solo se emplea en Medicina, de potasa). Este último es la base de gran cantidad de FM de tal manera que prácticamente todas las formulaciones donde el arsénico entra a formar parte lo hace e esta manera (1823, 1829a, 1830, 1841a, 1853, 1865).

En las farmacopeas de 1823, 1829a y 1853 se recoge expresamente que cuando se describe arsénico se hace referencia al arsénico blanco, “*el que por un uso*

inveterado se designa impropriamente en el lenguaje vulgar, con el nombre de Arsénico”

- **Ácido arsenioso.** Arsénico blanco: considerado febrífugo, anticanceroso y antiherpético; usado principalmente en las afecciones crónicas rebeldes tales como la lepra y la psoriasis. También se le reconoce como reconstituyente y alterante de uso especial en el tratamiento del paludismo, contra las afecciones cancerosas, jaquecas y enfermedades cutáneas. (1823, 1829a, 1830, 1841a, 1853, 1865).

Como cocimiento Arsenical no se registra ninguna FM pero sí encontramos varias formulaciones líquidas a partir del arsénico blanco (licores de Fowler y de Pearson, jabón arsenical, soluciones minerales, soluto arsenical o mineral de Roudin) y gran cantidad de píldoras o polvos donde entran a formar parte. (1823, 1829a, 1830, 1841a, 1853, 1865).

Dentro de las FM mas parecidas a lo que sería un “cocimiento” se describen:

Acido arsenioso líquido: en los hospitales alemanes se emplea con este nombre una solución de ácido arsenioso en agua destilada. Se administra como febrífugo desde una cucharada hasta seis, por la mañana en ayunas con leche azucarada (1841a) y otras disoluciones arsenicales en agua para las fiebres intermitentes rebeldes. (1822, 1829a, 1841a).

- **Cocimiento de taraxacon: 4 libras.**³⁴²
Cocimiento de gencianas: 2 libras.³⁴³
- **Cocimiento de dulcamara: 2 libras**
 - **Dulcamara:** Parra de Judea. La Hoja y el tallo de Solanum Dulcamara L. Solanácea. (1823, 1829b, 1853, 1865).
Es excitante, irritante y sudorífica. Esta planta se usa en las enfermedades venéreas, en los reumatismos y en la sarna; ocasiona con mucha frecuencia náuseas y pesadez de cabeza. (1829b, 1853).

Cocimiento de dulcamara: Tallos secos de dulcamara, hendidos y cortados. Agua, cantidad suficiente para dos libras.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Depurativa y sudorífica; se usa con frecuencia en las enfermedades sifilíticas, herpéticas, psoriasis y en el reuma. (1853, 1865).

Se emplea este remedio en las escrófulas inveteradas, en el cáncer, lepra y otras afecciones cutáneas, y en los males locales anómalos originados de la lue venérea. (1823).

Es escilante, preconizado en las enfermedades de la piel, en las afecciones venéreas, la artrodynia, la dismenorrea, la amenorrea y la hictericia. (1829b).

- **Infusión de liquen.**³⁴⁴
- **Jarabe de Ipecacuana**
 - **Ipecacuana.** Hipeacuana. Bejuquillo. Raíz del Brasil. Raíz del Cephaelis Ipecacuanha Rich. Rubiácea.
Uso: La corteza de la raíz (1823, 1829b, 1841a, 1845, 1865).
Los autores reconocen tres variedades: 1° ipecacuana anillada gris Meral o anillada gris negruzca, cuyo volumen no excede al de una pluma de escribir. Las otras dos variedades se conocen bajo los nombres de 2° de ipecacuana

³⁴² Ver descripción del cocimiento de taraxacom (Página 242).

³⁴³ Ver su descripción (Página 222).

³⁴⁴ Ver su descripción (Página 212).

anillada gris rojiza, 3° ipecacuana gris blanca o ipecacuana anillada mayor. Estas no se usan. (1829a, 1853)

ACTIVIDAD TERAPÉUTICA: A pequeñas dosis produce vómitos, pero además tiene propiedades excitantes y tónicas. Uso como tónica, en las fiebres rebeldes y en la diarrea, como expectorante en el catarro y en el coqueluche (tos ferina), pero principalmente como vomitiva en las ocupaciones gástricas y el cólera. (1823, 1829b, 1841a, 1845, 1865).

Jarabe de Ipecacuana: Se compone de Extracto Alcohólico de Ipecacuana, Agua Destilada y Jarabe Simple.

Acción Terapéutica: Expectorante. En los niños se usa como emético (de 1 a 2 dracmas), (1829a, 1853, 1865). Entra a formar parte de un número muy elevado de jarabes pectorales (1853).

- **Cocimiento de adormideras.**³⁴⁵

Cápsulas o cabezas del *Papaver somniferum* L., var. *Album*, Papaverácea.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Narcótica y tiene las mismas propiedades que el opio, solo que es menos activa.

- **Cocimiento de manzanilla y tila.**³⁴⁶

- **Cocimiento de cebada**

Ver su descripción en la página 293

- **Cocimiento de ratania**

- **Ratania:** Raíz del *Krameria triandra*. Poligalea. (1853, 1865).

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un astringente poderoso empleado con buen éxito en la diarrea crónica, las blenorragias pasivas y los flujos mucosos; también se emplea como dentífrico; *las señoras de Lima la usan para este objeto de tiempo inmemorial; y acaso esta particularidad fue causa de que Ruíz la descubriese quien la llamó Raíz para los dientes.* (1823, 1841a, 3185).

Cocimiento de Ratania: el cocimiento se utiliza para inyecciones lavativas, lociones, gargarismos y fomentos. Se usa como dentífrico (1841a, 1853).

- **Cocimiento de Zaragatona.**³⁴⁷

- **Cocimiento de simiente de lino: 2 libras.**³⁴⁸

- **Cocimiento de caña: 3 libras**

CAÑA, raíz de *Arundo Donax* L. Gramínea. (1841a, 1853, 1865). Su sabor es dulce y en las boticas se guarda partido en rodajas

Cocimiento de Raíz de Caña: Raíz de caña contundida 6 dracmas, regaliz raspado y quebrantado 2 dracmas y agua, cantidad suficiente para dos libras de producto. También se describe cocimiento de caña donde solo participa esta raíz.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: Es un estimulante poco activo, considerado como diaforético y diurético. Se usa contra la abundancia de la leche después del parto. Diurética (1841a, 1853, 1865).

- **Cocimiento de atemperante con limonada nítrica: 3 libras**

Se describen un número muy elevado de específicos con la propiedad terapéutica “atemperante”. Se realiza una búsqueda tanto con los términos atemperante como refrigerante y no se registra ningún “cocimiento”. Sólo se registran las siguientes formulaciones líquidas:

³⁴⁵ Ver su descripción en el apartado de fármacos frecuentes (Página 247).

³⁴⁶ Ver su descripción en la página 224 y la página 233.

³⁴⁷ Ver su descripción (Página 217).

³⁴⁸ Ver descripción de cocimiento de lino en la (Página 226).

- Bebida Atemperante: Nitro (o nitrato de potasa), una dracma; jarabe de grosellas, tres onzas; agua, dos cuartillos. *Se toma a tazas durante el día* (1841a).
- Poción Atemperante: Tisana común, una libra; nitrato de potasa, una dracma; jarabe simple, una onza. ACCION TERAPÉUTICA: *Se da como bebida habitual a los que padecen calenturas inflamatorias, biliosas. Un cuartillo cada tres horas* (1841a).
- Poción Atemperante de Sydenham: Agua de lechuga, tres onzas; agua de verdolaga, tres onzas; jarabe de limón, dos onzas; jarabe de violetas, una onza; nitrato de potasa, doce granos; agua de flores de naranja, cuatro dracmas. ACCION TERAPÉUTICA: *Se usa en el día a cucharadas en las enfermedades inflamatorias* (1841a).
- Tisana Atemperante: Cebada, media libra, se cuece en c. s. de agua común hasta que quede en doce libras y se disuelve en el cocimiento Nitro puro, media onza. Dosis: *a pasto* (1841a)
 - **Limonada nítrica:** Se compone de Ácido nítrico puro, un escrúpulo; Agua común, dos libras y Jarabe simple, dos onzas. (1822, 1829a, 1840, 1841b, 1853). ACCIÓN TERAPÉUTICA: en el tratamiento de las enfermedades cutáneas y de las afecciones sifilíticas: *se bebe con una cañuela porque ataca fuertemente los dientes.* (1822, 1829a, 1840, 1853). Fiebres adinámicas, hemorragias pasivas (1841b).

Prácticamente todas las FM “atemperantes” tienen en su formulación nitrato de potasa o nitro.³⁴⁹

Cocimiento de liquen: 1 libra + bálsamo de Tolú: 1 onza.³⁵⁰

- **Cocimiento de quina alcanforada: 2 libras.**³⁵¹

- **Cocimiento emoliente: 2 libras**

Se registran un número muy elevado de FM con la denominación “cocimiento emoliente de”. Destaca, sobre todo, por ser el más citado, el “cocimiento emoliente de cebada”

Como tal, “Cocimiento Emoliente” y descrito como F.E. (farmacopea española) se describe el cocimiento de malvavisco (1823, 1841a, 1845).

- Malvavisco. Altea. Malvabisco. Althoea officinalis L. Malvácea. (1823, 1841a, 1853, 1865). Se usan la raíz, flores, hojas y la semilla. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Emoliente que se usa en los mismos casos que la malva. La gran cantidad de mucilago que contiene esta raíz es la razón por la que se emplea diariamente contra las inflamaciones en tisanas, jarabes, lavativas y lociones. Es el remedio general contra los romadizos. Se da a los niños para que al masticarla contribuya a la salida de los dientes. En cocimiento e Infusión, tisana, jarabe (para endulzar las bebidas emolientes), mucilago de raíz de malvavisco, pastillas de malvavisco y ungüento. (1841a, 1853).

Cocimiento emoliente (F.E.) Se compone de raíz de malvavisco cortada en pedazos y hojas frescas de malvas, se cuece en agua. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Se usa en fomentos y en lavativas, como laxante. (1823, 1841a, 1845, 1853).

³⁴⁹ Ver descripción de nitrato de potasio (Página 215).

³⁵⁰ Ver su descripción en la página 212 y página 247.

³⁵¹ Ver su descripción (Página 219).

En 1841a se recoge sobre esta FM: “*La misma composición tienen los cocimientos emolientes de los hospitales militares y de los de Madrid*”.

- **Cocimiento pectoral + azufafas+1libra de jarabe de Altea: 10onzas.**³⁵²
- **Cocimiento de liquen dulcificado gomoso: 10 libras.**³⁵³

La condición de gomoso se adquiere al añadir goma arábica. Para dulcificarlo se añade azúcar.³⁵⁴

- **Cocimiento de zarzaparrilla: 4 libras**
 - **ZARZAPARRILLA:** ZARZAPARRILLA. Raíz del Smilax Sarsaparrilla L. Esmilácea. ZARZAPARRILLA DE ESPAÑA. Raíz del Smilax aspera L. Esmilácea. (1823, 1845, 1853).
ACCIÓN TERAPÉUTICA: Diaforético o sudorífico, estimulante que al parecer tiene un modo especial de obrar sobre la piel. Se usa sola o unida a otras sustancias vegetales llamadas sudoríficas en el tratamiento de las afecciones venéreas constitucionales, en el reumatismo crónico, en las enfermedades de la piel, herpes, sarna, en las ulceraciones de la laringe y de la faringe, que dependen de las sífilis o del abuso del mercurio y aprovecha también mucho en el dolor ciático, gota y otras afecciones semejantes. En las farmacias se dispone de polvo, cocimiento, extracto, alcoholado, extracto hidroalcohólico, extracto aenolizado, hidrolado, vino de zarzaparrilla (1841a, 1841b, 1841c). Sin embargo, la virtud sudorífica y antivenérea de la zarzaparrilla ha sido puesta en duda por muchos autores (1823, 1840, 1845).

Cocimiento de zarzaparrilla: En varias farmacopeas se describe el cocimiento “básico” de zarzaparrilla, “Raíz de zarzaparrilla, doce onzas; agua, veinte y cuatro cuartillos. Se hierva” como base para otras FM, describiendo este cocimiento al que se le añaden posteriormente otros componentes. Así se describen varios tratamientos de la sífilis. (1822, 1841b, 1847b, 1853).

Se describe también el uso conjunto del cocimiento de zarzaparrilla añadido a otros tratamientos antisifilíticos (sobre todo) y antirreumáticos: “Se administrará o se tomará conjuntamente en medio cuartillo de cocimiento de zarzaparrilla” (1822, 1841b, 1853).

Igualmente se describe la ventaja de dicho cocimiento frente a la infusión dado que algunos enfermos no la soportan y el cocimiento es mas suave, no solo porque no contiene tanta materia acre sino también porque el almidón disfraza un poco su acritud. (1840).

Como FM específicas se describen:

- Cocimiento de zarzaparrilla. Compuesta de zarzaparrilla, regaliz y agua. Acción terapéutica: depurativa y diaforética (1865).
- Cocimiento de zarzaparrilla de Callac. En su composición figura raíz de zarzaparrilla, mercurio dulce, hojas de sen, semilla de cilantro y alúmina. Acción terapéutica: dolores venéreos, además es resecante y disolvente (1823, 1841a).
- Cocimiento Antisifilítico. Cocimiento de Zarzaparrilla cortada en pedazos y liquen islándico. Indicaciones: sífilis (1841a).
- Cocimiento edulcorante de zarzaparrilla. Zarzaparrilla partida y cortada, china contundida, rasuras de sándalo rubro, cuerno de ciervo, sándalo cetrino y azúcar.

³⁵² Ver su descripción en la página 212 y la página 212.

³⁵³ Ver su descripción (Página 211).

³⁵⁴ Ver descripción (Página 211).

Agua, cantidad suficiente. Acción Terapéutica: Dolores venéreos y reumatismos. Excitante y depurativa (1823, 1841a, 1865).

- **Cocimiento de liquen y ruibarbo.**³⁵⁵

- **Cocimiento Antiséptico**

Como cocimiento antiséptico se describen muy pocas FM:

- Cocimiento Antiséptico de Quina. Quizás el mas importante, ya que figura como F.E. (farmacopea española). Compuesto por contrayerba quebrantada; raíz de escorzonera cortada en rodajas; simiente de cidra contundida; quina de loja en polvo grueso; miel de sauco; agua, (1823, 1841a, 1865). ACCIÓN TERAPÉUTICA: Tónica y neurosténica, antiséptica, indicado en calenturas adinámicas, atáxicas, tifus, gangrena (1841a, 1865). En 1823 figura en *todas las calenturas malignas, pútridas y pestilenciales* (1823).
- Cocimiento antiséptico. En su formulación figura, quina peruviana machacada, serpentaria virginiana y agua común. Se cuece y se añade: tintura alcohólica de canela. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Mismas que el siguiente (1841a).
- Cocimiento antiséptico (Boerhaave): Compuesto por hojas de escordio, de aliaría y de mastuerzo blanco. Agua común. Se hierven y se añade Ojimiél escilítico, vinagre triacal y nitrato de potasa. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Enfermedades pútridas con dificultad en la expectoración. Excitante. Pleuresías (1822, 1829a, 1841a).
- COCIMIENTO ANTISÉPTICO. Se refleja que no es de la F.E. Compuesto de yerba de árnica, agua. Después de hervido se añade jarabe de grosellas (1829a). Se describen también fomento antiséptico, loción antiséptica, colutorio antiséptico, lavativa antiséptica, con el factor común que todos llevan como ingrediente principal “cocimiento fuerte de quina” (1829a, 1841a, 1853).

- **Cocimiento de hojas de nogal**

- Nogal. *Juglans regia* L. Juglándea. Se utiliza la semilla, la hoja y el pericarpio verde. (1865).

ACCIÓN TERAÉUTICA: Desde hace poco tiempo, se han ponderado las propiedades de las hojas de nogal y sus preparaciones en el tratamiento de las enfermedades escrofulosas y raquíticas. (1853). Estas propiedades sí se registran con anterioridad para el pericarpio verde de los frutos; además se describe su uso como estomáquico, depurativo y antisifilítico poderoso. La nuez es oleaginosa y se obtiene de él un aceite secante llamado aceite de nueces. (1841a, 1853, 1865).

Las hojas se usan en infusión (en proporción de 20 por 1000) bebida, y en cocimiento (en 30 por 1000) para lociones y baños; En la farmacia se prepara un extracto acuoso y otro alcohólico, un jarabe y una pomada. La corteza tiene los mismos usos, y se hacen de ella las mismas preparaciones. (1841a, 1853).

En Inglaterra, según dicen, lavan a los caballos con un cocimiento de hojas de nogal con el objeto de evitarles las picaduras de las moscas y de otros insectos. (1853).

El extracto de hojas de nogal se utiliza o bien directamente o como jarabe como astringente y para las afecciones escrofulosas. (1841a, 1853, 1865).

Se recogen muy pocas FM con hojas de nogal en las farmacopeas de este periodo, si se registra, como hemos descrito, que el cocimiento de hojas de nogal se utilizaría como astringente y contra las afecciones escrofulosos en forma de lociones y baños (1853).

- **Cocimiento de genciana y centauro: 2 libras.**³⁵⁶

³⁵⁵ Ver su descripción (Página 211).

- **Cocimiento de lúpulo: 8 onzas.**³⁵⁷
- **Cocimiento atemperante gomoso dulcificado: 6 libras.**³⁵⁸
- **Cocimiento de nitrato de potasa**³⁵⁹

La condición de gomoso se adquiere al añadir goma arábica.³⁶⁰ Para dulcificarlo se añade azúcar.

En el siguiente cuadro, describimos la fórmula del bálsamo tranquilo, por su peculiaridad específica en su preparación.

³⁵⁶ Ver la descripción de cocimiento de genciana y centaura (Página 222).

³⁵⁷ Ver su descripción (Página 224).

³⁵⁸ Ver la descripción de cocimiento atemperante (Página 215).

³⁵⁹ Ver descripción (Página 215).

³⁶⁰ Ver descripción (Página 212).

BÁLSAMO TRANQUILO.

ACEITE DE ESTRAMONIO COMPUESTO. F. E.

Rx. De hojas de estramonio.....
 id. de solano.....
 id. de yerba carmin.....
 id. de belladona.....
 id. de mandrágora.....
 id de tabaco.....
 id de beleño.....
 id. de pimienta blanca.....
 id. negra.....

} de cada uno
cuatro onzas.

De cogollos floridos de romero....
 id. de salvia.....
 id. de ruda.....
 id. de agenjos.....
 id. de hisopo.....
 id. de espliego.....
 id. de tomillo.....
 id. de mejorana.....
 id. de costo hortense.....
 id. de yerbabuena.....
 id. de sauco.....
 id. de hipericon.....
 id. de persicaria.....

} de cada cosa una
onza.

sapos..... quince.

Las yerbas inodoras se echan por partes en cinco libras de aceite hirviendo.

Se cuecen un poco.

Cocidas las yervas, se echan los sapos vivos en el aceite y se cuecen. En el licor colado se echan las flores y cogollos de las yerbas olorosas: se maceran al sol por quince dias. Colado despues el bálsamo y depurándolo se repone.

TIPOS DE ATEMPERANTES HALLADOS³⁶¹

ATEMPERANTES (refrigerantes)

Acedera común
Acederilla
Ácido acético impuro
“ acético puro
“ bórico
“ cítrico
“ málico
“ oxálico
“ tartárico
Agracejo
Agraz
Berberis
Frambuesa
Grosellas
Limón
Manzana de la reina
Moras
Naranjas
Nenúfar
Oxalato de potasa.

Como vemos, en el siglo XIX, ya existían una gran parte de las preocupaciones farmacológicas que continúan en el siglo XXI. Les preocupaban las **interacciones entre fármacos** “*Es necesario no mezclar el acíbar con las agallas porque se ha observado que estas sustancias destruyen su propiedad purgante*” (1829^a, pág 14).

Se preocupaban también por la dieta y el ejercicio: así, en las recomendaciones de uso de la “Opiata del Doctor Larret”, encontramos: *Cura todas las gonorreas rebeldes, especialmente si durante su uso se guarda buena dieta y se hace ejercicio* (1823, pág. 376).

O que es necesaria una **buena formación**: “Bálsamo de María”: *Para los flatos histéricos y el dolor de estómago; pero en la Medicina no tiene uso alguno, ni la aprecian los Médicos doctos, como lo hacen algunos menos instruidos en la materia médica* (1803, pág. 189).

Incluso ya se describe la Medicina basada en la Evidencia: en la descripción de “Carquesia”, recomendada para la rabia se describe: *La experiencia no ha comprobado las propiedades que Marchetti la había atribuido contra la rabia* (1829b, pág. 35).

³⁶¹ Francisco ÁLVAREZ, *Formulario Universal, Tomo III*. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1841, pp 1-720

También encontramos críticas a la **sobredosificación** de los fármacos. En la descripción del Bálamo de Copaiba” el autor recoge la dosis del este específico y critica ferozmente a los recomiendan una dosis mayor: *“esta práctica arriesgada ha encontrado imitadores y sectarios fanáticos entre aquellos que creen, que puede disponerse impunemente de la salud y aun de la vida de los hombres, y que sin apreciar todos los casos en que el medicamento favorito aprovecha o daña, solo refieren los resultados favorables”*. (1829^a, pág 410).

Asimismo, estaban preocupados por los **falsos remedios, pero muy populares**. Así, encontramos en la descripción de “Licores Espirituosos y Aromáticos”: *Nuestros antepasados habían multiplicado hasta el infinito estos licores espirituosos y aromáticos, que pasaban por específico seguro de las enfermedades graves y aun contra todas en general. De todo este fárrago apenas queda ya en el día mas que el agua carmelitana, la de colonia, y el vinagre de los cuatro ladrones, cuyas pretendidas virtudes profilácticas y curativas están de tal modo acreditadas entre las gentes extrañas a la Medicina y sobre todo entre el vulgo, que sería imposible suprimirlas, como se ha hecho con la mayor parte de las preparaciones análogas a la que da lugar a estas reflexiones*. (1829^a, pág. 529). Y son sobre todo muy críticos con los fármacos que no han demostrado **ninguna eficacia**.

En la descripción de “águila fina”, utilizado para favorecer el parto o evitar el aborto: En 1822 (1822, pág.IX) lo iguala *a las ceremonias, conjuros y las súplicas como remedios y deben ser desterrados*. Igualmente, en la descripción de la “Uña de la Gran Bestia”, considerada como específico contra la epilepsia, se recoge *La mayor parte de estas sustancias han sido introducidas en la Medicina por los ignorantes y supersticiosos empíricos, que les atribuían propiedades imaginarias y aun ridículas. Si ejercen una acción real y apreciable es tan solo por la gelatina que contienen*”. (1829^b, pág.329).

O en la descripción del “Ungüento de Populeon”, muy celebre en esa época como anodino, para los dolores de cabeza, almorranas y quitar la leche de los pechos; encontramos: *este unguento que ya se usa poco, caerá en el olvido, en donde hace tiempo debería estar sumergido* (1829^a, pág. 443).

Otras veces directamente expresan que hay que quitarlo de las farmacopeas, así en la descripción del “Emplasto Diaquilon Gomado”, usado como ardiente e irritante, se recoge *hay de expurgar nuestra farmacopea de las fórmulas que la sobrecargan sin provecho alguno* (1829^b, pág. 331).

La primera farmacopea en castellano (1823) ya recogía *“Así es que hemos suprimido muchos simples que ya no están en uso, como son el pulmón de zorra, la uña de la gran bestia, el cráneo humano y otros semejantes”* (1823, pág VI).

Exponemos dentro del mundo anecdótico hallado, un **pequeño localismo** ya que encontramos una FM denominada “Emplasto Fundente” llamado “De Martin, el Joven de León”, a base de agallas y *que resuelve las lupias que aparecen en la inmediación de las articulaciones, particularmente de la rodilla*. (1829^b, pág. 138).

III-3. Aspectos económicos de la botica.

Por lo que se refiere a los datos económicos de la botica del hospital, comenzaremos exponiendo los datos de los salarios del farmacéutico y del mancebo, y los ingresos, en caso de que existan, por venta de medicamentos. Tales datos constan en los libros de la botica:³⁶²

AÑO 1786:

Boticario: 125 reales de vellón al mes.

Mancebo: 30 reales de vellón al mes.

Total: 155 reales de vellón al mes.

AÑO 1790:

Boticario: 150 reales de vellón al mes.

Mancebo: 40 reales de vellón al mes.

Por venta de recetas: Entre 445 y 1067 reales al mes.

AÑO 1792:

Boticario y mancebo: Similares a 1790.

Por venta de recetas, la botica genera a su favor: 450 reales de media al mes.

AÑO 1795:

Boticario: 150 reales al mes.

Mancebo: 30 reales al mes.

AÑO 1798:

Boticario: 150 reales al mes.

Mancebo: 40 reales al mes.

Por venta de recetas, la botica generó: 3773,20 reales en el año completo de 1798.

AÑO 1803:

Boticario: 150 reales al mes.

Mancebo: 30 reales al mes.

Generó la botica por recetas expendidas: 2602,25 reales en todo el año.

Los compuestos farmacéuticos proceden de farmacias de Madrid y Valladolid.

AÑOS 1808-1815:

Boticario: 270 reales de vellón al mes.

Mancebo. 30 reales al mes.

No constan beneficios generados de la botica.

AÑO 1815:

Iguales salarios de boticario y mancebo.

Beneficios en ese año generados por las recetas: 8940 reales de vellón.

³⁶² Cf. ACL, Manuscrito H 261, pp. 56 y ss.

AÑOS 1816-1831:³⁶³

Farmacéutico o boticario: Alonso Thomé, quien mantiene durante 15 años, 1831-1846 correo habitual con el boticario Fermín Bescansa de La Coruña.

Idénticos salarios de boticario y mancebo.

Beneficios generados por la botica en ese año de 1831: 2145 reales de vellón.

Se comienzan a servir los productos desde Madrid y La Coruña (Farmacia Fermín Bescansa).

AÑO 1837:

Boticario: 270 reales de vellón al mes.

Mancebo: 40 reales de vellón al mes.

Mozo (nueva figura): 30 reales de vellón al mes.

AÑOS 1841-1846:

Boticario: 270 reales de vellón al mes.

Mancebo: 40 reales de vellón al mes.

Mozo (Toribio): 30 reales de vellón al mes.

AÑOS 1852-1864:³⁶⁴

El boticario pasa a llamarse “regente” (don Pedro María Barthe).

Se mantienen los mismos salarios para boticario, mancebo y mozo.

Los resultados económicos de la farmacia no son anotados de forma continua, habiendo años en los que no se dispone de información. A partir de 1862, se dejan de expender al público recetas preparadas en la farmacia del hospital, debido a las quejas (posible competencia desleal) de otras farmacias de la ciudad. Sí parece claro que las ventas al exterior del hospital de la botica del centro fueron una fuente de ingresos añadida para las arcas del mismo, que podían aliviar las deudas de San Antonio Abad.

Conocemos el montante de los medicamentos vendidos a particulares por la farmacia del hospital de San Antonio en el año 1862, distribuido por meses:³⁶⁵

Enero: 5.985,23 reales de vellón.

Febrero: 6.175,23 reales.

Marzo: 6.768,13 reales.

Abril: 5.645,14 reales.

Mayo: 9.843,28 reales.

Junio: 9.613,23 reales.

Julio: 5.513,23 reales.

Agosto: 6.685,17 reales.

Septiembre: 5.312,22 reales.

Octubre: 4.377,30 reales.

Noviembre: 4.906,14 reales.

Diciembre: 6.225,25 reales.

Total: 77.049,55 reales.

³⁶³ Cf. ACL, *Manuscrito H 262*.

³⁶⁴ Cf. ACL, *Manuscritos H 262, 263 y 264*.

³⁶⁵ Cf. ACL, *Manuscrito H 268*.

De los datos anteriores se desprende que los meses de mayor dispensación son mayo y junio.

Como datos interesantes sobre la economía de la botica, podemos aportar los siguientes datos, con una balanza que algún año era favorable al administrador, y otro a la botica:³⁶⁶

(Reales de vellón).

A FAVOR ADMINISTRADOR

1782: 384
1783: 617,5
1784: 3.937
1786: 2.827
1787: 2.886,07
1788: 6.273,11
1789: 3.579,40
1790: 3.210,02
1795: 1.293
1800: 3.420
1801: 1.390,90
1802: 1.520
1803: 325
1806: 3.245
1807: 1.674,16
1808: 10.957,50
1809: 4.233
1812: 63
1813: 1.082

A FAVOR DE LA BOTICA

1791: 2.014
1792: 1.992
1793: 15
1794: 1.358
1796: 516
1797: 352
1798: 3.773,20

1799: 2.882,25
1804: 2.601,25
1805: 4.661,28

1810: 709
1811: 2.672

1814: 638
1815: 2.005
1816: 3.251,26

A FAVOR ADMINISTRADOR
(REGENTE)

1859: 1.651,96

A FAVOR DE LA BOTICA

1817: 2.734
1818: 2.452
1819: 2.523
1820: 1.814
1821: 5.276
1822: 1.618
1825: 8.600³⁶⁷
1830: 9.051
1836: 5.031,42
1837: 5.855,36
1838: 6.310,76
1839: 6.070,47
1849: 933,89

1862: 1.242,21
1863: 378

³⁶⁶ Cf. ACL, *Manuscrito H 261*.

³⁶⁷ A partir de aquí, datos del ACL, *Manuscrito H 262*.

Excepto en 1859, desde 1814, no hay datos de farmacia a favor del administrador o regente.³⁶⁸

Algunos datos económicos negativos de la botica se justifican por la falta de pago, el gasto de los militares ingresados y el de los pacientes procedentes del hospicio.

Si calculamos los primeros 40 años citados, se obtiene como resultado:

1.- A favor del administrador: 52.917,36 reales.

2.- A favor de la botica: 47.593,66 reales.

Resulta un saldo negativo para la botica, o sea, a favor del administrador, de: 5.323,70 reales de vellón.

La dispensación de recetas al público se hacía tanto de mañana como de tarde. Sin embargo, una recogida de datos en 1862³⁶⁹ demuestra que la proporción de las expensas por la mañana eran de 4,7/1 (307 de mañana/65 de tarde).

A partir de 1814 el saldo es siempre positivo para la botica, lo que probablemente motivó la protesta de los farmacéuticos de la ciudad, dejándose de expender al público a partir de 1862, como se dijo anteriormente.

III.4: Medidas utilizadas en farmacia.

PESAS MÉDICAS ESPAÑOLAS

La libra médica contiene..... Doce onzas
La onza..... Ocho dracmas
La dracma..... Tres escrúpulos
El escrúpulo..... Veinticuatro granos
El grano equivale al peso de un grano de cebada de tamaño regular

REDUCCIÓN DE LAS PESAS MÉDICAS A LAS MÉTRICO-DECIMALES

<u>Pesas médicas</u>	<u>Pesas métrico-decimales</u>
Libra.....	Trescientos cuarenta y cinco gramos
Onza.....	Veintiocho gramos y ocho decigramos
Dracma.....	Tres gramos y seis decigramos
Escrúpulo.....	Un gramo y dos decigramos
Grano.....	Cinco centígramos

³⁶⁸ Que es como se pasó a llamar bajo Don Pedro Barthe.

³⁶⁹ Cf. ACL, *Manuscrito* H 267.

REDUCCIÓN DE LAS PESAS MÉTRICO-DECIMALES A LAS MÉDICAS

Pesas métrico-decimales

Pesas médicas

Kilogramo.....	Dos libras, diez onzas, seis dracmas y diez y ocho granos
Hectogramo.....	Tres onzas, tres dracmas, dos escrúpulos y once granos
Decagramo.....	Dos dracmas, dos escrúpulos y ocho granos
Gramo.....	Veinte granos
Decigramo.....	Dos granos
Centígramo.....	Un quinto de grano
Milígramo.....	Un cincuentaavo (1/50) de grano

Glosario de términos médicos-farmacéuticos³⁷⁰

ABSORBENTE: medicamentos que tienen la propiedad de desnaturalizar y neutralizar los ácidos de las primeras vías, formando con ellos sales neutras.

ADINAMIA: falta de fuerzas, con abatimiento profundo de los enfermos, pérdida de carnes, imposibilidad de movimiento, oscurecimiento de sensaciones y de inteligencia.

ALEXIFÁRMACO: nombre con el que se designaban los contravenenos y antídotos.

AMAUROSIS: falta más o menos completa de la vista sin notable alteración del órgano de la visión, con dilatación de la pupila o insensibilidad contráctil del iris.

AMENORREA: supresión o interrupción del flujo menstrual.

ANALÉPTICA: Que tiene la virtud de hacer recobrar las fuerzas perdidas en la enfermedad. Aplicase a las sustancias muy nutritivas.

ANTIHELMÍNTICO: remedios contra las lombrices.

APERITIVO: remedio para abrir el apetito.

ASTRINGENTE: medicamentos o remedios que tienen la virtud de estreñir y dar mayor consistencia y firmeza a los tejidos orgánicos.

ATEMPERANTE: medicamentos que tienen la propiedad de extinguir o moderar el calor preternatural, febril, inflamatorio o de otras especies.

BÉQUICO: antitusivo.

BLENORREA: lo mismo que blenorragia, si bien se aplica mejor a ésta cuando se hace crónica.

CARMINATIVO: medicamentos utilizados para facilitar la expulsión de gases intestinales y calmar los dolores que ocasiona su presencia.

³⁷⁰ Recogido del *Vocabulario Médico-Quirúrgico ó Diccionario de Medicina y Cirujía*. Por el Dr. Manuel Hurtado de Mendoza. Boix Editor. Madrid 1840; pp. 1-782.

CATERÉTICO cáustico o escariótico poco graduado.

CÁUSTICO: sustancia que ulcera y destruye los tejidos.

CLOROSIS: enfermedad caracterizada por la decoloración de la piel, generalmente acompañada en las mujeres con la escasez o falta de reglas.

COREA: nombre de un baile que se aplicó también a una debilidad de nervios en que los enfermos caminan con una pierna arrastrando; están medio idiotas y agitados por convulsiones clónicas habituales.

DEMULCENTE: lo mismo que emoliente.

DESECANTE: sustancia que se emplea para enjugar o secar las úlceras.

DETERSIVO: que tiene la virtud de limpiar las heridas o úlceras.

DIAFORÉTICO: que produce transpiración cutánea más abundante de lo normal.

DIÁTESIS: predisposición de los humores a padecer ciertas enfermedades generales.

DISPEPSIA: digestión difícil.

DIURÉTICO: Que induce la diuresis.

EMENAGOGO: medicamentos para favorecer el flujo menstrual.

EMOLIENTE: medicamento con propiedad de ablandar o relajar los tejidos disminuyendo su cohesión.

EFÉLIDES: Manchas en zonas expuestas al sol, sobre todo en pieles de muy claras, y son de color negro. Habitualmente se denominan “pecas”.

EPISPÁSTICO: medicamento capaz de producir en el punto en que se aplica una irritación, con calor, dolor y elevación de la piel con acumulación de serosidad.

ESCIRROSIS: tumor duro que queda como residuo en un órgano que ha sufrido una flegmasía prolongada.

ESCRÓFULA: enfermedad que consiste en la degeneración de los ganglios o glándulas linfáticas, principalmente del cuello. También se han llamado lamparones y tumores fríos.

ESTIMULANTE DIFUSIBLE: medicamentos que obran rápidamente y difunden su acción por todas partes, principalmente hacia el cerebro.

ESTIMULANTE: sustancia o agente capaz de excitar ostensiblemente la vitalidad de los órganos de la economía.

ESTOMÁTICO: calificación que se da a todo medicamento o remedio para las afecciones de la boca o para enjuagatorios profilácticos. También se da a los remedios para corregir ciertas dispepsias o afecciones del estómago de carácter nervioso.

EXANTEMA: nombre común dado a todas las erupciones que aparecen en la piel o en las superficies mucosas.

EXCITANTE: se llaman así todos los agentes que pueden estimular los tejidos produciendo la excitación.

EXOSTOSIS: tumor huesoso que se desarrolla sobre los mismos huesos; deformándolos y alterando sus funciones.

FLEGMASIA: nombre genérico dado a todas las inflamaciones.

FLORES BLANCAS: lo mismo que leucorrea.

FUNDENTE: medicamento que posee la virtud de fundir y resolver los infartos o humores condensados en cualquier punto del cuerpo.

GONORREA: flujo involuntario de semen sin erección ni voluptuosidad. También se aplica al flujo crónico de materia acre y corrosiva por el canal uretral.

HEMOSTÁTICO: todo medicamento o remedio que se emplea para cohibir un flujo o hemorragia.

HIDROPESÍA: toda acumulación morbosa de serosidad en cualquier parte del cuerpo.

HIPOCONDRIA: enfermedad caracterizada por desórdenes digestivos, tristeza profunda, susceptibilidad moral exaltada, preocupación constante sobre males imaginarios y salud aparente.

HISTERISMO: enfermedad propia de la mujer y procedente al parecer del útero, manifestándose por accesos de sofocación, convulsiones y a veces pérdida de conocimiento, dolores de cabeza, tristeza profunda, etc.

INCISIVO: medicamentos a los que se atribuía la virtud de dividir y deshacer los humores condensados.

LEUCORREA: flujo blanco o supersecreción mucosa de la vagina en la mujer.

MADURATIVO: se aplica a los emplastos o cataplasmas que se emplean sobre los abscesos para favorecer el fenómeno de la maduración.

NERVINO: se dice del ungüento hecho con aceites y grasas penetrantes y confortativas.

PERIÓDICAS: enfermedades que de tiempo en tiempo se presentan y desaparecen con cierta regularidad o medida, como las fiebres llamadas intermitentes.

PERIOSTOSIS: tumor en el periostio, membrana que cubre los huesos por todas partes, menos por donde hay cartílagos.

PRIAPISMO: tensión permanente, dolorosa y quemante del miembro viril, sin propensión al acto venéreo.

REFRIGERANTE: lo que tiene el poder de refrigerar o disminuir el calor.

REPERCUSIVO: nombre que se da a los remedios que se emplean sobre cualquier tumor, exantema o enfermedad de la piel, con el fin de hacerla refluir al interior.

RESOLUTIVO: lo que hace que se disipe los síntomas que constituían una inflamación sin otro resultado ni producto morboso.

REVULSIVO: medicamentos que producen revulsión, medio curativo de algunas enfermedades internas, que consiste en producir congestiones o inflamaciones en la superficie de la piel o las mucosas, mediante diversos agentes físicos, químicos y aún orgánicos.

ROMADIZO: Inflamación de las fosas nasales.

RUBEFACIENTE: que produce rubefacción, color rojo o sanguíneo en la piel.

SEDANTE: nombre dado a todos los remedios que moderan o disminuyen la acción orgánica.

SIALAGOGA: lo que promueve o aumenta la secreción de saliva.

TISIS: Tuberculosis.

VULNERARIO: calificativo de los medicamentos que se aplican para curar heridas

IV. LOS ENFERMOS Y LAS ENFERMEDADES EN LEÓN FUERA DEL HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD

IV-1. Datos precisos de los años 1845-1871.

Durante este periodo, entre 1848-1871, se estudiaron diversos parámetros de pacientes fallecidos en el ámbito extra-hospitalario. Los datos analizados han sido extraídos de los siguientes libros del Registro Civil de León³⁷¹.

La relación de parámetros analizados se expone en la tabla RIV-1:

³⁷¹ Estos datos figuran en el Archivo Histórico Municipal de León (AHML).

Tabla RIV-1-1

Estado civil.

Edad según estado civil.

Sexo.

Edad de los niños fallecidos.

Profesiones de las personas analizadas.

Enfermedades que fueron causa de su fallecimiento, especialmente las más frecuentes y edad de las causas más frecuentes de fallecimiento.

Grupos sindrómicos estudiados.

Estudio de la mortalidad infantil.

Procedencia de los individuos fallecidos.

Enfermedades según procedencia de las personas fallecidas: Hospital vs extrahospital.

Se han contabilizado 4.636 personas con datos precisos definidos de un total de 10.129, por lo que ha habido 5.493 perdidos para el cómputo final. Esto hace que el total de individuos de los que se conoce su estado civil es un 45,8% y, por tanto, los no conocidos son el 54,2%. Bien es cierto que en el grupo de desconocidos de su estado civil se incluyen los niños del hospicio. Tabla RIV-1-2.

Tabla RIV-1-2: Estado civil (1845-1871)

Casados: 1916 (41,3%).

Solteros: 1438 (31,1%).

Viudos: 1281 (27,6%).

La prueba de chi cuadrado es de $p < 0,000$.

El grupo de casados es dominante respecto a los otros estados civiles³⁷²

En la tabla RIV-1-3, se observan las edades según estado civil.

Tabla RIV-1-3: Edad y estado civil:

Solteros: 29,20 (Desv típica: 18,17) años

Casados: 47,04 años (Desv típica: 14,26) años

Viudos: 62,18 (Desv típica: 14,02) años

El test de ANOVA, resulta en alta significación, con una $p < 0,000$.

El resultado objetiva unos parámetros típicos, destacando que el grupo de viudos presentaba una edad de mortalidad alta para la época.

³⁷² Este hecho, no es lo habitual en el estudio, ni se mantiene esta tendencia en los resultados posteriores.

Tabla RIV-1-4: Distribución por sexo:

Sexo Femenino: 4606 (47,2%)

Sexo masculino: 5163 (52,8%)

Prueba de chi-cuadrado: $p < 0,000$.

En la tabla RIV-1-5, estudiamos la relación de niños fallecidos según edad, procedentes en su mayor parte del Hospicio³⁷³. Consideramos niños los que tienen hasta 10 años.

Tabla RIV-1-5: Edad de niños fallecidos.

Del total de 10.129 individuos analizados, en 312 no se encuentran datos, por lo que quedan para el análisis: 9.817.

De ellos, por debajo de 10 años son 4.477 niños. Los adultos son el resto, 4.669 en total³⁷⁴.

Tabla RIV-1-5: Edad de niños fallecidos y porcentaje

0-6 días: 220 (2,4%).

7-27 días: 1471 (16,08%).

28 días-1 año: 684 (7,48%).

1-5 años: 1507 (16,48%).

6-10 años: 595 (6,50%).

0-15 años: 4809 (52,6%)

>15 años: 4335 (47,4%).

Sin datos: 983 (9,70%).

Total: 10.127.

Hubo un total conocido de 4.477 niños que fallecieron en los años consignados. Del total de datos conocidos (9.144), el grupo de niños, entendiendo como tal entre los 0-15 años que fallecieron, fue del 52,6%. Podemos asumir que la mortalidad infantil era muy alta, aunque no podemos saber exactamente cuál era la tasa de mortalidad infantil, al no conocer el número total de niños nacidos en ese periodo³⁷⁵. Sí sabemos que, del total de personas fallecidas, el porcentaje correspondiente a menores de un año fue de 25,59%; sin embargo, entre 1-5 años la mortalidad sobre el total de fallecidos fue de 16,47%. Con ello tenemos un dato indirecto de alta mortalidad infantil. Si observamos datos recogidos por Ramón García y Ponce de León en 1883, vemos que las cifras de mortalidad infantil son casi similares a las de veinte años antes, pues en su monografía recoge las tasas de mortalidad en ese año, y arrojan los resultados siguientes³⁷⁶:

³⁷³ Creado por el Obispo Cayetano Cuadrillero y Motta años antes, en 1786.

³⁷⁴ Se considera la edad adulta a partir de los 15 años, al igual que publicaciones encontradas. De hecho, hasta la edad de 15 años, nos hemos encontrado que figuran 9 casados (0,89% del total menores de 15 años) y 4 viudos (0,08% del total de 0-15 años).

³⁷⁵ El cálculo de mortalidad infantil, se realiza mediante la siguiente fórmula: Niños fallecidos menores de un año (0-365 días) x1000/Recién nacidos vivos.

³⁷⁶ Ramón GARCÍA y PONCE DE LEÓN. *Vida y muerte en la ciudad de León. Topografía médica de León*, León 1988 81 y ss.

Fallecidos de edad inferior a 1 año: 131; 76 varones y 58 hembras..
Fallecidos entre 1-5 años: 247; 113 varones y 134 hembras.
Fallecidos entre 5-10 años: 44; 24 varones y 20 hembras.
Fallecidos entre 10-20 años: 36; 21 varones y 15 hembras.
Fallecidos entre 20-40 años: 88; 45 varones y 43 hembras.
Fallecidos entre 40-60 años: 86; 47 varones y 39 hembras.
Fallecidos entre 60-80 años: 107; 54 varones y 53 hembras.
Fallecidos entre 80-100 años: 12; 5 varones y 7 hembras.
Fallecidos de más de 100 años: 1; 1 hembra.

De lo anterior se deduce que sumando al menos hasta los 10 años, la mortalidad infantil era del 55,67%.

Si analizamos la mortalidad neonatal,³⁷⁷ en el periodo que estudiamos entre 1845-1871, observaremos que esta es del 16,7%; y si la subdividimos a su vez entre mortalidad neonatal precoz³⁷⁸ (2,40 %), y mortalidad tardía³⁷⁹ (16,08%), vemos que esta última como era de esperar es superior a la anterior.

Podemos decir que la muerte de niños menores de un año o mortalidad infantil está clásicamente considerado como un marcador del grado de desarrollo y de las condiciones de vida de una población.³⁸⁰ Además de algunas otras cuestiones³⁸¹, la mortalidad post-neonatal³⁸² en la muestra estudiada era del 7,48%, claramente inferior a la mortalidad neonatal.³⁸³

En la Tabla RIV-1-6 se expone la relación estado civil-sexo.³⁸⁴

Casados: Total: 1916: Mujeres: 831 (43,37%) Varones: 1085 (56,63%)
Solteros: Total: 1438: Mujeres: 655 (45,54%) Varones: 783 (54,46%)
Viudos: Total: 1281: Mujeres: 746 (58,23%) Varones: 535 (41,77%)

La prueba de chi-cuadrado es altamente significativa, con una $p < 0,000$.

Nos ha parecido de interés el estudio de las profesiones de las personas fallecidas.

Todo ello se expone en la tabla RIV-1-7

³⁷⁷ Que podemos hacerlo con estos datos disponibles, y que es la mortalidad entre el nacimiento y los 27 primeros días de vida.

³⁷⁸ Concepto que implica mortalidad infantil entre el nacimiento y 6 días de vida.

³⁷⁹ Este dato se refiere a la mortalidad entre los 7 y 27 días de vida.

³⁸⁰ Según afirma la citada Dra. Celia Lomuto.

³⁸¹ En un interesante trabajo de Francisco MUÑOZ PRADAS, titulado *Geografía de la mortalidad española del siglo XX: Una exposición de sus factores determinantes*, considera que los determinantes de la mortalidad infantil y adulta a lo largo del siglo XIX, eran distintas, los niveles de mortalidad en la infancia, están condicionados por la disponibilidad alimentaria y organización de la actividad agraria, y que la desigualdad territorial que existían, eran consecuencia de la desigual distribución territorial de algunos factores de exposición y de protección frente a determinadas enfermedades y la muerte. Boletín de la A.G.E. 40 (2005) 269-310.

³⁸² Mortalidad postneonatal, es la que va desde los 28 a los 365 días de vida.

³⁸³ Todos estos datos solo se refieren al número de fallecimientos totales.

³⁸⁴ Este dato se constata solamente en el 45,8% del total. Sin datos del 52,2%.

Tabla RIV-1-7: Profesiones de fallecidos entre 1845-1871

No se encontró profesión en 2.767 individuos, lo que equivale al 27,3% de la muestra.

