

Las enfermedades infecciosas en el Renacimiento

Bien sabido es que el Renacimiento fue un movimiento cultural europeo que tuvo su vigencia durante los siglos XV y XVI, y que se caracterizó por una revitalización cultural principalmente para las artes y las humanidades, pero también por una renovación de las ciencias, siempre inspirado por el respeto y admiración por la cultura clásica, y simultáneamente acompañado de una visión crítica de la cultura cristiana medieval.

Sin duda se vio favorecido porque desde el último tercio del siglo XV, la población europea había experimentado un lento crecimiento, tanto debido a una disminución de la mortalidad en parte causada porque enfermedades como la viruela y el sarampión se mantuvieron endémicas con tasas de morbilidad y mortalidad moderadas, como por un mejor rendimiento de la agricultura y la ganadería que proporcionó fructíferas cosechas que favorecieron una mejor nutrición con un paralelo aumento de resistencia a las infecciones. Debido a ello la población europea aumento desde alrededor de cien millones de habitantes en 1500 a ciento cincuenta millones en 1800.

El Renacimiento que se iniciaba por aquel tiempo dio fin a la civilización medieval y abrió el camino a la transformación en un mundo moderno, para cuya consecución se necesitaron más de dos siglos. Las ciudades crecieron en Europa sobre todo en el norte de Italia y en Flandes, y se hicieron más fuertes y poderosas mientras sus habitantes progresaban con el comercio y la industria. A su vez el dinero circuló como no lo había hecho antes y esta prosperidad facilitó sobre todo el desarrollo de las artes y las humanidades; pero también el de las ciencias: en especial de las matemáticas, la astronomía, la botánica y la alquimia, aunque aún de un modo muy incipiente para que sirvieran de gran ayuda para el progreso de la medicina que no encontraría su gran soporte en la ciencia hasta avanzado el siglo XVIII, y sobre todo en el siglo XIX. Sin embargo, sí lograría una mayor ayuda con el progreso de ciertas tecnologías como la imprenta, el perfeccionamiento de la minería, los trabajos con el cristal y la fundición de metales.

Llegamos a la mitad del siglo XV con la medicina galénica aún vigente. Era esta una medicina que basaba la naturaleza de las enfermedades internas -y no olvidemos que las enfermedades infecciosas son de esa condición- en la alteración de la calidad de los

humores. La sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema, al sufrir alteraciones en su calidad de calor o frío, de sequedad o de humedad, daban lugar a enfermedades. Esta medicina galénica había sobrevivido a la Edad Media; primero en las grandes urbes del Imperio romano de Oriente; después en su paso por la cultura árabe, en la forma de galenismo arabizado, y finalmente había accedido a Europa a través de las grandes escuelas médicas de Italia (Salerno, Padua) y del sur de Francia (Montpellier).

En el siglo XV este galenismo sufrió una cierta crisis; desterró las aportaciones árabes y trató de volver a la ortodoxia original. Esto se tradujo a veces en variaciones conceptuales y técnicas que a nosotros pueden sorprendernos. Veamos como ejemplo lo ocurrido con la técnica de la sangría, tan practicada con el fin de curar las enfermedades que cursaban con un exceso de sangre (plétora) o bien con una alteración de sus cualidades (cacoquimia). Trataba la sangría en estos casos de evitar que los humores nocivos fluyeran hacia el foco inflamatorio, o bien buscaba aliviar la congestión local ya existente y movilizar los humores corruptos que allí se habían depositado. Los médicos árabes – representantes de lo que se ha llamado galenismo arabizado- habían universalizado una práctica que postulaba, en el momento de mayor agudeza de la inflamación, la sangría en pequeña cantidad desde el lugar más alejado del foco inflamatorio –una vena del pie del lado opuesto en el caso de la pleuritis-, mientras que pasada esta fase se procedería a la sangría desde la vena de la flexura del codo del lado enfermo. Pero en el siglo XVI Pierre Brissot (1478-1522), representante de las nuevas corrientes del galenismo humanizado o galenismo del Renacimiento, cambió el método por otro que juzgaba más de acuerdo con el galenismo original, apoyando que en toda inflamación debía sangrarse desde un lugar más próximo al foco inflamatorio.