Las profesiones halladas fueron:

Abañador	Alfarero	Fabricante de velas
Farmacéutico	Fiscal de Hacienda	Fogonero
Frutera	Guardia de campo	Guarnicionero
Dependiente	Vendedor de puertas	Albañil
Destajista	Director de Veterinaria	Ebanista
Eclesiástico	<i>Electricero</i>	Empleado
Empleado cesante	Empleado pasante	Encuadernador
Enfermero	Alcalde Cárcel	Escribano
Escribiente	Expendidora de agua	Expendedor de vinos
Esquilador	Estanquera	Estudiante
Fabricante	Fabricante de curtidos	Fabricante cintos
Hacendado	Herrero	Hojalatero
Alguacil	Hornero	Hortelano
Impresor	Industrial	Ingeniero
Ingeniero minas	Interventor de pastos	Jardinero
Jornalero	Alpargatero	Jubilada
Labrador	Lamparero	Lavandera
Librero	Licorista	Maestra
Maestro niños	Maestro albañil	Maestro instituto
Amamantadora	Maestro de obras	Mancebo comercio
Marinero	Marquesa	Médico
Médico cirujano	Menestral	Medidor
Mendigo	Mesonero	Pobre
Militar	Minero	Modista
Molinero	Monja	Mozo de cordel
Mozo de correos	Mozo de paradas	Músico
Arquitecto	Nodriz	Ocupaciones domésticas
Organista	Párbulo	Panadero
Paragüero	Pasamanero	Pastor
Arriero	Peón	Jubilado
Pesador	Pescadero	Pescador
Pintor	Platero	Pobre de asilo
Pobre de solemnidad	Artesano	Pordiosero
Presidente sala audiencia	Procurador	Proletario
Pupilera	Quinquillero	Artista
Receptor	Relojero	Retirado
Revendedora	Ropera	Sacristán
Sangrador	Sastre	Segador
Ayudante ingeniero	Seminarista	Sepulturero
Sereno	Serrador	Servicio Ayuntamiento
Silletero	Sirviente	Soguero
Soldado	Sombrero	Abogado
Barbero	Tablajero	Tabernero
Tachuelero	Talabardero	Tallista

Tambor de ciudad	Bibliotecario	Techador
Tejedor	Tejero	Tendero
Curtidor	Tornador de astas	Topógrafo
Trabajador	Traficante de ganados	Trapero
Tratante	Ventajera	Veterinario
Botero	Vidriero	Vigilante
El que hacía los bandos	Zagal diligencia	Zagal de menores
Zapatero	Zapatillero	Albéitar
Boticario	Bracero	Cacharrero
Caminero	Caminero	Cantero
Administrador	Cantinerero	Cantor
Carabinero	Cardador	Carcelero
Carpintero	Carrromatero	Carretero
Cartero	Casa de asilo	Armero
Posadero	Castañera	Castrador
Catador	Catedrático de Instituto	Celador de policía
Cerero	Cerrajero	Cesante
Cestero	Agente	Cirujano
Chocolatero	Clavador	Cocinero
Colchonero	Comerciante	Comisario de guerra
Comisionado	Comisionista	Agrimensor
Conductor de presos	Confitero	Conserje
Contador de hospicio	Contratista	Cordonero
Aguadora	Cortinera	Costurera
Criado de servicio	Cubero	Cristalero
Cursante	Demandadera	Curtidor

En total conocemos 213, profesiones que abarcaban el espectro laboral de la sociedad de la época. Podemos contabilizar que había hasta un total de 36 profesiones que necesitaban estudios³⁸⁵. Esto suponía el 16,51%.

En la Tabla RIV-1-8 podemos observar las profesiones más frecuentes:

Jornalero: 717	Carpintero: 35
Pordiosero: 404	Estudiante: 30
Labrador: 161	Costurera: 29
Militar: 159	Escribiente ³⁸⁶ : 21
Sirviente: 109	Labores de su sexo (amas de casa): 20
Zapatero: 76	Criado de servicio ³⁸⁷ : 20
Empleado: 70	Lavandera: 17
Eclesiástico: 62	Herrero: 17
Sastre: 46	Maestros: 14
Tejedor: 45	Aguadora: 14
Propietario: 42	Barbero: 13
Comerciante: 37	Cantero: 12
Panadero: 37	Abogado: 12
Albañil: 37	Tendero: 12

³⁸⁵ Lo que en terminología actual supondría dedicación dentro del sector terciario.

³⁸⁶ Escribiente o escribano, según consta en la documentación.

³⁸⁷ Se distingue “criados de servicio” del de “sirvientes”, pues los primeros son varones y las segundas mujeres.

De los resultados de esta tabla podemos concluir:

- 1) La profesión más frecuente en la parte intermedia del siglo XIX, considerando que los fallecidos son representativos del conjunto de la sociedad, es la de jornalero, es decir, trabajador por cuenta ajena, con una diferencia muy significativa respecto al de propietarios (labradores): 9,73 % en números absolutos versus 2,18%. Si restamos los menores de 10 años, el porcentaje de personas jornaleras es de 24,85% versus 5,5% de labradores.
- 2) El número de pordioseros representa el 5,48%. Si restamos los niños menores de 10 años que podían estar en el hospicio, tenemos un porcentaje de pordioseros del 14,00%. Es decir, se concluye que la séptima parte de la población enferma era pordiosera.
- 3) Destaca el alto número de eclesiásticos, que representan al menos el 2,85% de la sociedad.³⁸⁸
- 4) Nos parece importante que en el conjunto de profesiones más frecuentes (más de 12), es bastante alto el apartado de “oficios”, que, por lo tanto, tenían necesidad de cierta preparación específica. Los oficios con cierta preparación representan dentro del conjunto de profesiones el 25 %; y, por tanto, podemos concluir que una cuarta parte de población tenía en esa época un trabajo de cierta cualificación. Si a ello añadimos que el 16,51 % precisaban estudios para ejercer su profesión, llegamos a un total de al menos 42,23% de personas bien preparadas laboralmente³⁸⁹, lo que es una cifra muy aceptable para la época.

Véanse ahora las enfermedades halladas, descritas por grupos sindrómicos.

Tabla RIV-1-9

NEUMOLÓGICAS

- 11 Catarro crónico pulmonar
- 13 Infección respiratoria
- 14 Asma
- 17 Afectación torácica
- 43 Bronquitis
- 54 Pulmonía
- 55 Pleuritis/Hidrotórax
- 120 Reblandecimiento pulmonar

³⁸⁸ Es de destacar que en esa época, la presencia eclesiástica en León era muy alta, calculándose que en 1751 la comunidad eclesiástica de León suponía el 20% de la población. Según Jacinto GUTIÉRREZ CAMPILLO, *Entorno sociológico del hospital de San Antonio Abad* (2002) 400-401, en 1751 había en León capital 140 sacerdotes seculares, 50 canónigos, porcionarios y racioneros de la catedral, 240 frailes y 150 monjas.

³⁸⁹ Decimos al menos, pues hay que considerar que no contabilizamos parte de trabajos de cierta cualificación, al ser inferiores a 12, y que podrían aumentar el porcentaje.

CARDIOLÓGICAS

- 9 Muerte súbita
- 15 Lesión del corazón
- 30 Aneurisma
- 33 Angina de pecho
- 71 Endocarditis
- 97 Pericarditis
- 100 Hipertrofia cardiaca
- 111 Arritmia

VENÉREAS

- 114 Sífilis
- 118 Blenorragia
- 123 Tabes mesentérica

INFECCIOSAS

- 21 Fiebre
- 34 Meningoencefalitis
- 35 Absceso parásitos
- 41 Erisipela
- 47 Cistitis
- 57 Tosferina
- 59 Herpes
- 60 Difteria/Crup
- 61 Infección urinaria
- 62 Infección faringolaríngea
- 66 Infección durante la dentición
- 72 Exantema
- 73 Escarlatina
- 76 Escrófulas
- 31 Anginas
- 32 Carbunco
- 44 Paludismo
- 79 Gangrena
- 81 Tuberculosis
- 82 Viruela
- 83 Flemón
- 84 Gargantón/parotiditis
- 110 Oftalmia
- 43 Sarampión
- 122 Sarna
- 124 Tiña

METABÓLICOS

- 28 Anasarca
- 29 Anemia
- 51 Saturnismo
- 70 Edema
- 75 Escorbuto
- 88 Gota
- 98 Hidropenia/ Deshidratación
- 117 Pelagra
- 119 Raquitismo

CÁNCER 45

- (Estómago
matriz,
úlcera
cancerosa)

NEUROLÓGICOS

- 6 Apoplejía
- 7 Debilidad senil
- 8 Epilepsia
- 10 Senectud
- 20 Afectación sistema nervioso
- 56 Consunción
- 65 Demencia
- 89 Hemiplejia
- 101 Tubérculos
cerebrales
- 112 Parálisis
- 113 Vértigo
- 115 Paraplejia
- 116 Parkinson(perlesía)
- 121 Reblandecimiento cerebral
- 102 Hipocondría
- 27 Angustia
- 39 Ataque cerebral
- 40 Ataque de nervios
- 68 Agotamiento
- 24 Agonía

DIGESTIVO

- 12 Hepatopatía
- 18 Dispepsia

23 Parasitosis intestinal
80 Tifoidea
86 Ulceración intestinal
87 Hepatitis aguda
90 Hepatitis crónica
91 Peritonitis
93 Hernia estrangulada
94 Hernia
95 Úlcera de estómago
103 Ictericia
104 Hinchazón
abdominal
105 Indigestión
106 Infarto del hígado
107 Abdomen agudo
48 Cólera
49 Cólico abdominal/proceso
abdominal
50 Cólico biliar
52 Diarrea aguda
53 Diarrea crónica
55 Constipación
intestinal
64 Proceso gástrico
67 Hematemesis
69 Disentería
63 Empacho gástrico
36 Hidropesía

TRAUMATISMOS

2 Accidente
4 Quemaduras
26 Ajusticiado
37 Homicidio
38 Asfixia
46 Traumatismo craneal
85 Fractura ósea
92 Heridas traumáticas
96 Úlcera cutánea

OBSTETRO-GINECOLÓGICO

1 Muerto al nacer

2 Parto
 5 Aborto espontáneo
 16 Enfermedad ginecológica
 42 Feto muerto
 78 Prematuro
 108 Metrorragias
 109 Muerte durante el coito

**OTRAS NO
 CLASIFICABLES**

0 Desconocido
 19 Proceso
 inflamatorio
 22 Reumatismo
 25 Proceso agudo
 58 Proceso
 crónico
 74 Úlcera de
 garganta
 77 Dolor
 generalizado

En total son 127 enfermedades encuadradas en los procesos sindrómicos arriba enunciados.

En la tabla siguiente exponemos las causas más frecuentes de fallecimiento y la edad que padecieron los procesos implicados:

Tabla RIV-1-10:

Proceso³⁹⁰	Edad Media (años) y Desv. Típica
Fiebre: 1697 casos	25,94 (50,90)
Pulmonía: 670	45,50 (21,96)
Tuberculosis: 567	30,76 (17, 90)
Hidropesía: 337	39,59 (21,15)
Disentería: 235	9,17 (19,60)
Apoplejía: 205	53,79 (18,56)
Viruela: 184	11,10 (11,09)
Tifoidea: 132	35,21 (18,70)
Escrófulas: 153	1,64 (5,66)
Accidente: 119	33,18 (25,24)
Parálisis: 114	57,80 (18,24)
Infección respiratoria: 108	29,79 (30,54)
Síncope (muerte súbita): 85	45,25 (21,26)
Senectud: 85	76,48 (9,85)
Diarrea aguda: 88	54,51 (5,62)
Asma: 74	57,86 (15,72)

³⁹⁰ Relación de los 45 procesos más frecuentes (más de 12 casos por proceso), hallados responsables de fallecimientos en el periodo estudiado.

Difteria: 69	3,85 (1,69)
Cólico abdominal: 65	19,69 (15,59)
Escarlatina: 64	10,68 (4,79)
Meningoencefalitis: 61	32,43 (27,76)
Tosferina: 56	1,44 (1,23)
Catarro crónico pulmonar: 54	51,23 (22,65)
Gargantón (parotiditis): 50	10,01
Cáncer: 46	42,02 (17,49)
Consunción: 45	36,24 (1,40)
Cólera: 44	44,20 (17,25)
Parto: 43	31,38 (6,41)
Sarampión: 39	13,82
Gangrena: 39	24,68 (16,23)
Tabes mesentérica: 35	10,38 (6,68)
Anginas: 33	19,57 (13,17)
Prematuro: 32	0,06
Reblandecimiento pulmonar (Epoc): 31	47,25 (16,95)
Escorbuto: 29	12,29 (8,46)
Paludismo: 28	19,93 (2,34)
Proceso gástrico: 27	35,04 (29,04)
Hematemesis: 22	25,46 (5,75)
Lesión del corazón: 21	37,60 (17,61)
Muerto al nacer: 21	0,01
Aneurisma: 19	40,05 (18,21)
Diarrea crónica: 18	49,27 (19,65)
Infección durante la dentición: 17	1,21 (0,45)
Hepatopatía: 14	38,37 (20,67)
Erisipela: 13	26,38 (4,37)

Anotamos a continuación otra tabla con los grupos sindrómicos, según lo anteriormente expuesto, número de fallecidos, edad media y desviación típica:

Tabla RIV-1-11

Grupos Sindrómicos	Número Fallecidos	Edad Media	Desv. Típica
Metabólicos	51	22,19	19,74
Cáncer	44	42,02	17,49
Neurológicos	546	51,14	25,93
Digestivos	943	27,17	24,81
Traumatismos	161	30,33	23,88
Obstetroginecológicos	96	18,87	14,25
Neumológicos	974	45,36	23,41

Cardiológicos	125	41,98	20,06
Venéreas	40	14,69	12,07
Infeciosas	3.152	23,04	N D
No clasificadas	3.006	21,44	13,23
TOTAL	9.138	24,66	N D

En la siguiente tabla RIV-1-12, nos ha parecido de interés describir las causas más frecuentes de fallecimientos en el hospicio, pues este dato nos acerca a conocer de forma clara y determinante las enfermedades por las que la población infantil fallecía, dado que era allí en donde consta la mayor información sobre las causas de mortalidad de la población infantil.

Tabla RIV-1-12: Causas de mortalidad infantil en el Hospicio

En total están recogidos 1.916 fallecidos procedentes del Hospicio de León. De ellos, en 1.066 no hay diagnóstico conocido y, los más frecuentes de los restantes 850, son los siguientes³⁹¹:

Muerto al nacer: 8	Catarro crónico pulmonar: 4
Fiebre: 185	Afección verminosa: 19
Meningoencefalitis: 4	Hidropesía: 24
Sarampión: 5	Paludismo: 11
Cólico abdominal: 10	Diarrea aguda: 9
Pulmonía: 23	Difteria: 3
Hematemesis: 3	Agotamiento: 4
Disentería: 167	Escarlatina: 6
Escorbuto: 18	Escrófulas: 146
Prematuro: 19	Gangrena: 17
Tifoidea: 3	Tuberculosis: 68
Viruela: 23	Gargantón: 4
Úlcera intestinal: 4	Hinchazón de abdomen: 11
Tabes mesentérica: 19	

Volviendo a 1883, de los datos recogidos (comentados en parte anteriormente), por Ramón García y Ponce de León, observamos que la causa fundamental de fallecimiento es en primer lugar el sarampión,³⁹² y que la segunda causa y más frecuente en adultos, es la tuberculosis. Hay que destacar que en ese periodo ya existen datos de mortalidad por causas ginecológicas, como *quiste de ovario*, *metritis*, *metrorragias*, y muy escasa por parto con solo un caso sobre 758 fallecimientos.

En la siguiente tabla RIV-1-13, exponemos los resultados por lugares de procedencia, extranjeros y nacionales.

³⁹¹ Hemos expuesto los más frecuentes por haber varios diagnósticos con un solo caso, que no se consideran representativos.

³⁹² Lo cual refuerza la necesidad de la vacunación infantil, ahora en entredicho por algunos colectivos.

Tabla RIV-1-13: Lugar de procedencia extranjeros (Nº y porcentaje) ³⁹³

Alemania: 2 (0,0)
Suiza: 1 (0,0%)
Bajo Rhin: 1 (0,0%)
Bélgica: 1 (0,0%)
Cerdeña: 1 (0,0%)
Cuba: 1 (0,0%)
Francia: 23 (0,3%)
Italia: 3 (0,0%)
Portugal: 2 (0,0%)

En total, los extranjeros contabilizados que fallecieron en León suman 35 personas, que equivale al 0,5% del total de fallecidos.

En la Tabla RIV-1-14 detallamos la procedencia nacional de las personas fallecidas y registradas entre 1845-1871:

Sobre un total de 10.129 individuos estudiados, hemos obtenido documentación de 9.047, que representa el 89,2%. ³⁹⁴

De la provincia de León proceden 7.980 personas, es decir, el 87,2%, repartidos entre fallecidos en el hospital (1.740 y el 19,2%), y del resto de la provincia (6.650, por tanto el 73,50%), que fallecieron fuera del ámbito hospitalario.

Tabla RIV-1-14: Lugar de procedencia de las personas fallecidas entre 1875-1871 (Nº y porcentaje): ³⁹⁵

Andalucía: 19 (0,3%)
Aragón: 4 (0,1%)
Asturias: 485 (5,4%)
Castilla la Mancha: 20 (0,2%)
Cataluña: 18 (0,2%)
Comunidad Valencia: 13 (0,1%)
Extremadura: 11 (0,1%)
Galicia: 156 (1,7%)
Logroño: 8 (0,1%)
Madrid: 53 (0,6%)
Murcia: 9 (0,1%)
Navarra: 2 (0,1%)
País Vasco: 33 (0,4%)
Santander: 32 (0,4%)
Castilla y León (exceptuando León): 241 (2,66%)

De esta última comunidad hemos desglosado las provincias que la componen, exceptuando León ³⁹⁶ y da el siguiente resultado:

³⁹³ Probablemente en su mayor parte peregrinos, sin poder excluir algún trabajador, como canteros, que procedían de Francia en su mayor parte, pero al no estar definido en todos, no podemos confirmarlo.

³⁹⁴ Por lo que no hay constancia de 1.082 personas (10,7).

³⁹⁵ Lo hemos establecido, dado el pequeño número de algunos lugares, por lo que ahora denominamos comunidades autónomas.

Ávila: 7 (0,1%)
 Burgos: 33 (0,4%)
 Palencia: 67 (0,7%)
 Salamanca: 14 (0,2%)
 Segovia: 4 (0,0%)
 Soria: 5 (0,1%)
 Valladolid: 82 (0,9%)
 Zamora: 29 (0,3%)

De lo anterior podemos deducir que, como es lógico, es León quien más aporta de pacientes fallecidos. Destacamos, aunque no en un porcentaje significativo, que el número de extranjeros, correspondía a diversas nacionalidades, presumiblemente peregrinos por las procedencias tan dispares, más de países vecinos y del sur de Europa que de Centroeuropa.

En lo concerniente a la procedencia de regiones españolas, claramente las más próximas son las de mayor afluencia, especialmente Asturias, dado que era frecuente venir a trabajar los campos en época de cosecha. Posiblemente algo parecido podría ocurrir en lo que respecta a Galicia. Llama la atención el número de fallecidos procedentes de Santander y País Vasco, que podrían ser peregrinos o trabajadores asentados en León.

De igual forma, las provincias limítrofes son las que aportan más pacientes en todo el estudio, con Valladolid, Palencia y Burgos como las más sobresalientes. Es posible que una parte importante de ellos hubiesen venido a León por trabajo y otros por peregrinaje.

IV-2. Comparación con la situación en el hospital de San Antonio Abad.

En este apartado estudiaremos los procesos que acabaron en fallecimiento en el hospital de San Antonio Abad, para poder compararlos con los que se dieron a nivel extrahospitalario.

El conjunto de la muestra estudiada es de 1.911, mientras que del resto son 7.903, lo que representa que los fallecidos en el hospital de San Antonio Abad son el 19,47%.

En la tabla RIV-2-1, describimos los diagnósticos de los pacientes del hospital:

Tabla RIV-2-1: Diagnósticos hospitalarios (nº de casos entre 1845-1871):

Fiebre: 397	Meningoencefalitis: 18
Tuberculosis: 328	Lesión de corazón: 13
Hidropesía: 205	Aneurisma: 12
Pulmonía: 155	Gangrena: 11
Apoplejía: 68	Síncope (muerte súbita): 11
Tifoidea: 58	Hidrotórax: 11
Parálisis: 54	Hemiplejía: 10

³⁹⁶ Los datos de León han sido referidos anteriormente

Infección respiratoria: 46	Asma: 10
Catarro crónico pulmonar: 45	Reblandecimiento cerebral (posible Alzheimer): 8
Viruela: 41	Fracturas óseas: 8
Disentería: 39	Sífilis: 7
Reblandecimiento pulmonar (posible epoc): 29	Demencia: 7
Accidente: 28	Paludismo: 7
Cáncer: 27	Peritonitis: 6
Diarrea aguda: 27	Ictericia: 6
Senectud: 24	Parto: 3
Diarrea crónica: 18	

Cuando distribuimos estos datos en función de grupos sindrómicos, obtenemos lo siguiente (Tabla RIV-2-2)

Tabla RIV-2-2: Grupos sindrómicos de pacientes fallecidos en Hospital San Antonio Abad entre 1845-1871 (nº y %)

Metabólicos: 11 (0,6%)	Neumológicos: 296 (15,5%)
Cáncer: 27 (1,4%)	Cardiológicos: 39 (2,0%)
Neurológicos: 183 (9,6%)	Venéreas: 7 (0,4%)
Digestivos: 353 (18,5%)	Infecciosas: 856 (44,8%)
Traumatismos: 54 (2,8%)	Otras: 76 (4,0%) ³⁹⁷
Obstetroginecológicos: 9 (0,5%)	

La prueba de chi-cuadrado, es de alta significación estadística, con una $p < 0,000$.

En la tabla siguiente, RIV-2-3, podemos observar las edades de fallecimiento de los pacientes en el hospital y del resto de procedencias.

Tabla RIV-2-3: Edad de fallecimiento entre 1845-1871

Lugar Procedencia	Número	Edad (años)	Desv. típica
Hospital SAA	1.779	43,93	18,55
Resto procedencias	7.365	20,006 ³⁹⁸	N D

Esta diferencia es altamente significativa, con una $p < 0,000$ en la prueba de Levene para la igualdad de varianzas.

Tabla RIV-2-4: Media de edad de fallecimiento según lugar de procedencia. Comparación de los pacientes fallecidos en el hospital de San Antonio Abad y el resto de procedencias:

Lugar de procedencia (Centro o Parroquias)	Número	Edad fallecimiento (Media en años)
---	--------	---------------------------------------

³⁹⁷ Cuando decimos otras dentro de los grupos sindrómicos, nos referimos a procesos no encuadrables entre los síndromes ya descritos.

³⁹⁸ Hay que considerar que la edad media tan baja en el resto de procedencias, es por la inclusión de los niños en el estudio, por lo que esta cifra tiene este sesgo.

Hospital	1779 (datos solo del total de 1911)	43,9
Convento Recoletas	3	40,33
El Mercado	881	21,94
Hospicio	1826	3,82
Convento Concepción	1	60,00
Puentecastro	229	23,08
San Juan de Regla	327	29,09
San Juan de Renueva	119	35,01
San Lorenzo	488	22,85
San Marcelo	347	29,84
San Martín	1128	21,07
San Pedro	102	35,27
San Pedro de los Huertos	144	25,79
San Marcos Jesuitas	7	28,85
San Salvador del Nido	283	19,29
Salvador Palat Rey	320	34,22
Santa Ana	231	27,93
Santa Marina	903	8,18
Villapérez	13	29,33
Total	9131	4,66

El estudio estadístico ANOVA, es altamente significativo, $p < 0,000$.

De esta tabla, interesante por los resultados,³⁹⁹ podemos concluir:

- 1) La edad de mortalidad en esos años (1845-1871) presentaba una media de 24,66 años. Bien es cierto que este dato parece sesgado, dado que se contabiliza la media de los niños del hospicio que es de 3,82 años. Sin embargo, si atendemos a los valores del resto de procedencias, observamos que oscilan entre los 19 y 35 años.⁴⁰⁰ Por tanto, se concluye que la mortalidad se presentaba a una edad muy temprana.
- 2) Sorprende que la población del hospital supera en casi 20 años esa edad media de mortalidad. Esto puede justificarse en que el tipo de paciente que allí acudía tenía algún tipo de “selección”, natural, como los casos más severos. Por otro lado, todo tipo de personas atendidas en el hospital de San Antonio Abad de León, tanto procedentes de la ciudad, como de la provincia o incluso del extranjero, tenían una edad de mortalidad muy alta, posiblemente entre otros aspectos, por los buenos cuidados médicos que recibían en el mismo, o porque la atención era mayoritariamente en el domicilio, en donde los cuidados médicos podrían ser más deficientes.

En la tabla RIV-2-5, exponemos las enfermedades más frecuentes en función de la década de la vida en que se producen.

³⁹⁹ Exceptuando los niños del hospicio, con una lógica baja edad de mortalidad.

⁴⁰⁰ Sin embargo, hay muy pocos fallecidos con 35 años.

TABLA RIV-2-5

Década 20-30 años

Enfermedad y nº de casos	Edad (años)
Fiebre (1697)	25,94
Cólico abdominal (65)	19,69
Gangrena (39)	24,68
Anginas (33)	19,57
Paludismo (28)	19,93
Hemorragia digestiva (hematemesis) (22)	25,46
Erisipela (13)	26,38

Década 30-40 años

Enfermedad y nº de casos	Edad (años)
Tuberculosis (567)	30,76
Hidropesía (337)	39,59
Tifoidea (132)	35,21
Accidente (119)	33,18
Infección respiratoria (108)	29,79
Meningoencefalitis (61)	32,43
Consunción (45)	36,24
Parto (43)	31,38
Proceso gástrico (27)	35,04
Lesión de corazón (21)	37,60

Década 40-50 años

Enfermedad y nº de casos	Edad (años)
Pulmonía (670)	45,50
Síncope (muerte súbita) (85)	45,25
Cáncer (46)	42,02
Cólera (44)	42,02
Reblandecimiento pulmonar (EPOC) (31)	47,25
Aneurisma (19)	40,05
Diarrea crónica (18)	49,27

Década 50-60 años

Enfermedad y nº de casos	Edad (años)
Apoplejía (205)	53,79
Parálisis (104)	57,80
Diarrea aguda (88)	54,51
Asma (74)	57,86
Catarro crónico pulmonar (54)	51,23

Más de 60 años

Enfermedad y nº de casos

Edad (años)

Senectud (85)

76,48

Además de este dato, del estudio comparativo entre los pacientes fallecidos intra-hospitalarios y extra-hospitalarios en el mismo periodo de tiempo, podemos deducir las siguientes conclusiones:

- 1) Los cuatro procesos más frecuentes en ambos ámbitos son: fiebre, tuberculosis, pulmonía e hidropesía, no coincidiendo en el orden entre ambas situaciones.
- 2) La fiebre es en los dos casos la responsable del mayor número de fallecimientos. Dado que aunque se denomina fiebre de manera inespecífica, podemos incluirla entre lo que en la actualidad es fiebre de origen desconocido.
- 3) La disentería, probablemente al ser un proceso muy agudo y de corta duración en caso de fallecimiento, se daba más a nivel extra-hospitalario. Probablemente se trataría de la disentería bacilar o amebiana que ahora conocemos. Lo mismo ocurre con la diarrea aguda, a la que habría que añadir otras causas como parasitarias y víricas. En el caso de la diarrea crónica, al ser un proceso enraizado, que perdura a través del tiempo, los pacientes o no ingresaban o, si lo hacían, en cuanto mejoraban se les daba el alta, aunque al no estar curados podrían recaer y fallecían en su casa. En todos estos casos, la deshidratación, desnutrición y el posible estado séptico, eran los problemas fundamentales.
- 4) La apoplejía y parálisis, procesos neurológicos, tenían una repercusión casi idéntica tanto intra como extra-hospitalaria.
- 5) El comportamiento intra o extrahospitalario era similar respecto a las infecciones respiratorias.
- 6) La viruela es claramente intra-hospitalaria, posiblemente porque la hospitalización podría ser la mejor forma de aislamiento.
- 7) Claramente, las enfermedades infecciosas infantiles mayoritarias como difteria, escarlatina, tosferina, sarampión, gargantón (probable parotiditis), eran de repercusión extra-hospitalaria.
- 8) Es de destacar, asimismo, que la mortalidad por parto, muy baja para lo que podría esperarse de la época, era del 0,54% (del total de mujeres fallecidas), de las que solo una pequeña parte⁴⁰¹, murieron en el hospital, lo que implica que los partos eran mayoritariamente extra-hospitalarios. Si lo relacionamos

⁴⁰¹ Del total de 43 mujeres fallecidas de parto, sólo 4 fueron en el hospital de San Antonio.

con las mujeres casadas, que tenemos consignadas, en total 831, el porcentaje de fallecimiento por esta circunstancia es del 5,17%, cifra ya significativa, pero que no podemos confirmar, puesto que no siempre tienen hijos solamente las mujeres casadas, y no todas las mujeres casadas tienen hijos a término.

- 9) Los procesos con posibilidad quirúrgica como peritonitis, fracturas óseas o accidentes⁴⁰², eran de tratamiento y por tanto mayor posibilidad de ser el lugar de fallecimiento en el entorno intra-hospitalario, aunque no parece que la Cirugía tuviera un desarrollo de interés terapéutico todavía.
- 10) El cáncer era de ingreso hospitalario mayoritariamente⁴⁰³, de forma claramente significativa.
- 11) Si valoramos los datos anteriores en función de los grupos sindrómicos, observamos alto paralelismo entre la situación intra y extra-hospitalaria; es decir, hay un predominio en ambos lugares de las enfermedades infecciosas, prácticamente a la par y con un número de casos similares de los procesos digestivos y neumológicos.
- 12) La edad media de fallecimiento de los pacientes del hospital, se sitúa alrededor de los 40 años, significativamente superior a la de los pacientes extrahospitalarios.
- 13) Los individuos, según se deducen de los datos expuestos, fallecían en un 80% en sus domicilios, de lo que se concluye que la asistencia hospitalaria era reducida para el conjunto de la población, a pesar de ser gratuita (por ser en gran medida hospital de beneficencia).

V. DISCUSIÓN: ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Después de la exposición y primer análisis de todos los datos archivísticos, históricos, médicos y farmacéuticos presentados hasta ahora en el presente trabajo, procederemos a realizar un análisis crítico de todos ellos, en lo que habitualmente se denomina *discusión científica*, en orden a hacer una última evaluación de su importancia, destacar los resultados más significativos y valorarlos críticamente, para lo cual dividiremos este apartado en tres epígrafes: uno dedicado a los resultados histórico-sociológicos, otro a los médicos y un tercero a los farmacéuticos.

⁴⁰² La llegada del ferrocarril, produjo incremento de esta patología, así como el de fracturas óseas.

⁴⁰³ Si comparamos los casos hospitalarios, 27 sobre 1845, significan un 1,46%, mientras que los casos extrahospitalarios, 19 sobre 7282, significan un 0,26%.

Comenzando por los **aspectos históricos y sociológicos** más significativos, podemos considerar el Hospital de **San Antonio Abad como un hospital de tipo intermedio**, según clasificación que en apartados anteriores se han realizado, no sólo atendiendo al número de camas y de salas operativas, sino al tipo de servicios que prestaban, entre ellas la presencia significativa de hospitalero, “físico” o médico, boticario y cirujano⁴⁰⁴. En estos hospitales de tipo intermedio⁴⁰⁵ las salas son de una amplitud relativamente grande, con separación entre los sexos, y tienen bastantes dependencias accesorias aparte de los dormitorios. Sin embargo, el Hospital de San Antonio Abad no puede incluirse dentro de los llamados *grandes hospitales* que existían en la España del Renacimiento, de tipo basilical como el hospital del Rey en Burgos, o de tipo cruciforme⁴⁰⁶ como el de Santiago de Compostela. En cuanto al número de camas, el hospital leonés es algo inferior a hospitales como el del Rey de Burgos (60 versus 87 en el siglo XVI), y claramente inferior a los grandes hospitales europeos, como el Ospedale Maggiore de Roma, que con una iglesia de planta octogonal, dentro de un rectángulo, de la que partían 8 salas radiales tenía una capacidad para 1.525 enfermos⁴⁰⁷. Esta caracterización de hospital de *tipo medio* de la época altomedieval en la que se estableció San Marcelo, la confirman otros autores como del Ser Quijano⁴⁰⁸, quien sitúa a este centro asistencial *con mejores instalaciones que los construidos en casas particulares, pero sin grandes medios, y lejos de la especialización que se alcanzará más adelante*.

Por lo que se refiere al cambio de **nombre** que adquirió el Hospital, de San Marcelo al **de San Antonio**, es porque sus frailes, “los antonianos”, donaron numerosos bienes y servicios al hospital. Esta Orden se extendió desde Francia, en el siglo XI, por toda Europa, y era experta en tratar la enfermedad del “fuego sacro” o *fuego de San Antonio* o Ignis Sacer.⁴⁰⁹ Dicho “fuego sacro” es conocido actualmente como ergotismo. Ya en la Antigüedad se conocía este proceso⁴¹⁰, inicialmente relacionado con la erisipela. Hoy sabemos que su causa está en la ingesta de centeno contaminado con el hongo *Claviceps Purpurea*. Este hongo ya ha sido hallado en yacimientos neolíticos alemanes y en restos momificados de la Edad del Hierro⁴¹¹, siendo responsable de diversas epidemias a lo largo de la historia, con alta mortalidad. Suele producir diversos compuestos activos⁴¹², cuyos efectos farmacológicos principales residen en los alcaloides, con doce tipos diferentes, basados en la estructura del ácido

⁴⁰⁴ Según José SÁNCHEZ HERRERO, *Las Diócesis de León*, 1978, pp. 402 y siguientes, donde comenta el tipo de organización de los hospitales.

⁴⁰⁵ Luis. VÁZQUEZ DE PRAGA, José M^a LACARRA y Juan URÍA RIU, *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*, I, p. 363.

⁴⁰⁶ De forma cuadrangular con variedad de patios interiores.

⁴⁰⁷ Según Francisco Javier CASTRO MOLINA, en la revista *Cultura de los Cuidados* 32 (2012) 38-46, este tipo de plantas en forma de cruz, rectangular, como en el caso citado, estuvo presente en los diseños hospitalarios hasta el siglo XIX.

⁴⁰⁸ Lo considera más importante que los que se sitúan en casas particulares, en la p. 163 del artículo: *Algunos aspectos de la caridad asistencial altomedieval. Los primeros hospitales de la ciudad de León*. Gregorio del SER QUIJANO, *Studia Historica. Historia Medieval*, 3 (1985).

⁴⁰⁹ Aunque cualquier dolencia será atendida en el hospital leonés, siendo los pobres y peregrinos los más beneficiados.

⁴¹⁰ Isabel MORÁN SUÁREZ en su artículo *El fuego de San Antonio: Estudio del ergotismo en la pintura del Bosco*, p. 175, comenta ser citado en las *Geórgicas* de Virgilio y *De Natura Rerum* de Lucrecio.

⁴¹¹ Los alemanes de Langweiler o los del hombre de Grauballe en Dinamarca, según Antonio QUESADA DÍAZ y Antonio ORTEGA DÍAZ: *Pasaj. Cienc.* 14 (2011) 16-25.

⁴¹² Más de doscientos han sido contabilizados.

lisérgico y sus amidas (un potente alucinógeno), como la ergotamina, ergometrina y ergocriptina. Todos los alcaloides ergotamínicos contienen una estructura de anillo tetracíclico ergolina, con tres clases mayores de alcaloides ergotamínicos⁴¹³, que son: 1) Alcaloides clavina, 2) Ácido lisérgico y derivados, y 3) Alcaloides ergopeptínicos. Pedro Laín Entralgo⁴¹⁴ considera dos hechos responsables de estas epidemias: mala preparación del centeno y excesiva utilización del mismo por posible carestía del trigo. Si la cosecha era escasa por las condiciones climatológicas del verano (exceso de humedad y calor húmedo), podían aparecer unas manchas negras de moho, como consecuencia de la infección por el mismo, desarrollándose, si la ingesta era mantenida, el cuadro clínico característico.

Tal como refiere Isabel Morán Suárez, había un ergotismo agudo, con presencia de convulsiones por presencia de cornutina, que ataca el sistema nervioso, pudiendo producir la muerte por parálisis respiratoria, o el ergotismo crónico en el que la vasoconstricción inducida por los alcaloides generaba gangrena con intensos dolores, especialmente en las extremidades inferiores, a veces objetivándose la amputación espontánea del miembro. Previamente se objetivaba cianosis distal⁴¹⁵. Otros hongos que han sido implicados produciendo cuadros similares al fuego de San Antonio, son: *Neotyphodium coenophialum* y *Lolium arundinaceum*⁴¹⁶.

El remedio practicado en los hospitales medievales contra esta enfermedad consistía en la sustitución del pan de centeno por pan de trigo, que estaba exento de tal contaminación, produciéndose mejoría inmediata del proceso. Este pan se llamaba “Pan de San Antón”, siendo signados los panecillos⁴¹⁷ con la cruz de Tau.⁴¹⁸ La causa de esta enfermedad no se conoció hasta 1676, cuando Dodart y un hijo de Thuillier⁴¹⁹ identificaron la ingesta de centeno como responsable del ergotismo gangrenoso. Posteriormente Brunner lo describió en Alemania en 1695 como causa del cuadro convulsivo.

La Orden de los Antonianos también se especializó en el cuidado de otras enfermedades infecto-contagiosas, como peste, lepra, sarna y enfermedades venéreas.

Los primeros datos respecto a la actividad asistencial del hospital de San Antonio Abad corresponden a los años 1727-1804. Se registraron en este período solo anotaciones globales de mortalidad y la relación varón /hembra, excepto en los años de 1776-1779, lo que nos permite deducir pocas conclusiones. Un análisis de las cifras aportadas permite destacar el aumento de mortalidad de algunos años. De especial significación es el de 1749, cuando hay un notable aumento de la mortalidad femenina, que en general era mayor en el sexo masculino. Como dijimos en las conclusiones iniciales (página 58), no encontramos causa alguna concreta para explicar este

⁴¹³ J.R. STRICKLAND y colaboradores, en *Journal Animal Science* 89 (2011) 1607.

⁴¹⁴ En su libro *Historia Universal de la Medicina.*, Barcelona 1972, p. 347.

⁴¹⁵ Estos aspectos han sido plasmados en la pintura de época. Ver imagen de Pieter Bruegel el Viejo “Los mendigos”. Museo del Louvre. París.

⁴¹⁶ Ver el magnífico trabajo de J.R. STRICKLAND y colaboradores en *Journal Animal Science* 89 (2011) 1604.

⁴¹⁷ Panes elaborados con harina de trigo, sin fermentos ni sal. Tesis doctoral de Marta BALLESTEROS POMAR, 2007, p. 84.

⁴¹⁸ Este signo Tau aparece también en el escudo de armas de los frailes de San Iacopo di Altospacio, en el siglo XI, que regentaban el Hospital de San Iacopo di Altospacio en la Vía Francigena, para peregrinos y viandantes. Cf. Salvatore ANDREUZZI y Guglielmo LERA, *Altospacio: storia, arte leggende, economia*, 1970. pp. 16-17.

⁴¹⁹ Thuillier, médico francés, atribuyó esta enfermedad a la ingesta de cornezuelo de centeno en 1670, y previamente en 1596, el médico alemán W. Thelius, lo había relacionado con la ingesta de grano, según referencia de A. QUESADA DÍAZ y A. ORTEGA DÍAZ en *Pasaj. Cienc.* (2011) 19-20.

resultado. Sí es conocido que durante el siglo XVIII, según Fernández Arienza, en León era frecuente el paludismo, al que se denominaba de diversas maneras: fiebres tercianas, calentura pútrida y posteriormente, intermitentes y *quartanas*, y que también hubo malas cosechas especialmente en el primer tercio, por lo que fueron frecuentes otras diversas epidemias como tifus, difteria, viruela, que provocaron un retroceso demográfico en la sociedad leonesa, a pesar de la desaparición de la peste⁴²⁰. Es posible que esto fuera uno de los factores responsables de las cifras de mortalidad que señalamos, aunque al no reseñar los registros ningún tipo de diagnóstico de tal mortalidad, solo podemos presuponerlo.

Ya conocemos más datos precisos en cuanto a posibles factores de mortalidad en el trienio 1802-1804. Es sabido que a principios del siglo XIX, en los años 1803-1805, existió una crisis demográfica en ambas Castillas, con un incremento de las tasas de mortalidad muy superiores a las descritas en algunos países europeos⁴²¹. En el medio rural europeo, el incremento de los precios de alimentos básicos producía un incremento de la mortalidad superior al mundo oriental (Japón y China). Así, una elevación de los precios en un 10% en esos países orientales subía la mortalidad en un 1-2%, a diferencia de Europa, en que esos mismos incrementos de los precios alimentarios aumentaban la mortalidad en un 7-8%⁴²².

Parece claro que un factor clave en la mortalidad supuso el aumento del precio del trigo. Así, en León, el trigo aumenta paulitanamente su precio desde 35,2 reales/fanega en 1799-1800, hasta 108,2 reales /fanega entre 1804-1805. Este aumento de precio fue común en toda España. Tres factores fueron los responsables de ello⁴²³: Aumento de la demanda por el incremento demográfico de los años anteriores, cosechas mediocres de 1800 y 1801 y precios aumentados en los mercados europeos.

Los datos precisos recogidos en los registros del Hospital de San Antonio Abad para el trienio 1802-1804 indican un incremento de mortalidad de un 71%, pasando de una media de 121 fallecidos/año a 207 fallecidos/ año de media. Aunque no se conocen las causas de fallecimiento, al no estar descritas en los documentos del archivo de dicho hospital, podemos pensar que, además de lo expuesto, otras circunstancias contribuyeron también al aumento de la mortalidad. Sí sabemos que a finales del siglo XVIII habían regresado epidemias de peste, viruela, difteria, escarlatina, escorbuto y paludismo, no sólo en León, sino en toda España⁴²⁴. En 1802 hubo en León una epidemia de fiebres *mahonas*, que atiende el Dr. Manuel Martín López, médico del cabildo desde 1785⁴²⁵, culpando precisamente el Ayuntamiento al hospital de San Antonio Abad de ser el responsable de ello, e incitándole a realizar obras que mejorasen su higiene, motivo por el que el cabildo requiere *el maior esmero y mas exacta asistencia a los pobres enfermos del Sto. Ospital por aquellos medios que les diese su*

⁴²⁰ Según refiere Dn. José FERNÁNDEZ ARIENZA, en su libro *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*, Instituto Leonés de Cultura, León 2006, pp. 29-30.

⁴²¹ Desde la peste atlántica de 1596-1602 no se habían registrado sobremortalidades como las que tuvieron lugar en esos años de comienzos del siglo XIX en los territorios castellanos, según Vicente PÉREZ MOREDA, *o.c.*, (1980) 376-380.

⁴²² Según refieren Campbell, Lee y Begston en *Economic stress and mortality* (2004) 70.

⁴²³ Francisco COMÍN COMÍN y Vicente PINILLA NAVARRO, *XI Encuentro de Didáctica de la Historia Económica*, Santiago de Compostela 2014, pp. 8 -10.

⁴²⁴ José FERNÁNDEZ ARIENZA, en *Medicina y Sociedad en León en el siglo XIX*, León 1998, pp. 21 y ss.

⁴²⁵ ACL, nº 10047, f. 31.

*justificación y prudencia*⁴²⁶. Es conocido, además, que en 1804 hubo en la ciudad una epidemia de peste⁴²⁷.

Siguiendo con las **conclusiones** encuadrables en el apartado **histórico-sociológicas**, creemos muy importante estudiar críticamente y relacionar la estancia media, el sexo, la edad de ingreso o de fallecimiento, el estado civil, la evolución de los fallecimientos y la profesión de los ingresados.

La valoración de la **estancia media** de los pacientes ingresados en un centro hospitalario⁴²⁸ se puede definir como el promedio de la duración de la estancia en el hospital⁴²⁹. El cálculo se realiza con la siguiente fórmula⁴³⁰: Sumatorio de la diferencia entre la fecha de alta y la del ingreso de las altas ocurridas en el periodo de cálculo / Número de altas en el mismo periodo.

Dentro de los resultados objetivados, hemos podido recoger datos de este parámetro **en tres épocas diferentes, 1848-1850, 1851 y 1865**.

La estancia media entre los años 1848-1850 era de 22,13 días, como se ha dicho en los resultados, sin diferencias entre sexos. Por desgracia, no tenemos otros datos sobre los que evaluar este parámetro.

Por lo que se refiere a la estancia media en el año 1851, podemos ver que en esa época sí era significativa la diferencia de permanencia en el hospital entre los fallecidos y los no fallecidos. Los primeros, lógicamente, eran los pacientes más problemáticos desde el punto de vista de salud, tenían una estancia media mayor y puede ser que se les dejaran en el centro hasta su fallecimiento. En este año, además, podemos sacar también conclusiones sobre la estancia media en función de la profesión. Destaca de forma significativa que el grupo de propietarios (labradores) presentaba una estancia media superior al resto (26,53 días), probablemente por ser de los de más edad, a diferencia de los sirvientes, los de menor edad, cuya estancia media era de 17,88 días.⁴³¹

Otro factor que podría justificar la permanencia más corta en el hospital de los sirvientes era que este colectivo, al estar inmerso en un sistema de dedicación casi absoluta al trabajo, debía retornar a sus labores lo antes posible, ingresando solo cuando su proceso requerían cuidados⁴³², y solían presentar enfermedades en su mayoría de no

⁴²⁶ José FERNÁNDEZ ARIENZA, en *Dn. Manuel Martín, Médico leonés y diputado en las Cortes de Cádiz: Tierras de León* 37 (1998) 96.

⁴²⁷ Se sacó en procesión la imagen de Nuestra Señora del Mercado. Según narra el Dr. José FERNÁNDEZ ARIENZA en *Medicina y Sociedad en León en el siglo XIX, o.c.*, pp. 21 y ss.

⁴²⁸ Parámetro que en los hospitales españoles no empezó a valorarse hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando el mundo de la gestión fue necesario ser introducido para el mejor control del gasto.

⁴²⁹ La estancia media refleja el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recupera su salud lo suficiente como para recibir cuidados en su entorno habitual. Es un indicador sobre todo de resolutivez, en la que se mide principalmente la celeridad con la que un hospital desarrolla los planes adecuados para el diagnóstico y tratamiento de las diversas enfermedades. Cf. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, del 3 de Agosto del 2018, p. 1.

⁴³⁰ Una baja estancia media indica menor riesgo de complicaciones hospitalarias, una práctica clínica resolutivez, adecuado funcionamiento posthospitalización o de continuidad de la asistencia a otros niveles, como las salas de convalecencia. Además, reducir la estancia media es equivalente a aumentar el número de camas. Así, si un hospital de trescientas camas reduce un día su estancia media, es como si aumentara en cuarenta y nueve el número de camas existentes, favoreciendo el acceso de otros pacientes a una cama hospitalaria. Lo contrario es incrementar el costo como consecuencia de uso inapropiado de los recursos. Cf. Tatiana M^a CEBALLOS-ACEBEDO y colaboradores, *Length of the Hospitalization. Methodologies for Intervention*, Gerenc. Polít. Salud. 27 (2014) 274-295.

⁴³¹ Este dato tiene significación estadística.

⁴³² Pues probablemente la filosofía era que tenían que servir, no que ser servidos.

preocupante consideración⁴³³. Esto, apoyaría la tesis de que los solteros, estamento en el que están situados los sirvientes en su mayoría, son los más jóvenes dentro de este año de 1851, y, por tanto, con más facilidad para tener una estancia media inferior a la de otros estados civiles.⁴³⁴ La estancia media durante ese año de 1851 fue de 22,13 días.

En 1865 la estancia media era claramente inferior a la de veinte años antes, pues había descendido hasta 18,58 días. Si la correlacionamos con los meses del año, observamos que los pacientes ingresados en enero tienen una estancia media superior (23,13 días) a la de los otros meses, aunque no muy significativa, cuya causa reside probablemente en los rigores propios del invierno, máxime en nuestro medio. De igual forma, el estudio por estaciones del año nos aporta un incremento no significativo en invierno respecto a la media (21,67 versus 18,58 días). Tampoco se encuentran diferencias significativas en lo concerniente a la estancia media y estado civil, aunque la de los viudos era algo mayor, lo que se podría justificar por complicaciones inherentes debidas a la edad superior de los pacientes.

La valoración de la estancia media sindrómica es significativa, según la prueba de homogeneidad de varianzas y ANOVA ($P < 0,000$). Ambas determinaciones nos permiten decir que los procesos traumatológicos son de mayor estancia media junto a los cutáneos y cardiológicos. Ello se justifica por la lentitud en la curación de los mismos, al no disponer de las modernas técnicas quirúrgicas y producirse la cicatrización por evolución natural de la enfermedad, en un momento en que el tratamiento consistía únicamente en un soporte general hacia el individuo, no en una acción curativa directa, por tanto sería una acción coadyuvante a la naturaleza del enfermo.⁴³⁵

Sin intento de repetir pero sí de asentar lo ya expresado en la página 126 y siguientes, entre los siete procesos médicos con mayor estancia media dominan las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, neumonía, catarro crónico pulmonar y fiebres intermitentes. Es decir, procesos que en ese momento no tenían cura específica,⁴³⁶ por lo que se podían consignar como enfermedades crónicas.

Si comparamos estos datos con los hoy existentes de baja estancia media⁴³⁷, puede parecer que las cifras de hace 150 años eran desorbitadas. No es así, pues hasta que no se introdujo la gestión en los hospitales con criterios en gran medida economicistas,⁴³⁸ las cifras descritas en el trabajo se han mantenido hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX. Nuestros datos hablan en favor de los profesionales de aquel momento.

⁴³³ De hecho la mortalidad de este estamento es de las más bajas con un 10,5% del total.

⁴³⁴ De los datos hasta ahora objetivados podemos observar, al igual que en otros hospitales europeos de la Edad Moderna, como el de Santa María Nuova de Florencia, en el siglo XVI, entre 1513 y 1528, que del total de pacientes atendidos, el 60% permanecían no más de 20 días, y el 71,5% del total no más de 30 días, lo que implicaba que el objetivo fundamental de estos hospitales era tratar pacientes con enfermedades de corta duración. Cf. Horacio BOLÓ en *La Ciudad Cristiana y el nacimiento de los hospitales*, en *El Rincón de la Medicina Interna* (mayo 2011) 1-10.

Como se vio en la tabla RI-28, existieron ingresos en San Antonio Abad de hasta 223 días, aunque se trataba de casos aislados, aumentando la estancia media del total, que de otra forma sería claramente inferior.

⁴³⁵ Aquí podría aplicarse la famosa frase de Voltaire: *El arte de la Medicina consiste en entretener al paciente mientras la naturaleza cura la enfermedad*. No es así la Medicina moderna.

⁴³⁶ A diferencia de hoy en día.

⁴³⁷ Cifras de 6,93 días de estancia media, han sido publicadas por el Ministerio de Sanidad en el año 2012.

⁴³⁸ Aunque fuesen positivos a la larga para el paciente porque la mejora en la misma podría suponer mejor utilización de los recursos (aun a riesgo de altas prematuras).

Entre 1848-1850, ¿donde ingresaban más los enfermos en el Hospital de San Antonio Abad, en **Medicina o Cirugía?** Los ingresos en Medicina eran muy superiores numéricamente a los de Cirugía. Durante muchos siglos la Cirugía se consideró inferior tanto en su realización profesional como hacia los responsables de su ejercicio. La técnica quirúrgica en la antigüedad no gozaba de prestigio, separándose ya desde la época romana entre *medici chirurgici* y *medici clinici*⁴³⁹, y se limitaba a determinados tipos de intervenciones⁴⁴⁰, aunque ocasionalmente también se produjo alguna gran Cirugía como la realización de trépanos en el cráneo u operaciones de cataratas. La Traumatología también era parte importante de actividad de estos profesionales. Los avances de la Anatomía facilitaron la conjunción en una sola disciplina bastantes años después. En general, gran parte de toda esta práctica médica se realizaba en los domicilios de los pacientes o de forma ambulatoria, por lo que este puede ser el motivo por el que el número de ingresos en Cirugía fuera claramente inferior al de Medicina, en una proporción de ¼. Durante la Edad Moderna, en España el número de cirujanos era muy superior al de médicos, habiéndose contabilizado que a finales del siglo XVIII en España ejercían unos cuatro mil médicos y alrededor de nueve mil cirujanos, existiendo una alta concentración de ambos en los medios urbanos⁴⁴¹. De hecho el Profesor Sánchez Granjel refiere, ciñéndonos a nuestra provincia, cómo en Santa María del Páramo en el siglo XVIII, “*las enfermedades se curan por un mal cirujano y las más de veces por el barbero*”⁴⁴², al no existir médico alguno ejerciendo.

Estudiando por ingresos según **sexo**, entre 1848-1850, y sobre 565 pacientes totales, el reparto era del 47,3% de los que ingresaban eran varones, y por el contrario el 52,7% eran mujeres.

El sexo femenino ingresaba más en Cirugía (64,2% mujeres versus 35,8% varones). Aunque la **Ginecología** comenzaba a introducirse a lo largo del siglo XIX en otros países⁴⁴³, lo que podría ser una de las razones de más ingresos femeninos en Cirugía, no sucedió esto en el hospital de San Antonio Abad de León, pues la Cirugía ginecológica no se introdujo hasta el comienzo del siglo XX, según la obra de *Frutos del Hospital de León* de los doctores Mallo y Hurtado. De hecho, en 1865 el único diagnóstico ginecológico es el del infarto de matriz⁴⁴⁴. En 1879 aparece el diagnóstico aislado de fístula vésico-vaginal⁴⁴⁵, patología probablemente frecuente dentro del sexo femenino.⁴⁴⁶ No abundan en León los datos de fallecimientos por causas ginecológicas al menos intrahospitalarias hasta el período 1895-1922⁴⁴⁷.

Entre 1848-1850 los ingresos en nuestro Hospital de San Antonio Abad en Medicina eran similares para el sexo femenino y el masculino. El trabajo predominante en el sexo masculino era el de jornalero y el de sirviente para la mujer, tendencia que se ve aumentada a lo largo de 1851. Sin embargo, entre los ingresados en Cirugía (1848-

⁴³⁹ La Cirugía no siempre ha sido considerada práctica médica, según Javier ALCALÁ SANZ, en *Hitos en el desarrollo de la Cirugía moderna*: Revista Española de Podología 23 (2012) 176-182.

⁴⁴⁰ Extracción de cuerpos extraños, sangrías, que durante mucho tiempo lo realizaban los barberos o los sangradores, extracciones dentarias, drenaje de abscesos, etc, según relata Santiago TRIANA CORTÉS, *Evolución de la Cirugía*, pp. 239-258.

⁴⁴¹ Lo comenta el Profesor Luis SÁNCHEZ GRANJEL en su libro *La Medicina Española en el siglo XVIII*, Ediciones Universidad de Salamanca, 1979, Tomo II; pp. 79 y ss.

⁴⁴² *Ibidem*, 81.

⁴⁴³ En 1809 el Dr. Ephraim Macdowell (1771-1830) realizó la primera extirpación de quistes ováricos, en el estado de Kentucky.

⁴⁴⁴ Ver página 99 del texto.

⁴⁴⁵ Ver página 142 del texto.

⁴⁴⁶ Como consecuencia de partos no controlados en su mayor parte por médicos.

⁴⁴⁷ Ver Tabla RIII-6-6, página 157 del texto.

1850), el trabajo dominante en la mujer era el de jornalera (26,3% varones versus 41,2% mujeres), lo que haría pensar que éste pudiera ser el factor de riesgo que justifica el mayor ingreso femenino en Cirugía, sabiendo que tales mujeres procedían del estamento de más riesgo quirúrgico, dado que sufrían heridas, traumatismos, abscesos etc.⁴⁴⁸. Pero si observamos el apartado de “otras profesiones”, vemos que en el área de Medicina sólo un 2,9 % del total no son jornaleras, sirvientes o pordioseras.⁴⁴⁹ En cambio, en el área de Cirugía, aumentan hasta el 5,5% los oficios no relacionados con trabajos de condiciones duras⁴⁵⁰ y de riesgo⁴⁵¹; por lo que se deduce que el aumento del sexo femenino en Cirugía no se explica solo en base a la profesión.

En el año 1865 se sigue la misma tónica comentada para años anteriores⁴⁵²: en el conjunto de los pacientes ingresados predominaban los varones (página 90 del texto), contabilizándose un 61,3% de varones, versus 38,7% de mujeres. Esto se explica porque el 54,3% de los ingresados eran jornaleros, a diferencia de la mujer, donde la profesión mayoritaria era la de sirviente, con un 39,4% del total. En consecuencia, se demuestra que una actividad profesional de más riesgo determina una mayor probabilidad de ingreso.

En el apartado de fallecidos totales entre 1845-1871 (donde la mayoría son enfermos no ingresados), del total de 9.769 pacientes, la mayor parte son fallecidos fuera del hospital⁴⁵³, el 52,8% eran del sexo masculino, por 47,2% del femenino. Por lo que respecta a los fallecidos entre 1895 y 1922 y su sexo, sabemos nuevamente que el número de varones es algo superior al de las mujeres.⁴⁵⁴ Todos estos datos implican que los varones fallecían más que las mujeres, tanto en el hospital como en sus casas.

La **edad de ingreso hospitalario y la de fallecimiento** son otros de los parámetros importantes que debemos valorar. Hemos estudiado de forma conjunta los pacientes ingresados entre 1848-1850, tanto en Medicina como en Cirugía. La edad media de ingreso en Medicina era ligeramente inferior a la de Cirugía (33,64 años en Medicina por 35,83 años de Cirugía), sin que esto suponga ninguna observación de interés. En el grupo de pacientes del área de Medicina, la media de varones era 35,39 años, por 31,90 años de la de las mujeres, siendo este dato muy significativo estadísticamente hablando.

Siguiendo con la edad de ingreso y de fallecimiento, en 1865 la edad media de los fallecidos (42,16 años), era estadísticamente superior a la del resto de ingresados (32,39 años). Podemos suponer que, exceptuando la variable de mortalidad infantil (dado que los niños no ingresaban prácticamente en el centro), la mortalidad de los adultos rondaba los cuarenta años, sobresaliendo ya en ese momento los procesos neumológicos y neurológicos sobre el resto, con cifras medias de mortalidad entre 16-

⁴⁴⁸ Ver página 83 del texto, en donde se demuestra que existe significación estadística.

⁴⁴⁹ Eran frecuentes los oficios de calcetera, costurera, frutera y panadera.

⁴⁵⁰ Con profesiones como las de barrendera, calcetera, cardadora y frutera, por así decirlo, menos agresivas. Estas profesiones que eran minoritarias, salvo en los países donde se había producido la revolución industrial. Cf. *La mujer trabajadora en el siglo XIX* por Joan W SCOTT en la *Historia de las mujeres en Occidente*, dirigida por Georges DUBY y Michelle PERROT, 1993, Vol: 4; pp. 405-436.

⁴⁵¹ En los lugares donde se había producido la revolución industrial la mujer pasa a ocupar un lugar fuera de casa, se va de la granja a la fábrica, de la industria domiciliada a la manufacturera, de las actividades comerciales a pequeña escala a empresas de gran escala. Cf. *Ibidem*, p.408.

⁴⁵² Sin embargo, recuérdese que en el siglo XVIII, como ya hemos comentado, no existía mucha información a este respecto.

⁴⁵³ De ellos como ha sido descrito previamente, solo son 1911, los que constan en ese periodo fallecidos en el Hospital de SAA, p. 285 y ss.

⁴⁵⁴ Pero sin significación estadística, y por tanto no podemos extraer conclusiones en este punto.

17 años superiores a la edad media de todo el conjunto de procesos. Es destacable que, al igual que viene ocurriendo en anteriores épocas, la edad media relacionada con la profesión demuestra que la de los pordioseros es quince años superior a la media total, así como que el grupo de sirvientes, mayoritariamente femeninos, eran los de menor edad, concretamente nueve años inferior a la media⁴⁵⁵.

Al comparar, en los años 1845-1871,⁴⁵⁶ los datos de ingresos y fallecimientos, observamos que son diferentes en relación con su atención extrahospitalaria o intrahospitalaria. De esta última ya hemos comentado sus resultados⁴⁵⁷. Si dividimos la población entre menores de 10 años y mayores de 10 años,⁴⁵⁸ observamos que los primeros tienen una edad media de fallecimiento de 2,12 años (y de 2,86 años entre los 0-15 años), mientras que en el grupo de mayores de 10 años la edad media de fallecimiento es de 46,27 años, siendo éstos unos datos que se asemejan bastante a las cifras de edad media de mortalidad intrahospitalaria. Esto confirma que la mortalidad en las etapas iniciales de la vida era muy alta y que, como ya se ha dicho anteriormente, a mediados del siglo XIX la edad media de mortalidad se sitúa en torno a los 40 años (si excluimos las edades infantiles). Sin embargo, sobre la edad de mortalidad adulta de la población también habría que estudiar con detenimiento la variabilidad de datos entre los fallecidos extrahospitalarios atendiendo a las parroquias leonesas donde vivían⁴⁵⁹. Si suprimimos para el cálculo los tres centros⁴⁶⁰ en donde la mortalidad era inferior a 10 personas, así como el hospicio y el hospital de San Antonio, obtenemos una cifra media para los años 1845-1871 de 25,52 años sobre un total de 5.502 fallecidos, destacando por su mayor número de defunciones las parroquias de San Martín, Santa Marina, el Mercado, San Lorenzo y San Marcelo, con 1.128, 903, 881, 488 y 347 personas fallecidas respectivamente⁴⁶¹. Estas cifras demuestran de forma significativa que la edad media de mortalidad del hospital era casi el doble que la de los pacientes extrahospitalarios⁴⁶², y que muy posiblemente la atención hospitalaria tendría que ver en la supervivencia de la población, o que la población que ingresaba de forma sustancial era ya mayoritariamente de más edad.

Anteriormente ya comentamos datos relacionados con la mortalidad neonatal y post-neonatal⁴⁶³. Aunque no podemos deducir con total acierto conclusiones sobre la mortalidad infantil, por ausencia de datos de niños recién nacidos durante el tiempo de estudio, podemos decir que, de los niños ingresados en el hospicio, el 23,5% de los fallecidos tenía un año o menos, y que la mortalidad hasta los 15 años era del 52,6%. No parece que estas cifras estén muy alejadas de la verdadera mortalidad infantil de aquel momento.

En cuanto al periodo comprendido entre 1895 y 1922, hay que resaltar que los datos de los registros solo se refieren a los enfermos fallecidos.⁴⁶⁴ La media de

⁴⁵⁵ Eran también este grupo los más jóvenes, 23,4 años versus 33,8 años de media en general y versus 48,8 años de media de los pordioseros. Ver p. 131 del texto.

⁴⁵⁶ Época en la que se consignan en los registros exclusivamente las edades de fallecimiento.

⁴⁵⁷ Ver página 272 del texto y siguientes.

⁴⁵⁸ Con unas cifras parecidas (4.477 las primeras y 4.669 las segundas).

⁴⁵⁹ Ver páginas 286 del texto.

⁴⁶⁰ Convento de Recoletas, Convento de la Concepción y San Marcos Jesuitas, con tres, uno y siete pacientes fallecidos respectivamente.

⁴⁶¹ Estos datos nos dan una idea de qué zonas de León eran probablemente las más pobladas.

⁴⁶² La cifra de mortalidad media de los 1.779 pacientes ingresados con datos conocidos es de 43,93 años, por tanto significativa respecto a la de los pacientes extrahospitalarios, que como se puede ver en el texto es de 25,52 años (una vez suprimidos los niños fallecidos en el Hospicio).

⁴⁶³ Ver página 272 del texto.

⁴⁶⁴ Pues en estas fechas no hemos encontrado aspectos relacionados con enfermos que ingresaron vivos.

fallecidos de adultos, era de algo más de 52 años, siendo las enfermedades neurológicas las que se producían con mayor edad. Observamos que la esperanza de vida al final del siglo XIX⁴⁶⁵ sigue estando por debajo de los 50 años, es decir 10 años más que sesenta años antes. Comparando con lo publicado a nivel nacional en el momento estudiado, vemos que a principios de 1900 la esperanza de vida al nacer es de poco más de 30 años, situándose en 1920 en 40 años⁴⁶⁶. Avanzado el siglo XX se supera la barrera de los 50 años (a la par que disminuye la mortalidad infantil). Las cifras diferentes de edad de mortalidad entre nuestros datos y los publicados vienen causadas por la ausencia de contabilización de la mortalidad infantil del momento.⁴⁶⁷

Observamos que una vez más **el sexo femenino fallece cinco años⁴⁶⁸ por encima del masculino**. Este proceso se ha dado a lo largo de la historia por razones múltiples, como genética, tipo de actividad, habitualmente más agresiva en el varón, hábitos tóxicos más arraigados en el varón, como alcohol, tabaco, etc.⁴⁶⁹ En general, el sexo femenino ha vivido más años que el masculino, excepto si la mujer fallecía por problemas relacionados con el embarazo y parto (hecho que analizaremos más adelante). Esto ocurre en todos los países y también se ha comprobado en el reino animal. En un estudio reciente sobre la mortalidad de mamíferos, aves e insectos, y su supervivencia según el sexo, se determina que, del conjunto de la muestra, la supervivencia en todas las especies estudiadas es mayor en las hembras⁴⁷⁰, y que el envejecimiento es más rápido en los machos⁴⁷¹. Hoy en día, en efecto, hay unos mayores conocimientos sobre este aspecto⁴⁷² y sobre las potenciales causas de que,

⁴⁶⁵ Aunque superan la media de edad de treinta años antes.

⁴⁶⁶ Cifra que se mantiene hasta 1920, cuando empieza a elevarse la esperanza de vida, situándose en 1930 en los 50 años, según se recoge del estudio de Elena ROBLES GONZÁLEZ, Fernando GARCÍA BENAVIDES y Josep BERNABEU MESTRE, *La Transición Sanitaria en España desde 1900 a 1990*. Revista Española de Salud Pública 70 (1996) 221-233.

⁴⁶⁷ Ello quiere decir que el control adecuado de los niños recién nacidos es clave para mejorar las expectativas de futuro.

⁴⁶⁸ 50,31 años de media en varones versus 55,15 años de media en mujeres, siendo la media de edad de 52,73 años.

⁴⁶⁹ Esto es más frecuente, al menos en los tiempos actuales, sobre todo si el varón es soltero, pues en general ha sido demostrado que el soltero es más fumador, come comidas más insanas (baja cantidad de vegetales, alto consumo de grasa) y tiene mayor ingesta de alcohol. Aunque esto proviene de un estudio reciente, puede aplicarse a otros momentos históricos. Datos extraídos de un estudio realizado por Estephanie SCHOEPPPE y colaboradores, que lleva por título *Do singles or couples live healthier lifestyles? Trends in Queensland between 2005-2014*, publicado en la revista Plos One (febrero del 2018) 1-14. En este estudio hubiera sido de interés analizar la edad de fallecimiento de solteros respecto a solteras, pero no nos ha sido posible observarlo.

⁴⁷⁰ Sobre 74 especies estudiadas, las hembras tienen una esperanza de vida superior en 39 de ellas, en 15 ocasiones son los machos y en 10 especies no hay diferencia, medidas como longevidad máxima o cuando el 50% de la cohorte estaba todavía viva. Por Gabriel A.B. MARAIS y colaboradores en *Sex gap in aging and longevity: can sex chromosomes play a role?* Biology of Sex Differences (2018) 5.

⁴⁷¹ Este estudio hace referencia a los insectos, en donde se observa que los machos envejecen más rápido que las hembras en una proporción de 2/1, medida según Gompertz o Weibull. En Robert RICKLEFS y Alex SCHEUERLEIN, *Biological implications of the Weibull and Gompertz models of aging*. The Journals of Gerontology 57 (2002) 69-76. Por otra parte, en estudios en humanos parece observarse que los cromosomas sexuales pueden jugar un papel en el envejecimiento. Individuos con un cariotipo XXY (Síndrome de Klinefelter) tienen una disminución de la longevidad de dos años. Individuos con otro cariotipo anómalo como son los portadores del XYY (lo normal es tener un cariotipo XY) tienen una reducción de la longevidad de hasta 10 años (sugiriendo que el cromosoma sexual "Y", heredado del padre, tiene un efecto tóxico en humanos).

⁴⁷² En este estudio de laboratorio, observan que las ratas macho Wistar tienen una esperanza de vida de 24 meses, mientras que las ratas hembras viven de media 29 meses, esto es, 14% más. José VIÑA

tanto en animales de laboratorio como en humanos, la media de esperanza de vida sea (en el caso humano entre 7-10 años) superior en el sexo femenino.⁴⁷³

Cambiando de terreno, creemos muy importante reseñar ahora conclusiones novedosas respecto al estado civil de los pacientes estudiados. En el periodo 1848-1850 observamos que, entre los 565 pacientes ingresados entre las salas de Medicina y Cirugía, el 56,3% son solteros. En el año 1851 vuelven a ser los **solteros**, con una media de 52,7%, **el estado civil mayoritario**. Desglosado entre varones y mujeres, son estas últimas las que más frecuencia de soltería presentan, con un 59,2%, mientras que los varones solteros son el 46,3%, siendo esta diferencia significativa estadísticamente hablando. La media de edad de este conjunto de solteros es de 23,58 años, con una desviación típica de 9,15 años. Separados por salas de ingreso, tanto en Medicina como Cirugía, hay predominio de solteros. En 1865, año en que hay una gran información recogida en los registros, observamos que los solteros varones son el 61,3% del total de varones, y las solteras ocupan el 60,3% del sexo femenino. No hay diferencias significativas entre estado civil y sexo en esta época. La edad media de los solteros en este tiempo fue de 26,41 años, levemente superior, en tres años, a la edad de los mismos 10 años antes.

De los datos anteriores concluimos que en el siglo XIX la mayor parte de ingresos hospitalarios eran solteros y varones, con una edad media de entre 23 y 26 años. Entrados ya en el siglo XX, en el período entre 1895-1922, y aunque los datos vuelven a ser escasos, sabemos que el número de solteros ingresados en el Hospital de San Antonio Abad era casi similar a los de los viudos⁴⁷⁴, lo que indica que siguen siendo los solteros un porcentaje muy importante de la población. Cambia la edad media de los mismos, que asciende a 36,02 años⁴⁷⁵, con una desviación típica de 21, 09 años.

Comparando el porcentaje de solteros que ingresaban con los datos de fallecimientos,⁴⁷⁶ observamos que entre 1845-1871⁴⁷⁷ los solteros suponían el 31,1% del total⁴⁷⁸, con una edad media de 29,20 años.⁴⁷⁹

Podemos deducir, por tanto:

- A) La edad de ingreso y la mortalidad a lo largo del siglo XIX en el grupo más numeroso, el de solteros, permanece casi igual durante toda la centuria, alrededor de los 23-29 años, y solo se supera a comienzo del siglo XX, donde pasa a ser de 36 años.

y colaboradores. *Why females live longer than males? Importance of the upregulation of longevity-associated genes by oestrogenic compounds*. FEBS Letters (2005) 2541-2545.

⁴⁷³ En estudios de animales en laboratorio (ratones), se observan: A) A nivel mitocondrial la producción de radicales libres como H₂O₂, que son tóxicos e influyen de forma negativa en el envejecimiento, se han obtenido la mitad en ratas hembras que en ratas machos. B) Mecanismos “barredores” de los anteriormente citados radicales libres, y por tanto beneficiosos para la célula, están claramente disminuidos hasta en un 50% en los machos respecto a las hembras. C) Los estrógenos no actúan como antioxidantes químicos in vivo, sino que ejercen esta acción por sobre-regulación de la expresión de genes antioxidantes. Entre otros, los niveles de glutathión mitocondrial.

⁴⁷⁴ 35,2% para los fallecidos solteros, versus 35,6% de los viudos (página 183 del texto).

⁴⁷⁵ Los viudos, pese a tener una proporción similar a la de los solteros, tenían una edad media de fallecimiento de 67,57 años, con una desviación típica de 10,78 años.

⁴⁷⁶ Extrahospitalarios en su mayoría.

⁴⁷⁷ Momento en que se consignan estos datos.

⁴⁷⁸ Una vez más el número de varones solteros eran inferior al de mujeres solteras, con una proporción de 45,54% para los varones y de 54,46% para el de las mujeres.

⁴⁷⁹ Siendo la desviación típica 18,17 años.

- B) Un número tan alto de soltería, llegando a ser hasta el 60% de media, y descendiendo en la medida que avanza el siglo, implicaba, a nuestro juicio, una falta de confianza en la sociedad del momento, en el sentido de que la creación de una familia no era algo prioritario.
- C) La mejora de las condiciones higiénicas que ya se entrevén en el tercio final del siglo XIX⁴⁸⁰ y el uso de algunas vacunas como la de la viruela⁴⁸¹ son posiblemente la causa del aumento de edad de mortalidad. Hay que destacar que enfermedades antes habituales como el paludismo eran ya casi inexistentes en la sociedad leonesa de finales del siglo XIX, y habían desaparecido a comienzos del siglo XX.

Estos datos se pueden comparar con los que se tiene para el conjunto de España. Según Benito Cachinero⁴⁸², en el tercio final del siglo XIX la soltería en varones se situaba en nuestro país para las edades entre 26-30 años en el 31,2%, con una edad media de matrimonio de casi 27 años, y para las mujeres la soltería estaba situada alrededor del 24%, siendo los 24 años la edad media de la nupcialidad. Por ello, en conjunto, podemos decir que los datos de nuestros enfermos estaban en la media del momento.

Sin embargo, para 1920, tanto en hombres como mujeres, la soltería en el conjunto de la nación española era muy inferior a la recogida en nuestros resultados⁴⁸³. Según los datos que hemos podido constatar en el caso leonés, con una edad de 36 años había un 11,9% de solteros en varones y de un 14,3% en mujeres. La edad de nupcialidad media era de casi 28 y 26 años respectivamente.

Los datos referidos a la provincia de León reflejan que los varones se casaban a los 26,86 años de media en 1887 y a los 28,15 años en 1920, y las mujeres a los 24,96 años en 1887 y a los 26,74 en 1920. De todos estos resultados, reafirmamos las conclusiones anteriores: parece que en nuestro medio el matrimonio era menos frecuente y algo más tardío.⁴⁸⁴

Por lo que respecta a la **mortalidad**,⁴⁸⁵ es importante estudiar la evolución de las edades en las que acaecía el fallecimiento, por ser un índice indirecto sobre la esperanza de vida adulta en ese tiempo. Vemos, de los datos previos del Hospital de San Antonio Abad, que entre 1848-1850 la edad media de fallecimiento era de 40,21 años.⁴⁸⁶ Avanzando a lo largo del siglo XIX, en 1865, la edad de mortalidad casi no había

⁴⁸⁰ Interesante la monografía del Médico de SAA, Lesmes SÁNCHEZ DE CASTRO, que en 1882 publicaba unas normas higiénicas, bajo el título *Higiene Doméstica*, pp. 7-120.

⁴⁸¹ Enfermedad importante al menos hasta el tercio final del anteriormente mencionado siglo XIX. Cf. el tratado de Vicente DÍEZ CANSECO sobre la enfermedad de la viruela, su vacuna y sus efectos, titulado, *Viruelas y vacuna*, 1863, pp. 5-108.

⁴⁸² Benito CACHINERO SÁNCHEZ publicaba en la revista REIS, en 1982, *La evolución de la nupcialidad en España entre 1875-1975*, 81-99.

⁴⁸³ Bien es cierto que nuestros datos son sobre enfermos, y por tanto no necesariamente ser reflejo exacto del conjunto de la sociedad.

⁴⁸⁴ Según ha sido publicado, el celibato en la Europa llamada occidental, entre final del siglo XVIII y comienzos del XX, oscilaba entre el 10,8 y el 11,7%. Por tanto, una proporción no despreciable de mujeres, permanecían solteras toda la vida. Cf. datos de la tesis doctoral de Paloma BELMONTE RIVES, *Sobre la situación de las mujeres en España (1800-1930)*, 1917, pp. 160 y ss.

⁴⁸⁵ Nos centraremos en la edad de mortalidad intrahospitalaria, ya que sobre la extrahospitalaria ya hemos hablado.

⁴⁸⁶ Estadísticamente significativa sobre la edad de ingreso.

variado, siendo esta de 42,16 años⁴⁸⁷. Sin embargo, en el período 1895-1922 se eleva la edad de fallecimiento a una media de algo más de 52 años, siendo en los varones de 50,31 años y entre el sexo femenino de 55,15 años.

Estos datos no coinciden exactamente con los de otros estudios. Según Francisco Muñoz Pradas, la esperanza de vida en León al nacer entre 1860-1862 se situaba entre los 25-30 años⁴⁸⁸, pasando veinte años después a los 35 años; según él, una de las más bajas de España. Esta diferencia entre nuestros datos y los publicados previamente puede explicarse al no contabilizar prácticamente la mortalidad infantil en nuestros datos, pues, como ha sido comentado, los niños prácticamente no ingresaban en el hospital. Si se contabilizaran, podrían nuestras cifras acercarse a las ya previamente publicadas.

Por tanto, podemos decir que la edad de fallecimiento que obtenemos en los periodos indicados se refiere solo a los individuos adultos, no a la población general.

Por lo que se refiere exclusivamente a la **mortalidad hospitalaria**, como refiere Pedro Carasa⁴⁸⁹, *la trayectoria de los hospitales corre paralela a la evolución del concepto de enfermedad y muerte*. Este autor destaca que, para los tiempos pasados, *la visión pesimista de los hospitales es debida a la ineficacia sanitaria, siendo estos considerados como antesala de la muerte*.⁴⁹⁰

¿Cómo evoluciona la mortalidad en nuestro Hospital de San Antonio Abad a lo largo del tiempo? Si observamos los datos de mortalidad desde 1798 hasta 1922, encontramos una media de alrededor de 20% del total de fallecidos respecto a ingresados, que prácticamente siempre es superior en varones que en las hembras, llegando, a veces, hasta una proporción de un 30%. Ocasionalmente, en algunas fechas especialmente señaladas, como los años 1834 y 1835, estas cifras pueden oscilar entre el 35% y el 41%⁴⁹¹. No se observa una tendencia a disminuir estas cifras hasta el tercio final del siglo XIX y comienzo del siglo XX, en que ya se objetivaron valores del 12%-15% de mortalidad.

Estos datos del hospital leonés no coinciden tampoco con los que proporciona para toda España Pedro Carasa Soto. Las cifras recogidas por este autor⁴⁹² revelan que la mortalidad en los hospitales españoles oscila en el caso de las mujeres desde un 17,2% en 1800 hasta un 9,65% en 1918, siempre de forma decreciente; y en el caso masculino, también en general de forma decreciente, entre el 12,6% en 1800 y el 8,7% en 1918. Además, según sus datos, los porcentajes de mortalidad son mayores en el sexo femenino que el masculino.⁴⁹³

Como puede apreciarse, las cifras globales de mortalidad son superiores en el hospital de San Antonio Abad⁴⁹⁴ a lo publicado en fechas similares en otros lugares de

⁴⁸⁷ De igual forma tampoco había práctica variación en la edad de ingreso hospitalario, 32,02 años en 1848-1851, y 32,39 años en 1865.

⁴⁸⁸ Datos en los que también se contabilizaba la mortalidad infantil, mientras que nuestros datos son referidos solo a la edad adulta.

⁴⁸⁹ En el *Sistema hospitalario español en el siglo XIX*, 1985; pp. 196 y siguientes.

⁴⁹⁰ No es el único que piensa que la enfermedad, cuando empieza a ser considerada como un hecho científico, se vuelve vencible, al irse estudiando sus causas y posibles remedios.

⁴⁹¹ Son años de la Primera Guerra Carlista.

⁴⁹² Pedro CARASA SOTO, *La evolución de la mortalidad hospitalaria*, en su libro *El sistema hospitalario español en el siglo XIX*, 1985; pp. 197 y ss.

⁴⁹³ Pedro Carasa explica que la sobremortalidad femenina se reduce en la medida en que a la mujer se le controlen más las enfermedades del puerperio y haya una progresiva integración en el mundo socio-laboral. Sin embargo en nuestro medio, no ha sido así, siendo los varones los que presentan mayor mortalidad.

⁴⁹⁴ Ver nuestros resultados en el texto, en páginas 58 y 85.

España. Una explicación a lo anterior puede darse conociendo las profesiones de los enfermos tratados en el Hospital de San Antonio. A lo largo del siglo XIX las profesiones más frecuentes, como ha sido expuesto previamente, fueron las de labrador, jornalero, sirviente y pordiosero.⁴⁹⁵ De todas ellas, predominaban en varones la de jornaleros y en mujeres la de sirviente. Por tanto, esto podría justificar la mortalidad al menos entre los varones, destacándose el hecho de que estos ejercían profesiones más duras y de más riesgo físico. En el caso de la mujer, la segunda profesión en frecuencia entre 1848-1850 era la de jornalero, lo que podría explicar igualmente la mortalidad hallada. Los pordioseros, por otro lado, tenían una evolución diferente al resto⁴⁹⁶.

Los siguientes datos que se van a considerar son los **diagnósticos médicos** que han podido ser extraídos de los archivos. Se han dividido en cuatro periodos de estudio. El primero de ellos es entre 1845-1871, y consta de dos partes, la correspondiente a enfermos hospitalizados y la de los procesos y pacientes extrahospitalarios. La segunda parte se sitúa en el año 1865, por ser el tiempo con datos mejor recogidos.⁴⁹⁷ El último de los periodos en estudio es entre 1895-1922, en los que recogemos solamente los diagnósticos de fallecidos, al no encontrar datos de los ingresados totales.

Del análisis del siglo XVIII no hemos hallado más datos que los de mortalidad⁴⁹⁸, comentados anteriormente. De los registros estrictamente médicos, podemos encontrar los primeros resultados entre los años 1845-1871. Comenzaremos con el análisis de las causas de **mortalidad infantil**. Para ello contamos con los datos de los pacientes del hospicio, cuyas causas del fallecimiento se indican frecuentemente. Hay número suficiente (850) como para hacer que la muestra sea demostrativa. En la tabla RIV-1-12⁴⁹⁹, se recogen las causas más frecuentes de mortalidad en el hospicio, que es la muestra más representativa infantil. En dicha tabla solo se han consignado los procesos con tres o más casos. Como puede observarse, son las causas infecciosas las responsables en su mayoría de la mortalidad infantil⁵⁰⁰.

Del conjunto del total de la muestra, cuatro procesos (**fiebre con 185 casos, disentería con 167 casos, escrófulas con 146 casos y tuberculosis con 68 casos**), **suman 566 procesos**, que representan el 66,58% del total. Del resto, destacan, escorbuto con 29 casos, pulmonía, con 23 casos, prematuro o muerto al nacer con 27 casos, afección verminosa⁵⁰¹ con 19 casos, y en orden menor, hidropesía, gangrena y tabes mesentérica con 19 casos, a la que luego nos referiremos. Además, aparece por primera vez el diagnóstico de paludismo (fiebres intermitentes, tercianas o cuartanas), con 11 casos⁵⁰².

⁴⁹⁵ Bajo el nombre de “otras” se encuentran en nuestro estudio aquellos oficios desarrollados por pocas personas de forma individual, pero que en su conjunto son mayoritarias.

⁴⁹⁶ Los pordioseros tenían mayor supervivencia que el resto. En la mujer era la tercera en frecuencia.

⁴⁹⁷ Este es el único periodo, como se ha dicho más arriba, que se estudian los ingresados totales, tanto fallecidos o no, a diferencia del resto que son solo datos de fallecidos.

⁴⁹⁸ Ver páginas 55-56 del texto.

⁴⁹⁹ Ver página 282 del texto.

⁵⁰⁰ Ver página 282 del texto.

⁵⁰¹ Se entiende como tal la presencia de parasitosis intestinales o en otra localización, así en *La Hospitalidad* del Dr. Lesmes SÁNCHEZ CASTRO sobre el Hospital de San Antonio Abad, publicada en 1880, página 88, se hace referencia a la extracción de 66 gusanos de una buba en la cabeza, realizada por las Hermanas de la Caridad.

⁵⁰² Aunque este diagnóstico, ya viene descrito por el Dr. José FERNÁNDEZ ARIENZA en *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*, Instituto de Cultura Leonés, León 2006; pp. 104-105.

La fiebre⁵⁰³ era considerada en sí misma una enfermedad, y existían descritas abundantes tipos de fiebres, como veremos al analizar los diagnósticos veinte años más tarde, en 1865. La fiebre realmente no es en sí mismo una enfermedad, sino un síntoma de enfermedad. Al consignarse solo fiebre como diagnóstico, habría que incluirla entre lo que denominamos hoy fiebre de origen desconocido. Este proceso como tal no ha sido descrito hasta 1961, por el Dr. Petresdorf y el Dr. Bessom. Se define así la existencia de fiebre de 38,3° C, o más alta, con una duración de tres semanas o más, y tras una semana de ingreso hospitalario, sometido a pruebas sofisticadas, no existentes en los tiempos de estudio.

Tras la fiebre como diagnóstico más frecuente, se sitúa la disentería, la más grave y mortífera de todas las enfermedades epidémicas⁵⁰⁴. Enfermedad referida en 1861 como un proceso de intensas diarreas sanguinolentas, llamada “*lotura carniun*”⁵⁰⁵ de hasta 160 a 180 el número de cámaras diarias. Los intestinos gruesos presentaban huellas de fuerte flegmasía, y en ciertos puntos de ellos encontramos ulceraciones y en otros placas gangrenosas. Conocido desde antiguo el síndrome disentérico, pero sobre todo desde que Losch descubrió en Rusia la Entameba Hystolítica en 1875, y posteriormente Shiga, el bacilo disentérico en 1898⁵⁰⁶. Hoy sabemos que existen dos tipos de disentería, bacilar y amebiana. La disentería bacilar denominada Shigellosis, está producida por una bacteria denominada Shigella, de la que se conocen cuatro especies, Dysenteriae, Flexneri, Boydii y Sonnei. Se produce por transmisión a través de alimentos y de agua contaminada o por contacto persona a persona. Es frecuente en los países en vías de desarrollo (99% del total), por las malas condiciones higiénico-sanitarias⁵⁰⁷. En estos países, es una de las causas más frecuentes de diarrea.⁵⁰⁸ En los países deficientes en salud pública, el 69% de las personas afectadas ocurren en niños menores de cinco años. Esta circunstancia es muy probable se dieran en nuestro medio en el periodo estudiado entre 1845-1871, y por tanto al igual que en la actualidad en países en desarrollo, fuese la causa de tan alta mortalidad en niños como las cifras nos indican (19,64% de las causas de muerte infantil).⁵⁰⁹

Otra causa de disentería es la amebiasis, que hoy día es frecuente⁵¹⁰ sobre todo en países en vías de desarrollo, en especial en zonas húmedas y de clima tropical⁵¹¹.

⁵⁰³ En aquel tiempo se consideraba diagnóstico, hasta tal punto que hubo diversos tratados que hablaban solo sobre características de las calenturas, como el publicado por el Dr. Andrés PIQUER, médico de cámara de Su Majestad, en 1788, con el título de *Tratado de Calenturas*. En la Medicina actual la existencia de fiebre o calenturas se considera sólo un síntoma, y si la causa no es sabida, se denomina *fiebre de origen desconocido*.

⁵⁰⁴ Conceptuada así por A. TROUSSEAU, en su libro *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París*. Madrid 1861. Tomo II, p. 534 y ss.

⁵⁰⁵ Refiere con este término a deposiciones como de *lavadura de carne*, y era considerado un signo de mal pronóstico.

⁵⁰⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. *Análisis de la sanidad española a lo largo del siglo XX*. Madrid, 2002; pp. 119 y ss.

⁵⁰⁷ Se estima en 165 millones de casos año al final del siglo XX, según NIYOGI SK, en artículo denominado *Shigellosis* en *Journal Microbiology* 2005 Apr,43 (2): 133-143.

⁵⁰⁸ El tratamiento con antibióticos suele ser una buena solución, aunque la presencia de resistencias es cada vez mayor; por lo que se considera imprescindible medidas públicas de salud, en lo que concierne a proveer a la población de agua segura y sanitariamente adecuada, con el objeto de reducir su prevalencia. Cf. Neelam TANEJA y Abhishek MEWARA, *Shigellosis: Epidemiology in India*, *Indian Journal Medicine Research* 143/5 (2016) 565-576.

⁵⁰⁹ En España no ha fallecido nadie por este proceso (síndrome disentérico) desde 1996.

⁵¹⁰ Siendo muy elevada su prevalencia en el subcontinente indio, Indonesia, Africa sub-sahariana y regiones tropicales de América Central y sud- América.

Está producido por un protozoo, *Entamoeba histolytica*, que es la especie verdaderamente patógena. Existen otras dos especies más, *Entamoeba dispar*, no patógena y *Entamoeba moshkovskii*⁵¹². Afecta en forma de diarreas sanguinolentas, dolor abdominal y fiebre, pudiendo complicarse con perforación intestinal y peritonitis. Otro tipo de amebiasis, puede darse en el curso de la infección por *Entamoeba coli*, que no suele ser patógena. Al observar los procesos más frecuentes de mortalidad en la población infantil, vemos que en 24 casos (lo que corresponde al 2,82% del total), es por hidropesía. Tal como ha sido descrito por Trousseau, es uno de los signos descritos entre los pacientes por él tratados que padecieron disentería. La causa más frecuente de hidropesía en adultos, como ya hemos referido anteriormente, está en las enfermedades hepáticas como la cirrosis hepática; otras causas son la existencia de carcinomatosis peritoneal y tuberculosis peritoneal, a las que se debe añadir, la desnutrición, con intensa hipoproteïnemia e hipoalbuminemia como causa de hidropesía.⁵¹³

Nuestra impresión es que, dadas las condiciones de nuestro medio, el tipo de disentería que afectó a la población infantil estudiada, como hemos dicho antes es la de tipo bacilar, aunque leyendo lo publicado en 1861 por el Dr. Trousseau, en Francia, sobre diversas epidemias en donde se observaban abscesos hepáticos, puede haber tenido la amebiasis un papel en esta enfermedad. No podemos descartar a la salmonelosis como causa de disentería, no conocida en aquel momento⁵¹⁴.

Es interesante describir las bases del tratamiento empleado en esa época, como la *hipecacuana*, *lavativas cateréticas de nitrato de plata*, *de sulfato de cobre o de sulfato de zinc*, *derivados del opio como tratamiento analgésico*, y *como dieta, sopas de ajo, cocimientos de arroz y de cebada o el cocimiento blanco de Sydenham, que como refiere en la obra, no es otra cosa que una especie de agua panada*⁵¹⁵. El cocimiento blanco de Sydenham, figura en la Farmacopea Española como uno de los tres cocimientos blancos existentes, y consiste en: seis libras de agua, media onza de cuerno de ciervo incinerado y porfirizado, y dos onzas de migas de pan blanco.⁵¹⁶ Se cuecen levemente y después de colado se añaden, cuatro onzas de jarabe simple y dos dracmas de hidrólito de azahar o de canela.⁵¹⁷

Muy frecuente en el conjunto de procesos con alta mortalidad en el mundo infantil es el de fallecimiento por escrófulas (17,17% del total en nuestro estudio). En el siglo XVIII ya se conocía este proceso, denominado al parecer *postemas frías* y en otros sitios *lamparones*. Refieren los tratados antiguos que se manifiestan las escrófulas *por*

⁵¹¹ Igualmente a la disentería bacilar, es el agua y alimentos contaminados la causa de la transmisión de la enfermedad. Chelsea MARIE, *Amoebic Dysentery*: British Medical Journal Clinical Evidence (2013) 1-21.

⁵¹² Esta especie de *Entamoeba* no está clara su patogenicidad. George MATHEW y Shawn HORRALL, *StatPearls* 2019; pp.1-4. Este artículo es de gran interés puesto que hace una descripción muy actualizada de los síntomas y tratamiento de este tipo de disentería.

⁵¹³ Entendemos como hidropesía la presencia de líquido en la cavidad peritoneal, denominado ascitis en la actualidad. Puede existir afectación hepática en la disentería amebiana, en forma de abscesos y de ahí, al romperse el absceso, diseminarse complicando pericardio y pleura; pero rara vez suele afectar a otros órganos vitales. En las zonas de alta endemicidad suelen tener alta mortalidad especialmente en mujeres embarazadas o en post-parto, neonatos, individuos malnutridos, o con medicaciones inmusupresoras.

⁵¹⁴ Agente descubierto en 1880 por el patólogo alemán EBERT.

⁵¹⁵ A. TROUSSEAU, en su libro sobre *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París*. 1861, pp.549-551

⁵¹⁶ En *Tratado de Farmacia Operatoria o sea Farmacia Experimental*, por Raimundo FORS y CORNET. Tomos I y II. Barcelona 1841; p.527.

⁵¹⁷ Hoy en día el tratamiento antibiótico es el método adecuado de curación para ambos procesos. Todavía en el momento actual no se conoce una vacuna que inmunice contra estas enfermedades.

tumores de las glándulas conglobadas y particularmente de las glándulas del cuello; el labio superior y la colona de la nariz están hinchadas, la cara encendida y el vientre hinchado⁵¹⁸. También destacan que *no debe confundirse las escrófulas con otros tumores del cuello, y los más endémicos en ciertos territorios en los que se conoce con el nombre de Bocio*. Se habla de vientre hinchado por probable presencia de líquido en el peritoneo, actualmente denominada ascitis y anteriormente hidropesía⁵¹⁹, como ya hemos comentado.

En el siglo XIX también era frecuente la escrófula llamada adenitis escrofulosa o adenitis caseosa. Se pensó en una relación con la tuberculosis o tisis pulmonar, y *predominando la idea de que ambos cuadros clínicos estaban condicionados por una diátesis hereditaria sobre la cual actuarían agentes desencadenantes derivados del ambiente, costumbres y excesos*⁵²⁰. En la primera mitad de ese siglo se consideraba una enfermedad hereditaria, pero en la segunda mitad, tras el desarrollo de la Microbiología y la demostración de gérmenes microscópicos, se fue imponiendo la teoría del contagio entre personas, y en algunas ocasiones con presencia de líquido abdominal, lo que implicaba que esta enfermedad, al igual que la tuberculosis, puede producir diseminación peritoneal e hidropesía (ascitis) de forma secundaria, sin existir causa hepática que lo justifique, que es la forma más frecuente de hidropesía, pero en el adulto, no en el niño.

Este proceso puede fistulizarse desde los ganglios afectados (Foto n° 30⁵²¹), y en las muestras de los ganglios tomadas por Koch, el descubridor del bacilo tuberculoso, se objetiva en el 66%, la existencia de dichos bacilos, por lo que se consideró que la escrofulosis era una verdadera tuberculosis, pero con localización ganglionar cervical.⁵²²

Además de estas enfermedades infantiles más prevalentes dentro del hospicio, podemos ver en la tabla R-IV-10 otros procesos que describimos a continuación: Viruela, con 184 casos, de ellos, 161 extrahospicio con una edad media de 11, 10 años; difteria, 3 casos dentro del hospicio y hasta un total de 69 casos fuera del mismo, con una edad media de 3,85 años; *gargantón* (así viene descrita en el registro civil), 50 casos, con una edad media 10,01 años, y de ellas solo cuatro dentro del hospicio, el resto en sus domicilios; sarampión, 39 casos, solo cinco de ellos en el hospicio, y con una edad media de 13,82 años. Además, se tiene constancia de 32 casos de fallecimiento por prematuridad y 21 casos de muerte al nacer.

La viruela era frecuente en los años del estudio, ocupa el octavo lugar entre las enfermedades habituales encontradas, y tras la disentería, la segunda en frecuencia en edad infantil. Por los lugares de fallecimiento, se daban más en sus domicilios. Sobre

⁵¹⁸ Guillermo CULLEN, *Escrófulas. Capítulo Primero. Elementos de Medicina Práctica, Tomo Cuarto*, 1799; p. 2.

⁵¹⁹ Como hemos comentado anteriormente, la hidropesía es uno de los diagnósticos hallados entre los niños del hospicio, responsables de 24 casos de fallecimiento.

⁵²⁰ Ignacio DUARTE, *De la escrófula a la linfadenitis bacteriana*: Revista Chilena de Infectología 24/6 (2017) 589-595.

⁵²¹ Foto tomada de *Scrofula*, The Journal of Pediatrics (2017) 189-236, cuyos autores son Indar KUMAR SHARAWAT y Lesa DAWMAN.

⁵²² Recientemente han sido descritos dos casos de adenitis cervical (antes denominada escrofulosis), por mycobacterias no tuberculosas, en niños menores de cuatro años, que no habían sido inmunizados con la BCG, pues su uso en el país de la publicación, se dejó de realizar en el 2007 (Francia), y que tal como ahora debe hacerse, hay que descartar una tuberculosis pulmonar como causa primera. El tratamiento está basado en antibióticos que no son específicos de la tuberculosis (macrólidos). Cf. N. SIGG et als. *Deux cas d'adenite cervical á mycobactéries non tuberculeuses chez l'enfant*. Annales de Dermatologie et de Venereologie 45 (2018) 505-511.

esta enfermedad, haremos tres comentarios. Uno de ellos, es la descripción del Dr. Vicente Díez Canseco⁵²³, que durante un brote de viruela en la Ciudad de León, entre los años 1862-1863, refiere lo siguiente: “... tres como se acaba de ver fueron víctimas de viruelas malignas. Otros dos lo fueron de discretas y con todas las señales de benignas; y no se estrañará esto, sabiendo que eran de aquellos cuatro hermanitos que estabn en una pobre cama, envueltos en harapos, con mas el quinto en una cunita del mismo jaez; por consiguiente la terminación funesta de estos infelices, mas que á mala calidad de la viruela se debió a las condiciones perniciosas en las que estaban”. Las malas condiciones higiénicas unidas a la pobreza del momento, fueron al parecer determinantes del incremento de mortalidad.

El segundo es que, del total de casos recogidos en la publicación, 33 en total, repartidos 14 hombres y 19 mujeres, la edad de mayor prevalencia fue antes de los siete años, o entre los 18 y 25 años, siendo prácticamente inexistente a partir de esas edades. Una vez más, al igual que otras enfermedades infecciosas, tienen su pico máximo de aparición antes de la década de los treinta. Destaca que entre los afectados por la enfermedad, treinta tres en total, habían sido vacunados 13 casos. De estos casos, fallecieron dos, nueve tuvieron varioloide truncada y dos viruelas discretas benignas. *En el Boletín Oficial de la Provincia de León del 6 de mayo de 1834, se insta a los Ayuntamientos, que dadas las ventajas de la Bacuna (viruela), no omitan medio alguno de dar a conocer las ventajas de la misma.* Este mismo médico, Dr. Díez Canseco, explicaba que pudieron llegar a darse hasta cien el número de casos. Como es conocido, la vacuna contra la viruela había sido descubierta en 1796 por el médico rural inglés Edward Jenner, tras averiguar que la infección con la *cow pox* (viruela de las vacas), confería cierta inmunidad hacia la infección variólica. Al parecer, anteriormente una ordeñadora, Sarah Nelmes, del condado de Gloucester, refirió que no le asustaba la viruela puesto que había sido infectada por el *cow pox*, a la vez que le enseñaba su brazo con la pústula⁵²⁴. Posteriormente en mayo de 1796, se induce la inoculación de material procedente de lesiones cutáneas de viruela en el niño James Phipps, poduciéndose un cuadro leve de la enfermedad, se puede decir que fue el primer acto de la era vacunal.