Sin embargo, es de notar que no tardaron mucho en hacerse patentes los errores y las carencias de la medicina galénica, y que sus críticas la condujeron a un lento proceso de revisión que tardó tres siglos en lograr su olvido. El primer gran crítico de la medicina galénica apareció en pleno Renacimiento; fue el médico de Zurich Paracelso (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541), que rechazó las teorías de los cuatro elementos de Empédocles, aquellos constituyentes de la materia: (fuego, aire, tierra y agua) y de los humores de Galeno. Apoyándose en los conocimientos de la alquimia del final de la Edad Media, elaboró una teoría que afirmaba que los cuerpos vivos estaban compuestos de tres componentes: sulfuro, mercurio y sal, que permanecían ocultos en su interior. Pero que, sin embargo, se diferenciaban cuando el

cuerpo se quemaba; en tales circunstancias el sulfuro daba lugar a la llama; el mercurio al humo y la sal a las cenizas. La enfermedad radicaría en anomalías de dichos componentes. Esta concepción química del organismo y de la enfermedad trajo consigo la introducción por el mismo Paracelso de los medicamentos químicos minerales.

En el contexto de aquella época y tratando de circunscribirnos a las enfermedades infecciosas, nosotros debemos prescindir de nuestro concepto actual sobre ellas. Para las mentes renacentistas comprender la existencia de seres invisibles causantes de enfermedad solo podía ser una lucubración muy lejana a su realidad. Ello no impedía que ya se empleara la palabra infección, que aparece con un sentido de putrefacción de los humores en la medicina medieval francesa; más tarde se usaría para designar aquellas epidemias que se propagaban por el aire. También por entonces se usaba el término epidemia; en griego epidemia expresaba estancia en un pueblo, e Hipócrates lo empleó para dar cuenta de un grupo de males que ocurrían y se propagaban en un determinado tiempo y en un concreto lugar, que precisamente nos ha relatado en un conjunto de libros denominados *Epidemias*.

Justamente para explicar la propagación de estas enfermedades, de estas epidemias que circulaban entre los pueblos, surge una teoría importante en el siglo XVI. La del médico de Verona Fracastoro, cuya doctrina no era completamente original porque había sido sugerida por Galeno, pero sí tuvo el mérito de elaborarla de una manera que se aproximó grandemente a la realidad y de explicarla con claridad. Estableció una hipótesis sobre el contagio, a cuyos agentes denominó *seminaria* (semilleros). Tenían su origen en los humores corrompidos de los enfermos contagiosos, o también en el aire, que era susceptible de alcanzar esa cualidad por la acción de diversos agentes físicos o de otra naturaleza. Mediante el contagio la putrefacción va de un cuerpo a otro, próximo o lejano, por medio de *seminaria* que tienen la capacidad de multiplicarse si bien no en el sentido de la reproducción de los seres vivos sino como un cambio en la cualidad de la sustancia humoral. Afirmó que podían propagarse con rapidez al evaporarse desde las vías respiratorias o desde los poros de la piel y difundirse por simpatía a los humores más afines, e igualmente penetrar en los organismos por los vasos o por la inspiración. Serían, asimismo, capaces de pasar de los cuerpos enfermos a los sanos mediante tres formas básicas de contagio: directo, como postulaba para la lepra o la sarna, indirecto por medio de fómites portadores de *seminaria* (ropas, sábanas y objetos) o a distancia

como apuntaba para la viruela y la tisis. Además de las enfermedades mencionadas, Fracastoro consideró contagiosas el sarampión, la gonorrea y la sífilis.

Nosotros para reconocer las infecciones sufridas en aquellos siglos investigamos sobre dos pistas muy reveladoras; una es un signo clínico, la fiebre; y la otra un dato clínico-patológico, la inflamación. Pero, además, para las enfermedades de evidente sesgo epidémico, nos apoyamos en relatos que por su clínica, propagación y pronóstico, podemos, con mucha verosimilitud, identificar con bien definidas enfermedades infecciosas.

Sobre la fiebre trataron con gran detenimiento los clásicos. De este modo al hablar de ella tenían siempre en cuenta su periodicidad y duración, y el pronóstico que solía llevar aparejado: Se apoyaban para su descripción en el modelo de gráfica, y así en Hipócrates se lee:

Algunas fiebres son continuas, otras son continuas pero remiten por la noche, o bien las hay que tienen el acceso por la noche y remiten por el día. Hay fiebres semitercianas, tercianas y cuartanas; fiebres de cinco días, de siete días y de nueve días.

En el Renacimiento estas descripciones se simplifican. Merecen recordarse ciertas aportaciones al conocimiento de la fiebre de varios médicos españoles del siglo XVI, que ha recogido Francisco Guerra; en ellas señalan a este signo y síntoma como una entidad con categoría suficiente para ser considerada por separado, dado su carácter prevalente y su indudable trascendencia. El primero fue Gómez Pereira (1500-1558?), de Medina del Campo, autor de *Novae veraeque medicinae experimentis et evidentibus rationibus comprobatae prima pars*, de 1558, que está dedicado mayoritariamente a la naturaleza, causas y especies de las fiebres, a las que dividió en efímeras, pútridas y hécticas. Sobre ellas da explicaciones que tratan de penetrar en su esencia; así mantiene que se diferenciaban del calor natural tan sólo en la intensidad, y que por medio de su concurso trata la naturaleza de restablecer la salud. Unos años más tarde escribirían sobre las fiebres: Fernando Mena (1520-1585), catedrático de Alcalá y médico de Felipe II, en su obra *Methodus febrium omnium et earum symptomatum curatoria ...*, de 1568; Francisco Valles, en su *Commentaria in libros Galeni de differentia febrium*, de 1569; Pedro Mercado, catedrático de Granada, en *De febrium differentis*, de 1581, y, sobre todo, Luis Mercado en *De febrium essentia, differe[n]tiis, causis, dignotione et curatione libri sex ...*, de 1586, obra donde consideran desde un punto de vista clínico

las diferentes formas y causas de la fiebre, siguiendo una clasificación clásica, y en la cual se opone a la tesis de Gómez Pereira, al mantener que existen diferencias cualitativas, y no sólo cuantitativas, entre la fiebre y el calor natural.

Merece la pena en este momento en que tratamos de la fiebre, traer a colación la contribución, ya finalizando el Renacimiento, de Santorio Santorio (1561-1636), profesor de medicina en Padua, que es conocido por ser un pionero de la iatromecánica y por sus trabajos sobre la transpiración insensible, cuya cuantía llegó a calcular con una balanza. Contribuyó también al conocimiento de las enfermedades febriles gracias a los métodos que ideó para la medición de ciertos fenómenos orgánicos; alguno tan común como el pulso, para cuya evaluación diseñó un aparato, y asimismo por ser autor de un concepto sobre la temperatura que sigue hoy vigente, y por introducir el primer termómetro clínico para su valoración, valiéndose de un termómetro inventado por Galileo. Sin embargo, la medición de esta constante de tanta trascendencia no se generalizó hasta mediados del siglo xix.

Durante el Renacimiento comenzó su andadura una disciplina que iría cobrando vigor de manera imparable en los siglos siguientes: la anatomía patológica. En el siglo XV se había comenzado de una manera muy limitada a practicar la disección de cadáveres humanos con la finalidad de enseñar la anatomía. Fueron pioneras en esta tarea las ciudades del norte de Italia, donde simultáneamente nació también la necesidad de estudiar en el cadáver las lesiones que acompañaban a los procesos que les habían conducido a la muerte. Fruto de esta corriente es el registro de datos patológicos en los escritos de los anatómicos, tal como aparece en los de Alessandro Benedetti, de Padua, y más adelante en los de Andrea Vesalio y sus seguidores. En 1506 apareció la primera publicación que trataba de asociar los datos de la historia clínica con los hallazgos recogidos en el examen del cadáver; su autor fue Antonio Benivieni (1443-1502), y su título era bien explícito, *De abditis nonnullis et mirandis morborum et sanationum causis* (Sobre algunas admirables causas ocultas de las enfermedades y las curaciones) que se publicó en 1507 después de su muerte, y que es probablemente la primera obra de anatomía patológica. En ella se recogen ciento once observaciones entre las que aparece lo encontrado en algunas dolencias infecciosas; de las cuales deseo resaltar la sífilis y ciertos abscesos como el retrofaríngeo y el mesentérico.

Dentro de España destacó en este mismo campo la labor de Juan Tomás Porcell (1528 - 1580), natural de Cerdeña, que había estudiado medicina en la Universidad de

Salamanca, donde aprendió la disección de cadáveres, conocimiento que le sería de gran valor, como veremos. Porcell asistió a la epidemia de peste de Zaragoza de 1564 y atendió a sus enfermos en el hospital de Nuestra Señora de Gracia. Su mérito, además de un cuidadoso registro escrito de los casos, y de una notable y minuciosa dedicación clínica, con dos visitas y curas diarias a los enfermos, en la que descuella la atención a la evolución de las bubas y la relación de su drenaje espontáneo o quirúrgico con respecto a la muerte de los enfermos, radica en las observaciones anatomopatológicas en estos pacientes que expuso en el libro *Información y curación de la peste de Zaragoza, y preservación contra la peste en general*, de 1565, en el que basado en su experiencia clínica y en la práctica de autopsias expone los conocimientos que adquirió sobre la naturaleza, la clínica, la terapéutica, la prevención y la asistencia a los enfermos de esta epidemia. Sus indagaciones anatomopatológicas fueron completamente pioneras en el estudio de esta enfermedad, y para ellas se ayudó de su experiencia como disector adquirida en Salamanca y de la tradición que ya existía en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia. En sus autopsias trató de descifrar con una mentalidad galénica la realidad, origen y consecuencias del humor malo causante de la peste.