Tras conocer los resultados anteriores, en 1804 el gobierno de Carlos IV, dicta una ley sobre el *Uso y conservación del fluido vacuno en los hospitales de las capitales*, para preparar la vacunación de la población, tarea que recae en manos de los cirujanos. En León esto no acababa de encontrar resonancia en la población, lo que incita a las autoridades a favorecer la misma, publicándose una exhortación a las mismas ante la apatía que se observa, para dar a conocer las ventajas de la vacuna (Ya referido anteriormente, en el Boletín de la Provincia de León de 6/5/1834). Hay que destacar que ya en el año 1805, el cirujano Dn. Manuel de los Ríos, la aplica en el Hospital de San Antonio Abad de León por primera vez⁵²⁵.

La vacuna llegó a España por la frontera francesa hasta Puigcerdá, en donde el médico Francisco Piguillem vacunó a tres niños de esa localidad, y la vacuna se expandió desde allí a toda la geografía peninsular, e incluso hasta América, en lo que se llamó *Expedición Filantrópica* de la vacuna⁵²⁶, promovida por el gobierno de Carlos IV.

⁵²³ Monografía escrita por este médico leonés, en 1863, titulado *Viruelas y Vacuna*, en el que explica algunas circunstancias sobre las condiciones higiénicas que se daban en los hogares de aquel momento, p. 25 y siguientes.

⁵²⁴ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y sociedad en León en el siglo XIX*, León 1998; p.22.

⁵²⁵ *Ibidem*, p. 52.

⁵²⁶ Es muy interesante el relato de cómo un grupo de facultativos y empleados y veintidós niños llevaron el fluido infectándose unos a otros, hasta llegar a Puerto Rico, desde el puerto de La Coruña, de

El *cow pox virus*, el virus de la viruela vacuna, está emparentado genéticamente con el *poxvirus* que es característico de la especie humana, (de ahí su cierta capacidad inmunizante), y con el virus de los simios (*monkey pox virus*).

El tercer comentario que deseamos exponer es que el último brote de viruela que hemos encontrado descrito se refiere al año 1862. En 1883 se cita que entre los fallecidos ese año hay 51 casos de viruela⁵²⁷. Observamos en datos por nosotros recogidos, que según la documentación de la época que durante 1882-1883 se presentó un nuevo brote, aunque no figure como tal entre los ingresados del hospital de San Antonio Abad. Entre julio y diciembre de 1882 aparecen 21 casos, y entre enero y julio de 1883, 26 casos, siendo por tanto en total 47 casos, solo contabilizados entre los pacientes ingresados. De todos ellos 15 fallecieron, siendo por ello la mortalidad de un 31,9%. El diagnóstico de los fallecidos es el de *viruelas confluentes*. Suponemos que entre la población general la frecuencia de la enfermedad fue mayor, habida cuenta que en las estadísticas de otros años, sólo el 16% de los afectados por este proceso ingresaron. Por ello, probablemente, al observarse que la viruela no cedía, el 15 de enero de 1903, se promulga un Real Decreto de vacunación obligatoria contra la viruela en España⁵²⁸. En 1895, un nuevo episodio epidémico de viruela es objetivado en León, con algún fallecido, según informaciones de los periódicos de la época. Por tanto, parece que la viruela era enfermedad endémica en León, con brotes sugestivos de epidemia frecuentemente.

Esta enfermedad presenta un cuadro general de fiebre, vómitos y lesiones cutáneas, en forma de exantema, pústulas purulentas que se ulceran y se infectan fácilmente, y que pueden ocupar grandes extensiones de la piel, por la confluencia de dichas lesiones en lo que se denominan forma de viruelas confluentes⁵²⁹. La mortalidad sin vacunación puede ser entre el 30-60% de los casos.⁵³⁰

Las siguientes enfermedades en la infancia por orden de prevalencia son: difteria, escarlatina y tosferina. Todas son, como pueden verse en las tablas RIV-1-10 y RIV-1-12, de predominio extrahospicio, con una mortalidad de 69, 64 y 56 casos respectivamente. No tenemos constancia de brotes epidémicos de ellas en la historia de la ciudad de León, excepto la difteria. Según la documentación aportada por el Dr. José Fernández Arienza, en Madrid aparece una gran epidemia de difteria en el verano de 1888, dictando en una Real Orden de 22 de julio de ese año las medidas para impedir la propagación de la enfermedad, como mejoras en los desagües, cloacas y retretes, dado que se consideraba *que las emanaciones pútridas son un verdadero caldo de cultivo que da vida, sostiene y propaga el germen diftérico*, añadiendo la recomendación como desinfectante del cloruro de zinc; recogido en el Boletín de la Provincia de León⁵³¹. El único brote de difteria conocido en esta provincia de León del que hayamos podido tener información es el recogido asimismo por el Dr. José Fernández Arienza, quien

donde había comenzado dicha expedición: Juan RIERA PALMERO, *La introducción de la vacuna jennericiana en España*. Anales de Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid 52 (2015) 191-213.

⁵²⁷ Estudio realizado por Ramón GARCÍA Y PONCE DE LEÓN, Ramón. *Vida y muerte en la ciudad. Topografía médica de León*, León 1988; pp. 72-88.

⁵²⁸ La viruela ha sido considerada una enfermedad responsable de gran número de fallecimientos y de invalidez entre los supervivientes. En *Asclepio* 56/1 (2004), por M^a Isabel PORRAS GALLO.

⁵²⁹ Afortunadamente, gracias a la práctica universal de la vacunación, el último caso de la enfermedad se dio en Somalia en Octubre de 1977, siendo declarada la enfermedad definitivamente erradicada en mayo de 1980. El último caso asociado con una infección de laboratorio, ocurrió en Inglaterra en septiembre de 1978.

⁵³⁰ En la 33 Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1980. En *Smallpox and its eradication*. Por F. FENNER, A.D. HENDERSON et als. *History of International Public Health* 6 (1988) 1-1460.

⁵³¹ Boletín Oficial de la Provincia de León del 24 de Agosto de 1888.

citando al periódico La Montaña del 17 de agosto de 1893, refiere una epidemia de difteria en Azadinos y, al año siguiente, en mayo de 1894, otra en el pueblo de Villalibre. No sabemos el número de casos o de fallecimientos existentes⁵³². Sí conocemos el informe publicado por el Sr. Gobernador con motivo de la epidemia de ese año, con fecha 13 de diciembre de 1893⁵³³. En él se comentan medidas de higiene general dentro del hogar del enfermo, especialmente con los niños, y tratamiento químico con pulverizaciones de ácido fénico al 5%, lavado de las manos con ácido bórico, 10 gramos en un litro de agua, o bien con agua salada y lavado de las vasijas en más de una ocasión con agua hirviendo, y diversas medidas que exceden de este análisis.

La difteria, según Trousseau⁵³⁴, refiere *que fue descrito por Areteo*⁵³⁵, *como angina pseudo-membranosa, y era endémico en Egipto y Siria, y de aquí el nombre de úlcera egipciaca y siriaca que se le dio en una época más contemporánea de Homero que de Hipócrates*. Refiere que a principios del siglo XVII fue descrita en Italia con el nombre de *morbus estrangularum* y por la misma época también en España, citando los nombres de médicos españoles como Villarreal, Fonseca, Núñez, Herrera, Mercado y Tamayo. Tras hacer una minuciosa revisión de la enfermedad y determinar que el *crup* es la afectación laríngea de la enfermedad, donde *la obstrucción laríngea con un silbido laringo-traqueal a cada inspiración*, es característico del proceso y puede ser mortal para las opciones terapéuticas de aquel tiempo (a pesar de que ya se realizaba traqueotomía).⁵³⁶

Otro proceso que queremos destacar es el de tabes mesentérica. En nuestra serie encontramos 35 casos de fallecimiento, con una edad media de 10,38 años. No hemos encontrado en la bibliografía universal más que dos referencias, del año 1957⁵³⁷ y del año 1950⁵³⁸ relacionadas con el tema. Podemos decir que este proceso puede darse efectivamente en la infancia, y consiste en una enfermedad consumptiva caracterizada por una inflamación crónica de los ganglios linfáticos del mesenterio en los que existe degeneración caseosa, es decir, tuberculosis. Podemos asumir que, al igual que en los adultos, la tuberculosis era una causa de mortalidad en la infancia, en este caso bajo la forma de tabes mesentérica.

Destaca que entre las causas de mortalidad infantil nos encontramos con 18 casos de escorbuto fallecidos dentro del hospicio y 11 casos fuera del hospicio. La edad media de fallecimiento es de 12,29 años. Hoy sabemos que esta enfermedad está ocasionada por déficit de vitamina C (ácido ascórbico), que, al no ser sintetizada (como el resto de vitaminas) por el individuo, debe ser ingerida por la dieta, especialmente con

⁵³² José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y sociedad en León durante el siglo XIX*, León 1998; pp. 48 y ss.

⁵³³ Boletín Oficial de la Provincia de León. Miércoles 13 de Diciembre de 1893. En él se emiten resoluciones del informe de Dn. Antonio Arriola Uriarte, Subdelegado de Medicina del distrito de la capital, por exigencias del Sr. Gobernador Civil Interino Dn. Eladio Fernández.

⁵³⁴ A. TROUSSEAU escribe un extraordinario capítulo sobre esta enfermedad, comenzando con pequeña revisión histórica de la misma, en *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París* en 1861; pp. 414 y ss.

⁵³⁵ Areteo de CAPADOCIA, médico griego que vivió en el siglo I de nuestra era, y cuya obra se titula *De causis et signis morborum*, en el que hay un capítulo *De tonsillarum ulceribus*, donde se describe la enfermedad.

⁵³⁶ En la revisión de nuestros pacientes fallecidos, no hemos hecho distinción entre difteria y crup, denominándola bajo el epígrafe conjunto de difteria.

⁵³⁷ J. OVIEDO BUSTOS, *Paracoccidioidic mesenteric tabes; paracoccidioidomycotic mesaraic chylectasis*. Prensa Med Argent. 44/11 (1957) 759-69.

⁵³⁸ G. PIZZILLO, *Pseudo-mesaraic tabes and primary intestinal tuberculosis with retrograde lymphogenous reinfection in an adult; anatomo-clinical study*. Acta Med Ital Mal Infett Parassit. 5/11 (1950) 393-400.

los cítricos, patatas, cebollas etc. Puede llevar a la muerte tras 4-5 meses de ausencia de la ingesta por hemorragia interna y alteraciones cardíacas como causas terminales. Conocida esta enfermedad desde 1250 en Egipto⁵³⁹, fue de gran trascendencia en las largas expediciones marítimas, entre los siglos XV al XVIII, hasta que fue descrita gracias a las observaciones del cirujano escocés James Lind en 1753 y 1772, quien demostró que los marinos que tomaban naranjas y limones no presentaban la enfermedad. En otros países europeos (Francia) se creyó que era una enfermedad contagiosa, tardando más tiempo en prevenir la enfermedad. Por todo ello, podemos decir que la enfermedad era debida a déficits nutricionales, asociados a la ignorancia del proceso.

En el conjunto de las **enfermedades del adulto**, son las de causa infecciosa las que presentan mayor número de afectados, con una edad media de 23,04 años. De todas ellas en los adultos, tres procesos merecen ser mencionados en este apartado. El más frecuente es la fiebre (nos referiremos a ella más adelante). Otro de ellos es la tuberculosis, muy significativamente más frecuente entre el sexo masculino. Es posible que condiciones de gran esfuerzo físico en el trabajo, hábitos como alcohol y tabaco, junto a un no buen estado nutricional, puedan ser responsables de su mayor frecuencia en el varón, por alteración de su inmunidad. En una publicación de un país⁵⁴⁰ que puede albergar condiciones parecidas a las de España hace un siglo, publicó en el año 2009 las condiciones asociadas a un mayor riesgo de tuberculosis pulmonar, y fueron: Índice de masa corporal igual o inferior a 19,9⁵⁴¹; consumo de bebidas alcohólicas y exposición al tabaco. La tercera enfermedad más prevalente es la pulmonía, con una edad de 45,50 años de media, por lo tanto edad avanzada, en aquel tiempo muy avanzada, y que, como se ha visto en los tiempos actuales, es un proceso responsable de gran mortalidad relacionado con el envejecimiento⁵⁴². De hecho, en nuestra era, la neumonía se produce cuatro veces más entre las poblaciones de edad adulta que entre los jóvenes. Cambios intrínsecos que se producen en el aparato respiratorio asociados a alteraciones inmunes propias de la edad, son los factores responsables⁵⁴³.

En el conjunto de la muestra, los tres grupos sindrómicos más frecuentes, una vez descartados los infecciosos son: neumológicos, digestivos y neurológicos, por este orden.

Los procesos neumológicos, están a caballo con las enfermedades infecciosas (neumonía, infecciones respiratorias, catarro crónico pulmonar), y otras no infecciosas, como reblandecimiento pulmonar, probablemente equivalente al EPOC⁵⁴⁴ de hoy día, o asma.

⁵³⁹ Las primeras referencias se deben a los relatos del sitio de la ciudad de Al-Mansur o Mansura. RIZZI Milton, *Historia del escorbuto*. Revista FASO 17/2 (2010) 52-58.

⁵⁴⁰ Jorge Luis LOZANO SALAZAR y colaboradores. *Factores de riesgo socioeconómico de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba*: Medisan 13/1 (2009) 1-6.

⁵⁴¹ El índice de masa corporal es el resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado.

⁵⁴² Incluso en los tiempos de la era antibiótica, se la considera una de las causas más frecuentes de pérdida de resiliante (entendida como tal la disminución de la capacidad de adaptación a estos estresores específicos). J.L. KIRKLAND y Tamara TCHKONIA, *Celular senescence: A translational Perspective*. EBioMedicine 21 (2017) 21-28.

⁵⁴³ Interesante descripción de las alteraciones que favorecen el aumento de infecciones respiratorias en el anciano. S. YANAGI et als. *The impacts of cellular senescence in elderly pneumonia and in age-related lung diseases that increase the risk of respiratory infections*. International Journal of Molecular Sciences 18 (2017) 2-16.

⁵⁴⁴ EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las enfermedades digestivas suceden de media a los 27,17 años, edades más jóvenes que las de los otros procesos sindrómicos antes referidos, ocupando el tercer lugar en frecuencia. Entre ellas ocupa un lugar significativo la hidropesía (ascitis), probablemente en relación a la ingesta de alcohol como parte supletoria calórica de la dieta diaria. También es importante considerar la aparición por primera vez, de proceso gástrico y hematemesis⁵⁴⁵. Es posible que en gran medida ambas se correlacionen con la existencia de úlcera gástrica o duodenal. En el siglo XIX era ya conocida esta patología, debido a la práctica de autopsias⁵⁴⁶, destacando la esmerada descripción de los síntomas clínicos, especialmente del dolor, para realizar un diagnóstico lo más exacto posible. Previamente en 1861, Trousseau había descrito la úlcera simple como causa de hematemesis⁵⁴⁷, y aconseja el tratamiento utilizado por él, consistente en preparaciones de nitrato de plata, 5 centigramos (1 grano) al día en cinco tomas, asociado a extracto gomoso de opio para calmar el dolor, y posteriormente según la evolución, subnitrato de bismuto, especialmente si se asociaba diarrea (inducida por la pérdida hemática digestiva). El bismuto ha seguido siendo una parte del tratamiento de esta enfermedad hasta el último tercio del siglo XX⁵⁴⁸.

En el año 1898 ya se conoce la úlcera asociada a la palabra péptica, denominación actualmente en vigor. Pero resulta interesante conocer algún tipo de tratamiento diferente al ya descrito previamente por Trousseau. Algún autor opinaba, que el mejor tratamiento era dejar el estómago en reposo, es decir sin ingerir alimento por boca. La nutrición se realizaba por vía rectal, en forma de enemas, y sólo cuando el dolor había mejorado o desaparecido se iniciaba la tolerancia oral a una dieta consistente exclusivamente en leche de burra de inicio y después de vaca, asociado a derivados del magnesio. Se producía una pérdida media de peso de algo más de tres kilogramos, pero si el tratamiento perduraba, podría alcanzarse hasta los 46 kilogramos de pérdida de peso⁵⁴⁹.

Es destacable la presencia en este tiempo (1845-1871) ya del diagnóstico de cáncer, y la constatación de 28 casos por paludismo, con una edad media de casi 20 años (19,93 años)⁵⁵⁰.

Durante esta época (1845-1871), debemos reseñar algunos aspectos relacionados con la **diferente prevalencia** de algunas de las **enfermedades responsables del fallecimiento entre el sexo femenino y el masculino que no hemos relatado previamente** y que vamos a exponer a continuación. Destacamos como más prevalentes en el mundo femenino las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, como la senectud, parálisis y demencia. La primera de este grupo, presenta una media de fallecimiento de 76,48 años, la segunda de 57,80 años y la tercera de estas enfermedades a los 52,60 años. Es decir, en procesos que pueden darse a edad más avanzada, es más frecuente en el sexo femenino, especialmente de carácter

⁵⁴⁵ Hematemesis: Vómito de sangre a través de la boca. Suelen darse en el curso de problemas digestivos altos, es decir por encima del ángulo de Treitz.

⁵⁴⁶ Ricardo ROYO y VILANOVA, *Diagnóstico de las enfermedades de las vías digestivas. Úlcera simple*. Lección VII. 1893; pp. 182-193.

⁵⁴⁷ A. TROUSSEAU, *Úlcera crónica simple del estómago*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Lección LIX; pp. 442-466.

⁵⁴⁸ En que aparecen medicaciones más específicas, como las que son supresoras del ácido gástrico. Nos referimos a los antagonistas de los receptores H2 de la histamina y de la bomba de hidrógeno como los imidazoles.

⁵⁴⁹ Nicolás RODRÍGUEZ y ABAYTÚA, *Tratamiento de la úlcera péptica en plena actividad*. Monografía de la Revista y Cirugía Prácticas. Madrid 1898; pp. 5-38.

⁵⁵⁰ Hecho que apoya los datos que se verán más adelante sobre presencia de paludismo en la sociedad leonesa de mediados del siglo XIX.

neurodegenerativo. Cuando hacemos valoración por grupos sindrómicos en este periodo, estas enfermedades se sitúan con una edad media, la más alta conocida, de 51,14 años. Las enfermedades respiratorias, por el contrario, como el reblandecimiento pulmonar (probable EPOC en la actualidad), así como las infecciones respiratorias, son más frecuentes en el varón, con el doble de frecuencia que en la mujer. En conjunto, estos procesos también se dan a edades más jóvenes (el promedio de ellos es de 45,36 años). Del resto, destaca de forma significativa la mayor presencia de hepatopatía e hidropesía en el sexo femenino: la ingesta de alcohol podría influir en este resultado, dado que la afectación hepática es mayor por esta causa en el sexo femenino. Otra enfermedad que es muy frecuente dentro de este estudio entre variantes femeninas y masculinas es el cólera, con una proporción de 2/1 a favor en frecuencia en el sexo femenino. La razón plausible para que tal hecho suceda es el mayor riesgo de contagio en la mujer por su papel de cuidadora de otros enfermos dentro del ámbito familiar.

Igualmente destacamos que el diagnóstico de síncope (posible muerte súbita) es más frecuente en el varón, con un 58,8% del total de casos, siendo éste una de las causas de fallecimiento más frecuentes, con una media de edad de 45,25 años.

Para finalizar este apartado, expondremos como curiosidad que hubo 6 ajusticiados, todos varones.

La siguiente época estudiada, en la que hay que destacar la gran mejoría en la recogida de datos, sobre todo desde enero-noviembre, siendo diciembre un mes de muy poca información, se concreta en el año 1865. En este periodo tenemos datos de ingresados vivos y de fallecidos. Los cuatro procesos más frecuentes como causa de ingreso son fiebres intermitentes (paludismo), con un 52,2% del total de ingresados, tuberculosis, con un 8,7%, enfermedades venéreas, sobre todo sífilis, con un total de 5,7%, y, fiebre, con el 3,3%.

Según Fernández Arienza, a finales del siglo XVIII hubo una disminución de diversas epidemias, como peste, viruela, difteria, escorbuto, escarlatina y paludismo; por lo que sabemos que el paludismo existía previamente⁵⁵¹.

En una publicación del 2015⁵⁵², no se atribuye a esta provincia ningún brote de paludismo en 1865, ni se objetiva en España asimismo en ese año datos de especial incidencia de la enfermedad. Sin embargo, bajo el diagnóstico de fiebres intermitentes, tercianas y cuartanas, hubo en el Hospital de San Antonio Abad 395 pacientes de paludismo, lo que, como se ha dicho previamente, supone el 52,2% del total de ingresados en ese año. Como ha sido dicho, en León existía una endemia palúdica permanente, con brotes diversos, favorecidos por las guerras existentes en España en el siglo XIX, que retrasaron la aplicación de medidas que pudieran haber atajado antes la enfermedad. Uno de esos brotes puede ser el descrito en este año de 1865. Apoya este análisis el hecho de que entre los afectados solamente existen cuatro fallecidos de un total de 91 éxitos de un conjunto de 395 casos ingresados, lo que representa el 1,01% del total. Esto puede implicar el que, al ser un proceso endémico, la mayor parte de los ingresados tenían cierto grado de inmunidad y los brotes no eran mortales en su inmensa mayoría⁵⁵³.

⁵⁵¹ José FERNÁNDEZ ARIENZA, *Medicina y sociedad en León durante el siglo XIX*, León 1998, pp. 21 y ss.

⁵⁵² G. CASTEJÓN PORCEL, *Paludismo en España en los siglos XVIII-XIX: Distribución espacial y erradicación*. Universidad de Alicante-AGE 2015; pp.69-78.

⁵⁵³ Los fallecimientos por esta enfermedad suponen el 1,01% del total de ingresados.

Recientemente⁵⁵⁴ han sido publicadas nuevas investigaciones⁵⁵⁵ sobre esta enfermedad.⁵⁵⁶ Desde que el médico militar francés Alphonse Laveran descubrió la naturaleza protozoaria del paludismo en 1880, al que llamó *Oscillaria*, una amplia pléyade de médicos, algún zoólogo (Giovanni Battista Grassi) y, posteriormente, Ronald Ross⁵⁵⁷, tenían la idea de que un mosquito era el portador del parásito, es decir, el vector difusor de la enfermedad⁵⁵⁸. El hallazgo del vector difusor, contribuyó de forma decidida en contener el efecto de la enfermedad. Trousseau denomina⁵⁵⁹, y así se conoce en la literatura del siglo XIX, a las fiebres palúdicas como intermitentes. El nombre de *tercianas* y *cuartanas* viene dado por el ciclo específico del germen causante de la enfermedad, que es el parásito denominado *Plasmodium*. Refiere que es típico de la fiebre palúdica, la reaparición de los accesos de fiebre, *en sujetos sustraídos desde bastante tiempo antes a las influencias que se las habían ocasionado al principio*. De igual forma, considera *seguramente que a nadie le ocurrirá la idea de que los accesos periódicos de una intermitente cuotidiana, terciana ó cuartana, constituyen otras tantas enfermedades aparte*. Señala que la *terciana* está constituida por accesos que se repiten cada segundo día, y la *cuartana* cada tres días. Hoy sabemos que hay varios tipos de *Plasmodium*, *Falciparum*, *Vivax*, *Malariae*, *Ovale* y *Knowlesi*. Según sea el germen que haya infectado al individuo, así serán las fiebres, tipo terciana o cuartana, y está transmitido por varias especies del mosquito *Anopheles* (cuyo descubrimiento fue un verdadero hito en la lucha contra la enfermedad).⁵⁶⁰ Trousseau, en su descripción, comenta que pueden existir variedades clínicas, designadas como *fiebres dobles* y *fiebres redobladas*. *En la cuotidiana doble, se presentan dos accesos febriles por día, cada dos días en la terciana doble, y cada tres en la cuartana doble*. En ocasiones

⁵⁵⁴ Katherine PLEWES y colaboradores, refiere en *Malaria, what's new in the management of malaria?*, en *Infect Dis Clin North American* 33 (2019) 39-60, el hecho de que repetidas infecciones pueden hacer que en la edad adulta quede el individuo relativamente protegido contra la malaria, disminuyendo la parasitemia microscopio-detectada, y por tanto dificultando las medidas de protección, resultando en consecuencia en la edad adulta un mayor riesgo de enfermedad severa.

⁵⁵⁵ Actualmente la vacunación del paludismo con vectores virales que codifican una proteína de adhesión preeritrocítica, produce en niños una alta respuesta inmune-mediada por células T CD8+. El ciclo del parásito tras ser infectado el huésped, y descrita de forma muy somera, alcanza el hígado, siendo esta fase asintomática, y desde allí una vez transformado, alcanza los eritrocitos, produciendo hemólisis, y siendo ésta la responsable de la aparición de los episodios febriles, tipo tiritona intensa. Cf. Carley M, BLISS, Abdoulie DRAMMEH y colaboradores, *Viral Vectors Malaria Vaccine Induce High-Level T-Cell and Antibody Responses in West African Children and Infants*. *Molecular Therapy* 25/2 (2017) 547-559.

⁵⁵⁶ Para mayor conocimiento del ciclo, se puede consultar el trabajo de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Laura SAN JUAN LÓPEZ, *El paludismo en España desde una perspectiva histórica*, Madrid 2017; pp. 2-22.

⁵⁵⁷ As. BUTLER y colaboradores. *A brief history of malaria chemotherapy*. *JR Coll Physicians Edim* 40 (2010) 172-7. Sir Ronald ROSS, fue Premio Nobel de Medicina en 1902.

⁵⁵⁸ Walter LEDERMANN y Guido VALLE, *Ética e investigación en la historia de la malaria*. *Rev Chil Infect.* 26/5 (2009) 466-471.

⁵⁵⁹ Se intentaron descubrir aspectos de la enfermedad mediante la inoculación de sangre de enfermos en su momento febril álgido a individuos no siempre infectados, en una serie de experimentos con dudosa ética médica, según nuestras actuales normas de buena práctica clínica. Cf. A. TROUSSEAU, *Fiebres palúdicas (fiebres intermitentes)*. *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París*. Tomo II. 1861, pp. 845-885.

⁵⁶⁰ De todos los posibles parásitos responsables del paludismo, el que se considera mortal, es el *Plasmodium falciparum*, por ser responsable de anemia, daño cerebral e insuficiencia renal, ocasionando graves complicaciones, mientras que el *Plasmodium ovale* y *vivax*, las *tercianas benignas*, y el *Plasmodium malariae*, las *fiebres cuartanas*. Cf. José Antonio NÁJERA, Antonio GONZÁLEZ BUENO y Antonio BARATAS DÍAZ, *Guía didáctica sobre exposición a la malaria*. Biblioteca Nacional, Madrid 2009; pp. 3-30.

refiere puede haber *fiebres intermitentes perniciosas*, que son aquellas que envuelven peligro de muerte inmediato, si no se actúa a tiempo y enérgicamente.

El **paludismo** (término que procede del latín *paludis*, ciénaga o pantano) y **malaria** (del italiano *malaria*) son la misma enfermedad. Era conocida desde la Antigüedad, con el nombre de “fiebres intermitentes”. Así, lo menciona Hipócrates en su tratado *Epidemias*, en el año 400 a.C., y en el *De Medicina* de Celso entre el 25-54 a. C. El mismo Hipócrates asocia estas fiebres a las aguas estancadas y a determinadas tareas agrícolas. En la descripción de los tipos de fiebres tercianas por Aulo Cornelio de Celso, refiere existir dos tipos: *una que casi similar a la cuartana con la diferencia que deja un solo día libre y recurre al tercer día. La otra clase es mucho más pernicioso y si en verdad recurre al tercer día, puede que el paroxismo de hecho ocupe las cuarenta ocho horas o las treinta seis, a veces algo menos o algo más, de modo que la fiebre no cesa enteramente durante la remisión, sino que sólo se vuelve menos violenta. A esta clase muchos médicos las denominan hemitritaion*⁵⁶¹.

En el mundo moderno se ha considerado a la quina (mencionaremos su historia, en la parte de farmacia), como uno de los hallazgos importantes para el tratamiento de esta enfermedad, y Trousseau, a mediados del siglo XIX, nos da su “receta”:

*Corteza de quina amarilla: 45 gramos
Hervir en agua 300 gramos (cerca de 10 libras y media)
Hasta que se reduzca a unos 250 gramos y disolver luego
Sulfato sódico: 25 gramos
Para tomar en dos veces con media hora de intervalo*

Es asimismo interesante la descripción que hace de sucedáneos de la quina, como el ácido arsenioso asociado a hipecacuana, *para combatir el empacho gástrico concomitante*.

La aplicación de medidas como terraplenado, desecación y desagüe, fueron medios empleados para hacer disminuir la enfermedad, que al parecer en el siglo XVIII, fue más frecuente que en el XIX. En nuestro país, las comunidades del Cantábrico y Galicia fueron las menos afectadas e incluso se libraron de la enfermedad; en cambio las del Mediterráneo, por su cercanía a los arrozales, las más implicadas.

Cabe destacar que en 1879, solo hubo 12 casos de intermitentes, sin fallecimientos por este problema.

La segunda enfermedad en orden de frecuencia es la **tuberculosis**, con 69 casos, que representan el 8,7% sobre el total de pacientes ingresados, y de ellos fallecieron 27, que representan el 29,67% de todos los fallecidos. En este conjunto de casos, hemos simplificado bajo el epígrafe de tuberculosis, los procesos como tuberculosis en sí misma, tumor blanco, catarro crónico pulmonar⁵⁶² y hemoptisis. Este proceso, a lo largo del siglo XIX y al menos primera mitad del XX, será el más mortal de todos los existentes, puesto que su cura no aparece hasta muy avanzada la segunda mitad del mismo siglo. En nuestros resultados, observamos que desde 1845, fecha de primeros diagnósticos de fallecimientos, hasta 1922, año en que finaliza este trabajo, la mortalidad por esta patología es la siguiente: 1845-1871: 9,2%; 1865: 29,67%; 1879: 4,4% y entre 1897-1922: 16,6% para los varones y 13,4% para las mujeres. Aunque la más frecuente es la tuberculosis pulmonar, también existe tuberculosis en otras

⁵⁶¹ *Ibidem*, p. 8.

⁵⁶² En su interesante obra, por lo amplia, variada y prolija, sobre las enfermedades del momento, A. TROUSSEAU estudia el *catarro crónico* sobre todo del niño como una *tuberculización* de la enfermedad. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo I, 1861; pp. 702-708.

localizaciones, especialmente ósea. Destaca el año 1865, donde conocemos los pacientes ingresados que luego fallecieron y los que no: la causa de ingreso por tuberculosis fue el 8,7%, y la mortalidad sobre el total de fallecidos se incrementó hasta el 29,67% del total. Para encontrar una cifra de fallecidos por tuberculosis similar a la del año 1865 tenemos que fijarnos en los militares ingresados en San Antonio Abad, de los que tenemos recogidos 106 casos de fallecimiento entre 1868-1883 (que suponen el 32,07% del total de militares ingresados en ese periodo), y en el periodo entre 1884-1896 con 63 fallecidos (que son el 23,80% de todos los fallecidos). Esto nos hace pensar que dos de los factores implicados en la alta mortalidad por tuberculosis son: edad joven y hacinamiento, por la facilidad que esto último implicaría para el contagio interpersonal. De hecho, un estudio realizado tipo meta-análisis a nivel mundial, entre 1929-2015, determina que la transmisión dentro del hogar es casi cuatro veces mayor cuando existe un portador de la enfermedad que si no lo hubiera, pero del total de pacientes infectados, sólo el 20% es intrafamiliar y el resto se origina en la comunidad⁵⁶³, dado que la infección por el bacilo tuberculoso, se realiza a través de gotas de saliva, calculándose que con un promedio de 1,5 litros de aire expirado, suele existir unas 3000 gotas que difunden a una velocidad de 50 millas por hora (unos 90 km/hora)⁵⁶⁴.

Respecto a esta enfermedad a lo largo de la historia⁵⁶⁵, expondremos algunas consideraciones.⁵⁶⁶ El precursor de este germen responsable de la tuberculosis puede datar de alrededor de tres millones de años, (aun cuando se ha hipotetizado que el género *Mycobacterium* se originó hace 150 millones de años), cuando infectó inicialmente a los homínidos del Este de Africa, y desde 15000-20000 años puede haber aparecido el ancestro del actual germen, con un volumen de infección en todo el mundo de alrededor de 2000 millones de individuos⁵⁶⁷, y alrededor de 1000 millones de muertes⁵⁶⁸ por esta enfermedad desde hace 200 años.⁵⁶⁹

⁵⁶³ L. MARTÍNEZ, Ye SHEN, E. MUPERE y colaboradores. *Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Households and Community: A Systematic Review and Meta-Analysis*: American Journal of Epidemiology 18/12 (2017) 1327-1339.

⁵⁶⁴ El conocimiento de la fisiología pulmonar y la inmunidad innata dentro del sistema respiratorio es fundamental para conocer la forma de infección de esta enfermedad, así como la posibilidad de desarrollo de vacunas en el futuro. Véase una muy buena revisión en J.B. TORRELLES y L.S. SCHLESINGER, *Integrating Lung Physiology, Immunology and Tuberculosis*: Trends Microbiology 25/8 (2017) 688-697.

⁵⁶⁵ Así lo describe B.R. BLOOM y colaboradores en *Tuberculosis. Major Infectious Diseases*. 3rd edition. In HOLMES KK, BERTOZZI S, BLOOM BR, editors. 2017; Nov. Chapter 11; pp. 1-5.

⁵⁶⁶ Una de ellas es que a pesar de 60 años de tratamiento farmacológico y 90 años de vacunación, sigue siendo la enfermedad líder como causa de muerte por un agente infeccioso, que es el *Mycobacterium tuberculosis*. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que hay alrededor de 10,4 millones de nuevos casos, y 1,8 millones de fallecimientos cada año por esta enfermedad. La cuarta parte de la población del mundo está infectada. El 10% de la incidencia anual se encuentra en situación durmiente o latente, y desarrollará tuberculosis aguda. Cf. A. THOMAS PEZZELLA, *History of Pulmonary Tuberculosis*: Thorac Surg Clin 29 (2019) 1-17.

⁵⁶⁷ En I. BARBERIS y colaboradores. *The history of the tuberculosis: from the his historical records to the isolation of the Koch's bacillus*. Journal Prev Med Hyg 58 (2017) 9-12.

⁵⁶⁸ Así es referido por Claudio BUSSI y Maximiliano G. GUTIÉRREZ, en *Mycobacterium tuberculosis infection of host cells in space at time*: FEMS Microbiology Reviews (2019) 1-21.

⁵⁶⁹ Esta enfermedad ha sido causa de muerte de numerosos personajes históricos, músicos como Chopin, literatos como Emily Brontë, Gustavo Adolfo Bécquer, Antón Chejov, Franz Kafka, Katherine Mansfield, Miguel Hernández, reyes como Alfonso XII, Louis XVII de Francia, Carlos IX de Francia, Mahmut II sultán del Imperio Otomano desde 1808, santos como Rosa de Lima o Teresa de Lisieux, médicos como Xavier Bichat, Laennec, inventor del estetoscopio, generales como Simón Bolívar, actrices como Vivien Leigh, etc. entre otros muchos, por lo que parece que no ha respetado personalidades ni sexo.

Desde la Antigüedad era conocida, habiéndose hallado entre las momias egipcias donde se observaron deformidades en el esqueleto, lo que luego se llamó enfermedad de Pott, al ser este científico el descubridor. En Babilonia, China, India (ya la menciona el Ayurveda), posteriormente Grecia, en donde Hipócrates crea la palabra *Thisis*, para denominar al proceso en el año 460 a.C. y posteriormente Claudio Galeno en la Roma Antigua, la define como incurable. En el Talmud hebreo se describe que si la sangre salía por la boca (probablemente se refería a la hemoptisis, que es la emisión de sangre por la boca tras un acceso de tos), provenía del pulmón⁵⁷⁰, y la antigua palabra hebrea *schachephehth*, es usada en los libros bíblicos, Deuteronomio y Levítico para describir esta enfermedad. En el Deuteronomio se refiere a la *phithisis* como *enfermedad seca*⁵⁷¹, por su alto grado de consunción en el individuo.⁵⁷² También Avicena observó la enfermedad, aconsejando el reposo como tratamiento. A lo largo de la Edad Media y Moderna han existido descubrimientos diversos sobre esta enfermedad, como el hallazgo de la tuberculosis miliar o la presencia extrapulmonar de la misma. La llegada de la revolución industrial, las malas condiciones ambientales del trabajo asociadas a una pobre nutrición, contribuyeron al aumento de esta enfermedad, especialmente entre los jóvenes.

El hito más importante a lo largo de la historia contra esta enfermedad sucedió en 1882, cuando el alemán Robert Koch, informa del hallazgo del bacilo que lleva su nombre, como responsable de la enfermedad, comunicándolo el 24 de marzo de 1882, en la Sociedad Alemana de Fisiología. Este hecho fue clave para luchar contra la tuberculosis, aunque hasta bien entrado el siglo XX, no se encontraron fármacos adecuados. Previamente el desarrollo de sanatorios antituberculosos, fue de un uso generalizado en todos los países, siendo creado el primero de ellos en Europa en 1854 en la región de Silesia en Alemania por Hermann Brehmer⁵⁷³; en España⁵⁷⁴ el primer sanatorio antituberculoso⁵⁷⁵ data de 1897, y fue abierto al público en el balneario de Busot en Alicante, de carácter privado⁵⁷⁶.

⁵⁷⁰ A. SEVA, *La historia clínica*. En Seva A, Espaxs, Barcelona 1979; pp. 95-152.

⁵⁷¹ Deuteronomio 28: 22.

⁵⁷² Durante la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX, hubo una teoría en la que se planteaba la posibilidad de resistencia de los judíos a la tuberculosis, como consecuencia de posible inmunidad parcial históricamente adquirida. Parece tenía más de aspectos políticos, de cara a evitar la aplicación de leyes restrictivas a la inmigración judía, que a hechos verdaderamente reales. M. MARTINI y colaboradores, en *The Intriguing Story of Jews' Resistance to Tuberculosis, 1850-1920*: IMAJ 21 (2019) 222-228.

⁵⁷³ M. MARTINI y colaboradores, *The history of tuberculosis: the social role of sanatoria for the treatment of tuberculosis in Italy between the end of the 19th century and the middle of the 20th*: Journal Prev Med Hyg 59 (2018) 323-327.

⁵⁷⁴ M^a José BÁGUENA CERVELLERA, *La tuberculosis en la historia*. Anales de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana 12 (2011) 1-8.

⁵⁷⁵ El primer fármaco conocido con eficacia para esta enfermedad, ha sido la estreptomycin, descubierto en 1943 por Selman Waksman, y posteriormente han aparecido nuevos fármacos, de los que los más significados, han sido las hidracidas, ethambutol, pirazinamida y rifampicina, claves para dejar de considerar a la tuberculosis la enfermedad tan mortal como fue a lo largo de la historia, y la bedaquilina como primer nuevo fármaco aprobado para uso clínico en los últimos 40 años. Cf. Sumit CHAKRABORTY y Kyu Y.RHEE, *Tuberculosis Drug Development: History and Evolution of the Mechanism-Based Paradigm*: Colg Spring Harb Perspect Med (2015) 5:a021147.

⁵⁷⁶ Es interesante destacar que de los 1,8 millones de fallecimientos en el 2016, 1,4 millones fueron en casos VIH negativos y 400000 en VIH positivos, y si a ellos añadimos el creciente número de casos multirresistentes a los fármacos antituberculosos, la estrategia del fin de la enfermedad para el 2035 (menos de un caso por millón), implica nuevas bases teóricas. Los pilares de las estrategias para el fin de la tuberculosis, son propuestas por Mattelli en una publicación reciente. Cf. Alberto MATTELLI y colaboradores. *Tuberculosis eliminación: where are we now?* Eur Respir Rev 27 (2018) 3 y ss.

Para finalizar esta parte, haremos una mención a la importancia que esta enfermedad ha tenido en el desarrollo de la Cirugía de tórax. Así, mientras no hubo tratamiento farmacológico eficaz para la tuberculosis, a fines del siglo XIX y en el XX se realizaron determinados procesos con el objeto de parar el proceso inflamatorio. Se realizaron neumotórax artificiales, toracoplastias, colapso del hemitórax correspondiente a través de parálisis del nervio frénico, que inerva el diafragma, resección quirúrgica de la lesión pulmonar, etc. que han sido camino posteriormente para el desarrollo de la Cirugía torácica, en patologías tumorales por ejemplo⁵⁷⁷.

El tercer conjunto de enfermedades que con mayor frecuencia se encuentra en esta época de la 2ª mitad del siglo XIX es el relativo a **las enfermedades venéreas**, entre las que englobamos la sífilis y la blenorragia, pues son las únicas descritas, (lógicamente, por desconocimiento de otros procesos). Entre 1845-1871, donde los datos registrados solo dan cuenta de la mortalidad, encontramos 40 casos de enfermedades venéreas, lo que representa el 0,065% del total de causas de mortalidad, con una media de edad de 14,69+/- 12,07 años. En 1865 se produce un total de 43 ingresos, los que representan el 5,7% del total de ingresos del hospital de San Antonio Abad; pero la mortalidad producida por esta enfermedad es de un 1,09%. Destaca que la sífilis se daba más entre los jornaleros, con una media de edad de 30,78 años+/- 9,28, y la blenorragia entre el grupo de los sirvientes que, como hemos comentado anteriormente, eran en su gran mayoría jóvenes y mujeres, siendo la edad media de aparición de 25,43 años +/- 11,22.

En esa época ya tenemos información de los militares que ingresaron en el hospital. Así, entre 1868 y 1896, hubo 157 casos de fallecimiento entre los ingresados con causa conocida. Del total de todos ellos, solo encontramos un muerto por sífilis terciaria, lo que convierte a este proceso en el responsable del 0,6% del total de fallecidos en este grupo de población, cuya edad media no superaba los 23 años.

Siguiendo con nuestros datos, en 1879 observamos que estos procesos ocupan el primer lugar entre los ingresados, con un 9,57% del total. No sabemos si hubo algún fallecimiento por esta causa, pero sí que fue la primera causa de ingreso, por encima de otros procesos infecciosos como la tuberculosis, que ocuparon el segundo lugar con un 4,4% del total de ingresados⁵⁷⁸. La siguiente fecha recogida, en 1897, y sobre 231 casos de fallecidos, no se encuentra ninguno causado por esta patología. El último periodo de datos se sitúa entre los años 1895-1922. No se observa como causa de mortalidad este grupo de enfermedades entre los primeros 20 procesos más frecuentes, siendo su mortalidad de 0,3% tanto para hombres como para mujeres. Esto implica un claro descenso de esta patología a comienzos del siglo XX, al menos en nuestra área de estudio.

Si comparamos estos datos con lo publicado sobre la morbilidad de enfermedades venéreas⁵⁷⁹, el doctor Joaquín Acedo Amarillas comunicó al IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía en 1898 que, de 4.116 pacientes ingresados en un periodo de cuatro años en el Hospital Provincial de Cáceres, el 11,86% del total de ingresados eran por enfermedades venéreas (sífilis, blenorragia y chancro blando). En ese mismo congreso, Juan Azúa revelaba datos de Madrid, en donde sobre 20.471

⁵⁷⁷ Tomas F.MOLNAR, *Tuberculosis: mother of thoracic surgery then and now, past and prospectives: a review*: Journal Thoracic Diseases 10(Suppl 22) (2018) 2628-2642.

⁵⁷⁸ Página 142 del texto.

⁵⁷⁹ Ramón CASTEJÓN BOLEA, *Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública*: DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam 11 (1991) 239-261.

pacientes de un periodo de diez años (1887-1898), un 17% de las enfermedades cutáneas correspondía a la sífilis. Por tanto, nuestros datos aportan cifras bastante alejadas de las comentadas. Entre 1891-1900⁵⁸⁰, Hauser P. calcula una tasa de mortalidad por sífilis de 0,57% del total de causas de fallecimiento, con una media anual de 94 muertes por sífilis; es decir, tasas bastante más altas que las por nosotros referidas.

La palabra sífilis, se deriva del nombre del pastor *Syphilus*, de un poema escrito en el siglo XVI (1530) por Gerolano Fracastoro, titulado *Syphilis sive morbus gallicus*. Shaudinn en 1905 descubre el agente causal. Erlich el primer medicamento, el salvarsán contra esta enfermedad, en 1906⁵⁸¹. A esta enfermedad también se la conoce con el nombre de lúes, que procede del latín y significa epidemia, el *Gran Imitador* o el *Morbus Gallicus*. La denominación de venérea, procede de la palabra *Venus*, diosa griega del amor, de la belleza y de la fertilidad.

No vamos a comentar, solamente a enunciar, las teorías acerca del comienzo de esta enfermedad en Europa y América⁵⁸². Sí decir que a principio del siglo XV, padecía sífilis el 15% de la población europea, y que desde el siglo XVI, se convirtió en un azote para la humanidad, dado que por razones religiosas y sociales, los afectados no buscaban ayuda efectiva para el tratamiento⁵⁸³, contribuyendo⁵⁸⁴ a diseminar el proceso entre la sociedad, dado que los remedios adecuados solamente se producen tras el descubrimiento de la penicilina en la primera mitad del siglo XX, cuando se demostró eficaz contra el *Treponema Pallidum*, responsable de la sífilis. En los siglos XVIII y XIX el mercurio y azufre fueron los medicamentos más usados.⁵⁸⁵ Era frecuente el dicho en la época: *Una noche con Venus, toda la vida con Mercurio*.

Erlich⁵⁸⁶ descubre el salvarsán a principios del siglo XX⁵⁸⁷, considerándose este hecho el nacimiento⁵⁸⁸ de la venereología.⁵⁸⁹

⁵⁸⁰ Philip HAUSER en *Madrid bajo el punto de vista médico-social* 1902 (reimpreso en 1979), Vol. II; pp. 133-155.

⁵⁸¹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. *Análisis de la sanidad española a lo largo del siglo XX*. Madrid 2002; pp. 201 y ss.

⁵⁸² Según A.M. SEFTON en *The Great Pox was...syphilis: Journal of Applied Microbiology* 91 (2001) 592-596. En el trabajo se comentan tres significadas teorías: La teoría Colombina, que postula que la enfermedad vino desde el Nuevo Mundo a Europa por Colón y sus hombres en 1493; la teoría Pre-colombina implica que la sífilis estuvo en Europa cientos de años antes de la vuelta de Colón del Nuevo Mundo; y la teoría Evolucionaria/Unitaria, que refiere que los diferentes miembros del género *Treponema* evolucionaron desde un simple organismo, respondiendo a cambios en el ambiente.

⁵⁸³ Denis BERDASQUERA CORCHO, M.A. LAZO ÁLVAREZ y colaboradores, *Sífilis: pasado y presente*: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 42/2 (2004) 1-4.

⁵⁸⁴ Por ello se considera que presentó un impacto similar al que pudo tener el SIDA en nuestro tiempo.

⁵⁸⁵ Hoy en desuso por su gran cantidad de efectos secundarios.

⁵⁸⁶ Adriane GELPI, Adam GILBERTSON y Josep D. TUCKER. *Magic bullet: Paul Erlich, Salvarsan and the birth of venereology*: Sex Transm Infect. 91/1 (2015) 68-69.

⁵⁸⁷ Junto a un estudiante japonés Sahachiro Hata, logran infectar de sífilis algunos conejos, y comienzan a testar diversos arsenicales, encontrando propiedades curativas con la utilización del compuesto N° 606, en 1909, la arsphenamina, mientras se ensayaba frente a la tripanosomiasis experimental, que contiene cerca del 30% de arsénico, denominado salvarsán (el arsénico que salva), eficaz en casos iniciales de sífilis. Posteriormente en 1912 se descubre el neosalvarsán (neoarsfenamina), o arsenical 914, que al contener menor dosis de arsénico, reducía los efectos secundarios. Asociados al bismuto o mercurio, mejoraban los resultados iniciales, aunque tenían el inconveniente de tratamiento durante largo tiempo. Cf. Félix BOSCH y Laia ROSICH. *The Contributions of Paul Erlich to Pharmacology: A Tribute on the Occasion of the Centenary of His Nobel Prize*: Pharmacology 82 (2008) 171-179.

⁵⁸⁸ Como hemos referido anteriormente, los modernos tratamientos con penicilina constituyen la base fundamental, aunque no única de los mismos en la actualidad. Cristina ROS-VIVANCOS y

Para terminar los datos clínicos más relevantes de esta parte, tenemos que centrarnos en el diagnóstico de **fiebre**, como causa de morbilidad y de mortalidad muy frecuente.

La fiebre, como hemos comentado previamente, es signo de una enfermedad, pero no un diagnóstico en sí misma, aunque en los siglos XVIII-XIX se consideraba un diagnóstico. Ha tenido gran peso específico en los registros del hospital de San Antonio Abad y también, en la ciudad de León, fuera de él, tanto como causa de morbilidad, como de mortalidad, sin saberse entonces cuál era la enfermedad subyacente responsable.

Comenzamos en el periodo 1845-1871. En este periodo de tiempo solamente constan en los registros los fallecidos. Pues bien, observamos que, en el conjunto total de los fallecidos, el 27,67% figura por fiebre. El conjunto de mortalidad infantil por esta causa y este periodo es del 21,76%. Hay que destacar que la mayor parte de estos pacientes fallecen fuera del hospital. De estos datos observamos dos cosas: Los pacientes intrahospitalarios (el 19,47% del total de esta muestra) que fallecen con este diagnóstico son el 20,77% del total de fallecidos. Si nos fijamos en los niños fallecidos, son el 21,76% del total. En el año de estudio de 1865, el total de ingresos con el diagnóstico de fiebre fue del 3,3% del total, y el de fallecimientos el 8,8%⁵⁹⁰. Con estos datos podemos decir que el diagnóstico de fiebre desciende en la medida que avanza el siglo, y este proceso fue atendido fundamentalmente en el domicilio particular: si de un total de 1.697 diagnósticos totales de fiebre, restamos 185 del hospicio y 397 del hospital, el montante de pacientes que padecían y fallecían por este proceso entre 1845 y 1871 en su domicilio, consignados de forma cierta, fue de 1.115 enfermos⁵⁹¹ (65,70%) del total.

No solamente en el año 1865 se produce un declinar de este proceso como diagnóstico. En el siguiente periodo de estudio, concretamente el año 1879, el número de diagnósticos totales es del 3,46% (prácticamente similar al de 1865); pero en 1897 el número de fallecimientos ya era solo del 1,73% por fiebre como hecho clínico, claramente inferior al 8,8% de 1865 y por supuesto al 27,67% del periodo 1845-1871. Todo esto se confirma con los datos de fallecimientos en el periodo de 1895-1922⁵⁹². En ese periodo solo figura fiebre como diagnóstico en el 1% del total de fallecidos.

Por tanto, a medida que avanza el tiempo, la terminología de fiebre disminuye como diagnóstico, posiblemente por el mayor conocimiento de la Medicina, por el avance de especialidades como Anatomía Patológica, Cirugía, Bacteriología etc.

Es muy interesante conocer los distintos tipos de fiebre descritos, especialmente en 1865 (datos no expuestos en los resultados), en donde se consignan además de las intermitentes, tercianas y quartanas, otros 26 tipos de fiebre, que son: inflamatoria, palpebral (¿puerperal?), atáxica, gástrica, eruptiva, catarral, efímera, infecciosa, urémica, atáxica adinámica, cerebral, maligna, héptica (¿séptica?), reabsorción,

colaboradores. *Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia*: Revista Española de Quimioterapia 31/6 (2018) 485-492.

⁵⁸⁹ Personalidades históricas relevantes que fallecieron de sífilis, podemos citar a: Franz Schubert, músico austriaco, Martín Alonso Pinzón, marino y explorador español, Lord Byron, poeta inglés. Otras figuras contrajeron sífilis, pero no hay clara constancia que fuera causa de su muerte, entre ellos, Goya, Nietzsche, Guy de Maupassant, Verlaine, Benito Mussolini, el Marqués de Sade o Franz List.

⁵⁹⁰ En este año no hemos contabilizado el diagnóstico de fiebres intermitentes, tercianas y quartanas, pues lo incluimos dentro del paludismo.

⁵⁹¹ Páginas 280-282 del texto.

⁵⁹² Datos recogidos de otro archivo diferente, el del CAULE, Complejo Asistencial Universitario de León, sobre 2.248 registros de fallecimientos del Hospital de San Antonio Abad de León.

perniciosa, fulminante, nerviosa, activa, lenta, gastrohepática, atónica, biliosa, pútrida, remitente, adinámica y sincopal.⁵⁹³

Haremos algún comentario sobre las fiebres intermitentes, en lo que a los diferentes tipos de fiebre se refiere A. Trousseau en un estudio que hace sobre las mismas a mediados del siglo XIX⁵⁹⁴. Divide a las intermitentes en *regulares*, es decir sin gravedad para el enfermo; *perniciosas*, que son mortales para el enfermo si no se actúa rápidamente, por la tremenda perturbación que exponen al enfermo. Considera que cuando son una exsageración del escalofrío, la denomina *fiebre algida*, cuando hay reacción febril, *fiebre ardiente*, cuando hay sudoración profusa, *fiebre sudosa o diaphorética de los antiguos*, cuando existe afectación en los órganos esenciales para la vida las denomina a las fiebres intermitentes tipo *comitatae*. Esta última, las subdivide en *comatosa, letárgica, delirante, convulsiva, tetánica, cardiálgica, hemorrágica, petequial, escorbútica, perineumónica, pleurítica, gastrálgica, hematemésica, coleriforme y disentérica*.⁵⁹⁵

Como comentaba en el prólogo de su obra, a la cual nos referiremos en varias ocasiones en este apartado, el doctor Andrés Piquer, médico de Cámara de S.M. en 1788⁵⁹⁶, *dos son los medios por los que la Medicina consigue el fin de curar las enfermedades, a saber, la observación y el raciocinio*. Refería que *cualquier médico con que esté no más que medianamente experimentado, conoce cuando un enfermo tiene calentura, y ninguno ha sabido hasta ahora perfectamente definirla*, e incluso refería que no importaba la esencia de la *calentura*, sino que se sepa saber su existencia y cómo ha de curarse. En 1832 se publica un trabajo para optar al grado de doctor en Medicina en Buenos Aires y se insiste en que nadie ha sabido definir la fiebre perfectamente, pero todos saben reconocer su existencia cuando se produce⁵⁹⁷. En ese trabajo se comenta que tanto Hipócrates como Galeno, las clasificaron pero no las definieron.

Así pues, vemos que hasta casi el siglo XX, importaba más el diagnóstico y tratamiento que sus causas. Tres signos se consideraban claves en el diagnóstico, según el referido Andrés Piquer: *Ver a un hombre en el que las acciones de la vida están dañadas, y no se hacen según el orden natural, al mismo tiempo el pulso está acelerado y el calor del cuerpo más vivo que en la salud, se dirá que el tal hombre tiene calentura*⁵⁹⁸. También comenta el mismo autor, refiriéndose a Cornelio Celso, cómo

⁵⁹³ Hoy podemos decir que los tipos de fiebre más frecuentes, en lo que respecta a su forma de ser, las podemos dividir, en continua, que se mantiene igual durante el periodo febril, sin variaciones; remitente, periodos de elevación de fiebre con descensos espontáneos, sin llegar nunca a la normalidad; ondulante, con descensos suaves; recidivante, disminución de la temperatura por debajo de la normalidad, asociada a exarcebaciones de la misma, y por supuesto la fiebre intermitente, terciana y cuartana, ya comentada anteriormente. Otros tipos de fiebre en la actualidad, van asociadas a enfermedades o procesos concretos, (fiebre neutropénica, fiebre botonosa, fiebre de las Montañas Rocosas, etc., por poner algún ejemplo).

⁵⁹⁴ Capítulo LXXVII del libro de A. TROUSSEAU, que se titula *Fiebres palúdicas (fiebres intermitentes)*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París 1861, Tomo II, pp. 862 y ss.

⁵⁹⁵ No vamos a entrar en la descripción específica de ellas. Solamente, algo más adelante, hablaremos de la última subdivisión de las intermitentes, que es la *sincopal*.

⁵⁹⁶ Andrés PIQUER, médico de Cámara de S.M. *Tratado de las calenturas*, Madrid 1788; pp. 3 y ss.

⁵⁹⁷ José Gregorio ACUÑA. *La fiebre atáxica*, Universidad de Buenos Aires 1832, Imprenta del Estado; pp. 3.

⁵⁹⁸ Andrés PIQUER, *Tratado de las calenturas*, Madrid 1788; capítulo I pp. 2. Hay que considerar, que la ausencia de medios técnicos para una adecuada valoración de la temperatura corporal, obligaba a expresar los signos físicos diagnósticos.

explica a los médicos *que no se fíen de la celeridad del pulso, ni del calor, para conocer cuando el enfermo tiene calentura*⁵⁹⁹.

Algo más de cien años más tarde, al filo de año 1900, en cambio, había cambiado esa opinión. Generalmente se considera fiebre situaciones de temperatura superior a 37° y se intenta averiguar la causa y el mecanismo de producción de fiebre, probablemente inducido por los posibles agentes que la ciencia bacteriológica, un gran avance en ese momento, pone a disposición del mundo científico. En todo ello, entre otros Pasteur⁶⁰⁰, tuvo⁶⁰¹ una decidida⁶⁰² influencia.⁶⁰³

Nos vamos a referir ahora a los distintos tipos de fiebre descritos como diagnósticos en 1865, año en que de forma signicada mayor número y con más precisión, han sido encontrados entre los datos documentales. Posiblemente, si atendemos a lo descrito por José Gregorio Acuña en 1832, anteriormente mencionado, podemos considerar que dentro de la mencinada fiebre atáxica se engloba lo que hoy se conoce propiamente como la fiebre atáxica, atáxica adinámica, cerebral, maligna según al parecer así lo consideraban los antiguos, nerviosa, tiphus según autores que cita en su trabajo y gastroenteritis, a la cual considera que, según la anatomía patológica, es *una encefalitis a las veces primitivas, más comúnmente secundaria, ordinariamente acompañada de la gastro-enteritis, o sobrevenida en el curso de una inflamación de un órgano cualquiera*⁶⁰⁴. Sitúa este proceso como una gastroenteritis, pero siempre acompañada de irritación encefálica. Este proceso, fue individualizado por Bretonneau en 1818 bajo el nombre de *dotienteria*⁶⁰⁵, y la anatomía patológica, hace que Louis en

⁵⁹⁹ Pues como dice el *Tratado* antes citado, pág: 4, *él mismo ha observado que en los hipocondriacos después de haber comido se acelera el pulso y se aumenta el calor.*

⁶⁰⁰ Rafael NORMA. *La fiebre en sus primeras causas*, México 1889. Trabajo inaugural. Facultad de Medicina de México; pp. 3-35.

⁶⁰¹ La definición de fiebre hoy es clara, y se puede decir que es la elevación de la temperatura corporal por encima de la variación circadiana normal, como consecuencia de cambios en el centro termorregulador de la región anterior del hipotálamo. Se considera que la fiebre en los vertebrados es un mecanismo adaptativo para controlar la infección. Algunos microorganismos que producen enfermedad, sensibles al calor, como los causantes de sífilis, pueden ser muertos in vivo por fiebre artificialmente inducida, aunque las infecciones producidas por sus microorganismos, no produzcan fiebre. En la era anterior a los antibióticos, en 1883, el psiquiatra Julius Wagner von Jaureg observó que un enfermo afectado de enfermedad mental debido a neurosífilis, mejora tras contraer erisipela. Altas temperaturas, es sabido, mejoran asimismo los sistemas de defensa por incremento de su actividad, como es el caso de los leucocitos. Cf. H.A. BERHEIM y colaboradores. *Fever: Pathogenesis, Pathophysiology, and Purpose: Annals of Internal Medicine* 91 (1979) 261-270.

⁶⁰² En el individuo sano, la temperatura corporal se mantiene dentro de un intervalo pequeño, a pesar de las grandes diferencias en la temperatura del medio ambiente y la actividad física, puesto que una regulación perfecta de la temperatura corporal es imprescindible para el adecuado desarrollo de las reacciones enzimáticas que ocurren en todos los animales endotérmicos. Cf. Fidel RAMÓN-ROMERO y José María FARÍAS. *La fiebre*: Revista de la UNAM, México DF 57/4 (2014) 20-33.

⁶⁰³ De forma resumida, hoy conocemos bastante bien, determinados mecanismos responsables de la aparición de fiebre; son los denominados “pirógenos internos”, los que afectan a los sensores de temperatura en el hipotálamo, llevando a una elevación del “valor de referencia”. La sucesión muy sintética de hechos es: 1) unión de componentes de la pared bacteriana a proteínas inmunológicas, 2) unión del complejo anterior a macrófagos y liberación de factores citocinéticos, 3) paso a la circulación general de los factores citocinéticos, 4) unión a receptores endoteliales en la pared de los vasos, activando sustancias relacionadas con la fiebre, 5) liberación de otras sustancias como las prostaglandinas, que son los últimos mediadores de la respuesta febril, al actuar en áreas cerebrales del hipotálamo anterior.

⁶⁰⁴ José Gregorio ACUÑA. *La fiebre atáxica*, Universidad de Buenos Aires 1832, Imprenta del Estado; pp. 4.

⁶⁰⁵ Enrique LAVAL, *Algunas notas sobre el desarrollo histórico de la fiebre tifoidea en Chile*: Revista Chilena de Infectología 34/5 (2017) 491-493.

1829, la denomine como fiebre tifoidea.⁶⁰⁶ Trousseau, en 1861, recoge las diversas denominaciones que en el tiempo ha tenido la enfermedad: así como el autor de las mismas: *Synochus putris* (Cullen), *de febris pútrida* (Stoll), *de fiebre maligna nerviosa* (Huxham), *mucosa* (Roedere), *biliosa* (Tissot), *adinámica*, *atáxica*, *ataxo adinámica*, *fiebre enteromesentérica* (Petit y Serres), *maligna*, y también flegmacia del cerebro (Broussai) y fiebre atáxica (Pinel). Recoge que el nombre de fiebre tifoidea, que al final ha prevalecido sobre todas las anteriores denominaciones⁶⁰⁷, reconociendo que todas ellas no son *especies nosológicas diferentes, sino variedades, distintas maneras de ser de una sola especie*. Destaca en la clínica, además del componente diarreico, la posibilidad de *perforaciones intestinales*, y *peritonitis desarrolladas espontáneamente*, y el dolor de cabeza asociado a fiebre alta, posible dato por el que años antes, se considerara, la afectación encefálica de la misma. Es interesante conocer los tratamientos aplicados: Sanguijuelas cuando existe intenso dolor abdominal (por sospecha de perforación intestinal), hipecacuana si hay vómitos, extracto tebaico si no se halla mejoría, calomelanos si sospecha de peritonitis, si existían síntomas respiratorios quina en polvo, jarabe de ratania, y agua de Rabel, esencia de trementina si hemorragias intestinales; reconociendo por tanto afectación pulmonar, peritoneal e intestinal en la enfermedad. En caso de darse la forma *adinámica*, es decir *aplanamiento de las funciones vitales y orgánicas*, aconseja como tratamiento asociado a la quina, infusiones de salvia, serpentaria, badiana o anís estrellado. Y propone los vinos generosos, entre los cuales considera de gran predicamento el vino de Málaga. *La fiebre atáxica, la caracteriza fundamentalmente por desorden, incoherencia, falta de armonía, y cuando esta ataxia recae sobre las funciones vitales, más particularmente sobre el gran simpático, se dice que hay fiebre maligna.*⁶⁰⁸

Por todo lo anteriormente expuesto, concluimos que la fiebre tifoidea, al menos por la gran variedad de denominaciones observadas entre los diagnósticos de 1865, fue muy frecuente como enfermedad en nuestro medio. De hecho, de entre todas las denominaciones de fiebre halladas, al menos 11 de un total de 27, se deben a dicha fiebre tifoidea, es decir el 40,7% del total.⁶⁰⁹

Nos vamos a referir ahora, en pocas palabras, al resto de fiebres descritas. Entre las mencionadas como diagnóstico, figura la fiebre gástrica, que ha sido asociada a la tuberculosis. Otra de ellas es la denominada inflamatoria. En una publicación del año 1889⁶¹⁰ hecha por Rafael Norma, se describe la fiebre que podría ser de carácter inflamatorio, cuando comenta que *si un individuo se cae y se fractura sin herida exterior el cuello del fémur; en la noche el termómetro colocado en la axila marca 40°*. Esta fiebre la asocia a una acción nerviosa; sin embargo, puede ser, como hemos dicho anteriormente, secundaria a la inflamación subsecuente al traumatismo. Otro tipo de fiebre que todavía mantiene la terminología hasta hace no muchos años, es la fiebre

⁶⁰⁶ En ese año se le confiere carácter infeccioso, que se confirma tras el hallazgo por Eberth en 1880, del bacilo responsable de la enfermedad, que lleva su nombre.

⁶⁰⁷ A. TROUSSEAU. *Fiebre tifoidea*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo I. 1861; pp. 261 y ss.

⁶⁰⁸ Hay que tener en cuenta que en ninguna autopsia realizada en aquel tiempo (último tercio del XIX), se han visto alteraciones en meninges ni encéfalo de interés.

⁶⁰⁹ La introducción del cloranfenicol a partir de 1950, supuso por primera vez, encontrar un medicamento adecuado para la curación de la enfermedad. Como hecho destacable, parece ser que entre los personajes históricos que fallecieron de tifoidea figura Pericles.

⁶¹⁰ De Rafael NORMA, que lleva por título *La fiebre, primeras causas*; pp. 27-28.

hectica.⁶¹¹ Hace más de dos siglos las calenturas se dividían en *diarias, pútridas y héticas*⁶¹². Consideramos asimismo que esta expresión de Hética es similar al diagnóstico de Hética que hemos encontrado en los archivos.

Finalizaremos refiriéndonos a las denominadas *sincopales*. Por ésta definición⁶¹³ solo hemos encontrado la acepción de A. Trousseau, que las define a mediados del siglo XIX como la *más grave de todas las fiebres intermitentes perniciosas*. A veces, nos refiere, la aparición de síncope induce al error de creer que el paciente había fallecido, cuando en realidad, si se le administra la quinina, una vez recuperado del síncope, podría incluso no solo seguir vivo, sino curarse. El aparente estado de muerte por los síncope es el verdadero riesgo de este tipo de fiebre intermitente perniciosa.

Haremos una reflexión sobre la denominación en la literatura antigua como calenturas sinocales⁶¹⁴. Esta denominación procede de los médicos griegos, y que, *como un golpe permanecen casi de un mismo modo desde el principio hasta el final de ellas*, lo que, según hemos comentado anteriormente, sería un tipo de fiebre o calentura *continua* en la denominación actual. Se citan como ejemplos de calentura sinocal, *las fuertes calenturas que anteceden a la erisipela, viruela, sarampión y otras erupciones cutáneas*, lo que Trousseau describe como fiebres eruptivas. Por lo tanto, bien pueden referirse estos diagnósticos a algunos de los procesos infecciosos en los que no se logró adjudicar un diagnóstico preciso.

Finalmente, analizaremos el **periodo que va desde 1895 a 1922**. Los tres aspectos que se pueden destacar en este tiempo, son: que el número de datos se refiere a una cifra alta de enfermos (2.248 en total), que dichos datos se corresponden solamente a diagnósticos de fallecidos (al no encontrar diagnósticos también de no fallecidos), y que la edad media de mortalidad era superior a la de los periodos antes descritos (52,52 años).

Ahora se pueden estudiar dos nuevas e interesantes facetas: la aparición de enfermedades edad-relacionadas, y el impacto y características de la denominada gripe española en nuestro estudio.

La edad media de los enfermos ingresados en 1865 fue de 42,16 años, y la edad media de fallecimiento en el periodo 1895-1922, de 52,52 años. Pero destaca el hecho de que las enfermedades neurológicas, que en 1865 suponían el 2,8% del total, con una media de edad de 49,33 años, pasaron a ocupar en el periodo de 1895-1922 el 31% del total, con una media de edad de 67,63 años. En ellas incluimos, sobre todo, debilidad senil, con 76,98 años de media, así como hemorragia cerebral, esclerosis medular, reblandecimiento cerebral (probable equivalente a alguna de las demencias incluida la enfermedad de Alzheimer de los tiempos actuales), apoplejía cerebral y hemiplejía, cuya edad media se sitúa entre 60 y 68 años⁶¹⁵. Estos datos implican que cuanto mayor

⁶¹¹ En un estudio de 1979, se menciona la misma como responsable del 13% de los procesos infecciosos, se asocia a enfermedades que cursan con bacteriemia como empiema de tórax, endocarditis bacteriana o abscesos intraabdominales, implicando a nuestro juicio que la palabra hectica, posiblemente se refiera a la actual denominación de séptica.. Cf. Daniel M. MUSER y colaboradores. *Fever Patterns. Their Lack of Clinical Significance*: Archives Internal Medicine 139 (1979) 1225-1228.

⁶¹² Andrés PIQUER, en su citado *Tratado de las calenturas* de 1788, pp. 4, expone esta división, y establece que las así denominadas *Diarias, son las que duran 24 horas, las Pútridas, implican putrefacción en los humores, y las Héticas son largas, lentas y continuas, y producen necesariamente gran extenuación del cuerpo*.

⁶¹³ A. TROUSSEAU, Clínica Médica del Hotel-Dieu, Capítulo LXXVII, Tomo II, 1861; pp. 864-865.

⁶¹⁴ Capítulo IV del *Tratado de Calenturas* del Doctor Don Andrés PIQUER, 1788; pp. 120 y ss., participando como un tipo de *calenturas ardientes*, según la terminología del momento.

⁶¹⁵ Ver página 195 del texto.

es la edad de enfermar o fallecimiento, más posibilidades de ser por una enfermedad neurológica.

Claramente relacionada con la edad está la debilidad senil. Con 247 casos registrados y el 11,1% del total, es la segunda causa de fallecimiento en nuestro hospital en esta época. Su edad media es de 76,98 años. Hoy, en nuestra era, equivale a lo que en la literatura anglosajona se denomina *frailty*, y que traducido equivale a *fragilidad*. Se puede definir a este subgrupo de individuos, como personas mayores,⁶¹⁶ que son más vulnerables que sus homólogos de la misma edad a pesar de tener similares características como comorbilidad, edad, sexo, demografía, etc.⁶¹⁷

Es este periodo, aparece también el cáncer como una causa de muerte. Son un total 113 casos, lo que representa el 5% del total de fallecidos. El cáncer más frecuente es el de estómago, con un 1,3% del total de los fallecimientos, con mayor frecuencia en el varón, y el segundo tumor en importancia responsable de mortalidad, el de útero, con una frecuencia inferior al 1%. Ambos se dan en la década de los 50 años de vida de los enfermos. Otros tumores observados, como el de mama, no parece tuvieron influencia decisiva en el fallecimiento de la mujer. Así, sobre 48 extirpaciones de mama entre 1902-1904, no hubo ningún fallecimiento por esta causa, según la estadística publicada por los doctores Mallo y Hurtado en 1905⁶¹⁸.

No podemos dejar de lado el abundante tipo de diagnósticos de enfermedades cardiológicas, como insuficiencia mitral, asistolia, insuficiencia auriculo-ventricular, pericarditis, etc. Ello fue producto del mayor conocimiento de nuestros profesionales de estas patologías. Estos procesos tenían en la década de los 50 años sus edades típicas de fallecimiento.

Para finalizar esta parte relacionada con aspectos médicos del Hospital de San Antonio Abad, hablaremos de la denominada “gripe española”, y los datos hallados entre los resultados del Hospital en 1918-1919. En el Hospital, se consignaron 75 fallecimientos por esta enfermedad, entre septiembre de 1918 y junio de 1919. Los más frecuentes se dieron en el otoño de 1918, entre septiembre y diciembre, con 49 casos. De ellos, 26 fueron soldados, 22 ciudadanos adultos y un niño. Esto, supone para el año 1918 el 20,33% del total de fallecidos, siendo la enfermedad más frecuente de ese año. La edad media total del grupo de pacientes fallecidos fue de 25,43 años. De estos datos podemos concluir que fue un proceso frecuente; que la convivencia relativamente íntima favoreció claramente su difusión, y que la edad en que se produjo la mayor parte de los contagios fue clave.

Esta epidemia, considerada la más devastadora epidemia de la historia moderna, con una mortalidad entre 20 y 50 millones de personas, afectó a jóvenes y a personas sanas. Comenzó en la primavera de 1918 y fue denominada la gripe española, “The

⁶¹⁶ Ahmed AL SAEDI y colaboradores. *Current and emerging biomarkers of frailty in the elderly*: Clinical Interventions in Aging 14 (2019) 389-398.

⁶¹⁷ Se considera este proceso como una situación de extrema debilidad a estresores endógenos y exógenos, que exponen a los individuos a tener alto riesgo de pérdida de salud, y puede representar una transición entre el envejecimiento saludable y la discapacidad severa e incluso muerte. Es causado por la interacción del declinar progresivo edad-relacionado, con enfermedades crónicas, que ayudan a una disminución de la reserva funcional del individuo. No vamos a entrar en los marcadores actuales de este proceso, pero sí comentaremos que, según los diagnósticos encontrados, aparece claramente diferenciado del reblandecimiento cerebral, que en nuestra serie aparece con 60 casos, y una edad media de 62,33 años, es decir 14 años menos que la debilidad senil. A nuestro juicio, es posible que el reblandecimiento cerebral, esté más en relación con lo que hoy en día diagnosticamos de demencia (vasculares, enfermedad de Alzheimer, etc.) Cf. Matteo CESARI y colaboradores. *Frailty: A Emerging Public Health Priority*: JAMDA (2016) 1-5.

⁶¹⁸ Lorenzo MALLO GARCÍA y Emilio HURTADO MERINO. *Frutos del Hospital de León*, León 1905; pp. 25 y ss.

Spanish Lady”⁶¹⁹, o “Spanish Flu”, y, aunque en la actualidad, 100 años después, virólogos y epidemiólogos a nivel mundial cuestionan que su comienzo fuera español, se ha mantenido el nombre. De hecho, el exceso de mortalidad asociada a la gripe de 1918-1919 en Europa, se considera fue del 1,1%, elevándose la mortalidad el 86% por todas las causas.⁶²⁰

Esta pandemia tuvo en España tres ondas de mortalidad, la primera en la primavera-verano de 1918, con una mortalidad moderada, la segunda entre agosto-diciembre de 1918, con el pico más alto de mortalidad, y la tercera en el invierno de 1919. León fue la sexta provincia más afectada⁶²¹.

Los datos clínicos publicados señalaban un comienzo respiratorio, con tos como primer síntoma y fiebre, que con frecuencia se resolvía favorablemente, pero a veces evolucionaba a neumonía, fundamentalmente por estreptococos, también por neumococos y estafilococos⁶²², y neumonía vírica. Dados estos síntomas, fue tratada con salicilatos, quinina y codeína para la tos. Cuando se desarrollaba neumonía incluía tratamiento intramuscular o intravenoso de plata o platino en soluciones coloidales, digital, aceite de alcanfor o adrenalina. A veces se producían sangrías.⁶²³

Como hemos comentado anteriormente, hubo un hecho que favoreció la difusión de la enfermedad. En la primera guerra mundial, los soldados que tenían en sus regimientos un espacio de 78,5 pies al cuadrado por individuo, se infectaron el 2,5%, sin embargo los que disponían solamente de 45 pies al cuadrado⁶²⁴, llegaron a tener una incidencia del 26,7 %, según expresan Peter C. Wever y Leo van Bergen. Por tanto la transmisión de la infección fue más fácil cuanto más próxima era la convivencia favoreciendo la difusión de humanos a humanos. Lo mismo sucedió en España.

El virus de la pandemia de 1918⁶²⁵ es del tipo Influenza A, de la familia de *Orthomyxoviridae*, subtipo N1H1, denominado así en base al subtipo de Hemaglutinina (H) y Neuraminidasa (N)⁶²⁶. La alta mortalidad, especialmente entre los individuos de

⁶¹⁹ Artículo de revisión de los autores españoles Antoni TRILLA, Guillem TRILLA y Carolyn DAER. *The 1918 “Spanish Flu” in Spain: Clinical Infectious Diseases* 47 (2008) 668-672. En España según se cita en el artículo, fallecieron 147.114 personas en 1918, 21.235 en 1919 y 17.825 en 1920: en total, algo más de 260.000 personas, el 1% de la población española; con un crecimiento negativo en España en el año 1918 de menos 83.121 personas. Se calcula que se produjo una mortalidad de 0,5 a 14 fallecimientos por 1000 habitantes.

⁶²⁰ Si observamos la situación por países, los peores resultados fueron para: Italia con el 172%, Bulgaria y Portugal con el 102%, y España con el 87%, es decir no es el país que salió peor parado. Por el lado contrario, el menor riesgo relativo de mortalidad se dio en Finlandia con el 33%. Hay diversas teorías de donde pudo originarse, pero no vamos a entrar en esta discusión; (al menos en lo que concierne a los enfermos de la primera guerra mundial, es muy interesante la visión de Peter C. Wever y Leo van Bergen).

⁶²¹ La peor parada fue Burgos, y la que menos mortalidad presentó, Canarias. Se llegó a presentar una mortalidad respiratoria de 142,5 por diez mil, entre agosto de 1918-abril de 1919, según Gerardo CHOWELL y colaboradores. *Spatial-temporal excess mortality patterns of the 1918-1919 influenza pandemic in Spain: BMC Infectious Diseases* 2014, 14; pp. 371-384.

⁶²² Descripción hecha por Peter C. WEVER y Leo van BERGEN. *Death from 1918 pandemic influenza during the First World War: a perspective from personal and anecdotal evidence*. Influenza and Other Respiratory Virus. Published by John Wiley and Sons Ltd 2014; pp. 538-546.

⁶²³ Según consta en el artículo de Antoni Trilla y colaboradores. Por cierto, hay que resaltar que, si hubiera existido la penicilina, la curación hubiera sido muy elevada y la transmisión mucho menor.

⁶²⁴ Un pie en el sistema métrico anglosajón equivale a 0,3048 metros.

⁶²⁵ Según la OMS desde el 2009, pandemia se define como *la expansión de una enfermedad infecciosa a lo largo de un área geográficamente muy extensa, a menudo por todo el mundo*.

⁶²⁶ Las diferencias genéticas y antigénicas de las glicoproteínas denominadas Hemaglutinina y Neuraminidasa, situadas en la superficie del virus, permiten su clasificación en diferentes subtipos, según refiere Donna M. TSCHERNE y Adolfo GARCÍA-SASTRE, en *Virulence determinants of pandemic influenza virus: The Journal of Clinical Investigation* 121/1 (2011) 6-13.

20-40 años, nacidos entre 1880-1900, pudo ser debida a que durante su infancia, el virus existente fue H3N8 (sobre todo entre 1889-1900), por lo que el tipo de protección fue subóptima, al no tener protección cruzada entre ambos virus. Pero los nacidos antes de esas fechas o después de 1900, pudieron tener algún tipo de protección por exposición⁶²⁷ a antígenos⁶²⁸ N1 o H1.⁶²⁹

Finalizamos este apartado mencionando que, si comparamos las enfermedades históricas descritas por el catedrático Miguel Cordero del Campillo en el Camino de Santiago, prácticamente son superponibles a las que hemos relatado en nuestros resultados, excepto que en nuestros datos no consta la existencia de la lepra. El doctor José Fernández Arienza hace alguna referencia a esta enfermedad en León, y cita que *en 1751, en el Hospital de San Lázaro, sólo existían cuatro pacientes ingresados, que más parecen enfermos crónicos que pacientes en fase aguda*⁶³⁰. Los pacientes con esta enfermedad, ingresaban en el Hospital de San Lázaro, que posteriormente como ya se ha comentado, se anexiona al Hospital de San Antonio Abad. Entre nuestros diagnósticos, sí nos consta el escorbuto, hecho que el mencionado autor, refiere como inexistente en España, o que no hay noticias de él, al menos entre las enfermedades del Camino de Santiago.

Para concluir esta discusión, nos referiremos a diversos **aspectos farmacéuticos**. En ellos abordaremos el análisis de los tratamientos más utilizados desde este punto de vista terapéutico⁶³¹.

Si desglosamos el conjunto de fármacos más utilizados, **quinina, digital o sus derivados, opio y sus derivados, hierro en sus diversas preparaciones y sanguijuelas**, suponen sobre un total de 93 fórmulas magistrales, 30 preparados que contienen algunos de los anteriores, lo que representan al menos el 32,2% del total de recetas.

El primer fármaco de los utilizados que hablaremos, es la **quinina**. Considerando la alta frecuencia de fiebres intermitentes, tercianas y cuartanas, como hemos reseñado en páginas anteriores, especialmente hasta el último tercio del siglo XIX, no es de extrañar su uso frecuente en el hospital de estudio, expandido bajo diversas preparaciones (valerianato de quinina y sulfato de quinina). Hablar de la

⁶²⁷ Excelente revisión de Michael WOROBEY y colaboradores, *Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H1N1 influenza A virus*: PNAS 111/22 (2014) 8107-8112.

⁶²⁸ Se considera que la alta virulencia de este virus se debe a dos factores: el primero, por altos niveles de replicación *in vivo*, y la segunda, que esta alta virulencia fue acompañada de una potente, quizás excesiva respuesta inflamatoria que posiblemente fueran causa directa del daño observado en la enfermedad severa. En otra epidemia de 1997, ésta por el virus H5N1, se observa morbilidad virus influenza-inducida promovida por TNF-alfa, mientras que la producción de IL-1, induce aclaramiento del virus. Christopher BASLER y Patricia AGUILAR. *Progress in identifying virulence determinants of the 1918 H1N1 and the Southeast Asian H5N1 influenza A viruses*: Antiviral Research 79/3 (2008) 166-178.

⁶²⁹ En cuanto a la evolución histórica, según M. Mamun Y A. Huda, el virus desapareció de los humanos en 1957, y no fue detectado otra vez hasta 1977, y nuevamente identificado en Norteamérica en 1998 para reaparecer en el 2009, con nuevas vías de transmisión y cambios en su análisis genético. De hecho se dice que el nuevo virus H1N1, aparecido en el 2009, es la cuarta generación descendiente del de 1918, y concluyen los autores, que no es el virus de 1918 *otra vez*, sino el virus de 1918 *continuado*, por el que estamos siendo infectados todavía con el remanente del virus influenza de la pandemia de 1918. Véase una muy buena revisión histórica sobre el virus Influenza A H1N1, realizada por M. MAMUN and A. HUDA. *Origins and Evolutionary Genomics of the Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Human: Past and Present Perspectives*: Yakugazu Zasshi 131/4 (2011) 553-562.

⁶³⁰ En su libro *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*, León 2006; pp. 105.

⁶³¹ Páginas 247-254 del texto.

quinina es casi igual que hablar del paludismo o malaria. El paludismo ha sido una de las enfermedades que mayor mortalidad ha producido a lo largo de la historia.⁶³²

Fue de enorme importancia el descubrimiento de la quina contra esta enfermedad de la malaria. No se tienen noticias certeras de la malaria en la época precolombina, aunque existen dos teorías sobre el hallazgo de las propiedades de la quina como medicina para la misma: se habla de un indio en la selva de Perú que, teniendo fiebre, se curó tras contacto con agua de un riachuelo que tenía un árbol de quina; si bien otros mantienen que tal hallazgo se basó en la observación de cómo los animales usaban la corteza de quina para tratar sus fiebres⁶³³.

Parece ser que los españoles heredaron el conocimiento de las propiedades curativas de la corteza de la quina de los indígenas⁶³⁴. La polémica sobre si los naturales de la zona conocían la capacidad curativa en estas fiebres la comenta Nicolás Cuví⁶³⁵, citando fuentes de otros autores, en las que parece ser “hay base para afirmar que la Quina fue probablemente conocida como materia médica desde mucho antes de su descubrimiento en la primera mitad del siglo XVII, conocimiento atribuible a los indígenas, quienes usaban la corteza y la compartieron enseguida con los españoles”, dejando así resuelto el dilema de si los indígenas ocultaron las propiedades de esta planta o no a los descubridores. La primera vez que se cita en la literatura médica la corteza de quina es en el año 1638.

A.R. Butler y colaboradores refieren la historia del hallazgo de la quinina como planta curativa, como una historia romántica. La condesa Ana de Chinchón, esposa del cuarto conde de Chinchón y Virrey del Perú, Don Luis Fernández de Cabrera y Bobadilla, alrededor de 1630, enfermó de fiebres intermitentes, habiendo sido desahuciada por su médico. Llegó esta noticia a oídos del prefecto de Loja, situada hoy en día en el sur de Ecuador, quien les recomendaba ser tratada con la corteza de un árbol de la zona, que era curativa. Él mismo viajó a Lima, tras haberle escrito previamente, con una muestra que dio a la condesa, que curó en poco tiempo. La condesa consiguió abastecerse de la corteza de dicho árbol, y lo distribuyó entre los indios con fiebres similares en señal de gratitud, tratamiento que los indígenas denominaban “el polvo de la condesa”. Al regresar a España, la condesa y su marido, trajeron con ellos la droga, siendo administrada por primera vez en España, en Alcalá de Henares⁶³⁶. En Europa,

⁶³² En los países en los que no se ha erradicado, sigue produciendo. Así, aun en fechas recientes, en el 2017 se produjeron 219 millones de casos, bien es cierto que ha existido un descenso de 20 millones de casos respecto a 2010, con tendencia al estancamiento en los tres últimos años. La distribución mundial es del 92% en la Región de África de la OMS (Organización Mundial de la Salud), un 5% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS y un 2% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. La tasa de incidencia de la enfermedad aunque ha disminuido de 72 a 59 por 1000 personas de riesgo, se mantiene en los tres últimos años en 59 por mil personas de riesgo. Estas cifras llevan aparejadas una mortalidad de 435000 muertes por malaria en todo el mundo en 2017, siendo los niños menores de 5 años el grupo más vulnerable, con una mortalidad del 61% de todas las muertes por malaria en todo el mundo. Cf. OMS. *World Malaria Report 2018*, pp. 31-32.

⁶³³ Interesante revisión bibliográfica de Elena TORRES DEGAYÓN, en su trabajo de fin de grado titulado *Las Quinas*. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla 2017; pp. 1-37.

⁶³⁴ Y que al parecer ocultaron a los colonizadores españoles virtudes medicinales que conocían. Este hecho, ha sido descrito por B. RODRÍGUEZ ARIAS y María ARMENTER FERRANDO. *La quinina es un viejo fármaco que no cabe relegar al olvido*. Anales de Medicina y Cirugía (1977) 172-188.

⁶³⁵ En su artículo refiere Nicolás CUVI que *la planta Medicinal fue documentada en el siglo XVI por Nicolás Monardes y Juan Fragoso, protobotánicos dedicados a compilar información sobre los productos naturales que llegaban a Europa desde Oriente y Occidente*. *Tecnología y Colonialismo en la Historia de las Cinchona*: Asclepio 70/1 (2018) 215-228.

⁶³⁶ Al parecer, con gran éxito, por B. RODRÍGUEZ ARIAS y María ARMENTER FERRANDO. *La quinina es un viejo fármaco que no cabe relegar al olvido*: Anales de Medicina y Cirugía (1977) 172-

fue introducida por los jesuitas en el siglo XVII, quienes tuvieron que realizar grandes empeños en divulgar sus propiedades, pues inicialmente se creyó que era invención diabólica. Por esa razón, recibió el nombre de “polvo de los jesuitas”.⁶³⁷

En el siglo XVIII (1742), fueron enviados detalles de éste árbol a Carl Linnaeus en Suecia, quien la denominó árbol del género *Cinchona*, en base a la historia de la condesa de Chinchón, pero al parecer utilizó mal la ortografía de la palabra (es posible que por influencia fonética italiana), pasando a ser conocida con el nombre anteriormente descrito. (Foto nº 28 de la planta Cinchona). El árbol que daba la quina más apreciada ha pasado a la historia con nombres variados: quina de Loja, quina fina o quina verdadera.⁶³⁸

A lo largo del siglo XVIII hubo varias expediciones que ampliaron el conocimiento de las plantas origen de la quina, como la de Charles Marie de la Condamine quien describió el árbol en 1738, y también la de Ruiz y Pavón. Posteriormente, ingleses y holandeses cultivaron en Java e Indias Orientales las cortezas de la quina, en el siglo XIX. En España, hubo un gran comercio y explotación por parte de la Corona Española, de los recursos americanos de esta nueva planta y otras plantas medicinales. Su apogeo ocurre durante el reinado de Carlos III (1759-1788). El puerto de Cádiz, monopoliza la entrada de estos productos. Entre 1717 y 1738, España importa un total de 83.387 arrobas, lo que significa 3.970 arrobas/año ó 45 toneladas de plantas medicinales. De forma específica, en lo que corresponde a la planta cinchona, durante el periodo anteriormente descrito, fue de 13 toneladas/año. Entre 1747 y 1778, el comercio español de plantas medicinales triplicó el del periodo anterior, y en el caso de la cinchona se multiplicó por más de 6 veces; pasando de 13 a 83 las toneladas de cinchona⁶³⁹ importadas.⁶⁴⁰

Tras el descubrimiento de la quina, fenómeno de gran impacto en la Medicina, fue importantísimo el aislamiento de la quinina por Pellentier y Cavenou en 1820. Laveran descubre el plasmodio malarico en 1880 y Ronald Ross⁶⁴¹ demuestra que la

188. Sin embargo en el trabajo de fin de grado, Elena TORRES DEGAYÓN en base a dos referencias bibliográficas, cita a Sevilla y Roma como los dos lugares en los que por primera vez fue utilizada.

⁶³⁷ En Inglaterra su uso fue establecido por Talbor, médico personal de Carlos II de Inglaterra. Este preparado también fue utilizado con el Delfín de Francia Luis XIV. En el siglo XVII fue conocido este remedio prácticamente en toda Europa, así en 1717, en el asedio de Belgrado fue utilizado para tratar a los soldados la malaria, e igualmente James Lind de la British Royal Navy en 1777 recomendaba que los barcos que viajaban a Guinea, fueran provistos con polvos de corteza de quina. Artículo de revisión por G. Dennis SHANKS. *Historical Review: Problematic Malaria Prophylaxis with Quinine*: Am. J. Trop. Med. Hig 95/2 (2016) 269-272.

⁶³⁸ José FONFRÍA DÍAZ y colaboradores, *Actas del VIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 2004; pp. 585-601.

⁶³⁹ Stefanie GÄNGER. *World Trade in Medicinal Plants from Spanish America, 1717-1815*: Med Hist 59/1 (2015) 44-62.

⁶⁴⁰ A principios del siglo XX, años 1920-1930, los mercados internacionales para la quinina, fueron controlados por un consorcio farmacéutico holandés, que fue una empresa transoceánica cinchona-quinina centrada en la Cinchona Bureau in the Netherlands. Este consorcio holandés, de productores y manufactureros de quinina, capitalizó una de las primeras campañas internacionales de salud pública, para luchar contra la malaria. El consorcio farmacéutico holandés de productores y manufactureros de quinina fue capaz de capitalizar una de las primeras campañas de lucha contra la malaria, promoviendo las sales de quinina. Arjo ROERSCH VAN DER HOOGTE y Toine PIETERS. *Quinine, Malaria, and the Cinchona Bureau: Marketing Practices and Knowledge Circulation in a Dutch Transoceanic Cinchona-Quinina Enterprise (1920s-1930s)*: Journal of History of Medicine and Allied Sciences 71/2 (2015) 197-225.

⁶⁴¹ En 1902, se le concedió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina.

causa del contagio es por un mosquito transmisor, el Anopheles, en 1898.⁶⁴² A lo largo del siglo XX⁶⁴³ se han ido conociendo mejor⁶⁴⁴ sus propiedades.⁶⁴⁵

En los datos⁶⁴⁶ que hemos obtenido de los registros del Hospital de San Antonio Abad, las formas existentes bajo las cuales se expendía para el consumo la quinina fueron: sulfato de quinina, cocimiento de quinina, extracto blando de quina, jarabe de quina, valerianato de quinina.⁶⁴⁷

Siguiendo con nuestros tratamientos más expendidos, comentaremos ahora algunos datos sobre la **digital** (Foto nº 27) o sus derivados. Esta planta es nativa de Europa, Asia central y occidental y África, siendo introducida en algunos países americanos desde Europa.

En el año 500 AC, se utilizaba la digital como antiinflamatorio. En 1250 recibe el nombre de *foxes glosa* (según un tratado galés, de la farmacia de los médicos de Middfai), en inglés *foxglove*⁶⁴⁸. La digital fue descrita por primera vez en el *Nuevo*

⁶⁴² En el momento actual, han sido descritas 23 especies del género *Cinchona*, fundamentalmente localizadas entre Perú y Ecuador, cultivadas en árboles situados a una altitud media de 1600 a 2000 metros. Desde el punto de vista farmacológico, hay cuatro que tienen especial interés. Estas son: *Cinchona Officinalis* o quina roja o quina de Loja, para el tratamiento de la malaria sobre todo, pero no como único uso; *Cinchona Calisaya* o quina amarilla, que al ser la más rica en quinina junto a la *Cinchona Officinalis*, su mayor uso es para la extracción del medicamento; *Cinchona Pubescens*, se utilizaba como patrón de injerto, muy difundida geográficamente y *Cinchona Lancifolia*, dedicada a la extracción de quinina. Cuatro alcaloides tienen poder para curar y prevenir la malaria: cinchonina, cinchonidina, quinidina y quinina, siendo éste último el más importante de todos ellos. La quinina tiene acción esquizotónica y gametocida (ésta última no contra todos los plasmodium, sólo el plasmodium vivax y malariae). Además tiene acción analgésica, y aunque se utilizó para combatir fiebres, no tiene acción antipirética. El verdadero mecanismo de acción de la quinina como anti-malaria, es desconocido. Según refiere Elena TORRES DEGAYÓN en la revisión realizada para su trabajo de fin de grado, titulado *Las Quinas*. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla 2017; pp. 1-37.

⁶⁴³ Cuando aparecen efectos secundarios a concentraciones terapéuticas se denominan cinchonismo. Ello incluye ruidos en los oídos, sordera (puede ser reversible), dolor de cabeza o náuseas. A veces son más severas estas manifestaciones, pudiendo producir dolor abdominal, diarrea, vómitos, hipoglucemia, hipotensión, y muy ocasionalmente, asma, disminución de plaquetas e incluso psicosis. Otras acciones de la quinina además de su acción antipalúdica son: sobre el sistema nervioso central; sobre el sistema cardiovascular, disminuyendo la excitabilidad cardíaca; sobre el tracto gastrointestinal, aumentando el apetito si no produce náuseas; sobre el músculo uterino, produciendo leve acción occitócica sobre el útero grávido; acción curarizante sobre la placa motora, alargando el periodo refractario; entre los más significados. Cf. Jane ACHAN y colaboradores. *Quinine, an old anti-malarial drug in a modern world: role in the treatment of malaria*. *Malaria Journal* 10/144 (2011) 3-12.

⁶⁴⁴ B. RODRÍGUEZ ARIAS y María ARMENTER FERRANDO. *La quinina es un viejo fármaco que no cabe relegar al olvido*: *Anales de Medicina y Cirugía* 57/249 (1977) 179-180.

⁶⁴⁵ Las preparaciones existentes hoy en día incluyen, sales de hidróclorido, dihidróclorido, sulfato, bisulfato y gluconato.

⁶⁴⁶ Página 211 del texto.

⁶⁴⁷ Tras uso durante casi 400 años de la quinina como terapéutica clave para el paludismo o malaria, parece existir una resistencia a la quinina. Hoy en día se considera que el artesunato (un profármaco de la artemisina), es la primera línea de elección sobre todo en la malaria severa, quedando la quinina como terapéutica de elección en el primer trimestre de embarazo. No es nuestro propósito, ni tampoco parece oportuno, hacer una revisión del tratamiento actual de la malaria, sino ampliar algunos aspectos de la utilidad de la quinina todavía en el momento actual. De igual forma no nos plantearemos hacer revisión sobre la utilización de la quinina como profilaxis de la malaria. Algunos de los datos recogidos sobre el aspecto anterior han sido tomados de Khaterine PLEWE y colaboradores, en *Malaria, what's new in the management of malaria?*: *Infect Dis Clin North American* 33 (2019) 39-60.

⁶⁴⁸ Considerado un específico para espasmos y cefalea, según refiere en *La Digital, su historia y su rol actual*. Por Juan Carlos Linares Casas, *Rev. Médica de Rosario* 2015, 81: 35-42.

Herbario editado 1543 por Leonhart Fuchs⁶⁴⁹. La denominó **Digitalis** en la edición latina, y distinguía las variedades amarilla y purpúrea según el color de sus flores. Hieronymus Bock, médico y botánico, reproduce de forma gráfica por primera vez la planta de la digital en 1546, en su libro “Kräuterbuch”, libro que al parecer se imprime más tarde en 1595⁶⁵⁰. Pero a quien se debe el comienzo de la utilización de esta planta como terapéutica es a William Withering, médico del Hospital General de Birmingham y miembro de la *Lunar Society*⁶⁵¹, que había sido botánico afamado (además de químico y minerólogo), al que una herbolaria en 1775 le informa de las posibles propiedades diuréticas de un conjunto de unas 20 hierbas entre las que estaba la digital. Observó que funcionaba bien en las hidropesías y también para el corazón (“que no había observado con otras medicinas”). También, como en el caso de la quinina, existe al parecer una historia romántica asociada, habiéndolo utilizado la digital, en una de sus pacientes, Helena Cooke⁶⁵², que estaba interesada en la pintura de flores y que Withering le ofrecía durante la convalecencia de la misma para ser pintadas. En 1785, publica sus resultados sobre 163 casos de su experiencia personal, durante 10 años de observación, a lo que añade 48 casos más de otros colegas⁶⁵³. Sin embargo según M R Wilkins⁶⁵⁴, la primera descripción documentada fue en 1780 por Erasmus Darwin, sobre nueve casos reportados en la tesis de graduación de su hijo Charles, para el tratamiento del edema cardiaco.