También ha de tenerse presente la obra de Rembert Dodoens (1517-1585), médico y botánico flamenco, que fue profesor en Leiden y practicó autopsias. De sus enseñanzas, apoyadas en una incipiente anatomía patológica, nos cabe aquí recordar su información sobre las diferencias que encontraba entre la neumonía y otras afecciones pulmonares. También nos ha legado el relato de una enfermedad caracterizada por su asiento en la garganta, con dolor violento de la laringe y de la traquea con el menor contacto, sin tumor, con esputos abundantes y dificultad para la respiración y la deglución, que conducía a la muerte al final de algunos días, o se tornaba en neumonía. Esta afección atacó durante el verano del año 1565 un gran número de personas, sobre todo aquellas que durante el invierno precedente habían sufrido de tos, de catarros, o que habían sufrido una neumonía, y ocasionó una gran mortalidad en muy poco tiempo. En la autopsia había pus en los pulmones. Para Dodoens era enfermedad primitiva del pulmón a la que se unía una afección simpática de la laringe. De forma retrospectiva se ha estimado que podemos encontrarnos ante la primera descripción de una epidemia de gripe.

Enfermedades infecciosas ya conocidas

Pasemos ahora a tratar qué importantes enfermedades infecciosas adquirieron carta de naturaleza en el Renacimiento. Sólo a ellas me referiré. Pero antes he de mencionar cuáles eran ya conocidas y para eso recurro a la información dada por varios médicos que ejercieron en la península ibérica en el siglo XV. Francisco Guerra se ha preocupado de este tema y nos ha dado las referencias que juzga de confianza y que corresponden a tres médicos que ejercieron en los finales de la Edad Media: Samuel ben Waqar, nacido en Toledo y médico de Fernando IV y Alfonso XI; Juan de Aviñón, que ejerció en Sevilla entre 1391 y 1420, y Alfonso Chirino, al que situamos en la corte castellana en los comienzos del siglo XV. Ellos nos advierten de que en su práctica han encontrado: calenturas pútridas, sarampión, viruelas, tercianas, catarros, destilaciones, esputos de sangre, y tisis, paludismo, tifus exantemático., peste bubónica, disentería epidémica, lepra, sarna, tiña, fiebres de la pestilencia, bermejura del mal de ojos –quizás conjuntivitis epidémica- y llagas feas –para algunos sífilis-.

Con algún detenimiento trataré a continuación sobre tres importantes enfermedades infecciosas cuyo mejor conocimiento se fraguó en el siglo XV: el tifus exantemático, la difteria y la sífilis.

Del tifus exantemático tenemos pruebas claras de su presencia a partir de ese siglo. De su existencia en siglos anteriores sólo tenemos sospechas. Si volvemos la vista sobre aquellas plagas de la antigüedad de las que no se tiene una descripción claramente orientadora, es posible pensar en el tifus ante alguna de las enfermedades a las que se alude en las Sagradas Escrituras, que bajo el término genérico de peste se desarrollaron en circunstancias de hacinamiento y hambre. Probablemente se alcanza una mayor verosimilitud, al proponer al tifus exantemático como uno de los posibles candidatos responsable de la epidemia denominada Plaga de Atenas (430 a.C.), e igualmente al afirmar que la primera descripción de tifus podría datar de Salerno en 1083, pero en ambos casos no es posible llegar a conclusiones más seguras. Lo cierto es que durante los primeros quince siglos de nuestra era no se encuentran en los textos de los médicos clásicos y árabes relatos suficientemente explícitos de esta enfermedad.

Un mayor apoyo encuentra la tesis de que el tifus llegó a Europa en 1489, traído por soldados que habían estado luchando en la isla de Chipre, y una mayor veracidad poseen los datos que lo describen en el ejército de los Reyes Católicos que sitió la ciudad de Granada en 1489. Fue llamado por los médicos renacentistas españoles

morbus lenticularis, tabardillo y pintas, por las lesiones dermatológicas «semejantes a las picaduras de pulga». De él se ha dicho que causó diecisiete mil muertos en el ejército cristiano y que cursaba con fiebre, manchas rojas en la piel de los brazos y del tronco, delirio, heridas gangrenosas y un desagradable olor de carne podrida. No obstante, la que se considera primera descripción de esta enfermedad es la de Fracastoro de 1546, aparecida en su obra, ya citada, *De contagione et contagiosis morbis*.