Withering, tras 10 años de observación de los pacientes tratados, nos da una amplia descripción de sus efectos, incluidos los tóxicos. Observa sus efectos de diuresis incrementada⁶⁵⁵, y también “sensación de enfermedad, vómitos, diarrea, mareo y a veces incontinencia de orina, enlentecimiento del pulso hasta 35 por minuto, sudor frío, convulsiones, síncope y a veces muerte”. En definitiva, estaba describiendo los síntomas y signos de una intoxicación digitálica, dado que no se conocían las dosis adecuadas en aquel momento, y establece que durante los cinco últimos años de observación, el número de pacientes con éstos síntomas fue de alrededor del 18%.⁶⁵⁶

⁶⁴⁹ En un capítulo de su libro titulado *De la hierba con flores en forma de dedal (Finger-hüt)*. Artículo de Alfredo MICHELI SERRA y Gustavo PASTELÍN HERNÁNDEZ, titulado: *Breve historia de la digital y los digitálicos. Homenaje a la memoria del ilustre maestro y académico Dr. Rafael Méndez Martínez, pionero de los estudios farmacológicos sobre la digital y los glucósidos digitálicos: Historia y Filosofía de la Medicina*. Gaceta Médica de México 151 (2015) 660-665.

⁶⁵⁰ Así lo describe Alfredo de MICHELI-SERRA en su artículo titulado: *Acerca de la terapéutica digitálica. Bosquejo histórico*: Gaceta Médica de México 136/5 (2000) 511-517.

⁶⁵¹ Tertulia científica que realizaba sus reuniones en noches de plenilunio, junto a Josep Priestley, James Watt y Erasmus Darwin entre otros, según se describe en *Ibidem*, 513.

⁶⁵² Paciente que posteriormente sería su esposa, según refiere Juan Carlos LINARES CASAS, en *La Digital. Su historia y su rol actual*: Revista Médica Rosario 81 (2015) 32-39.

⁶⁵³ Su libro titulado: *An account of the Foxglove, and some of its Medicals Uses: with Practical Remarks on Dropsy, and other Diseases*. The Project Gutenberg, reedición 2008; pp. 1-159.

⁶⁵⁴ Aunque Withering ya había señalado en 1776 a la *Digitalis purpurea* como una droga, lo que consiguió fue llamar la atención de Darwin. En M R WILKINS y colaboradores, *William Withering and digitalis, 1785 to 1995*: British Medical Journal 290 (1985) 7-9.

⁶⁵⁵ Inicialmente la digital era más conocida como diurético que por su acción sobre el corazón, probablemente por ser una acción más fácilmente demostrable.

⁶⁵⁶ Joanna Ciszewska y Andrzej Ciszewski establecen la posibilidad de que el pintor Van Gogh, pudiera haber padecido un proceso de estas características; pintor al que se le atribuyen diversas enfermedades, con manifestaciones psiquiátricas, y al pintar a su último médico el Dr. Paul Gachet con una planta de digitalis purpúrea, utilizada no solo para enfermedades cardíacas sino procesos neurológicos y desórdenes psiquiátricos, así como plasmar de forma predominante el color amarillo en sus cuadros (*Les pissenlits o La moisson*), fuera un reflejo no solo del estado emocional del artista, sino también de la existencia de Xantopsias (visión amarilla). Cf. Joanna CISZERWSKA y Andrzej CISZEWSKI, *Vincent Van Gogh and digitalis*: Polskie Archiwum Medycyny Wewnetranej 123/9 (2013) 1-2.

Así pues, inicialmente se utilizó la digital como diurético, dado que como decía Withering, esta planta tenía propiedades no observadas anteriormente.⁶⁵⁷

En una publicación de 1812, F T Bidault de Viliers (1775-1824), médico del ejército napoleónico, aconsejaba el uso de la digital, no de forma moderada sino a dosis que pueden producir náuseas o vómitos⁶⁵⁸. Sin embargo algunos clínicos como⁶⁵⁹ los expuestos por Micheli Serra y Pastelín Hernández no estaban en total sintonía con este tratamiento. Jean Bouillard (1796-1875), en 1835, aconseja tratar con digital además de otros remedios en situaciones de endocarditis crónica⁶⁶⁰. Igualmente A. Trousseau, treinta años más tarde, cuando trata en su libro⁶⁶¹ sobre las enfermedades del corazón, del tratamiento de una mujer con anasarca, (que también la titula hidropesía general), así como edema pulmonar, comenta el tratamiento con lo que denomina *hidragogos*, que determinan evacuaciones serosas rápidas y abundantes, y cita el aguardiente alemán (tintura de jalapa compuesta), a dosis de 40 gramos. Sin embargo refiere que de todos los *hidragogos* que había usado, el más poderoso es el que denomina *vino diurético del Hotel-Dieu*, cuya composición es la siguiente:

Vino Blanco.....750 grs
Bayas de Enebro50 ”
Escila..... 5 “
Digital..... 10 “

Se macera durante cuatro días y se añade Acetato potásico, 15 gramos.⁶⁶²

⁶⁵⁷ Hoy este fármaco se utiliza como antiarrítmico, para la fibrilación auricular y flutter, y como un agente inotrópico positivo para la insuficiencia cardíaca (no es nuestra intención hablar de los mecanismos de acción de la digital, sino lo que corresponde a su mención histórica). Los compuestos que han sido utilizados son: digoxina, que es el componente de la *Digitalis lanata*; digitoxina, que deriva de la *Digitalis Purpurea*; y la uabaína, que deriva del *Strophanthus gratus* (utilizado por los indígenas africanos en sus flechas como veneno).

⁶⁵⁸ “*Cependant, lorsque la digitale, donnée d’une manière douce, ne produit aucun bon effet, et que la malade n’est pas très-abattu, il peut être parfois utile de l’administrer á doses capables de produire la nausée ou le vomissement*”. F T BIDAULT DE VILIER. *Essai sur l’es propriétés médicinales de la Digitale Pourprée*, París 1812. Troisième édition; pág: 70. Datos clínicos de posible intoxicación digitalica, cuando se da a altas dosis. En los últimos años del siglo XX, para evitar ésta complicación, se utilizaban controles de digoxinemia en sangre, lo que permitía ajustar tratamiento según niveles en sangre.

⁶⁵⁹ Alfredo MICHELI SERRA y Gustavo PASTELÍN HERNÁNDEZ, en el trabajo titulado: *Breve historia de la digital y los digitálicos. Homenaje a la memoria del ilustre maestro y académico Dr. Rafael Méndez Martínez, pionero de los estudios farmacológicos sobre la digital y los glucósidos digitálicos: Historia y Filosofía de la Medicina*. Gaceta Médica de México 151 (2015) 660-665, se refieren a los clínicos franceses de principio del siglo XIX como Corvisart y su discípulo Lâennec.

⁶⁶⁰ Así lo expresa Jean BOUILLARD en su *Traité Clinique des Maladies du Coeur*, 1835; pág: 235. En el capítulo dedicado a l’endocardite, en el Artículo Cinquième, refiere como tratamiento de la misma, los siguientes preceptos: “*emissions sanguinées mitiguées, des revulsifs, des bains, du repos absolu, de la digitale et de un régime sévere*”.

⁶⁶¹ A. TROUSSEAU, *Afecciones orgánicas del corazón*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo I 1861, Capítulo XXXVII; pp. 885-886.

⁶⁶² Hoy en día derivados de la digital (digoxina), se siguen utilizando, sobre todo en lo que se denomina insuficiencia cardiaca sistólica crónica (como tratamiento asociada a otros fármacos), pero la existencia de riesgo de toxicidad, más aún en el individuo anciano, y por posibles interacciones con otros medicamentos, han convertido su uso en controversia de cara al futuro. Por tanto un fármaco con más de 200 años de antigüedad, está en el momento actual en revisión. En definitiva, en el artículo de Gordon A. EWY, que comenta que *los beneficios de la digoxina son moderados y los riesgos significativos*, en *Digoxin: The Art and the Science: The American Journal of Medicine* 128 (2015) 1272-1274. Ver también Lionel H. OPIE. *Digitalis, Yesterday and Today, But not For Ever: Cir Cardiovascular Qual Outcomes* 6 (2013) 511-513.

El uso actual de los digitálicos, aunque tiene sus indicaciones, reduce el número de ingresos, pero no parece tener un claro efecto sobre la supervivencia⁶⁶³. La utilización de este tratamiento en el Hospital de San Antonio Abad fue muy profusa, dado que el número de pacientes con hidropesía, por las razones que fueran, hepáticas, cardiológicas o renales, debió de ser importante. Al menos desde 1809 existía una sala específica de estos pacientes⁶⁶⁴.

La siguiente sustancia que existe entre las recetas más frecuentes en el Hospital de San Antonio es el **opio**, utilizado bajo diversas fórmulas en la farmacia de nuestro hospital de estudio, (acetato de morfina, láudano, láudano de Sydenham, codeína y extracto de opio).

El opio es la savia de la planta de la adormidera (*Papaver somniferum*). Tras la primera evidencia de su utilización Medicinal entre los Sumerios (en la actual Mesopotamia, quienes ya cultivaban amapolas y aislaron el opio de sus cápsulas de semillas hacia el final del tercer milenio A.C.⁶⁶⁵), fue comunicada a otros pueblos, como los Asirios, Babilonios, Egipcios, Griegos, Persas y Romanos⁶⁶⁶, siendo los babilonios quienes llevaron el conocimiento del opio a los egipcios. Precisamente en Egipto fue hallado el Papiro de Ebers (1552 A.C.), en donde ya se muestran algunas de las indicaciones del opio, como la utilización del mismo para prevenir el *llanto excesivo de los niños, o en el tratamiento del dolor*⁶⁶⁷. En este papiro encontrado en Tebas, se enumeran más de 900 remedios. La adormidera, llamada “planta spen”⁶⁶⁸, fue utilizada según el Papiro de Ebers, por la sacerdotisa Tefnut para curar una jaqueca del dios Ra, y también se exponen algunas otras recetas definidas por el autor como “a medio camino entre lo hilarante y lo intrigante”. Lo que sí parece es que ya se encontraron datos de uso en humanos en las tumbas egipcias 1500 A.C., aunque algunos investigadores lo sitúan en etapas anteriores como en la Biblia bajo el nombre de *rôsh*⁶⁶⁹. Dado el descubrimiento en Tebas del papiro descrito, se llamó “tebaico”. Pero la palabra opio ha sido sugerida ser de origen griego “opos” (jugo), y “opion” (jugo de amapola) (Hooman Khademi y colaboradores). Hay diversas variedades. El opio joven contiene de cinco a ocho cápsulas en la parte superior de la planta de color blanco, rojo o lila (*álbum, nigrum or glabrum*). Estos mismos autores, revelan que los griegos en el 850 A.C., lo utilizaban, pues Homero autor de la Odisea refiere al opio como una sustancia

⁶⁶³ Univadis. Guías Fisterra: *Insuficiencia cardiaca: tratamiento y seguimiento*. Junio 2019.

⁶⁶⁴ Ver página 62 del texto. ACL H: 287. Foto nº 15.

⁶⁶⁵ Denominaban el opio “gil” que significa alegría y a la amapola “hul gil”, planta de la alegría, según hace referencia Michael J. BROWNSTEIN, en *A brief history of opioates, opiod peptides, and opiod receptors*: Proc. Natl. Acad. Sci. 90 (1993) pp. 5391-5393.

⁶⁶⁶ La historia de esta planta viene de lejos, pues hay evidencia de su uso medicinal en las culturas neolíticas en Europa (10000-4000 A.C.). Revisión hecha por Abdolali MOOSAVYZADEH y colaboradores. *The medieval Persian manuscript of Afyunieh: the first individual treatise on the opium and addiction in history*: Journal Medicine Integrative 16/2 (2018) 77-83.

⁶⁶⁷ Hooman KHADEMI y colaboradores. *Opiod Therapy and its Side Effectes: A Review*: Archives of Iranian Medicine 19/12 (2016) 870-875.

⁶⁶⁸ Receta que describe Antonio ESCOHOTADO, y refiriéndose al papiro de Ebers, en su capítulo de Egipto, *El opio y el vino*, dentro de su libro *Historia General de las Drogas*, publicado en su séptima edición en 1998, pp. 53-55. Describe la receta siguiente: *Mézclase el jugo de la planta Spen con estiércol de moscas que hay en las paredes, hágase una masa, pásese por tamiz y adminístrese durante cuatro días. Los gritos cesarán enseguida*. Refería dicha receta para *calmar el dolor de la dentición infantil o que los niños gritasen fuerte*, como ya se ha dicho anteriormente.

⁶⁶⁹ Nos describe estos datos George B. STEFANO y colaboradores, en el trabajo titulado *Reciprocal Evolution of Opiate Science from Medical and Cultural Prespectives*: Med Sci Monit 23 (2017) 2890-2896.

intoxicante, aliviando el dolor e induciendo el sueño, e Hipócrates (460-377 A.C.) lo utilizaba en sus pruebas.

Pla utilización arece probable que el opio fuera utilizado inicialmente como un euforizante, por lo que el conocimiento del mismo y su uso haya estado en manos de sacerdotes. En la época griega, también representaba un símbolo de fecundidad, por lo que se asociara al amor carnal, y se creyera tenían propiedades para prolongar el coito⁶⁷⁰.

Los emperadores romanos eran consumidores de éste producto, tanto de forma única como en triacas⁶⁷¹. Al parecer César lo consumía diariamente. Tiberio era asimismo consumidor de opio, así como Nerón, y Tito es posible muriera de sobredosis⁶⁷². Se cree que Galeno popularizó el uso del opio en Roma, y en los últimos años del imperio romano, alguna moneda llevaba la planta del opio como imagen (George B. Stefano y colaboradores).

Fueron los comerciantes árabes quienes introdujeron el opio hacia el 800 D.C., en la India, Tailandia y China, a través de la primera expansión del Islam⁶⁷³, y entre el siglo X y XIII, en Asia Menor y de allí por toda Europa. A la par llegó la adicción a la droga. Han sido descritos, según este autor, manuscritos de zonas tan dispersas como Turquía, China, Egipto, Alemania o Inglaterra, sobre abuso de la droga y adicción a la misma. Se considera que en Persia, se escribió el primer tratado sobre la adicción al opio⁶⁷⁴.

Siguiendo con la medicina persa, hemos de mencionar a Avicena, que vivió entre 980-1037 de nuestra era. Destaca en él la escritura del *Qanoon-fel-teb* (El Canon), que es la recopilación de toda la ciencia médica de su tiempo. Consta de cinco libros, 850 drogas y 650 recetas con extensos comentarios sobre cada una de ellas, relata de forma pormenorizada los síntomas de algunas enfermedades y determina cual es la dosis más adecuada y por qué vía debe ser administrada (cutánea, nasal, oral, rectal o por inhalación)⁶⁷⁵.

Sydenham, en 1680, escribe que “entre los remedios que el Todopoderoso Dios ha dado al hombre para mejorar sus sufrimientos, ninguno es tan universal y tan eficaz como el opio”. El opio en Europa tuvo probablemente por lo anterior, gran difusión,

⁶⁷⁰ Antonio ESCOHOTADO. *Mitos y terapias relacionadas con el opio*, dentro de su libro *Historia General de las Drogas*, publicado en su séptima edición en 1998, pp. 99-100.

⁶⁷¹ ID. Capítulo 6. *Roma y Europa Occidental*. Pp. 125. Este autor nos revela que la *triacac* fue inventada por Filonio, médico de Augusto, compuesta por: pimienta blanca, espinacardo, opio y miel. Hubo otras triacas, algunas incluso de hasta cien ingredientes.

⁶⁷² En éste mismo capítulo, Antonio ESCOHOTADO explica que otros emperadores que consumían opio por razones diversas fueron también, Antonio Pío, Marco Aurelio (a través de su médico Galeno), Nerva, Trajano, Adriano, Septimio Severo y Caracalla.

⁶⁷³ *Lo que parece significar que el opio fue quizás la primera droga en verse afectada por las etapas más tempranas de la globalización*. José Antonio CANTÓN ÁLVAREZ. *Opio y colonialismo: Reflexiones sobre el papel del opio en la penetración colonial europea en Asia y China*, 2016. Estudios de Asia y Africa LI: 2; pp. 391-409.

⁶⁷⁴ Tratado del médico persa Imad al-Din Mahmud, que vivió en el siglo XVI, bajo la era Safavid en Persia, época de gran esplendor entre los años 1501-1722, y en un libro publicado por éste médico titulado *Afyunieh* (*afyun* es opio en Persia), establece los síntomas y tratamiento de lo que en la medicina occidental años más tarde se denominó “síndrome de retirada aguda”, considerándose por tanto el primer tratado sobre adicción al opio.

⁶⁷⁵ En el caso del opio, fue aconsejado por Avicena en el Canon, para el tratamiento de la ciática, gota, dolor muscular, daño de algún nervio, otitis, blefaritis, dolor urogenital o abdominal, dolor uterino, cólico, dolor postoperatorio y dolor crónico. Destaca por tanto, la utilidad del opio como analgésico y antiinflamatorio en la obra de Avicena, según Shahla MHAZDIZAVEH y colaboradores, en *Avicenna's Cannon of Medicine: a review of analgesics and antiinflammatories substances*: *Avicenna Journal of Phytomedicine* 5/3 (2015) 182-202.

siendo desde el siglo XIX, el más ampliamente difundido de todos los analgésicos para el dolor severo desde el 1800.

El opio posee diversas sustancias químicas, en especial por sus componentes alcaloides, en número de más de 40. De todos ellos, seis constituyen casi todo el contenido alcaloide⁶⁷⁶. El primero de ellos hallado es la morfina (de Morfeo, dios de los sueños), que fue aislado por Friedrich Wilhelm Adam Sertürner⁶⁷⁷. Es el que induce los efectos más significados del opio⁶⁷⁸, como analgesia, antitusígeno, euforizante, entre otros, y también tiene⁶⁷⁹ gran poder adictivo⁶⁸⁰. Otro de los productos derivados del opio al que nos referiremos es el láudano, dado que fue muy utilizado entre los tratamientos por nosotros encontrados en el trabajo. Esta droga es una tintura alcohólica de opio. Paracelso fue quien descubrió su preparación por primera vez, pero las recetas más usadas se atribuyen a Sydenham en el siglo XVII. Lo mezclaba con whiskey y ron y al parecer con vino español también. Lo utilizó en 1669 en una epidemia de disentería, con la siguiente fórmula que nos refiere George B. Stefano en su artículo⁶⁸¹: *Una libra de vino de Jerez, dos onzas de opio, una onza de azafrán, una onza de polvo de canela y una onza de polvo de clavo*. El láudano fue muy difundido por Europa y América del Norte.

Dentro de los alcaloides del opio, comentaremos brevemente sobre la noscapina, anteriormente denominada narcotina, nombre que fue cambiado por la virtual ausencia de la noscapina de propiedades narcóticas (aditivas) y analgésicas. Aislada aunque bajo mezcla con la morfina en 1803 por el farmacéutico Jean-François Derosne y posteriormente en 1817 por Pierre-Jean Robiquet como noscapina únicamente. Tiene varios usos de interés, como antitusígeno, para el tratamiento de la hemorragia cerebral, anticáncer, junto a la morfina para potenciar los efectos de ésta última y disminuir la dosis de la misma, etc.⁶⁸² Uno de los problemas derivados del opio⁶⁸³ y sus compuestos, como decimos, es su capacidad⁶⁸⁴ de producir⁶⁸⁵ adicción.⁶⁸⁶

⁶⁷⁶ Hooman KHADEMI y colaboradores. *Opioid Therapy and its Side Effectes: A Review*: Archives of Iranian Medicine 19/12 (2016) 871, nos comentan que los seis alcaloides más frecuentes del opio, son morfina (4-21%), codeína (0,8-2,5%), tebaína (0,5-2%), papaverina (0,5-2,5%), noscapina (4-8%) y narceína (0,1-2%).

⁶⁷⁷ Según Michael J. BROWNSTEIN, fue aislada en 1806, y según Hooman KHADEMI en 1817.

⁶⁷⁸ Otros efectos, relacionados con la morfina, son: sedación, miosis de la pupila, depresión respiratoria, retención urinaria, náuseas y vómitos, estreñimiento, etc.

⁶⁷⁹ Fue utilizado para procedimientos quirúrgicos, tras la invención de la jeringa hipodérmica, en 1850, en la guerra civil de Secesión de USA entre 1861-1865, así como las guerras de Prusia y Crimea. Según Michael J. Brownstein, Claude Bernard, médico francés del siglo XIX, fundador de la Medicina experimental, observa que en experimentos en animales, la premedicación con morfina reduce las necesidades de cloroformo para la anestesia. Sin embargo, su uso produce adicción, al ser derivado del opio, hecho que se empezó a considerar al observar las secuelas de fumar opio durante la dinastía Ching de China en el siglo XIX. Ello hizo que en 1961 se produjera la promulgación de la Single Convention on Narcotics Drugs, según Ling-Yi FENG y colaboradores. *New psychoactive substances of natural origin: A brief review*: Journal of Food and Drug Analysis 25 (2017) 461-471.

⁶⁸⁰ En 1898 fue identificada la heroína (derivado de la morfina con un simple paso químico), con la idea de ser más potente que la morfina y sin las complicaciones del abuso de la misma. No parece se consiguieron los resultados que se deseaban. La codeína es otro de los productos aislados poco después de la morfina. Es utilizado como antitusígeno, con un efecto morfina-like como analgésico, pero con una potencia 10 veces menor. Posteriormente fueron halladas la tebaína y papaverina, que fundamentalmente es relajante del músculo liso. Cf. Hooman KHADEMI y colaboradores en la revisión anteriormente mencionada.

⁶⁸¹ George B. STEFANO y colaboradores, en el trabajo titulado *Reciprocal Evolution of Opiate Science from Medical and Cultural Perspectives*: Med Sci Monit 23 (2017) 2891.

⁶⁸² Esto convierte a esta droga en un medicamento con una gran potencialidad, y probablemente también algunos de sus análogos, diferentes a otros derivados de la *Papaver somniferum*. Padmashree C.

En lo que respecta al tratamiento con el opio y sus derivados, dadas sus variadas propiedades como analgésico, antitusígeno, antidiarreico, euforizante, etc y en ausencia de otras alternativas, no era de extrañar fueran muy utilizadas en la medicina de la época y en concreto en nuestro hospital de San Antonio Abad.

El siguiente fármaco dentro de los más usados entre los recetados en el Hospital de San Antonio Abad era el relativo a los preparados de **hierro** (píldoras nº 10, 40, 60, 100 o en forma de: Citrato, limaduras, lactato, subcarbonato o percloruro de hierro).

Para entender el uso frecuente de esta medicación, hay que saber que es fundamental la presencia de hierro en el individuo. El hierro⁶⁸⁷ es un esencial micronutriente requerida para una correcta función eritropoyética (formación de hematíes), metabolismo oxidativo y respuesta celular⁶⁸⁸ inmune.⁶⁸⁹

G. RIDA y colaboradores en *The Noscapine Chronicle: A Pharmacologic-Historic Biography of the Opiate Alkaloid Family and its Clinical Applications*: Med Res Rev 35/5 (2015) 1072-1096.

⁶⁸³ La Organización Mundial de la Salud entiende como adicción la enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

⁶⁸⁴ En un interesante artículo de Adriana LUNA-FABRITIUS, en la Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales del año 2015, titulado *Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica*, considera que el hallazgo en la heroína fue en sí misma un verdadero logro, pues se demostró que *pequeños cambios en la estructura molecular de la droga podrían producir cambios sustanciales en sus efectos*, abriendo la puerta a un gran número de drogas psicoactivas. Esta revolución farmacéutica, sobre todo en Alemania a finales del siglo XIX y principio del XX, contribuye a la creación de empresas en ese país que controlarían en gran medida la producción de fármacos anestésicos e hipnóticos.

⁶⁸⁵ La revolución de los narcóticos tuvo su punto clave con la aparición de la morfina, el desarrollo de la medicación hipodérmica y el descubrimiento de derivados semisintéticos como la heroína. Sin embargo, según Adriana Luna-Fabritius, *no fue hasta principios del siglo XX, cuando la palabra “droga” se asoció por primera vez con “adicción”, como consecuencia de encontrar un término que vinculase los distintos problemas encontrados con la proliferación del uso de las diversas sustancias químicas halladas*. El término “*addiction*” es un término utilizado en países de habla inglesa, que sustituyó a la anteriormente denominada en francés “*toxicomanie*” o “*assuétude*”, y que en 1964, la Organización Mundial de la Salud, recomienda que sea sustituido por *drogodependencia*, dado que de esta forma puede su definición acoger el rango entero de las drogas en uso. Cf. Marc-Antoine CROCCO, *Historical and cultural aspects of addiction*: Dialogues in Clinical Neuroscience 9/4 (2007) 355-361.

⁶⁸⁶ El hecho de que algunos de los opiáceos (narcóticos), sean no sólo extraordinarios analgésicos, sino que a la par produzcan euforia, efecto mediado por los mismos receptores (de los tres subtipos de receptores opiodes, mu, delta y kappa, el tipo mu es el implicado en los procesos anteriores), explican el por qué es imposible desarrollar un narcótico cuyo uso no produzca adicción. Aunque estos hechos son complejos, parece que el neurotransmisor tipo dopamina juega un papel en las propiedades placenteras de los opiodes. El fenómeno de adicción, puede ir acompañado de tolerancia (necesidad progresiva de incremento de dosis para mantener el mismo efecto), y dependencia física y ansiedad en caso de retirada de la droga, siendo más significados entre los consumidores de heroína que del opio. Diversos tratamientos han sido considerados para controlar los efectos del síndrome de abstinencia por la retirada de la droga, que incluyen, metadona, baclofen, clonidina, buprenorfina entre otros. Cf. Theodore J. CICERO. *No End in Sight: The Abuse of Prescription of Narcotics*: Cerebrum (2015, September) 1-17. Véase también A. RAHIMI-MOVAGHAR y colaboradores, *Pharmacological therapies for management of opium withdrawal (Review)*: Cochrane Database of Systematic Reviews 6 (2018) 1-77.

⁶⁸⁷ Cf. Manuel MUÑOZ y colaboradores, *Disorders of iron metabolism. Part 1: molecular basis of iron homeostasis*: Journal Clinical Pathology 64 (2011) 281-286.

⁶⁸⁸ Célula que participa en la defensa contra los microorganismos, favoreciendo la extracción de las células muertas y estimulando respuesta inmune. Situaciones de falta de hierro más importantes son las debidas a déficit de ingesta, crecimiento durante la infancia, pérdidas menstruales no repuestas, hemorragia por las causa que sean, déficit de vitamina C, situaciones de malabsorción, traumatismos, como causas más frecuentes, máxime en el periodo estudiado. Hay algunas otras más que se deben considerar, pero no son de interés en esta parte de la discusión. Sí, que hay que destacar la anemia en el curso de procesos inflamatorios crónicos, como cáncer, infecciones, enfermedades reumatológicas, enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia renal entre otras. Los procesos inflamatorios e infecciosos, inhiben la puerta de entrada al hierro (a través de incrementar una proteína, la hepcidina que

En algunos procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales se produce anemia por falta de hierro. Si observamos los datos clínicos encontrados en nuestra investigación sobre el Hospital de San Antonio Abad, vemos que hay bastantes procesos que pueden ser responsables de la producción de anemia, bien por ser de las citadas causas infecciosa, inflamatoria, tumoral, bien por déficit en sí mismo de causa desconocida, que justificarían probablemente en gran medida el déficit de hierro, y por tanto el hecho de que se produjera esta dispensación. Los relatamos a continuación:

En 1865 (solamente intrahospitalarios), observamos: 52,2% de fiebres intermitentes, tercianas o cuartanas (paludismo).

8,7% de tuberculosis.

1,9% de clorosis o caquexia⁶⁹⁰.

0,9% de Cloroanemia.

La suma en total de procesos que pueden favorecer la falta de hierro en esa época estudiada, son: 63,7%.

Entre 1895-1922, los datos son:

15,1% de tuberculosis.

11,1% de debilidad senil.

1,9 % de cáncer.

2,7% de reblandecimiento cerebral.

1,1% de cirrosis hepática.

0,8% de úlcera péptica.

1% de gangrena.

La suma total es del 36,7% del total.

Entre 1845-1871 (hospital y extrahospitalarios) tenemos los siguientes datos (ordenados de mayor a menor número): La asociación de tuberculosis, hidropesía, accidente, senectud, cáncer, gangrena, paludismo, proceso gástrico no especificado, escorbuto (por carencia de vitamina C), diarrea crónica, y fiebre persistente no intermitentes, en total suman: 51,39% del total de procesos. Todos ellos candidatos a presentar cuadros clínicos de déficit de hierro, además de su patología específica.

Cuando observamos las enfermedades entre los niños (considerados menores de 14 años), tenemos los siguientes resultados (ordenados de mayor a menor número): Fiebre, escrófulas, tuberculosis, escorbuto, hidropesía, gangrena, paludismo, ulceración intestinal. Observamos que el 55,64% del total tienen patologías que pueden ir acompañadas de falta de hierro. Por ello vemos que nuevamente se justifica que éste sea un medicamento entre los más expendidos en las épocas estudiadas.

participa en la absorción intestinal de hierro), y como consecuencia de ello, existe menor disponibilidad de hierro, por lo que se disminuye la proliferación de los gérmenes, cf. Ana C. MARTINS y colaboradores, *Iron Metabolism and the Inflammatory Response*: IUBMB Life 69/6 (2017) 442-450.

⁶⁸⁹ Thomas GANZ and Elisabeta NEMETH, *Iron sequestration and anemia of inflammation*: Seminars Hematology 46/4 (2009) 387-393. Por su lado, con lo que respecta al cáncer, independientemente de las pérdidas por el propio tumor, especialmente en los tumores digestivos. Paula G. FRAENKEL, en *Anemia of Inflammation: A review*: Medicine Clinical of North America 101/2 (2017) 285-296.

⁶⁹⁰ Clorosis es un proceso por falta de hierro. Puede darse en las plantas, y también los diagnósticos antiguos utilizaban esta terminología. Cloroanemia es similar a la clorosis, aunque se suele describir de forma separada. Esta última se asociaba al déficit de secreción gástrica y por tanto, a una peor absorción del hierro. En la actualidad, medicaciones como el Omeprazol se han visto asociadas a déficit de hierro, como consecuencia de la abolición gástrica en la producción del ácido clorídrico. Caquexia es la desnutrición severa, en la actualidad se la asocia a proceso consuntivo, más que a déficit de ingesta, o ambos.

Queremos hacer un apartado especial en lo que respecta a la anemia en el paludismo. En todos los tramos de tiempo estudiados, excepto entre 1895-1922, fue una enfermedad con cierta prevalencia, tendiendo a disminuir en la medida que finalizaba el siglo XIX. El paludismo, en áreas endémicas es la mayor causa de anemia, en cualquiera de sus seis especies del género *Plasmodium*, aunque el que produce enfermedad más severa es el *Plasmodium Falciparum*. Dada la alta prevalencia en nuestro medio de paludismo (malaria)⁶⁹¹, podríamos pensar que ésta enfermedad podría ser corresponsable de la alta dispensación de hierro, dado que se produce anemia durante la misma. La causa significada de la anemia en éste proceso es variada, las razones de ello son la rotura de hemátíes, además de hemoglobinopatías, deficiencia de Vitamina B, aumento del bazo, etc. Pero la malaria no es causa de deficiencia de hierro, y aún más, la disminución de hierro, reduce la severidad de la misma⁶⁹². Sabemos que cuando hay inflamación, existe un secuestro de hierro (en los macrófagos por ejemplo), motivado por la unión de la hepcidina a su receptor que es la ferroportina, internalizando esta última e impidiendo la salida de hierro al exterior. Éste fenómeno que se produce en los procesos inflamatorios contribuye a la disminución de hierro en sangre. En nuestro estudio, observamos que existen diversos procesos inflamatorios crónicos, como el paludismo, tuberculosis, etc, que pueden justificar la disminución de hierro, y que creemos juegan un papel importante, no tanto por la enfermedad en sí, sino por la inflamación acompañante, que convierte a los preparados de hierro en un fármaco de los más recetados.

Las diversas numeraciones de las píldoras de hierro recetadas son probablemente por las diferentes concentraciones del fármaco (hecho que no hemos podido comprobar).

Dentro de la dispensación de fórmulas más utilizadas, nos vamos a referir al uso de las **sanguijuelas**. Entre los tratamientos utilizados en la farmacia del Hospital San Antonio Abad, eran de uso frecuente.

Sabemos que estos animales, son gusanos anélidos, invertebrados, formados por 32 segmentos, hermafroditas y con más de 600 especies, marinas y terrestres, que se alimentan de sangre o fluidos corporales⁶⁹³. Para ésta misión, la sanguijuela en su extremo anterior, posee una ventosa. La boca presenta dientes, que utiliza para cortar la piel de a quien se adhiere, y extraer sangre de la que se alimenta. Pueden ingerir hasta 10 veces su peso corporal y pueden no requerir más alimento durante un año o más tras su última ingesta⁶⁹⁴. Existen unas 15 especies en el mundo clasificadas como de uso medicinal.⁶⁹⁵

⁶⁹¹ Ver página 123 del texto y siguientes, en donde se observa que en algunos años como en 1865, fue sin duda el proceso más frecuente de ingreso en el Hospital de San Antonio Abad.

⁶⁹² Deficiencia de hierro y malaria a veces coinciden en el mismo paciente: Cf. Nicholas J. WHITTE, *Anemia and malaria*: Malaria Journal 17 (2018) 371-388.

⁶⁹³ Revisión sobre sus características, utilidad de las mismas y su historia a través del tiempo en Medicina. Cristián VERA K., Antonieta BLUF y Marisa TORRELL H., *Sanguijuelas, parásitos presentes ayer y hoy*. Revista Chilena de Infectología 22 (2006) 32-37.

⁶⁹⁴ Natalia SOBEZAK y Magdalena KANTYKA. *Hirudotherapy in veterinary medicine*: Annals of Parasitology 60/2 (2014) 89-92.

⁶⁹⁵ En Europa las tres especies más utilizadas, son *Hirudo medicinalis*, *Hirudo verbana* e *Hirudo orientalis*, aunque solo la *Hirudo medicinalis* está legalmente protegida. Según Cristian Vera y colaboradores, la clasificación taxonómica de ésta última especie, la más usada en Medicina como hemos comentado, la describiremos a continuación. Antes hay que decir que la utilización médica de las sanguijuelas, como terapéutica, se denomina *Hirudoterapia*, en base al nombre de género del animal.

La clasificación taxonómica, según describen los autores antes mencionados, es la siguiente:

Reino	<i>Animalia.</i>
Subreino	<i>Metazoa.</i>
Phylum	<i>Annelida.</i>
Clase	<i>Clitellata.</i>
Subclase	<i>Hirudinea.</i>
Orden	<i>Arhynchobdellida.</i>
Familia	<i>Hirudinidae.</i>
Genus	<i>Hirudo.</i>
Especie	<i>Hirudo medicinalis</i> ⁶⁹⁶ .

Han sido halladas más de 20 moléculas bioactivas y sus modos de acción en las secreciones de las sanguijuelas, con diversas propiedades, como analgésica (esta acción permite que a pesar de perforar la piel con sus dientes, pueda mantenerse en esa situación entre 10 minutos a una hora sin causar dolor), anti-inflamatoria, anticoagulante e inhibidor plaquetario (antes referidas y cuyo anticoagulante la Hirudina fue descubierta por Haycraft en 1884),⁶⁹⁷ y también otras con efectos⁶⁹⁸ antimicrobianos.⁶⁹⁹ La historia de la utilización de las sanguijuelas se remonta al antiguo Egipto, en donde se observan imágenes adornando templos con sanguijuelas, como sucede en un sepulcro de la dinastía décimooctava de los faraones (1567-1308 A.C.), según nos revela I.S. Whitaker y colaboradores. Galeno, médico del emperador Marco Aurelio usaba sanguijuelas como mecanismo de sangrar al paciente, dado su concepto humoral de la enfermedad (la enfermedad está en los humores, por lo que las sangrías podrían tener opción terapéutica). Grecia y Siria además de Roma, utilizaron esta terapéutica. En Europa, a lo largo del siglo XVIII y XIX, tuvo gran predicamento, siendo en Francia, el médico de la Grande Armée de Napoleón, Broussais, médico militar quien influyó de forma decidida en la utilización de estos tratamientos. En España, los trabajos de éste médico francés que vivió entre 1772-1838, al parecer tuvieron gran influencia. Fue el promotor de una tendencia (Broussianism) conocida como “medicina fisiológica”, que justifica el uso de éstas prácticas, contra la Medicina clínica y anatómica y contribuyendo a la emergencia de lo que se ha dado en llamar “Movimiento Patofisiológico Germano”⁷⁰⁰. Estas teorías fueron difundidas en España, y

⁶⁹⁶ Hay que comentar, que cada vez que succionan, ésta puede ser de un cc. (Centímetro cúbico) cada 10 minutos, pudiendo por tanto succionar de entre 5-15 cc, que puede llegar a ser 10 veces su superficie corporal. Para poder digerir la sanguijuela el fluido sanguíneo ingerido, así como para poder realizar la succión, producen a través de su saliva una sustancia, la *Hirudina*, con propiedades anticoagulantes por inhibir la trombina y la agregación plaquetaria, y a través de su sinergia con otros componentes de la saliva, como antistasin y ghlanten, que son potentes inhibidores del factor de coagulación Xa. Cf. Natalia SOBEZAK y Magdalena KANTYKA. *Hirudotherapy in veterinary medicine: Annals of Parasitology* 60 (2014) 89.

⁶⁹⁷ Estas acciones de las sanguijuelas, han permitido que vuelva a tener utilidad su aplicación. Según la información recogida en el Reino Unido y República de Irlanda, el 80% de las unidades de cirugía plástica y reparadora, utilizan esta práctica para tratar la congestión venosa del colgajo de piel. Cf. Ali K. SIG y colaboradores. *Medicinal leech therapy: an overall perspective: Integrative Medicine Research* 6 (2017) 337-343.

⁶⁹⁸ Son utilizadas con gran éxito al parecer, si están debidamente tratadas las sanguijuelas, así como con profilaxis antibiótica en el paciente. I.S. WHITAKER y colaboradores. *Hirudo Medicinalis and the plastic surgeon: The British Association of Plastic Surgeons* 57 (2004) 348-353.

⁶⁹⁹ También ha sido utilizada en medicina veterinaria, en perros, gatos y caballos, fundamentalmente en patología osteoarticular, cutánea y neurológica (Natalia Sobezak y colaboradores).

⁷⁰⁰ Lo refiere José Ramón VALLEJO Y José Antonio GONZÁLEZ en *The Medical Use of Leeches in Contemporary Spain: Between Science and Tradition: Acta med-hist Adriat* 13/1 (2015) 131-

de hecho hubo gran utilización de las sanguijuelas como efecto de lo anterior en gran parte de la población, recogiendo éstos autores hasta 2013 su práctica en lo que denominan medicina popular.⁷⁰¹

En León, hay descripciones de utilización de sanguijuelas, al menos en el Bierzo en 1998 para tratamiento del tifus, según José Ramón Vallejo y José Antonio González, y en Valdevimbre, donde se utilizaba con el objeto al menos de disminuir la tensión arterial por el efecto sangría, o en intoxicaciones. Asimismo se describe que en Sahelices del Payuelo, la forma que tenían de recoger las sanguijuelas para su utilización posterior, era la siguiente: “*echaban la piel de un cordero que acababan de desollar en el agua de la charca, y las sanguijuelas atraídas por la sangre se pegaban al pellejo*”. Al parecer estas prácticas se realizaban⁷⁰² al menos hasta en los años de la década de los 50⁷⁰³ del siglo XX.⁷⁰⁴ La idea clásica de que los humores puedan estar alterados en la enfermedad, situaciones como las que hemos visto, como inflamación, hipertensión arterial con sangrado nasal en ocasiones etc, y otras circunstancias de la medicina popular, pueden justificar esta terapéutica en la medicina del siglo XIX y parte del XX en nuestro medio.

En el caso, en la documentación conservada procedente del Hospital de San Antonio Abad, tras una exhaustiva búsqueda, no hemos hallado la razón de las diversas numeraciones de las sanguijuelas. Nuestra hipótesis es que dependen del tamaño de las mismas y, como consecuencia, su utilización varía según el proceso que se debe tratar.

158. Esta teoría tiene como esencia cuatro partes: *la enfermedad como irritación. Irritación que dependiendo de su intensidad causa cambios orgánicos, que favorecen disfunciones que es la causa de desorganización morfológica y que la acción terapéutica debe ir de forma inmediata contra la disfunción.*

⁷⁰¹ Entre los personajes españoles de raigambre en los que se utilizó ésta técnica, figura Germán Gamazo, ministro durante el reinado de Alfonso XII y de la regente la Archiduquesa María Cristina de Austria, y en el mundo político mundial, al parecer Stalin fue tratado con sanguijuelas, debido a las complicaciones de una severa hipertensión arterial.

⁷⁰² Estos interesantes datos han sido extraídos del libro de *La medicina popular*, escrito en 1990 por Francisco Javier RÚA ALLER y Manuel Emilio RUBIO GAGO, y publicado por la Biblioteca Leonesa de Tradiciones, pp: 77.

⁷⁰³ La utilización de esta terapia no está exenta de riesgos, habiéndose descrito complicaciones por gérmenes diversos, de forma especial por la *Aeromonas*, germen que mantiene una relación simbiótica con la sanguijuela, puesto que forma parte de su flora intestinal, precisando de ella para poder romper los eritrocitos previamente fagocitados. Dado el contacto con sangre, antes de la utilización de las mismas, debe asegurarse que estén libres de virus de la Hepatitis B y C, así como del VIH. Nunca deben reutilizarse una vez que han sido empleadas como tratamiento, y debe hacerse una serie de medidas profilácticas en el receptor del tratamiento, especialmente con antibióticos tipo, amoxicilina/clavulánico y del tipo quinolonas. Asimismo las sanguijuelas deben de cumplir una serie de requisitos: no deben ser utilizadas las provenientes del medio natural, sino de granjas de cría especializadas, deben de ser almacenadas en vasos de cerámica o en vidrios con cerradura, cambiada el agua en donde se mantienen, semanalmente en invierno y dos veces a la semana en verano; y no han debido ser usadas anteriormente. *El contenido de agua en donde se mantienen, no debe ser menor de 0,7 litros, con unas 10-15 sanguijuelas en un frasco grande, a una temperatura entre 4 y 13°C.* Un caso de meningitis por *Aeromonas* ha sido descrito por John P. OUDERKIRK y colaboradores, en *Aeromonas Meningitis Complicating Medicinal Leech Therapy: Clinical Infectious Diseases* 38 (2004) 36-37.

⁷⁰⁴ Cuidados de mantenimiento descritos por Natalia SOBEZAK y Magdalena KANTYKA, en el artículo *Hirudotherapy in veterinary medicine: Annals of Parasitology* 60/2 (2014) 89-92.

VI. CONCLUSIONES FINALES

1.- El Hospital de San Antonio Abad de León fue concebido desde los primeros momentos como hospital para pobres, menesterosos, enfermos y peregrinos y, cuando fue necesario, como hospital militar.

2.- El Hospital de San Antonio Abad pertenece por sus dimensiones a la de los hospitales intermedios, alejado de los grandes hospitales españoles, construidos de forma específica para esa misión, de nueva planta, a diferencia del de San Antonio Abad, que fue resultante de la unión de casas adyacentes al edificio inicial (la alberguería de pobres y peregrinos).

3.- El aumento de mortalidad detectado en algunas fechas del siglo XVIII pudo ser debido a la existencia de diversas epidemias, como peste, paludismo, viruela. Por lo que respecta a principios del XIX, las epidemias como la de fiebres mahonas en 1802, y las malas cosechas, que condicionan aumento del precio del trigo, contribuyeron a las cifras de aumento de mortalidad. Las cifras de mortalidad que hemos observado en estas fechas (por encima del 20% de forma casi general), no mejoran hasta 1857, cuando habían quedado atrás las guerras de la Independencia y Carlista, así como la epidemia de cólera de 1855.

4.- Es importante señalar la existencia de una sala específica de hidrópicos desde 1809 y de venéreas al menos desde 1802, dada la frecuencia elevada de la primera, un 11,32% del total, que, como hemos comentado previamente (página 62), puede estar en relación con la ingesta de alcohol como base de la dieta, y la segunda (creemos) por el carácter transmisible de las mismas.

5.- Las guerras, especialmente la de la Independencia, indujeron un gran número de ingresos de militares, aunque con una baja mortalidad, dado que ésta, en contra de lo esperado, nunca supera la cifra del 6,4%, y se normaliza al finalizar la misma (en 1822, la cifra de ingresados era similar a la de antes de la guerra).

6.- Aunque la profesión más frecuente en la primera mitad del siglo XIX era la de jornalero, seguida de sirvientes y pordioseros, ya se observa entonces la existencia de un total de 42 profesiones ajenas a las anteriores, algunas de las cuales precisaban de más especialización, como carpintero, curtidor, impresor, etc., sin preferencia por ninguna de ellas, puesto que en total suman 117 individuos que ingresaron con este tipo de ejercicio profesional. En la segunda mitad del siglo XIX el número de profesiones, además de las habituales (jornalero, labrador, sirviente y pordiosero), llega a 213, algunas de ellas curiosas como demandadera o cursante, y otras de nivel más elevado, como alcaide de cárcel, maestro/a, ingeniero, fiscal de hacienda, médico, cirujano etc. Hay que destacar que estas últimas se producen no entre los ingresados en el hospital, sino entre los fallecidos extrahospitalarios. Este hecho denota que que la población prefería ser atendida en sus casas antes que en el hospital, al menos entre los años 1845-1871, en donde se han podido recoger datos de fallecidos de ambos lugares. De forma más significada, esto se demuestra en las mujeres fallecidas por parto: 43 en sus domicilios y solamente 3 en el hospital. Dado que la edad media de los fallecidos en el hospital era 20 años superior a los fallecidos fuera del mismo, es de suponer que las personas “mayores” utilizaban dichos servicios públicos preferentemente.

7.- La obtención de datos sobre estancia media de los pacientes nos permite decir que se encontraron unas cifras comparables a las de los grandes hospitales europeos del momento; bien es cierto que la estancia media de los enfermos que fallecían era significativamente superior a la de los que recibían el alta. Cifras por otro lado que han permanecido similares hasta finales del siglo XX. Como se ha reflejado en la discusión, esto indica un buen hacer por parte de los profesionales de la época. Es de destacar que la estancia media es mayor entre los procesos crónicos sin cura específica para la época estudiada.

8.- Sobre la mortalidad de los niños nacidos entre 1845-1871, teniendo en cuenta los datos recogidos del hospicio de León, podemos decir que el 25,95% del total de

fallecimientos eran niños de 1 año o menos, llegando a ser entre 0-15 años el 52,6% del total de los muertos del periodo antes mencionado.

9.- La edad de mortalidad adulta a lo largo del siglo XIX, esto es, sin contabilizar los menores de 15 años, se puede cifrar alrededor de 23 años entre 1845-1871 entre los hallazgos de fallecidos extrahospitalarios, siendo casi el doble si el paciente fallecía tras ser ingresado en el hospital de San Antonio Abad. Entre los fallecidos en en 1865, todos en el hospital de San Antonio Abad, la media era de 42 años, siendo la de pordioseros la más alta de todas ellas (54,36 años respecto a la media que era de 42, 16 años). Este hecho resulta interesante: los pordioseros sobrevivían más que el resto de profesiones. Por razones no explicables, es posible que genéticas, sobrevivían más, y no morían más tarde por ser pordioseros, sino que precisamente eran pordioseros por alcanzar mayor longevidad, al no ser contratados, dado que la mayor parte trabajaban por cuenta ajena. Destaca que el sexo femenino fallecía a edades más tardías que el masculino. La edad de mortalidad en nuestros datos en la parte final del estudio (1895-1922), entre los ingresados en el hospital, destaca con una edad media de 52,76 años.

10.- La relación de fallecidos respecto a ingresados es a principios del siglo XX de algo más del 15%, y luego desciende al 20%. Es en ese periodo cuando se logra el descenso de la mortalidad hospitalaria por primera vez de forma significativa, exceptuando los periodos post-bélicos.

11.- La estancia media de las diferentes épocas estudiadas puede considerarse similar a la de comienzo de la segunda mitad del siglo XX, ¡200 años después!

12.- La soltería era el estado civil predominante, y hemos demostrado que era superior a lo que se estudiado en artículos de otros autores. Como hemos referido en la discusión, a nuestro juicio denotaba falta de confianza en la sociedad del momento, sobre todo para formar familia.

13.- Entre las enfermedades o procesos responsables que suman más del 66% de mortalidad de los niños del hospicio entre 1845-1871 se sitúan la disentería, las escrófulas, la tuberculosis y, por encima de todas ellas, la fiebre, que es el proceso más frecuente del conjunto de procesos hallados durante todo el periodo de estudio.

14.- Entre 1845 y 1871 las enfermedades más frecuentes entre los adultos son: fiebre (con gran diferencia del resto), pulmonía, tuberculosis, hidropesía, apoplejía, tifoidea, accidentes, parálisis, infección respiratoria, síncope, senectud, diarrea aguda y asma, decreciendo respecto a las anteriores otros procesos de los 127 totales en los que se encuadraron los diversos diagnósticos.

15.- Del conjunto de personas fallecidas entre 1845-1871 no naturales de León y cuyo lugar de procedencia se han podido constatar, se observa que las zonas limítrofes a León, como Asturias, seguidas de las provincias que hoy componen la comunidad de Castilla y León y Galicia, son las que mayor número de casos aportan al conjunto de fallecidos. Creemos que ello es consecuencia de la emigración hacia la meseta en busca de oportunidades laborales (cosecha del trigo, minería, etc). Del resto, destacan los enfermos procedentes de Madrid y del País vasco.

16.- En la segunda mitad del siglo XIX, especialmente en 1865, las enfermedades dominantes eran de carácter infeccioso, destacando por encima de ellas el paludismo (fiebres intermitentes, tercianas y cuartanas), seguida de la tuberculosis. Este hecho cambia en el último tercio, en que el número de pacientes con paludismo es muy bajo. Sin embargo a pesar de la alta prevalencia (52%), la mortalidad era muy baja por esta enfermedad, característica ya comentada previamente (ver página 311 del texto).

17.- En el tercio final del siglo XIX hay que destacar que las enfermedades venéreas fueron muy frecuentes, superando en el año 1879 al resto de procesos. Por su parte, hemos detectado que en 1882 surge un elevado número de casos de viruela, no recogido en los datos previos ya publicados, y que podían constituir una nueva epidemia de la enfermedad. Por los datos recogidos, creemos que por entonces el paludismo estaba prácticamente erradicado.

18.- En el conjunto recogido de datos de final del XIX y comienzo del XX la tuberculosis toma definitivamente el *mando* como causa de mortalidad más frecuente, con prácticamente un 15% del total de causas de fallecimiento. Las enfermedades neurológicas neurodegenerativas son por entonces la segunda causa de mortalidad. Aparecen también el cáncer y las enfermedades cardiológicas como causas importantes de mortalidad, creemos que por mejor conocimiento de estos procesos. El cáncer ya había sido descrito desde los primeros datos recogidos de mitad del siglo XIX, aunque de forma inespecífica.

19.- Es importante valorar la edad de los fallecidos señalados en el párrafo anterior. Por encima de los 40 años no era frecuente la mortalidad por tuberculosis, mientras que las enfermedades neurodegenerativas se producían en la década de los 60 años.

20.- Dentro de todo el conjunto de recetas magistrales, los compuestos que contienen digital, opio, hierro, quinina o sanguijuelas son los más utilizados. Se han comentado en la discusión las razones que creemos que lo justifican.

21.- El Hospital de San Antonio Abad tuvo a lo largo de su historia un especial cuidado en dejar constancia en sus documentos y expedientes de la labor que desarrollaba. Siguiendo los procedimientos archivísticos de cada momento, logró formar un archivo que, conservado en nuestros días en el catedralicio leonés, da una idea magnífica, en especial desde la Baja Edad Moderna, de los ingresados, fallecidos, enfermedades, tratamientos, cuidados médicos y espirituales y otros muchos datos de enorme importancia para el conocimiento de los últimos siglos en León.

22. Finalmente, hay que hacer constar que los documentos, libros y expedientes del archivo del Hospital de San Antonio Abad, por estar redactados sin intencionalidad histórica, sino solo como anotaciones para uso interno de los responsables del mismo, son precisamente por ello una fuente absolutamente fidedigna para la historia médica, social y económica de la ciudad y territorio de León, y testimonian una labor caritativa de inigualable valor desarrollada por el cabildo leonés a lo largo de casi un milenio.

23.- Si algo hemos aprendido de este trabajo es que los avances de la Medicina (entendidos como tales, no solo en lo que corresponde a fisiología, terapéutica, bacteriología, salud pública, etc), han sido hechos importantísimos en la mejora y prolongación de la vida de las personas, y que por ello la investigación contra la

enfermedad debe continuar. No es menos importante que toda la población pueda tener acceso a los beneficios y logros de los diversos avances. En este sentido, la labor desarrollada durante tantos siglos por el Hospital San Antonio Abad, al igual que otros de similar concepción, es merecedora de nuestro reconocimiento personal.

VII-1. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ACHAN, Jane y colaboradores. *Quinine, an old anti-malarial drug in a modern world: role in the treatment of malaria*. Malaria Journal 144 (2011) 3-12.
- ACUÑA, José Gregorio *La fiebre atáxica*. Monografía. Universidad de Buenos Aires. Imprenta del Estado. PP: 1-20.
- AGUADO CABEZAS, Elena, *La Desamortización de Mendizábal y Espartero en la provincia de León (1836-1851)*. Tesis doctoral, Univ. de León 2001, 84-85.
- ALCALÁ SANZ, Javier, *Hitos en el desarrollo de la Cirugía Moderna*, Revista Española de Podología 23/5 (2012) 176-182.
- AL SAEDI Ahmed y colaboradores. *Current and emerging biomarkers of frailty in the elderly*. Clinical Interventions in Aging 14 (2019) 389-398.
- ANDRADE CERNADAS, José Miguel, *Hospitalidad con el peregrino*. Universidad de Santiago de Compostela (ed. electrónica: vallenajerilla.com).
- ANDREUCCI, Salvatore, LERA, Giuglielmo, *Altopascio: storia, arte, leggenda, economia*. Ed. Gemigani; 1970, pp.1-41.
- ANGRESOLA Esteban, *Memoria del proyecto de traslado del hospital de San Antonio Abad*. Biblioteca Mariano Berrueta; León 1903, pp: 8-57.
- ARIAS FERNÁNDEZ, Ana Isabel, *San Antonio Abad y el Hospital de Beneficencia de León (I)*: Argutorio 17 (2006) 9-12.
- ID: *Historia de los hospitales leoneses*: Argutorio 14 (2011) 36-41.
- ARTÁZCOZ COLOMO, Ana, *La acción sanitaria de la Iglesia*: Estar (2005) 1-4.
- BÁGUENA CERVELLERA María José. *La tuberculosis en la historia*. Anales de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana 12 (2011) 1-8.
- BALDARRAÍN CHAPLE, Enrique, *Henry E. Sigerist y la Medicina Social Occidental*: Revista Cubana Salud Pública 28/1 (2002) 62-70.
- BALLESTEROS POMAR, Marta, *Tesis Doctoral*, León 2007. Pp: 22-117.
- BALMES URPIÁ, Jaime, *El Protestantismo Comparado con el Catolicismo*. Barcelona 1934, pp: 148-158.
- BARBERIS I y colaboradores. *The history of the tuberculosis: from the his historical records to the isolation of the Koch`s bacillus*. Journal Prev Med Hyg 58 (2017) E9-E12.

- BASLER Christopher F. and AGUILAR Patricia. *Progress in identifying virulence determinants of the 1918 H1N1 and the Southeast Asian H5N1 influenza A viruses*. Antiviral Research 79/3 (2008) 166-178.
- BELMONTE RIVES, Paloma, *Sobre la situación de las mujeres en España (1800-1930)*. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández, Elche 2017. Pp: 4-248.
- BERDASQUERA CORCHO, Denis, LAZO ÁLVAREZ, MA y colaboradores. *Sífilis: pasado y presente*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 42/2 (2004) 1-4.
- BERHEIM, H.A. y colaboradores. *Fever: Pathogenesis, Pathophysiology, and Purpose*. Annals of Internal Medicine 91 (1979) 261-270.
- BIDAULT DE VILIERIS, F T. *Essai sur l'es propriétés médicinales de la Digitale Pourprée*. Paris 1812. Troisième édition. PP: 1-167.
- BLISS, Carley M, DRAMMEH, Abdoulie et als. *Viral Vectors Malaria Vaccine Induce High-Level T-Cell and Antibody Responses in West African Children and Infants*. Molecular Therapy 25/2 (2017) 547-559.
- BLOOM, BR y colaboradores en *Tuberculosis. Major Infectious Diseases*. 3rd edition. In HOLMES KK, BERTOZZI S, BLOOM BR, editors. 2017; Nov. Chapter 11; pp: 1-5.
- BOUILLARD, Jean. *L'endocardite*. Traité Clinique des Maladies du Coeur 1835; p. 235.
- BOSCH Félix y ROSICH Laia. *The Contributions of Paul Erlich to Pharmacology: A Tribute on the Occasion of the Centenary of His Nobel Prize*. Pharmacology 82 (2008) 171-179.
- Boletín Oficial de la Provincia de León. Nº 36 del 6 de Mayo de 1834; p: 145.
- Boletín Oficial de la Provincia de León. Nº 24 del 24 de Agosto de 1888; pp. 1-2.
- Boletín Oficial de la Provincia de León. Nº 71 del 13 de Diciembre de 1893; pp. 1-2.
- BOLÓ Horacio, *La Ciudad Cristiana y el nacimiento de los hospitales*. El Rincón de la Medicina Interna. 2011(Mayo) 1-10.
- BRITO-RAMÍREZ, A. Acta Ortopédica Mexicana 24 (2010) 359-361.
- BROWN, Iliona, and FINNIGAN, Nancy. *Fever of Unknown Origin*. Stat Pearls 2018, pp. 1-5.
- BROWN, Theodore M. y FEE, Elisabeth, *Henry E. Sigerist: Medical Historian and Social Visionary*, American Journal of Public Health 93 (2003) 1-60.
- BROWNSTEIN, Michael J. *A brief history of opioates, opioid peptides, and opioid receptors*: Proc. Natl. Acad. Sci. 90 (1993) 5391-5393.

- BURÓN CASTRO, Taurino, *Funciones asistencial y médica de los antiguos hospitales leoneses: Tierras de León* 50 (1983) 59-68.
- BUTLER, AR y colaboradores. *A brief history of malaria chemotherapy*: JR Coll Physicians Edimb 40/2 (2010) 172-177.
- BUSSI Claudio y GUTIÉRREZ Maximiliano G, *Mycobacterium tuberculosis infection of host cells in space at time*: FEMS Microbiology Reviews (2019) 1-21
- BUTLER AR y colaboradores, *A brief history of malaria chemotherapy*: JR Coll Physicians Edimb 40/2 (2010) 172-177.
- CACHINERO SÁNCHEZ, Benito, *La evolución de la nupcialidad en España (1887-1975)*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (1982) 81-99.
- CAMPBELL, Cameron; LEE, James Z., y BENGTTSSON, Tommy (2004): “*Economic Stress and Mortality*”, en BENGTTSSON, Tommy; CAMPBELL, Cameron; LEE James Z. et al (2004): *Life under pressure. Mortality and living standars in Europe and Asia, 1700-1900*, Cambrige (Massachusets), London (England), MIT Press, pp. 61-84.
- CANTÓN ÁLVAREZ, José Antonio. *Opio y colonialismo: Reflexiones sobre el papel del opio en la penetración colonial europea en Asia y China* 2016. Estudios de Asia y Africa LI: 2; pp: 391-409.
- CARANTOÑA ÁLVAREZ, Francisco y PUENTE FELIZ, Gustavo, *Historia de la Diputación de León*. Tomo I, León 1995, pp. 111-113.
- CARASA SOTO, Pedro, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX (De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual)*, 1985; ed. por Caja de Ahorros y Monte de Piedad. PP: 40, 90, 183-185, 197.
- CASADO LOBATO, Concepción y CARREIRA PÉREZ, A., *Viajeros por León. Siglos XII-XIX*, Santiago García-Editor. León 1985.
- CASTEJÓN BOLEA, Ramón, *Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública*. DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam 11 (1991) 239-261.
- CASTEJÓN PORCEL G. *Paludismo en España en los siglos XVIII-XIX: Distribución espacial y erradicación*. Universidad de Zaragoza-AGE 2015; pp.69-78.
- CASTRO MOLINA, Francisco Javier, *Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX*. Cultura de los Cuidados 32 (2012) 38-46
- CEBALLOS-ACEBEDO, T.M.; VELÁSQUEZ-RESTREPO, P.A. y JAÉN-POSADA, J.S. *Lenght of the Hospitalization. Methodologies for Intervention*: Gerenc. Polit. Salud 13/27 (2014) 274-295.

- CESARI Matteo y colaboradores. *Frailty: A Emerging Public Health Priority*. JAMDA (2016) 1-5.
- CHAKRABORTY Sumit y RHEE Kyu Y. *Tuberculosis Drug Development: History and Evolution of the Mechanism-Based Paradigm*. Colg Spring Harb Perspect Med 5 (2015) a021147.
- CICERO, Theodore J. *No End in Sight: The Abuse of Prescription of Narcotics*. Cerebrum (2015/September) 1-17.
- CISZERWSKA, Joanna y CISZEWSKI, Andrzej en *Vincent Van Gogh and digitalis*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej 123/9 (2013) 1-2.
- CHOWELL Gerardo y colaboradores. *Spatial-temporal excess mortality patterns of the 1918-1919 influenza pandemic in Spain*. BMC Infectious Diseases 14 (2014) 371-384.
- COMÍN COMÍN, Francisco y PINILLA NAVARRO, Vicente, “*El nuevo protagonismo de las crisis económicas en la enseñanza de la Historia Económica*”. XI Encuentro didáctico de Historia Económica. Santiago de Compostela 2014, pp. 1-36.
- CORDERO DEL CAMPILLO, Miguel, *Enfermedades del Camino de Santiago*: Congreso de Historia de la Veterinaria, León 2016, pp. 1-24.
- CROCQ, Marc-Antoine, *Historical and cultural aspects of addiction*. Dialogues in Clinical Neuroscience 9/4 (2007) 355-361.
- CULLEN, Guillermo. *Elementos de Medicina Práctica, Tomo Cuarto*. Madrid 1791; pp: 5-7.
- CUVI, Nicolás. *Tecnología y Colonialismo en la Historia de las Cinchona*. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia 70/1 (2018) 215-228.
- DÍEZ CANSECO, Vicente, *Viruelas y vacuna*, León 1863; pp: 5-108.
- DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, Santiago, *San Isidoro y la hospitalidad. El hospital de San Froilán en los siglos XV y XVI: El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Ed. Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo, Salamanca 1992, págs. 73-106.
- ID., *El hospital de San Froilán: Abba* (Revista de la Cofradía de N.P. Jesús Sacramentado) 1 (2000) 31-35.
- DUARTE, Ignacio. *De la escrófula a la linfadenitis micobacteriana*. Revista Chilena de Infectología 24/6 (2017) 589-595.
- ESLAVA, Juan Carlos, *La historia de la historia de la Medicina: una exploración inicial*: Ed. Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia (2014) 147-173.

- EWY, Gordon A. *Digoxin: The Art and the Science*. The American Journal of Medicine 128 (2015) 1272-1274.
- FENG Ling-Yi y colaboradores. *New psychoactive substances of natural origin: A brief review*. Journal of Food and Drug Analysis 25 (2017) 461-471.
- FERNÁNDEZ ARIENZA, José, *Crónica de la Medicina en León*, Ed. Colegio Oficial de Médicos de León, León 1994; pp: 11-337.
- ID., *El antiguo Hospital de San Antonio Abad de la ciudad de León*. Tierras de León: Revista de la Diputación Provincial 99 (1995) 1-28.
- ID., *Medicina y Sociedad en León durante el siglo XIX*, Editorial MIC, León (1998) 22 y ss.
- ID., *Historia de la Medicina en León durante el siglo XVIII*, Instituto de Cultura Leonés (2006) 29-30.
- ID., *Dn. Manuel Martín, Médico leonés y diputado en las Cortes de Cádiz*. Tierras de León: Revista de la Diputación Provincial 37 (1998) 96 y ss.
- FENNER F. and HENDERSON AD. *Smallpox and its eradication*. History of International Public Health 6 (1988) 1-1460.
- FONFRÍA DÍAZ, José y colaboradores. *Actas del VIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*. Año 2004; pp: 585-601.
- FRAENKEL, Paula G. en *Anemia of Inflammation: A review*. Medicine Clinical of North America 101 (2017) 285-296.
- GALLEN MARCO, Mercedes, *La asistencia sanitaria a los marginados en la Edad Media*, Crio & Crimen 9 (2012) 135-164.
- GALTÉS, Joan. *¿Qué ha hecho la Iglesia por los pobres?*, Aleteia Team, 2014, pp. 1-8.
- GÄNGER, Stefanie *World Trade in Medicinal Plants from Spanish America, 1717-1815*. Med Hist 59/1 (2015) 44-62.
- GANZ Tomas and NEMETH Elisabeta. *Iron sequestration and anemia of inflammation*. Seminars Hematology 36/4 (2009) 387-393.
- GARCÍA Y PONCE DE LEÓN, Ramón, *Vida y muerte en la ciudad. Topografía médica de León*. Diputación Provincial de León, 1988; pp.72-88.
- GARCÍA LOZANO, Emilio, *Origen e Historia del Camino de Santiago*, Ed. electrónica del IES Alonso Berruguete.
- GELPI Adrane, GILBERTSON Adam and TUCKER Josep D. *Magic bullet: Paul Erlich, Salvarsan and the birth of venereology*. Sex Transm Infect. 91/1 (2015) 68-69

- GONZÁLEZ GARCÍA, V.J., *La hospitalidad asturiana durante la primera época del Camino de Santiago (Siglo IX-XI)*: en Horacio Santiago-Otero, *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Madrid 1992, pp. 30 y ss.
- GRACIA GUILLÉN, Diego, *Pedro Laín Entralgo*, en “Diccionario Biográfico Español de la Real Academia de la Historia”.
- GUERRA CAMPOS, José, *Pruebas de la predicación de Santiago Apóstol en España*: Diccionario de Historia Eclesiástica de España IV, Ed. CSIC. Madrid. 1972, pp. 2183-2191.
- GUTIÉRREZ CAMPILLO, Jacinto, *El Hospital de San Antonio Abad. Siglos XV al XX*, Ed. Archivo Histórico Diocesano, León 2002, pp.377 y ss.
- ID., *El estamento clerical. El Hospital de San Antonio Abad, siglos XV al XX*. Ed. Archivo Histórico Diocesano, León 2002, pp. 400-401.
- GUTIÉRREZ PARDO Cipriano, *Las Cinco Llagas. Estampas históricas en Astorga (II)*: Argutorio 25/27 (2011) 24-30.
- HAUSER, Philip. *Madrid bajo el punto de vista médico-social*. 1902 (reimpreso por Editora Nacional, Madrid 1979). Vol.II; PP: 133-155.
- HERNÁNDEZ IGLESIAS, Fermín. *La Beneficiencia en España*. Ministerio de la Gobernación. Tomo I, Madrid 1876, pp. 7-23.
- HURTADO DE MENDOZA Manuel, *Vocabulario Médico-Quirúrgico*. Boix Editores. Madrid 1840; pp: 3-720.
- KHADEMI, Hooman y colaboradores. *Opioid Therapy and its Side Effectes: A Review*: Archives of Iranian Medicine 19/12 (2016) 870-875.
- KIRKLAND JL and TCHKONIA Tamara. *Celular senescence: A translational Perspective*. EBioMedicine 21 (2017) 21-28.
- KUMAR SHARAWAT, Indar and DAWMAN Lesa. *Scrofula*. The Journal of Pediatrics (2017) 189-236.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *Historia de la Medicina*, ed. Salvat Editores, Madrid 1978; pp: 1-715.
- ID., *El diagnóstico médico: Historia y Teoría*, Ed. Salvat Editores, Madrid 1982; pp: 1-425.
- ID., *Antropología Médica para Clínicos*, Madrid 1984; pp: 1-510.
- ID., *La relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría*. Madrid 1964; pp: 1-491.
- ID., *Medicina e Historia*. Ed. Escorial, Madrid 1941; pp: 1-348.

- ID., *Historia Universal de la Medicina. Tomo II, Edad Media*, Barcelona 1972, pp. 347 y ss.
- LAVAL Enrique, *Algunas notas sobre el desarrollo histórico de la fiebre tifoidea en Chile*. *Revista Chilena de Infectología* 34/5 (2017) 491-493.
- LEDERMANN Walter and VALLE Guido. *Ética e investigación en la historia de la malaria*: *Revista Chilena de Infectología* 25/5 (2009) 466-471.
- LINARES CASAS, Juan Carlos. *La Digital, su historia y su rol actual*. *Rev. Médica de Rosario* 81 (2015) 35-42.
- LOMUTO Celia. *Enfermería Neonatal. Dirección Nacional de Salud Neonatal*. Argentina 2007, pp. 15-18.
- LOZANO, SALAZAR, Jorge Luis, *Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba*: *MEDISAN* 13/1 (2009) 1-6.
- LUNA-FABRITIUS, Adriana, *Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica*. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 225 (2015) 21-44.
- MHAZDIZAVEH, Shahla y colaboradores, *Avicenna's Cannon of Medicine: a review of analgesics and antiinflammatories substances*. *Avicenna Journal of Phytomedicine* 5/3 (2015) 182-202.
- MALLO GARCÍA, LORENZO y HURTADO MERINO, Emilio., *Frutos del Hospital de León*, León 1905, pp. 1-31.
- MAMUN M.M.A. and HUDA, A.K.M.N. *Origins and Evolutionary Genomics of the Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Human: Past and Present Perspectives*. *Yakugazu Zasshi* 131/4 (2011) 553-562.
- MARAIS Gabriel A.B., GAILLARD Jean-Michel, VIEIRA Cristina, PLOTTON Ingrid, SANLAVILLE Darnien, GUEYFFIER François and LEMAITRE Jean-Francois. *Sex gap in aging and longevity: can sex chromosomes play a role?*. *Biology of Sex Differences* 9 (2018) 33-47
- MARIE, Chelsea, *Amoebic Dysentery*. *British Medical Journal Clinical Evidence* (2013) 1-21.
- MARTÍ-IBÁÑEZ, Félix, *The Epic of Medicine*, ed. Bramhall House, New York 1962.
- MARTÍN GARCÍA Alfredo y PÉREZ ÁLVAREZ María José, *Hospitalidad y asistencia en la provincia de León a finales del Antiguo Régimen (1728-1896)*: *Dynamis* 27 (2007) 157-185.
- MARTÍN LÓPEZ, Encarnación, *La hospitalidad en San Isidoro de León. El Hospital de San Froilán durante los siglos XII al XIV: en el El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Madrid 1992, 63-71.

- MARTÍNEZ GARCÍA, Luis, *La Hospitalidad y el Hospedaje en el Camino de Santiago*, Universidad de Burgos, pp. 1-12.
- MARTÍNEZ L, SHEN Ye, MUPERE E., y colaboradores. *Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Households and Community: A Systematic Review and Meta-Analysis*. American Journal of Epidemiology 18/12 (2017) 1327-1339.
- MARTINI M y colaboradores, *The Intriguing Story of Jews' Resistance to Tuberculosis, 1850-1920*: IMAJ 21 (2019) 222-228.
- MARTINI M y colaboradores. *The history of tuberculosis: the social role of sanatoria for the treatment of tuberculosis in Italy between the end of the 19th century and the middle of the 20th*. Journal Prev Med Hyg 59 (2018) 323-327.
- MARTINS Ana C. y colaboradores. *Iron Metabolism and the Inflammatory Response*. IUBMB Life 69/6 (2017) 442-450.
- MATTEELLI Alberto y colaboradores. *Tuberculosis eliminación: where are we now?*. Eur Respir Rev 27 (2018) 3 y ss.
- MATHEW, George, HORRALL, Shawn. *Amebiasis*. Steat Pearls (2019 January) 1-4.
- MICHELI-SERRA, Alfredo de y PASTELÍN HERNÁNDEZ, Gustavo. *Breve historia de la digital y los digitálicos. Homenaje a la memoria del ilustre maestro y académico Dr. Rafael Méndez Martínez, pionero de los estudios farmacológicos sobre la digital y los glucósidos digitálicos*. Historia y Filosofía de la Medicina. Gaceta Médica de México 151 (2015) 660-665.
- MICHELI-SERRA, Alfredo de en su artículo titulado: *Acerca de la terapéutica digitalica. Bosquejo histórico*. Gaceta Médica de México 136/5 (2000) 511-517.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Carlos III. *Análisis de la sanidad española a lo largo del siglo XX*. Madrid, 2002; pp: 7-237.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 3 de Agosto del 2018, p.1
- ID. *Evolución de la Estancia Media en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2012*. Información y Estadísticas Sanitarias 2 (2014) 1-2.
- MOLLAT, Michel, *Pauvres et assistés au moyen age*. Primeras Jornadas Luso-Espanholas de Historia Medieval. Tomo I. Lisboa 1973, pp. 11-27.
- MOLLAT, Michel, *Pauvres et marginaux*. Texto de una conferencia pronunciada por el autor en la Universidad de Barcelona. 1983, pp. 73-82.
- MOLNAR Tamas F. *Tuberculosis: mother of thoracic surgery then and now, past and prospectives: a review*. Journal Thoracic Diseases 10/22 (2018) 2628-2642.

- MOOSAVYZADEH, Abdolali y colaboradores. *The medieval Persian manuscript of Afyunieh: the first individual treatise on the opium and addiction in history*. Journal Medicine Integrative 16/2 (2018) 77-83.
- MUÑOZ, Manuel. *Disorders of iron metabolism. Part 1: molecular basis of iron homeostasis*. Journal Clinical Pathology 64 (2011) 281-286.
- MORÁN SUÁREZ, Isabel, *El fuego de San Antonio: Estudio del ergotismo en la pintura del Bosco*. Asclepio 48 (1996) 173-193.
- MUÑOZ PRADAS, Francisco, *Geografía de la mortalidad española en el siglo XIX: Una exploración de sus factores determinantes* 2005, Boletín de la A.G.E. 40, pp. 269-309.
- MUSHER Daniel M. y colaboradores. *Fever Patterns. Their Lack of Clinical Significance*. Archives Internal Medicine 139 (1979) 1225-1228.
- NÁJERA José Antonio, GONZÁLEZ BUENO Antonio y BARATAS DÍAZ Antonio. *Guía didáctica sobre exposición a la malaria*. Biblioteca Nacional, Madrid 2009; pp: 3-30
- NIYOGI, SK, *Shihellosis*. Journal Microbiology 43/2 (2005) 133-143.
- NORMA, Rafael. *La fiebre en sus primeras causas Mexico 1889*. Trabajo inaugural. Facultad de Medicina de México; pp: 3-35.
- OMS, *World Malaria Report 2018*. Pp: 3 y ss.
- OPIE, Lionel H. *Digitalis, Yesterday and Today, But not Forever: Cir Cardiovascular Qual Outcomes* 6 (2013) 511-513.
- ORLANDIS ROVIRA, José, *La asistencia a los pobres en la España visigótica, en A pobreza e assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Media*. 1^{as} Jornadas Luso-Espanholas de História Medieval. Lisboa 1972; pp.699-713.
- ORRINGER Nelson R., *La Antropología Médica de Pedro Laín Entralgo: Historia y Teoría*, Ed. Ay. Médica. Revista de Humanidades 2 (2008) 190-205.
- OVIEDO BUSTOS J, *Paracoccidioidic mesenteric tabes*. Prensa Médica Argentina. 44/11 (1957) 759-769
- PABLO MAROTO, Daniel de, *La caridad como presencia de la Iglesia en la sociedad*, Revista de Espiritualidad 67 (2008) 94 y ss.
- PAOLUCCI Corrado, Aleteia, *¿Cuál es la historia y origen de ese signo tan querido por san Francisco de Asís?* 2014, Oct 24.
- PÉREZ ÁLVAREZ, María José, *Enfermedad y caridad en la provincia de León durante la Edad Moderna: El hospital de las Cinco Llagas de la ciudad de Astorga*. Hispania Sacra 127 (2011) 75-102.

- PÉREZ MOREDA, Vicente, *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)*, Siglo XXI, Madrid 1980; pp: 1-526.
- PIQUER, Andrés, *Tratado de Calenturas*. Quinta Edición. Imprenta de Dn. Blas Romás, Impresor de la Real Junta de Comercio, Moneda y Minas, Madrid 1788; pp: 1-304.
- PIZZILLO G. *Pseudo-mesaraï tabes and primary intestinal tuberculosis with retrograde lymphogenous reinfection in an adult; anatomo-clinical study*. Acta Med Ital Mal Infett Parassit. 5/11 (1950) 393-400.
- PLEWES Khaterine y colaboradores, *Malaria, what's new in the management of malaria?* Infect Dis Clin North American 33 (2019) 39-60.
- PORRAS MALLO, María Isabel, *Luchando contra una de las causas de invalidez: antecedentes, contexto sanitario, gestación y aplicación del decreto de vacunación obligatoria contra la viruela de 1903*. Asclepio 56 (2004) 145-168.
- PRADA VILLALOBOS, Montserrat, *Evolución de un Centro Asistencia Medieval Leonés: El Hospital de San Marcelo (1084-1531)*: Estudios Humanísticos. Historia 1 (2002) 95-118.
- QUESADA DÍAZ, Antonio y ORTEGA DÍAZ, Antonio, *El cornezuelo de centeno a lo largo de la historia: mitos y realidades*: Pasaj. Cienc. 14 (2011) 16-25.
- RAHIMI-MOVAGHAR, A y colaboradores. *Pharmacological therapies for management of opium withdrawal (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 6 (2018) 1-77.
- RAMÓN-ROMERO, Fidel y FARIAS, José María. *La fiebre*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México DF 57/4 (2014) 20-33.
- RAPP Francis, *L'Eglise et les pauvres á la fin du Moyen Age: l'exemple de Geiler de Kaisersberg*. D'Histoire de l'eglise de France 149(1966) 39-46.
- REINHARDT, Klaus y SANTIAGO-OTERO, Horacio de, *Juan Roa Dávila (1552-1630) y las controversias sobre la venida y predicación de Santiago a España: en El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Madrid 1992, pp. 17-26.
- RICKLEFS Robert and SCHEUERLEIN Alex, *Biological Implications of the Weibull and Gompertz Aging*. The Journals of Gerontology 57/2 (2002) 69-76.
- RIDA Padmashree y colaboradores en *The Noscapine Chronicle: A Pharmaco-Historic Biography of the Opiate Alkaloid Family and its Clinical Applications*. Med. Res. Rev. 35/5 (2015) 1072-1096.
- RIERA PALMERO, Juan. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 52 (2015) 191-213.

- RIVERA, Javier, *Arquitectura de la segunda mitad del siglo XVI en León*. Institución “Fray Bernardino de Sahagún”. Excma. Diputación Provincial de León. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CECEL) (1982)1-269.
- RIZZI Milton, *Historia del escorbuto*: FASO 17/2 (2010) 52-58.
- ROBLES GONZÁLEZ, Elena, GARCÍA BENAVIDES, Fernando y BERNABEU MESTRE, Josep, *La Transición Sanitaria en España desde 1900 a 1990*. Revista Española de Salud Pública 70 (1996) 221-233.
- RODRÍGUEZ y ABAYTÚA Nicolás. *Tratamiento de la úlcera péptica en plena actividad*. Monografía de la Revista y Cirugía Prácticas. Madrid (1898) 1-38.
- RODRÍGUEZ ARIAS B. y ARMENTER FERRANDO María Cristina en *La quinina es un viejo fármaco que no cabe relegar al olvido*. Anales de Medicina y Cirugía. Julio-Septiembre 249 (1977) 172-188.
- ROERSCH VAN DER HOOGTE Arjo and Toine PIETERS. *Quinine, Malaria, and the Cinchona Bureau: Marketing Practices and Knowledge Circulation in a Dutch Transoceanic Cinchona-Quinina Enterprise (1920s-1930s)*. Journal of History of Medicine and Allied Sciences 71/2 (2015) 197-225.
- ROS-VIVANCOS Cristina y colaboradores. *Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia*. Revista Española de Quimioterapia 31/6 (2018) 485-492.
- OYO y VILANOVA Ricardo. *Diagnóstico de las enfermedades de las vías digestivas. Úlcera simple*. Lección VII. (1893)182-193.
- RUIZ ASENCIO, José Manuel, *Colección documental del archivo de la catedral de León*, Ed. Archivo Histórico Diocesano, León 2002.
- SÁNCHEZ DE CASTRO, Lesmes, *La Hospitalidad. Monografía del Hospital de San Antonio Abad*, León (1880)1-103.
- ID: *Higiene Doméstica*, León 1882; pp. 7-120.
- SÁNCHEZ GRANJEL, Luis, *La Medicina en la época de los Reyes Católicos*, Medicina & Historia, (Segunda Época, nº 1) (1971) 3.
- ID. *La Medicina Española en el Siglo XVIII*, Ediciones Universidad de Salamanca 1979, Tomo II.
- SÁNCHEZ HERRERO, José, *Las Diócesis del Reino de León*, Centro de Estudios e Investigación “San Isidoro”. Archivo Histórico Diocesano. León (1978) 398 y ss.
- SAN JUAN LÓPEZ, Laura. *El paludismo en España desde una perspectiva histórica*. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense (2017)2-22.

- SAN JUAN PABLO II, Carta apostólica en forma Motu Proprio, *Dolentium Hominum*. Roma 1985, pp. 1-5.
- SANTIAGO-OTERO, Horacio de (ed.), *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Ed. CSIC, Madrid (1992) 1-389.
- SCCHOEPPE Stephanie, VANDELANOTTE Corneel, REBAR Amanda L., HAYMAN Melanie, DUNCAN MITCH J., ALLEY Stephnie J. *Do singles or couples live healthier lifestyles? Trends in Queensland between 2005-2014: PLOS ONE* (2018, february) 1-14.
- SCOTT, Joan W, *La mujer trabajadora en el siglo XIX en la Historia de las mujeres en Occidente* dirigida por Georges DUBY y Michelle PERROT, 1993 Vol: 4, pp. 405-436.
- SEFTON AM, *The Great Pox wasyphilis: Journal of Applied Microbiology* 91 (2001) 592-596.
- SER QUIJANO, Gregorio del, *Algunos aspectos de la caridad asistencial altomedieval. Los primeros hospitales de la ciudad de León: Studia Historica. Historia Medieval* 3 (1985) 157-178.
- SEVA A. *La historia clínica*. En Seva A, Espaxs, Barcelona 1979; pp: 95-152.
- SHANKS G. Dennis. *Historical Review: Problematic Malaria Prophylaxis with Quinine*. Am. J. Trop. Med. Hig 95/2 (2016) 269-272.
- SIGG, N. et als. *Deux cas d'adenite cervicale á mycobactéries non tuberculeuses chez l'enfant*. Annales de Dermatologie et Venereologie 145 (2018) 505-511.
- STEFANO, George B. y colaboradores, en el trabajo titulado *Reciprocal Evolution of Opiate Science from Medical and Cultural Prespectives*. Med. Sci. Monit. 23 (2017) 2890-2896.
- STRICKLAND JR et als, *St Anthony's fire in livestock: Causes, mechanisms and potential solutions*. Journal Animal Science 89 (2011) 1603-1626
- SUÁREZ FERNÁNDEZ Luis, *Lo que España debe a la Iglesia Católica*, Bibl. Homo Legens, 2002, p. 286 y ss.
- TANEJA, Neelam and MEWARA, Abhishek, *Shigellosis: Epidemiology in India: Indian Journal Medicine Research* 143/5 (2016) 565-576.
- THOMAS PEZZELLA A. *History of Pulmonary Tuberculosis: Thorac Surg Clin* 29 (2019) 1-17.
- TOMÁS Y VALIENTE, Francisco, *El marco político de la Desamortización en España*, Madrid (1972) 11-33.
- TORRELLES JB, y SCHLESINGER L S. *Integrating Lung Physiology, Immunology and Tuberculosis: Trends Microbiology* 25/8 (2017) 688-697.

- TORRES DEGAYÓN, Elena. Trabajo de Fin de Grado, titulado *Las Quinas*. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla 2017; pp: 1-37.
- TRIANA CORTÉS, Santiago, *Evolución de la Cirugía*, Revista de la Universidad Nacional de Colombia, 1972; pp. 239-258.
- TRILLA Antoni, TRILLA Guillem y DAER Carolyn. *The 1918 "Spanish Flu" in Spain: Clinical Infectious Diseases* 47 (2008) 668-672.
- TROUSSEAU, A. *Disentería*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Imprenta de Manuel Alvarez. Madrid 1861. Tomo II, pp.534 y ss.
- ID. *Angina diftérica y Crup (Difteria faríngea y laríngea)*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Imprenta de Manuel Alvarez. Madrid 1861. Tomo I, pp. 414 y ss.
- ID. *Úlcera crónica simple del estómago*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Imprenta de Manuel Alvarez. Madrid 1861. Tomo II, Lección LIX; pp: 442-466.
- ID. *Fiebres palúdicas (fiebres intermitentes)*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Capítulo LXXVII, Tomo II. 1861: pp: 845-885.
- ID. *Tuberculosis pulmonar y catarro perineumónico crónico del niño*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo I, 1861: pp: 702-708.
- ID. *Fiebre tifoidea*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo I. 1861; pp: 261 y ss.
- ID. *Afecciones orgánicas del corazón*. Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo I 1861, Capítulo XXXVII; Pp: 885-886.
- TSCHERNE Donna M. y GARCÍA-SASTRE Adolfo, en *Virulence determinants of pandemic influenza virus: The Journal of Clinical Investigation* 121 (2011) 6-13.
- VÁZQUEZ DE PARGA, Luis, LACARRA, José María y URÍA RIU, Juan, *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. Madrid 1948. Tomos I, II y III.
- VERA K., Cristiän, BLUF, Antonieta y TORRELL H., Marisa. *Sanguijuelas, parásitos presentes ayer y hoy: Revista Chilena de Infectología* 22 (2006) 32-37.
- VIÑA José, BORRÁS Consuelo, GAMBINI Juan, SASTRE Juan, PALLARDÓ Federico S. *Why females live longer than males?. Importance of the upregulation of longevity-associated genes by oestrogenic compounds: FEBS Letters*. 2005; pp. 2541-2545.
- WEVER Peter C. y Leo van BERGEN. *Death from 1918 pandemic influenza during the First World War: a perspective from personal and anecdotal evidence*. *Influenza and Other Respiratory Virus*. Published by John Wiley and Sons Ltd 2014; pp. 538-546.
- WHITE Nicholas J. *Anemia and Malaria*. *Malaria Journal* 17 (2018) 371-388.

WILKINS M R y colaboradores. *William Withering and digitalis, 1785 to 1995*: British Medical Journal 290 (1985) 7-9.

WITHERING William *An account of the Foxglove, and some of its Medicals Uses: with Practical Remarks on Dropsy, and other Diseases*. The Project Gutenberg. Reedición 2008; pp: 1-159.

WOROBAY M. y colaboradores. *Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H1N1 influenza A virus*. PNAS 111/2 (2014) 8107-8122.

YANAGI Shi, et als. *The impacts of cellular senescence in elderly pneumonia and in age-related lung diseases that increase the risk of respiratory infections*. International Journal of Molecular Sciences 18/503 (2017) 2-16.

VII-2. BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DE FARMACIA

AGUILÓN, Pedro Luis. *Materia Médica de la Farmacopea Española*. Imprenta de Dn. Miguel de Burgos. Madrid 1845, pp: 1-307.

ALVAREZ, Francisco. *Formulario Universal, Tomo I*. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1841, pp. 1-534.

ID. *Formulario Universal, Tomo II*. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1841, pp. 1-627.

ID. *Formulario Universal, Tomo III*. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1841, pp 1-720.

ANÓNIMO. *La Botica, Repertorio General de Farmacia Práctica. Redacción de la Revista Matritense de Farmacia*. (Conspectus de las farmacopeas legales de diversos países europeos y americanos). Imprenta de Dn. José Trujillo hijo. Madrid 1853, pp. 1-1143.

ID. *Farmacopea Española. 5ª Edición*. Imprenta Nacional. Madrid 1865, pp. 1-514.

BAUMÉ, M, *Elementos de Farmacia Teórica y Práctica. Tomo II*. Imprenta Real. Madrid 1793, pp. 1-390.

CARRASCO, Juan Vicente, *Compendio de Farmacología ó Tratado de Materia Médica y Farmacéutica, Tomo II*. Imprenta que fue de García, Madrid 1827, pp. 1-491.

DE GASSICOURT, Cadet, *Formulario Magistral y Memorial Farmacéutico*. Impreso por Ibarra, Impresor de Cámara de S.M., Madrid 1822, pp. 1-402.

FORS y CORNET, Raimundo, *Tratado de Farmacia Operatoria, o sea Farmacia Esperimental*, Tomos I y II, Barcelona 1841.

- FRANK, José. *Enciclopedia de Medicina y Farmacia. Patología Interna. Tomo IX.* Imprenta de Fuentenebro. Madrid 1844, pp. 1-429.
- GUIBOURT, G y HENRY, N. E. *Farmacopea Razonada ó Tratado de Farmacia Práctico y Teórico*, Tomo II, Imprenta de los Hijos de Doña Catalina Piñuela. Madrid 1830, pp. 1-374.
- HERNÁNDEZ DE GREGORIO, Manuel, *Diccionario Elemental de Farmacia Botánica y Materia Médica*, Tomo Segundo. Imprenta Real. Madrid 1803, pp. 1-378.
- HURTADO DE MENDOZA, M., *Vocabulario Médico-Quirúrgico de Medicina y Cirujía*. Boix Editorial. Madrid, 1840; pp. 1-782.
- JOURDAN, A. J. L. *Farmacopea Universal ó Reunión Comparativa de las Farmacopeas*, Tomo I. Imprenta de Dn. Ramón Verges. Madrid 1829, pp. 1-536.
- ID. *Farmacopea Universal ó Reunión Comparativa de las Farmacopeas*, Tomo II. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid 1829, pp. 1-546.
- LAGUNA, Andrés, (Médico Dignissimo de Julio III, Pontífice Máximo), *Pedacio Dioscorides Anarzabeo*, Tomo Primero. Madrid 1733, pp.1- 195.
- LOECHES, Joannes de, *Tyrocinium Pharmaceuticum Theorico-Practicum, Galeno-Chimicum*, Barcelona 1751.
- MARTÍNEZ, Cosme, *Farmacopea en Castellano ó Colección de las Fórmulas más Usuales y Acreditadas de la Matritense y Española*. Imprenta de Calle de la Greda. Madrid 1823, pp. 105-385.
- PALACIOS, Félix, *Palestra Farmacéutica Chímico-Galénica*, Imprenta de la Viuda de Dn. Joaquín Ibarra. Madrid 1792.
- PHAMACOPOEA HISPANA*, Madrid 1794, pp. 1-212.
- PHARMACOPEIA MATRITENSIS*, Madrid 1762, pp. 22-549.
- RODRÍGUEZ-CHAMORRO Miguel Angel, GARCÍA-JIMÉNEZ Emilio, RODRÍGUEZ CHAMORRO Alfonso, PÉREZ MERINO Eva María y MORENO LÓPEZ Ana. *Las Farmacias Españolas Publicadas en los últimos 500 Años (Siglos XVI-XXI): Farmacéuticos Comunitarios 4/4 (2012) 176-181.*
- SOUBEIRAN, Eugene., *Tratado de Farmacia Teórica y Práctica*, Tomo II. Imprenta de J. Boet y Compañía. Barcelona 1840, pp. 1-886.
- ID., *Tratado de Farmacia Teórica y Práctica*, Tomo III. Imprenta de H. Martínez. Madrid 1847, pp. 1-

ELENCO DE FOTOGRAFÍAS

1.- Testamento de Don Pelayo, año 1084, parte 1ª (copia del siglo XVIII).

43 1

Testamento del Obispo D. Pelayo en la Oración de un Hospicio p.^o pobres
compuesto el año de 1084.

Yo Pelayo sea a todos los presentes tanto presentes como
yo Pelayo, habiendo conseguido la silla Episcopal de Santa Maria
de León no por mi mérito sino por la voluntad de la Divina piedad,
oprimido con este peso indigno de tanto honor, viendo las muchas cosas
q. faltan en mi Iglesia, temiendo a Dios y a los hombres, y deseando
mande trabajar con todo el afecto de mi alma, deseando q. los vienes de
la Iglesia se pinto convida a mi cuidado, abundar y no faltas segun el
texto de David *favores manuum tuarum* ~~la~~ *manducacionem* *bestiarum* *et*
et. Una tibi est para que este cuerpo mortal queda sostenido con
honor en este siglo.

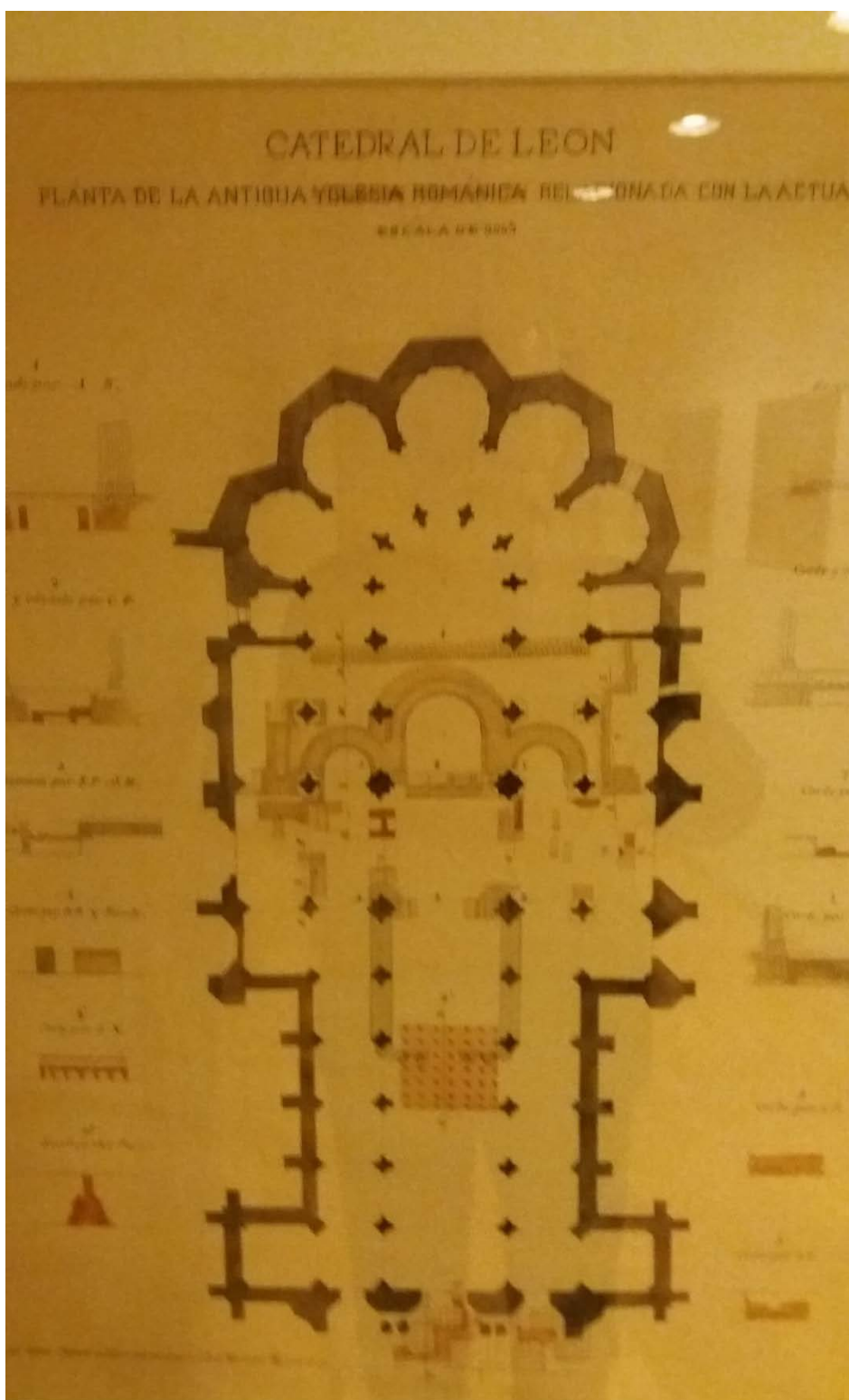
Después de esto hevenos caritativo, viendo abandonado el cuidado
de los peregrinos, ni oír su auxilio, considerando que es de sumo nece-
sidad de Hospicio, acordando de la predicac.^o del Apóstol San Pablo
q. a todos los q. creen en Cristo mando que sean caritativos mutuamente
y sin murmuraciones; mande hacer ante la puerta de la Iglesia un
terricio de Sta. Maria una casa de hospitalidad en donde todos los
pobres de entes, cojos, ciegos, mudos y peregrinos de otras Prov.^{as} buscando
albergue en tener de presto hallando la refecion del cuerpo, reposa-
ron con el descanso de la noche, hagan su oracion a Dios por el Rey,
por el Obispo y por todos los Clerigos q. viven en la Iglesia, y q. además
de esto si alguno oprimido por la enfermedad y obligado por la ne-
cesidad de su pobreza, allí se le recupe hasta tanto que por la misericor-
dia de Cristo recobre la salud perdida. Digan pues los presentes
y ausentes, vivientes y los q. han de nacer como yo el día de Pelayo
constituido en mi sucesion, acordando a todos de mi vida

2.- Testamento de Don Pelayo, parte 2ª.