Algo más tardíos son los primeros textos que, basados en la observación clínica directa, proporcionan un relato nosográfico de una mayor calidad y extensión. Aparecieron con motivo de la epidemia que se padeció en Castilla tras la dispersión de los moriscos por esas tierras, como resultado de la guerra para reprimir su rebelión en las Alpujarras. Los autores de estas obras escritas en la segunda mitad del siglo XVI son: Luís Mercado, que escribió *De febrium essentia, differe[n]tiis, causis, dignotione et curatione libri sex de 1586*; Alfonso López de Corella (Navarra), con *De morbo pustulato sive lenticulari, quem nostrates Tabardillo appellant liber unus, atque de Galeni Placitis liber alter, quo omnibus fere medicis qui praedictum auctorem hucusque impugnarunt respondetur*, de 1574, y Luis de Toro, médico de Plasencia, que publicó *De febris epidemicae et novae, quae latine Punctularis, vulgo Tavardillo et Pintas dicitur, natura, cognitione et medela*, de 1574.

El tifus, además de una enfermedad que acompañaba a las guerras, fue también una plaga común en las aglomeraciones de gentes recluidas en espacios insuficientes, con condiciones sanitarias precarias, favorecedoras de suciedad y parasitación por piojos, como ha ocurrido en los asilos o en las cárceles. Un ejemplo evidente de epidemia condicionada por estas circunstancias fue la desencadenada en el siglo XVI en Oxford, iniciada verosímilmente en la cárcel y responsable de la muerte de más de trescientas personas.

No es éste el único relato aparecido en el siglo XVI. En 1552 una epidemia de estas características devastó el ejército de Carlos V en el sitio de Metz, obligándole a levantar el cerco. En 1557 fue enfermedad de gran prevalencia en Francia y años más tarde Ambrosio Paré, en su *Traité de la peste* (París, 1568), la describió como una fiebre pestilencial que permanecía en este país junto con la peste. En 1566 apareció en Hungría (*Morbus hungaricus*) en el ejército de Maximiliano II, que se encontraba combatiendo a los turcos, y desde allí se extendió por Europa. De nuevo se registró en

Verona en 1580 con un cuadro clínico similar al ya referido, y otra epidemia se extendió por Italia en 1591.

Acerca de la difteria ha de señalarse que los nuevos conocimientos adquiridos en el siglo XVI permitieron separarla como una nueva entidad morbosa y situarla dentro del grupo de enfermedades que afectaban a la garganta. Se ha dicho que existía en la antigüedad y para ello han servido de apoyo las descripciones de enfermedades que cursaban con afección de garganta y asfixia, que pueden consultarse en las obras de Hipócrates, Galeno y Areteo de Capadocia. Más adelante, hacia el año 1000 Baronius dejó testimonio de una enfermedad que cursaba con catarro y asfixia, que pudiera asemejarse a la difteria laríngea. Las aportaciones siguientes vinieron en el siglo XIV con Short en Inglaterra, y en el XV con Hartman Schede en Alemania, que fue testigo de una posible epidemia acontecida en Nuremberg en 1492. Pero de mayor convicción son los relatos proporcionados por la medicina española del siglo XVI, destacando el de Luís Mercado, que en una de sus *Consultationes morborum*, describió el cuadro de la angina diftérica sofocante que fue llamada garrotillo por comparación con la muerte por garrote vil.

Otro médico español, Juan de Villarreal, dejó una gran narración de la difteria laríngea en *De signis, causis, essentia, prognostico et curatione morbi suffocantis*, publicada en 1611, a la que hay además que añadir el mérito de haber comprobado en la necropsia de estos enfermos la presencia de una membrana asfixiante que recubría la laringe, con lo que, de este modo, asoció la enfermedad con su lesión anatómica. Es de resaltar su descripción de la membrana, de la que dice que recubre las fauces, faringe y laringe; destaca su naturaleza sólida y gruesa, blanca o cárdena, y que los fragmentos que de ella se desprenden tienen aspecto de cuero mojado, mientras que en el cadáver al desprenderla con bisturí deja una zona subyacente íntegra.

Por último, trataré con alguna mayor extensión sobre la sífilis; enfermedad que inaugura una era de gran preocupación por las enfermedades venéreas, pues aunque conocidas desde épocas muy remotas nunca habían sido motivo de tanto temor como el desencadenado por la venida de la sífilis.