2

de via Paredilla su dizeño. Otros viñas en Monesterio de Guesos.
 de. Vinos de otros y otros viñas que yo compré con mi propio dinero
 en la 1.ª de las ditas viñas. Hasta de la davor por entoso, y en Alca
 tallana de aquella tierra de eltiplando el Conde Diego Ansuria, da
 mos su dizeño. y las otras viñas que yo compré para dar a la
 la 1.ª de las ditas viñas de factos otros y en Villacastor y en ^{la 1.ª} Puz. de
 Capillas y en la Villa de Ovada de allí su dizeño. De aquella del 9.ª
 de el Rey D. Alfonso en la dizeña de su dizeño a la sede de Santa
 Maria por el remedio de su alma. De aquel dizeño, damos otros
 dizeño al mismo Hospital por su alma. Ademas le damos la porción
 de las decimas de nuestra curia proviniendo en la Villa de Peligosa
 otros el Rey ~~Alfonso~~ y de la Villa de Melgar aquellas tercias
 integras que se han de dar a la sede.
 Todas estas cosas arriba declaradas yo el Obispo Pelayo las di
 p.ª de las ditas de termino en el Hospital de los peregrinos. Si alguno
 temerario no temiendo a Dios, ni respetando a los nombres ^(unigenito) ~~que~~
 alguna cosa por violencia, sea conculgado y apertado de la Iglesia
 de fecho y hecho con la rigada del anatema, hasta dar satisfaccions
 por lo tanto todo cuanto hubiere substancial. Hecho este testamento
 en ~~la~~ ¹³ de Diciembre bajo el pacifico Rey D. Alonso, hijo del Rey
 Fernando el Magno en la Era de 1122.
 Yo Pelayo Obispo mande hacer este testamento y lo confieso = Obispo
 el nombre se fecho yo Arias Obispo de Oviedo confieso = In el nombre
 se fecho Amund Obispo de Braga confieso = El Abad Pelayo confieso
 Arias Omeoz confieso = Alfonso Dida confieso = D. Juan de
 confieso = ~~...~~ Raimundo Pío confieso = Felix Pío conf=
 Odon Diacono confieso = Don Diacono conf = Martin Pío con
 fieso = Juan Pío conf = Gerardo Pío confieso = Pedro Pío conf=
 Pelayo aboatoris confieso = Pedro Diacono conf = Odo Dia.

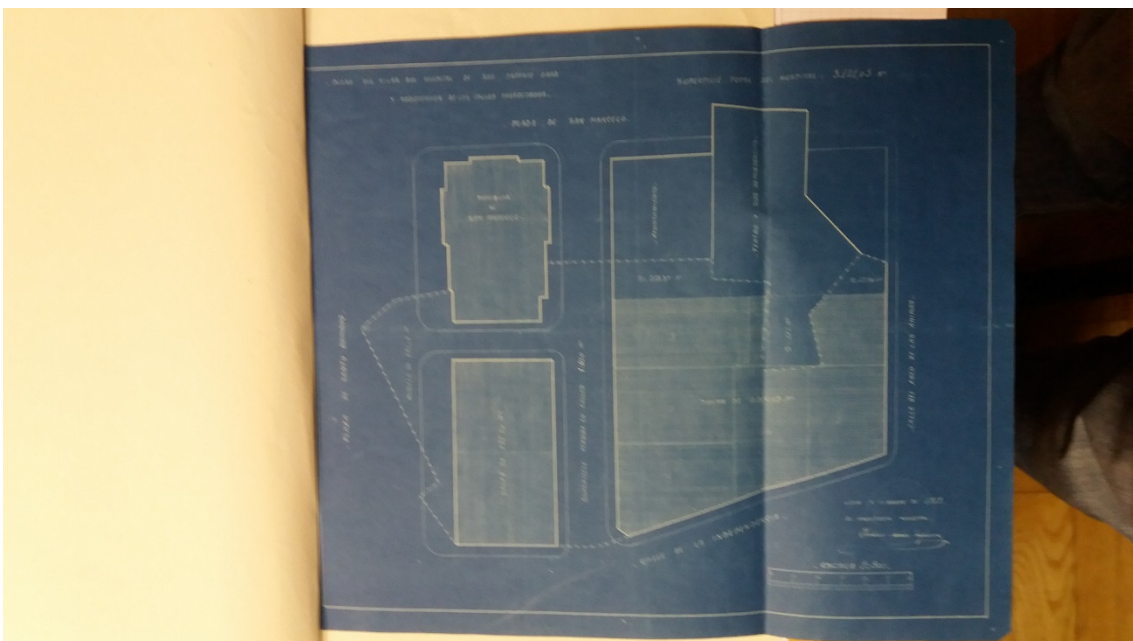
3.- Plano de la Catedral de León.



4.- Plano de León antiguo. Ubicación de SAA en la Puerta Cauriense (ICL).



5.- Plano de SAA en su planta principal en 1919 (ICL).



6.- Hornacina que se conserva con la imagen de San Antonio Abad del antiguo Hospital.



7.- Parte alta del palomar del antiguo hospital de SAA que se conserva actualmente en los Altos de Nava.



8.- Botamen que se conserva de la botica del hospital San Antonio Abad.



9.- Puerta del antiguo hospital de San Antonio Abad, conservada en la actualidad en Castrillo de los Polvazares.



10.- Control de ingreso del Hospital Militar Francés 1812.

BILLET D'ENTREE A L'HOPITAL.

GENRE DE MALADIE. *J.*

L. G. de Ligne
DE LA
 1^{me} BATAILLON. 3^{me} COMPAGNIE.

NUMEROS

Maticule.	Annual.
<i>12893</i>	<i>200</i>

Je soussigné, Officier de santé de *du régiment* certifié avoir visité le nommé *Paulin Ligne* et l'avoir trouvé attaqué de *faux* le *10* Décembre 1812.

Enregistré par moi.

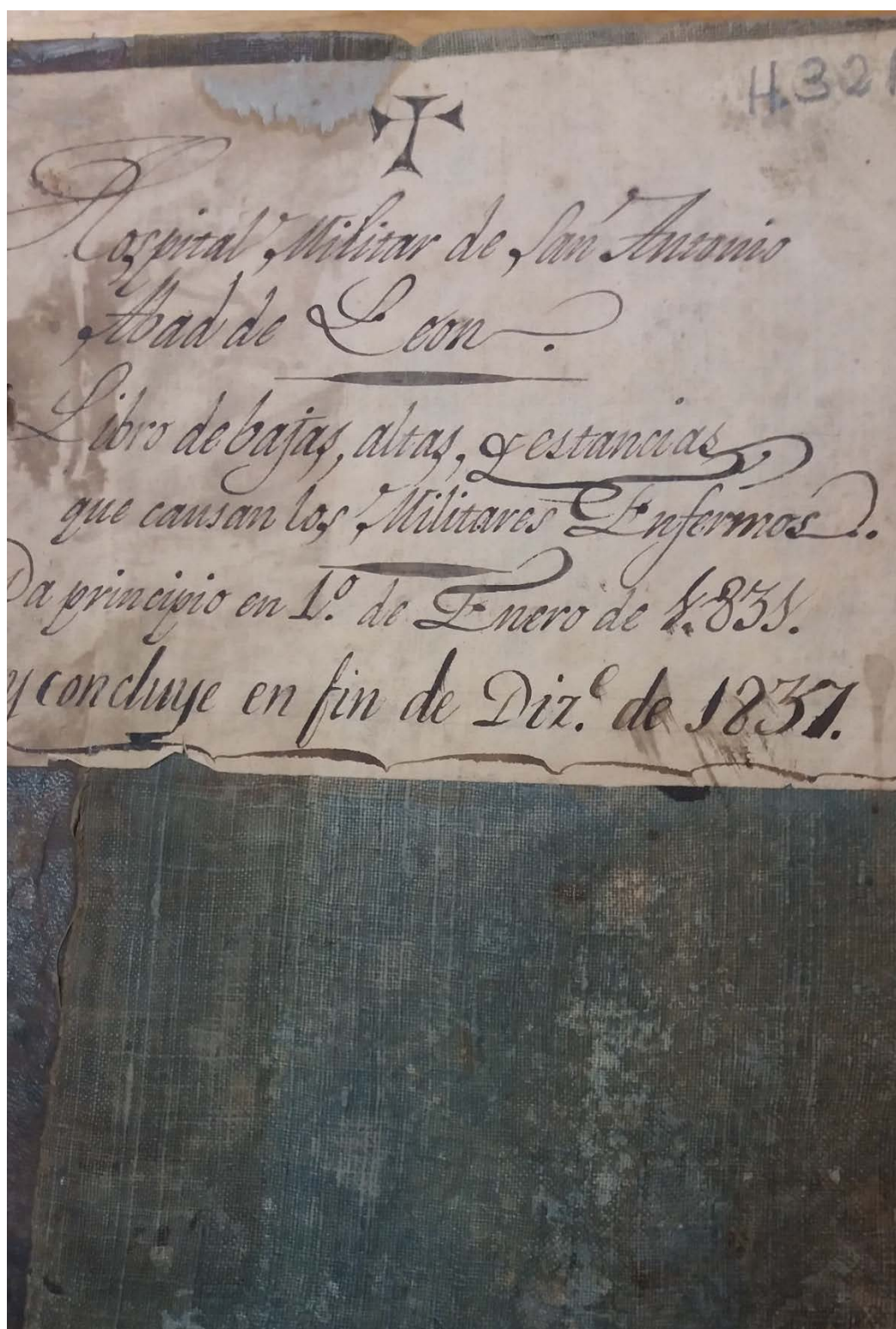
Officier de santé
L. G. de Ligne

Le Directeur de l'Hôpital Militaire de *Paris* nommé *Nathaniel Ligne* et d'arrondissement de *Paris* dernier domicile à *Paris* fils de *Jean Ligne* né le *1792* à *Paris* département de *Seine & Marne* département de *Seine & Marne* Le Capitaine Commandant de la Compagnie.

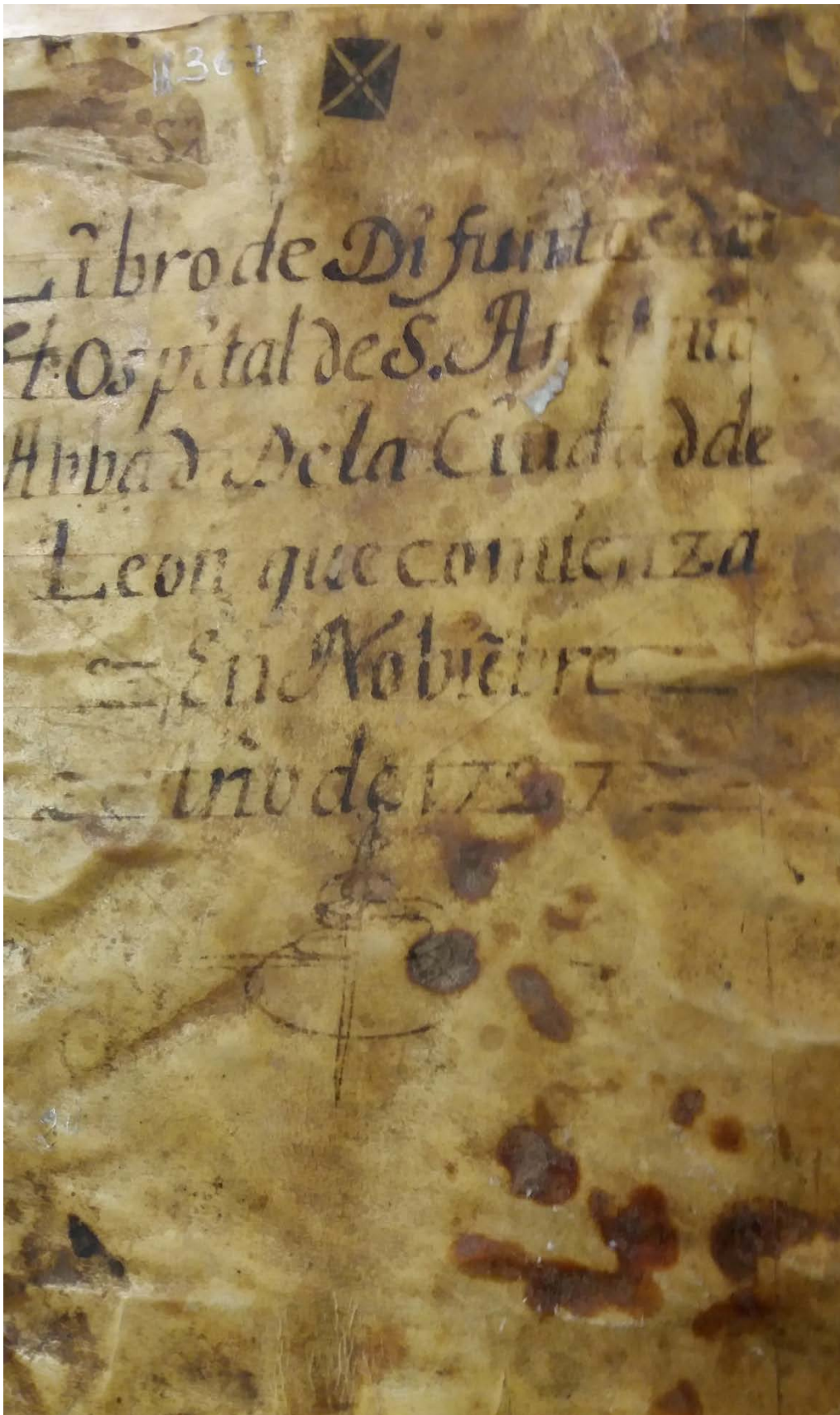
Ligne recevra le

Ligne *Ligne*

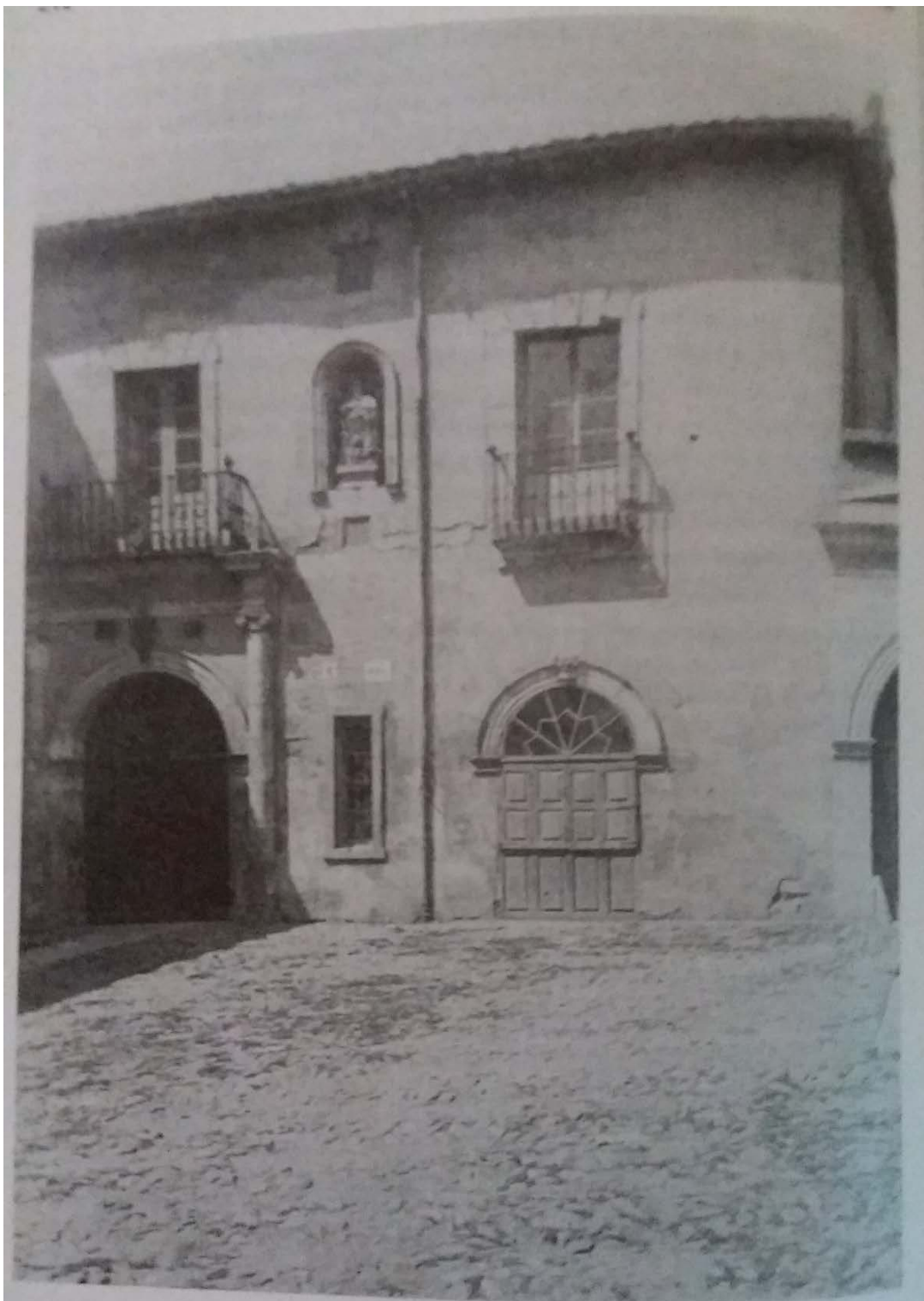
11.- El hospital de SAA como hospital militar durante la primera guerra carlista.



12.- Libro de Difuntos de 1727.



14.- Fotografía de la puerta de entrada del antiguo hospital de SAA.



Puerta principal del Hospital de San Antonio Abad

15.- Registro de la sala de "Hidrónicos" o "Ynchados".

difuntos vecino del del puente del C
 Ciudad de Leon =
 Dia 4 N. 6. ... // Bernanda Ruano soltero natural de
 de la parroquia de S. Martin hijo de
 Gna V. q. fueron de esta Ciudad
 Dia 4 N. 14. ... // Manuel Petoledo casado con B
 J. de el Cabal de Sta Ana en esta Ciudad
 Dia 8 N. 22. ... // Maxima Feunz soltero natural de
 de Mathias de Ana Miguel de
 de Dho Lugar =
 Dia 11 N. 30. ... // D. Melchora Surraenar viuda de
 Feligera de la parroquia de S. Marcos
 de Leon =
 Dia 15 N. 23. ... // D. Antonio Gonzalez hijo de D. A
 Perez natural de Cangas de Tino y
 de Oviedo
 Dia 15 N. 2. ... // Ana Ramos soltero natural de Cast
 viuda de Juan y Ana
 difunto J. de Dho Lugar =
 Dia 15 N. 25. ... // Gregorio de Robles soltero natural
 hijo de Manuel difunto de Mar
 de Dho Lugar en este Obispado =
 Dia 21 N. 17. ... // Carlos Fresco soltero natural de
 Bega Obispado de Astorga hijo
 Dia 22 N. 21. ... // Martha Rodriguez ver. q. fue
 Rita Melendez conjunta de Pe
 de Llamas de la Hciara Obisp
 Dia 23 N. 21. ... // Domingo Rodriguez soltero
 Palama de este Obispado hij
 Catharina Garcia difuntos ve
 de Palama
 Dia 23 N. 11. ... // Maria Angela Rodriguez

Núm. 42.

6 cuartos.

169

BOLETIN OFICIAL
DE LA PROVINCIA DE LEON,
del Martes 27 de Mayo de 1834.

ARTÍCULO DE OFICIO.

Gobierno civil de la Provincia de Leon. = El Excmo. Sr. Secretario de Estado y del Despacho del Fomento general del Reino, con fecha 12 del actual me dice lo siguiente.

»Ministerio del Fomento general del Reino. = Con fecha de hoy me dice el Sr. Secretario de Estado y del Despacho, que comunica al Capitan General de Castilla la Nueva la Real orden siguiente. Habiéndose dignado resolver S. M. la REINA Gobernadora á propuesta del Consejo de Ministros, que la apertura solemne de las Córtes generales del Reino que van á convocarse, se verifique el dia 24 de Julio de este presente año; lo comunico á V. E. de Real orden para que poniéndose de acuerdo con el Subdelegado principal de Fomento de la Provincia de Madrid y con el Corregidor de la misma heroica Villa, dispongan que se hallen convenientemente preparados para dicha época los edificios en que han de celebrarse sus sesiones uno y otro Estamento. = De orden de S. M. lo traslado á V. S. para su noticia y circulacion por medio del Boletin oficial de esa Provincia. Dios guarde á V. S. muchos años. Aranjuez 12 de Mayo de 1834. = Moscoso. = Sr. Subdelegado de Fomento de Leon.

Y yo lo transcribo á V. para su insercion en el próximo número. Dios guarde á V. muchos años. Leon 21 de Mayo de 1834. = Jacinto Manrique. = Sr. Redactor del Boletin oficial de esta Provincia.

Gobierno civil de la Provincia de Leon. = »Las tercianas endémicas en ciertos paises y estaciones son otra de las calamidades de este género, que una administracion vigilante debe apresurarse á estirpar con dar salida á las aguas estancadas, y proporcionar al pueblo en un trabajo constante los medios de alimentarse bien, se habrá en general hecho mucho para impedir estas epidemias, que ordinariamente no se extienden ni malignan sino en los territorios donde soles ardientes, y aguas estancadas vician la atmósfera, y donde los malos alimentos contribuyen á hacer mas mortífera la aspiracion de un aire mefitizado. La accion de cualquiera otra causa local puede ser igualmente combatida por medios análogos, y frecuentemente con solo emplear los higiénicos que sean mas apropiados á la situacion del pais y á las influencias de la estacion.»

Asi se explica la maternal solicitud por el bien de los pueblos que la divina providencia ha confiado al Gobierno de nuestra excelsa Goberna-

170
dora en nombre de su augusta Hija y nuestra Soberana Doña ISABEL II, en el párrafo 29 del capítulo 5º de la Instrucción de 30 de Noviembre último.

Y en su consecuencia y deseando yo llenar en cuanto esté á mi alcance las benéficas intenciones de S. M., en su nombre y para desempeño de mi deber, mando:

1º Terminada la estación de las lluvias, se dedicarán las Justicias y Ayuntamientos á examinar los parages en donde quedan aguas estancadas, las cuales evaporándose con el calor inficionan la atmósfera y causan males que la prevision del Gobierno debe tratar de evitar. Tales aguas es necesario que desaparezcan, ya procurando la salida por medio de regueros, ya alzando el terreno en donde se hace la estancacion, ya por cualquier otro medio que la localidad ofrezca.

2º Se procurará quitar de las calles toda inmundicia y estercoleros: estableciendo estos de manera que las materias que en ellos se echan fermentando y pudriéndose sirvan de buen abono á las tierras y no vayan deslavazadas y desvirtuadas como generalmente sucede. Para esto convendrá por ahora y en el ínterin los labradores tienen la instruccion necesaria para saber conservar buenos abonos, que cada uno haga en el sitio mas lejano de su habitacion un hoyo (cuyo pavimento deberá á lo menos estar bien empedrado) en que vayan echando todas las materias y desperdicios animales y vegetales. Y si esto pudiera hacerse en un sitio fuera de poblado y á la parte del Norte ó al menos al Poniente será mucho mejor para la salubridad.

3º Las fuentes deben estar muy limpias, y de tal manera dispuestas que no puedan llegarse á ellas los animales, ni se lavará en ellas la ropa, tripas ni pescado, ni otra cosa alguna que pueda causar mal olor ni corromper las aguas. Para todo esto habrá pilas en la inmediacion que solo sirvan para ello y no para abrevaderos ni otros usos. Y despues de lavar cada cual los objetos de su pertenencia, las destapará dando salida á las aguas y dejándolas limpias y sin tapar para que escurran bien, y puedan servir al que despues haya de usarlas.

4º Los abrevaderos para los ganados deben tambien estar limpios para evitar los males de los animales, cuyas carnes y leche han de servir para el alimento de los racionales: y por lo tanto se prohibirá que en aquellos entren cerdos que los enturbien y ensucien, debiendo los dueños de estos procurarles otros parages cenagosos en donde en tiempo de calor puedan entrar á refrescarse sin perjuicio de los otros ganados.

5º Los dueños de prados y tierras de regadío, conducirán las aguas por cauces ó regueros á sus haciendas; y darán salida á las sobrantes tambien por cauces ó regueros, alzando las márgenes de estos á una altura proporcionada para que no puedan las aguas desperdiciarse y corriendo por cualquier parte causar estancaciones, destruir los caminos y hacer otros daños.

6º Las Justicias y Ayuntamientos en cuyo término saltase algun manantial, procurarán tenerle bien limpio para que dé mas agua; obligando ya á los vecinos si perteneciese al comun á que lo limpien, ya al dueño del terreno donde saltase, ya á los que se aprovechasen de las aguas.

7º Los animales muertos serán sacados á mil pasos de la población, y haciendo un hoyo bastante hondo serán metidos en él y cubiertos con tierra y piedras, á fin de que su olor no infeste la atmósfera, ni atraiga las alimañas carnívoras, con daño y peligro de los rebaños. 171

8º Por último las Justicias y Ayuntamientos tomarán cuantas medidas les sugiera su celo con presencia de las necesidades y medios de ocurrir á ellas para conservar la salud pública, alejando todo lo que pueda servir de foco de corrupción.

Y como me preparo á recorrer una parte de la Provincia en cumplimiento de mis deberes, prevengo á las Justicias que exigiré irremisiblemente la multa de cincuenta pesos fuertes, y haré ejecutar además á su costa cualquier obra que hayan dejado de hacer por omisión ó abandono: y á los Médicos ó Cirujanos titulares que cobren de los fondos públicos asignación, les penaré en una parte de ella, sino me acreditasen que han hecho presente á las Justicias cuanto pueda dañar á la salud pública, ó me han dado cuenta por el correo de cuanto creyeren convenir á tan precioso objeto.

Lo que comunico á V. para que á la mayor brevedad le dé publicidad en el Boletín oficial de su cargo. Dios guarde á V. muchos años. Leon 23 de Mayo de 1834 = Jacinto Maarique. = Señor Redactor del Boletín oficial de esta Provincia.

Secretaría del Real Acuerdo de la Audiencia de Valladolid. = Por D. Manuel Abad, Escribano de Cámara y de Gobierno del Supremo Tribunal de España é Indias, se comunicó á esta Real Audiencia la Real orden, que con la providencia dada en su vista por el Real Acuerdo, son como siguen.

»El Excmo. Señor Secretario de Estado y del Despacho de Gracia y Justicia en Reales órdenes de 13 de este mes, ha comunicado al Supremo Tribunal de España é Indias, por medio del Excmo. Señor Presidente del mismo, para su inteligencia y que los comunique á quien corresponda los dos Reales decretos que S. M. la REINA Gobernadora se ha servido dirigirle con la propia fecha, y dicen así:

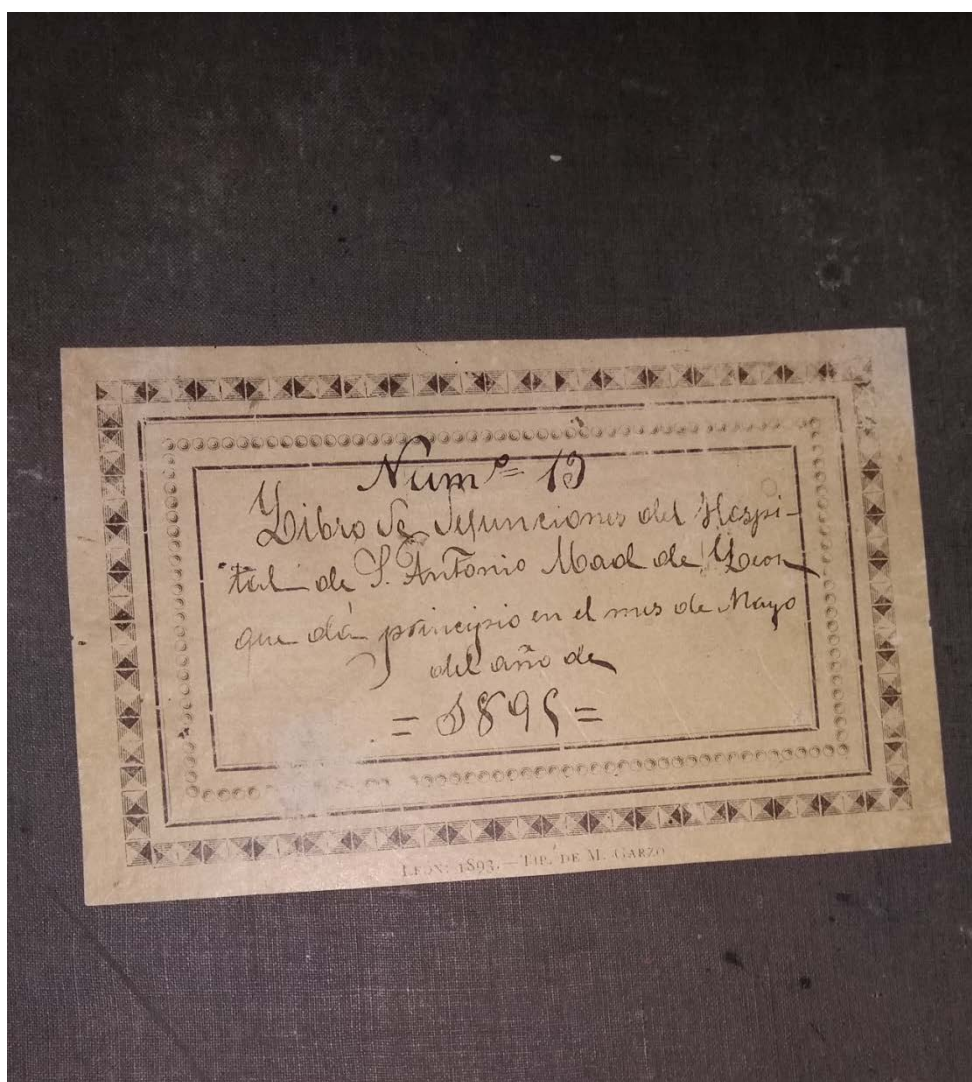
»Vengo en mandar que las Audiencias del Reino examinen á los que hallándose con los requisitos necesarios pretendan recibirse de Abogados, y que mereciendo censura favorable les expidan los oportunos títulos, con los que podrán abogar dentro del respectivo territorio de aquellas. Y es mi voluntad que los que aspiren á ejercer esta profesion en todos los dominios de la Monarquía, acudan ante la Sección de Gracia y Justicia del Consejo Real de España é Indias, la cual sin otro exámen, en vista del título expedido por la Audiencia, mandará librar el que corresponda, satisfaciendo el interesado los derechos establecidos."

»He venido en mandar que el exámen y aprobacion de Escribanos, bajo las reglas que establecen las leyes vigentes, esté á cargo de las Audiencias respectivas, las que remitirán á cargo de la Sección de Gracia y Justicia del Consejo Real de España é Indias certificación que acredite la aprobacion del ejercicio y aptitud del interesado; y en su vista la dicha Sección mandará expedir el título correspondiente. = Publicadas en dicho

19.- "Nada trajo". 1853.

y nom. amas.	Nombre	Fechas de entrada.	Días de salida y fecha de salida.
de	<p>Entró uno q^o dijo llamarse Santiago Madrugá, y ser nat. de Pálar Quino, residente en S. Martín de esta ciudad, de 24 años, soltero, tendero, hijo de Rafael y Bernarda Robles, natur. de campo de Villavieja y labradores. N. t.</p>	<p>Día 14. de marzo del 53.</p>	<p>Salio el 17. del mismo marzo.</p>
de	<p>Entró una q^a dijo llamarse Prisca Cabero, y ser natural de Pisco hijo Medina de Pisco, prov. de Valdivia, de 64 años, viuda, jornalera, hija de Manuel y Rosa Camino, natural esta de idem, y confitero. Nada trajo.</p>	<p>Día 18. de marzo del 53.</p>	<p>Salio el 20. del mismo marzo.</p>
de	<p>Entró una q^a dijo llamarse Angela Fernández, y ser nat. de S. Mateo del And. de 15 años, soltera, virgen, hija de Antonio y Francisca Robles, natur. de el Viecho, y ella del Viecho, todos de el Bierzo. Nada trajo.</p>	<p>Día 20. de marzo del 53.</p>	<p>Salio el 30. del mismo marzo.</p>
de	<p>Entró una q^a dijo llamarse Andres Garcia, y ser nat. de Villagüera, de 19 años, soltero, jornalero, hijo de Tomas y Guadalupe Fegerina, natur. de S. y labradores. Nada trajo.</p>	<p>Día 21. de marzo del 53.</p>	<p>Marchó el 27. de abril del mismo año.</p>
de	<p>Entró una q^a dijo llamarse Rita Rodríguez, y ser nat. de Villavieja de Laciana, de 39 años, casada con Santiago Vega, equidante, hija de Santiago y Agustina Fernández, natur. de idem y labradores. Nada trajo.</p>	<p>Día 25. de marzo del 53.</p>	<p>Salio el 27. del mismo marzo.</p>
de	<p>Entró uno q^o se llama Antonio Brile Ace, y era de nacion Francesi, de 37 años, estatura regular, pelo rubio, ojos azules, nariz regular, barba roja y poblada, cara ancha, color bueno, se dedica a la Corrida. Nada trajo.</p>	<p>Día 23. de marzo del 53.</p>	<p>Salio el 27. del mismo marzo.</p>

20.- Libro de fallecidos en en 1895 (libro nº 13 del CAULE).



21.- Torno del hospicio.



23.- Libro donde se consigna el destino del hospital de SAA para pobres.

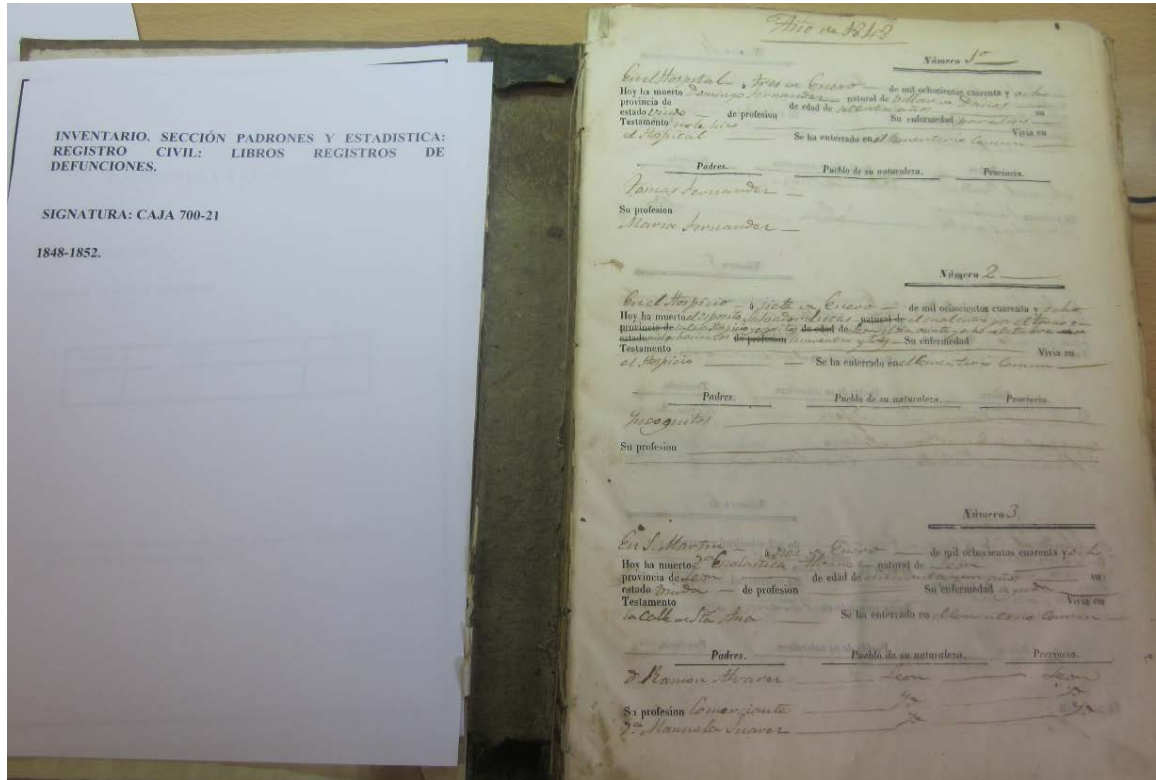
116
H2

Libro p.^a tomar razón de los Pobres q.^e en-
tran en este Hosp.^{al} de S.ⁿ Ant.^o Abad p.^a cu-
rarse de sus enfermedades, cuyo libro cla-
principio el día doce de Julio de este
año de mil ochoc.^{ta} y cinco siendo Adminis-
trador el V.^o D.ⁿ Luis Diaz de Otam y
Vicario el infra scripto =
D.ⁿ Ant.^o de la Sabrada

Santa Visita a.º de 1883.

En la Cuid. de Leon a catorze de Abril
de mil Setecientos ochenta y tres, S. J. el S. J.
el Sr. D.º Don Cayetano Antonio Qua-
drillero y Alota por la gracia de Dios
y de la Santa Sede Apost. Obispo de ella y
Arzobispo del Convento de S. M. Continu-
ando su primera gñal visita, hizo la
de este libro de difuntos de el Hospital
de San Ant.º. Alas de esta bienotada
Cuid. y habiendo reconocido sus partidas
las halló en buena forma i mandó al
Vicario continúe según su tenor i la
rubrica de que To el infrascripto
is) Sr.º de Amara do i se
Rafael Daniel
Obispo

25.- Registro civil de fallecidos 1848-1852.



26.- Proceso para instalar rayos X en el hospital de SAA.

H.1235

Edmundo y José Metzger

PRESENTANTES EXCLUSIVOS
DE LA CASA
GAIFFE DE PARIS

INTENSO
CONTACTO SIN TUBOS
AL POTENTE Y PERFECCIONADO

PERFECT
TUBO CON BUENA TRANSFORMADORA
ELEMENTO DESECO CORRIENTE CONTINUA E ALTERNA

EMANATORIO
INMEJORABLE INSTRUMENTARIO
PARA LA RADIUMTERAPIA

RAPID
USO RADIOLOGICO CON REPRESENTACION
DE MAYOR RENDIMIENTO Y DURACION

LABOR
MULADOR PERFECCIONADO
DE CAPACIDAD Y EL MAS ECONOMICO

KROMAYER Y SCL ARTIFICIAL
E APARATOS PARA LA FOTOTERAPIA

RUV
DE ESTERILIZACION DEL AGUA
DE LOS RAYOS ULTRA VIOLETAS

BARCELONA
PASO DE GRACIA 78
TELÉFONO 1844

MADRID
PLAZA INDEPENDENCIA 6
TELÉFONO 1941

LABOR
MARCIA REGISTRADA

DIRECCION TELEGRAFICA: METZGERE: BARCELONA - MADRID. COD. A B C 87

REGION ELECTRICIDAD MEDICA

Barcelona 10 de Octubre de 1914

Sr. D. Manuel San. Martín
Administrador del Hospital de
LEÓN

G. GAIFFE
HA QUE ENTRE TODAS LAS
MARCAS DEL MUNDO ENTERO
OBTUVO EL
GRAN PREMIO
EN EL 17.º CONGRESO
NACIONAL DE MEDICINA
LONDRES, 1913.

Muy Sr. nuestro: Nuestro Sr. Lluch, por cuya buena acogida le damos las mas expresivas gracias, nos participa que Vd. piensa adquirir un aparato para transformar corriente continua de 105 voltios en alterna de 150 voltios 50 periodos. Desde luego y con sumo placer le formulariamos inmediatamente oferta si no fuera por la falta de un dato tecnico, o sea necesitamos saber la intensidad de amperage de su instalación radiologica.

Por lo tanto rogamos a Vd. tenga la bondad de escribirnos cuanto antes sobre el particular con respecto a los tubos radiologicos que a Vd. le precisan. Tenemos el gusto de manifestarle, que tenemos en camino un envio de esta clase de material electrico.

En caso de que Vd. nos remita a vuelta de correo un pedimento en firme, le reservaremos el numero de tubos que desea.

Proceder de otra manera no nos es posible, puesto que debido a la escasez de este material, nuestra distinguida clientela debe pagar los tubos con antelación. Se trata de la clase siguiente:

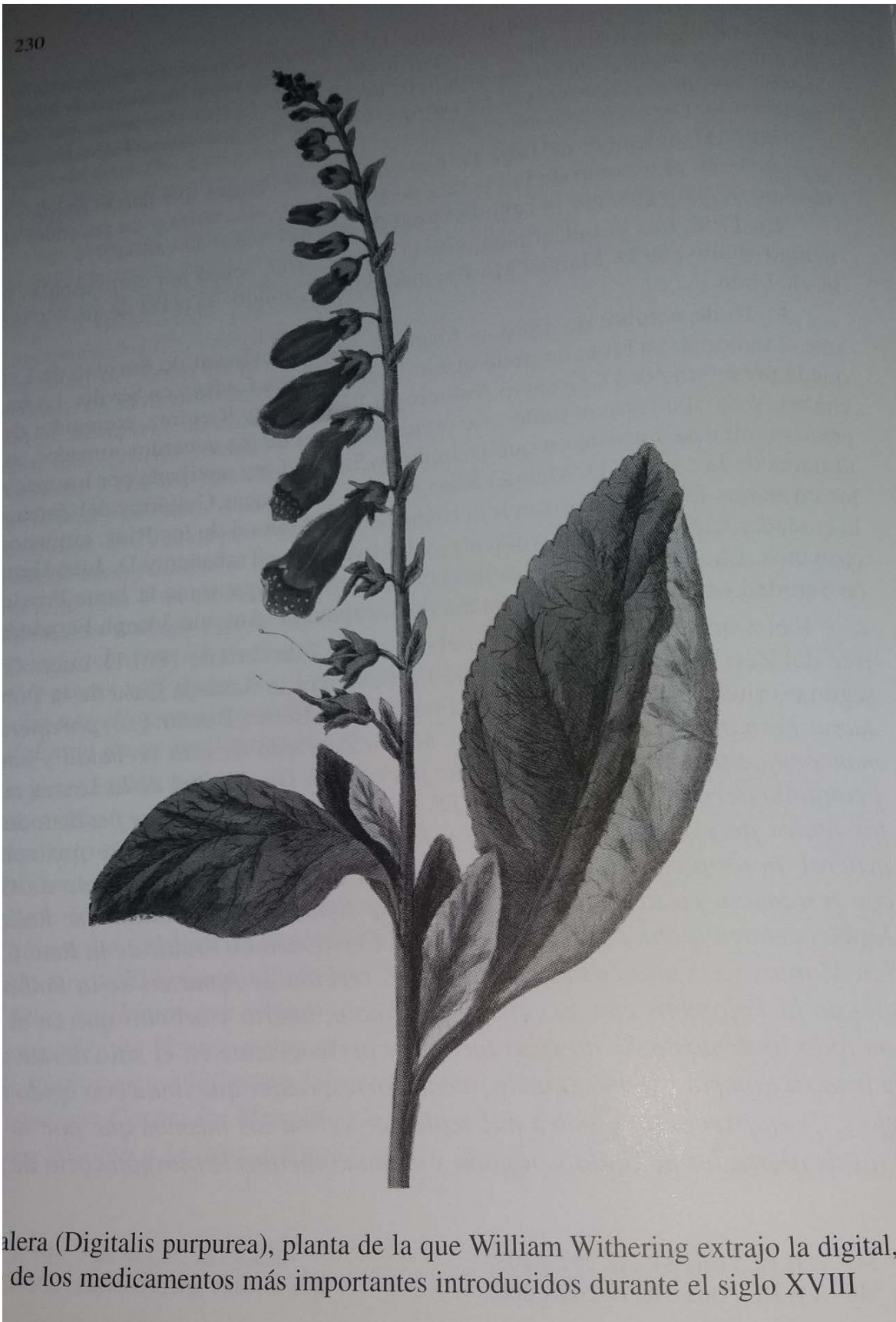
Repíd y Maunut

Aguardando su grata respuesta, aprovechamos la ocasión para reiterarnos de Vd. attos. y S. S.

Q. E. S. M.

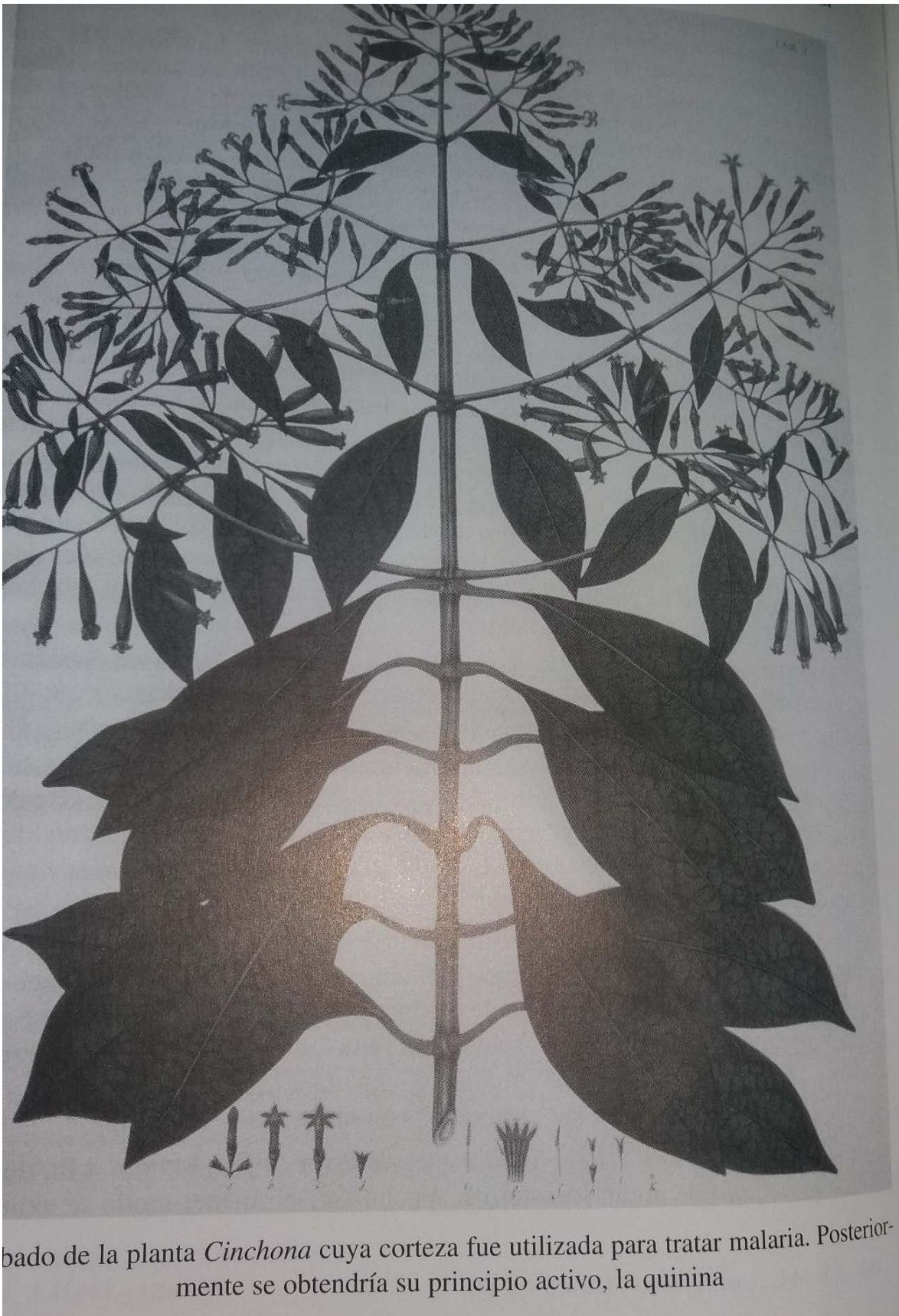
Edmundo y José Metzger

27.- Planta de la digital.



alera (*Digitalis purpurea*), planta de la que William Withering extrajo la digital, de los medicamentos más importantes introducidos durante el siglo XVIII

28.- Planta de la quinina.



bado de la planta *Cinchona* cuya corteza fue utilizada para tratar malaria. Posteriormente se obtendría su principio activo, la quinina

29.- Signo TAU



30.- Escrófula en un niño en los tiempos actuales.