En sus comienzos fue conocida por otros nombres, siendo el de *morbus gallico* el más difundido. Se admite que apareció por primera vez en forma epidémica en las guerras de Italia, durante el sitio que las tropas del rey francés Carlos VIII plantaron a la ciudad de Nápoles en 1495. Otro apoyo a favor de la presencia de la epidemia en ese mismo año

de 1495 viene del emperador Maximiliano I que proclamó el edicto de Worms, por el cual buscaba fortalecer el Imperio, y ya en él mencionaba el *mal de pústulas*, que definía como una nueva dolencia que para entonces estaba presente en Alemania. La enfermedad se extendió rápidamente por otros países europeos: en 1495 estaba presente en Francia y Suiza; en 1496 en Holanda y Grecia; en 1497 en Inglaterra y Escocia, y en 1499 en Rusia y Hungría. Encontró en seguida el camino de la India, adonde fue llevada en 1498 por los marineros de Vasco de Gama, y más tarde alcanzó China y Japón. No hay duda de que aterrorizó a los europeos de aquella época; este temor quedó bien reflejado en las palabras de Erasmo de Rotterdam que en su obra *Lingua sive, de linguae usu, atque abusu, Liber unus*, de 1520, se preguntaba sobre qué otra enfermedad contagiosa se había extendido tan rápidamente por los países de Europa, Asia y África, y qué otra enfermedad contagiosa tomaba posesión del cuerpo entero y torturaba tan cruelmente combinando todo lo que es horroroso en otras enfermedades de esta clase. La fecha de su eclosión resulta evidente ya que las características dramáticas de sus síntomas la hicieron inconfundible, y por ello desde su comienzo no hubo vacilaciones para considerarla una enfermedad nueva. En sus orígenes reveló una notable gravedad, pero hacia el final del siglo XVI su virulencia había menguado de forma considerable, probablemente por la mejora de la inmunidad en la población tras cerca de cien años de padecerla, o por la atenuación del agente causante.

Sobre su origen se ha mantenido un gran debate. Muchos han opinado que había venido de América, puesto que su aparición coincidió con los primeros viajes al Nuevo Continente. Por otra parte, su similitud con otras enfermedades de características parecidas, como el bejel, sobre las que se conocería siglos más tarde que todas ellas, al igual que la sífilis, eran causadas por bacterias del género *treponema*, por lo que se llamarían *treponematosis* de origen no venéreo, ha sido motivo de confusión sobre de su origen, ya que para estas enfermedades no existen dudas de su existencia europea anterior al descubrimiento de América.

Parece evidente que la sífilis estuvo presente en el ejército de Carlos VIII de Francia en la guerra de Italia de 1495, y se ha llegado a afirmar que en la campaña de Nápoles pudo haber, entre los soldados franceses, mercenarios que viajaron en la expedición de Colón, pero este hecho no está probado. Es sabido que este ejército se reclutó en marzo de 1494 con mercenarios que procedían sobre todo de Francia, Suiza y los Países Bajos, cifrándose en treinta y ocho mil el número de sus soldados. Se conoce, asimismo, que,

como era habitual en la época, viajaron con él varios cientos de prostitutas, creándose circunstancias muy favorables para la propagación de la epidemia, primero en Italia y luego en el resto de Europa. Ocuparon Nápoles en febrero de 1495, comenzando en los meses siguientes una serie de combates con las tropas españolas del Gran Capitán y sus aliados italianos, que tuvieron como consecuencia la derrota de los franceses y su expulsión de las tierras napolitanas en el verano de ese mismo año. Como Colón había regresado de su primer viaje americano en la primavera de 1493, habría habido tiempo suficiente, en el caso de que la sífilis hubiera sido traída por su tripulación, para su contagio y para los primeros pasos de su difusión, en especial si, como se ha dicho, la enfermedad se comportaba de un modo tan virulento. Sin embargo, en el diario de Colón no se reseña que alguna enfermedad de ese tipo hubiera estado presente en su primer viaje de regreso del continente americano, ni entre los españoles ni entre los indios.

También lograron resonancia ciertas noticias que han servido para apoyar su existencia en Europa con anterioridad al descubrimiento de América, que abarcan desde la presencia de una sospechosa *grosse varole* (gran viruela) en París, en marzo de 1493, hasta la creencia de que una epidemia comenzada en Nápoles en 1492 pudo haber estado relacionada con la llegada a su puerto de unas naves llenas de judíos expulsados de España en ese mismo año, pero ninguna de estas dos informaciones aporta mayores testimonios en apoyo de su veracidad. Y también buscando en tiempos más remotos, se encuentran descripciones de ciertas lesiones cutáneas existentes ya en la antigüedad, relatadas por médicos de Grecia y Roma, que tienen un aspecto tan ambiguo que bien pudieran haber sido sífilis. E igualmente se ha recordado que algunos cruzados a su regreso de Tierra Santa trajeron un unguento con mercurio para tratar lesiones atribuidas a la lepra; pero es bien cierto que el mercurio no es de utilidad en la lepra y sí en la sífilis. Para conciliar estas hipótesis se ha dicho que quizás en los años finales del siglo XV la sífilis pudo resurgir y difundirse ayudada por los desplazamientos de los ejércitos, y que esta explosión epidémica habría ayudado a diferenciarla de otras dolencias con una clínica parecida. Pero una cuestión sin respuesta que surge de todos estos hechos, es que por esa fecha no había referencias claras sobre su contagio venéreo –aunque en aquellos siglos se mencionara a veces una lepra de transmisión sexual- y que por el contrario esta forma de contagio se hizo bien patente desde entonces.

En apoyo de la teoría americana están las investigaciones realizadas, en años recientes, en numerosos restos óseos que han servido para inclinar la balanza claramente a favor de que la sífilis se originó al otro lado del Atlántico. Con el fin de diferenciar las lesiones óseas macroscópicas causadas por la sífilis de aquellas producidas por otros treponemas no venéreos, como la frambesia y el bejel, se han estudiado, restos esqueléticos de sífilis diagnosticada en autopsia, y se han comparado y diferenciado con lesiones también esqueléticas de nativos de la isla de Guam que habían sufrido frambesia, y de beduinos del Oriente próximo que habían padecido bejel. Con esta base de conocimientos, se ha investigado en restos de huesos que pertenecen a enterramientos con una antigüedad entre 500 y 1200 años, localizados en lugares de la República Dominicana que se sabe que fueron visitados por Cristóbal Colón, y en ellos se han encontrado señales de sífilis. En consecuencia estos hallazgos parecen aportar, entre todos los reunidos, la mayor veracidad sobre el origen de esta enfermedad, y apoyan fuertemente la teoría de que la sífilis se difundió desde el Nuevo al Viejo Mundo. Corrobora también esta hipótesis el hecho de que no se hayan encontrado rastros de sífilis en esqueletos europeos anteriores al contacto con América.

No estaría completo el panorama sino se considerasen las opiniones de los cronistas españoles de la época, de gran valor porque sus autores estaban situados en el mejor lugar para la observación y la valoración de lo que pudo haber ocurrido. Recogemos las de varios de ellos, sin duda conspicuos observadores. Ruy Díaz de Isla (1462-1542), al que su condición de médico sitúa en un lugar privilegiado para la observación, escribió un libro sobre ella en el cual afirmaba que la enfermedad apareció en el año 1493 en Barcelona, y de allí pasó a Europa y a todas las partes del Universo, y que tuvo su origen en La Española a causa del contacto entre los marineros de Colón y las nativas de la isla porque, como advierte, el mal serpentino es una enfermedad fácilmente contagiosa por lo que los marineros pronto se infectaron.

También Gonzalo Fernández de Oviedo, en 1525, fue bien explícito en cuanto a no dejar dudas sobre su origen americano, y así escribió:

Padesçieron mas estos chripstianos, primeros pobladores desta isla, mucho trabajo con las niguas, é muy crueles dolores e passion del mal de las buas (porque el origen de ellas son las Indias), é digo bien las Indias; assi por la tierra donde tan natural es esta dolencia, como por las indias mugeres destas partes. Por cuya comunicación passó esta plaga á algunos de los primeros españoles que con el almirante vinieron a descubrir

estas tierras, porque como es mal contagioso, pudo ser muy posible. Y destos, después de tornados en España é aver sembrado en ella tal enfermedad, de hay pasó a Italia y a otras partes, como adelante diré.

Igualmente Bartolomé de las Casas (1464-1576), fraile dominico español y obispo de Chiapas, y gran defensor de los indios, refiere que fue en La Española donde los marineros de Colón se contagiaron de los nativos, e incluso menciona que él mismo había preguntado a los indios de esa isla si aquella enfermedad había existido antes de la llegada de los españoles, y ellos le habían contestado que sí; y también menciona la mucha mayor gravedad con que el mal se manifestaba entre los españoles que entre los indios. Y, asimismo, Fray Bernardino de Sahagún (1499-1590), franciscano y cronista del México azteca, y Nicolás Monardes (1493-1588) apoyaron esta teoría.

Fueron tres los médicos que en los años finales del siglo XV se ocuparon de la sífilis con alguna extensión: Joseph Grünpeck (1473-1532), en 1496, y Nicolás Leoniceno (1428–1524) y Gaspar Torrella (1452-1520) en 1497, siendo este último quien nos ha proporcionado el estudio más valioso de su condición clínica, que apareció publicado en Roma ese mismo año, con el título de *Tractatus cum consiliis contra pudendam, seu morbum gallicum cui adjicitur in fine.*

Torrella fue un médico valenciano, pero también sacerdote y más tarde obispo, que viajó a Roma con su familiar el cardenal Rodrigo Borja, que sería elegido papa con el nombre de Alejandro VI. Torrella fue médico de este papa, y también lo sería de su sucesor Julio II. Dedicó a la medicina todo el tiempo que le dejaba libre su labor eclesiástica, y su fama nos ha llegado gracias a sus trabajos sobre el *morbus gallico*, enfermedad a la que aportó conocimientos clínicos y terapéuticos superiores a los de Grünpeck y Leoniceno, y para la que propuso el nombre de *pudendagra*, a causa de su localización pudenda. Según Torrella, la epidemia tuvo su comienzo en la Auvernia francesa y de allí pasó a Italia y España. Su obra está basada en la experiencia que consiguió con sus propios enfermos, de los que refiere su historia clínica. Una de ellas correspondió probablemente a la sífilis padecida por César Borja, de quien nos informa que tuvo relación con una mujer que padecía pudendagra, considerando que ese mismo día fue infectado por la enfermedad; describió la úlcera que le apareció en el pene, con su base indurada y la adenopatía satélite, así como la aparición seis días después de dolores generalizados que se agravaban por la noche, y la presencia diez días más tarde de pústulas por la cabeza, la cara y el cuello que duraron varias semanas. Desde el punto de vista higiénico Torrella aconsejó que se recogiese a todas las prostitutas infectadas y

se hospitalizasen no permitiéndose su salida hasta que estuviesen curadas. Debe tenerse presente que por entonces los burdeles eran instituciones aceptadas y la prostitución se practicaba ampliamente. En el censo de Venecia en 1509 aparecían no menos de 11.000 prostitutas para una población de 300.000 habitantes. En 1507 aparecieron las primeras ordenanzas en Faenza para que las mujeres que quisieran ejercer ese oficio fueran reconocidas y se rechazaran si se encontraba el *mal francés*. Torrella empleó para el tratamiento medidas dietéticas y evacuantes, así como unciones mercuriales, sobre cuyos aspectos tóxicos nos advirtió. Unos años más tarde se añadiría el guayaco a la terapéutica de esta enfermedad, el cual se extraía de la madera del *Guaiacum officinale* y del *Guaiacum sanctum*, que en su interior contienen lo que se llamaba el *lignum vitae* del que se obtenía el medicamento. Prueba del valor con que se estimaba esta madera lo da el hecho de que su importación desde América fuera objeto de monopolio que ostentaron en aquella época los banqueros Fugger de Augsburgo, tan ligados a las finanzas del emperador Carlos V y de quien ciertamente obtendrían la concesión; y de ellos se ha dicho que incluso llegaron a pagar a los que elogiaban sus virtudes curativas, en lo que es una muestra de cómo las prácticas comerciales de propaganda de los medicamentos tienen más antigüedad de la que se cree.

La denominación de sífilis, que tan rápida y gran aceptación tuvo, y que se ha mantenido hasta la actualidad, surgió ya entrado el siglo XVI y se debe a Fracastoro que escribió un poema inspirado en Ovidio y titulado *Syphilis sive morbus gallicus* (1530), en el cual el mítico pastor Sífilis padecía la enfermedad, siendo ésta la causa de que la enfermedad tomará tal nombre.

Quiero señalar para terminar como en este complejo panorama que constituyen las infecciones en el Renacimiento ha quedado bien patente la gran contribución de la medicina de los reinos de Castilla y Aragón, y seguidamente de España. Y acabo con unos versos de Cristóbal de Castillejo, poeta contemporáneo que hace un elogio del guayaco en la terapéutica de la temida sífilis, y de su lugar de origen, la isla de La Española.

*De celebrar con razón
La virtud
De un árbol que da salud
Do se tiene por perdida,
Y a las veces vuelve en vida
El mal de la juventud.*

*Aunque no diera más parte
De gloria a nuestra nación
La conquista de Colón
Que ser causa de hallarte
Es tamaña,
Tan divina, tan extraña
Esta, que por ella sola
Puede muy bien la Española
Competir con toda España.*