



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

Historia de la Ciencia

“Prácticas clínicas: Epilepsia en el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* de Londres, Inglaterra, de 1860 a 1870”

Tesis

que para optar por el grado de:
Maestra en Filosofía de la Ciencia

presenta:

Alejandra Judith Vieyra Ramírez

Tutora:

Dra. Ana Rosa Barahona Echeverría
Facultad de Ciencias, UNAM

México, Distrito Federal, Mayo 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Médicos y hospitales en Londres, Inglaterra, hacia la segunda mitad del siglo XIX	7
1.1 Las <i>artes curativas</i> profesionales: médicos, cirujanos y boticarios	7
1.2 Educación médica: el hospital como centro de instrucción	11
1.3 Hospitales generales y hospitales especializados: argumentos encontrados	14
1.4 Epilepsia, comunidad médica y hospitales	18
Capítulo 2. El <i>National Hospital for the Paralysed and Epileptic</i> como institución especializada	39
2.1 La fundación y los objetivos	43
2.2 El personal médico: 1859 a 1870	48
2.3 La búsqueda de la organización: los primeros diez años de la institución y sus enfermedades	74
Capítulo 3. La constitución de la epilepsia en el <i>National Hospital</i> como una enfermedad curable y tratable del sistema nervioso	83
3.1 La epilepsia en el <i>National Hospital</i> : pacientes, síntomas y tratamientos	84
3.2 Publicaciones del personal médico en revistas especializadas: el sistema nervioso y la epilepsia	96
3.3 La especialidad médica y la epilepsia a través del trabajo en el hospital	114
Conclusiones	117
Bibliografía	123

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, espacio de libertad, que le debo todo.

A la Dra. Ana Rosa Barahona Echeverría, que sin su apoyo, paciencia y cariño, el recorrido lleno de aprendizajes personales y profesionales que concluyo con este trabajo, no hubiera sido posible. A ella, mi más profundo agradecimiento y admiración.

A los miembros del jurado: Dra. Laura Cházaro García, Dr. José Luis Vera Cortés, Dr. Enrique Linares Salgado y Dr. Daniel San Juan Orta, por su atenta lectura y comentarios, que orientaron y enriquecieron esta tesis.

El espacio y las cortesías prestadas por el Laboratorio de Estudios Sociales de la Ciencia de la Facultad de Ciencias, fueron fundamentales. A Alicia Villela, por su amabilidad y apoyo, y a mis compañeras de relatos y discusiones, Adriana, Atziri, Isabel y Ruth.

A mis profesores del posgrado, por sus enseñanzas y dedicación.

A Noemí Vidal Reyes, por su cordialidad, disponibilidad y orientación.

A mis amigos y compañeros del posgrado, por su esfuerzo, inspiración, y por compartir el camino, en especial a Sandra Ramos, Helena León, Beatriz Arroyo, Adriana Minor, Joel Vargas, Adreissa Paez, Yazmín Hernández, y Eder Flores.

A mi familia: mi madre, mi hermana, Adrián Vázquez, Diego, Meli, y Amanda Márquez, por alentarme siempre.

A Liliana Montañez Godoy, que sin su apoyo, el inicio y final de este camino hubiera sido inimaginable.

A Mariana, Marisol, Laura, Vania, Guadalupe, Sandra, y Diana, por su amistad eterna.

Al personal de la Biblioteca *Queen Square*, del *National Institute of Neurology and Neurosurgery*, por su cortesía durante la consulta de archivos.

Al Dr. Stephen Jacyna, por su orientación y amabilidad al brindarme un espacio en el entonces *Wellcome Trust Centre for the History of Medicine* del *University College London*.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por otorgarme una beca para el periodo de agosto de 2009 a julio de 2011, y por el apoyo brindado para la consulta de archivos en el verano de 2010.

Introducción

L'art, c'est moi; la science, c'est nous.

Claude Bernard. 1865. *Introduction a l'etude de la Médecine Expérimentale*.
(Citando a "un poète contemporain").

*If we use the past only to create heroes for present purposes,
we will never understand the richness of human thought
or the plurality of ways of knowing.*

Stephen Jay Gould. 1983. *Hen's Teeth and Horse's Toes:
Further Reflections in Natural History*.

Actualmente, el sistema nervioso ocupa uno de los lugares privilegiados en las agendas de investigación de profesiones como la medicina, la biología, la química, la antropología, la psicología, la física, e incluso la filosofía. Numerosos libros, publicaciones y artículos se refieren a su desarrollo, funcionamiento y estructura, cuando se habla de evolución biológica, de anatomía y fisiología animal, de embriología, de cognición, de emociones, de depresión, de adicciones, y de *enfermedades*, por mencionar algunos ejemplos. El sistema nervioso se ha convertido en uno de los elementos fundamentales en una de las maneras de definir y describir a los seres humanos, y consecuentemente, a sus denominados *desórdenes*: enfermedad de Alzheimer, Parkinson, Huntington, esclerosis múltiple, esquizofrenia, parálisis, epilepsia.

La localización de funciones orgánicas animales en regiones cerebrales específicas es una idea generalizada dentro del campo de las neurociencias. En la corteza cerebral de los seres humanos, por ejemplo, se identifica que la sección posterior “contiene las regiones de proyección” de los sentidos -visión, audición, tacto, olor y sabor-, mientras que la corteza frontal “está involucrada” en el control de las acciones, la planeación, la memoria y el lenguaje [Baars et al, 2010: 145]. Desde hace relativamente poco tiempo, las funciones motoras, fisiológicas, intelectuales, y emocionales, han estado bajo procesos de *biologización* y *centralización*, teniendo como agente principal al sistema nervioso. Dicha estructura es un territorio dominado por especialidades y espacios que parecen estar bien delimitados en nuestros días: neurólogos, psiquiatras, neurobiólogos, psicólogos experimentales, laboratorios, institutos de investigación, industrias farmacéuticas, y hospitales, entre otros. Hablar del sistema nervioso, y de sus denominados *desórdenes*, es hablar en el lenguaje de las ciencias médicas y biológicas.

La intención de este trabajo no es detallar de qué manera se llegó a esta concepción. Sin embargo,

uno de sus objetivos es explorar un breve episodio en la historia de las ciencias médicas y biológicas sobre una condición humana considerada en la actualidad como neurológica, cerebral, y que se encuentra dentro del campo de trabajo de médicos especialistas, farmacéuticas y hospitales: la epilepsia, definida por la Organización Mundial de la Salud como

“Una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todos los países. Se caracteriza por ataques recurrentes que son la manifestación física de descargas eléctricas excesivas, súbitas y a menudo breves, de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden localizarse en diferentes partes del cerebro. Los ataques pueden ir desde episodios muy breves de inatención o sacudidas musculares hasta convulsiones intensas y prolongadas (es decir, contracciones musculares violentas e involuntarias o series de contracciones) ... Un ataque no hace la epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre algún ataque en su vida). La epilepsia se define por dos o más ataques no provocados” [OMS, 2009].

De esta definición se pueden resaltar algunos elementos considerados de interés para este trabajo: *enfermedad cerebral crónica, ataques recurrentes, manifestación física, diferentes partes del cerebro*, y el hecho de que está escrita por un organismo internacional especializado en temas de salud humana. La epilepsia es en nuestros días, como esta definición establece, una *enfermedad* del sistema nervioso, particularmente del cerebro, caracterizada por ataques, y atendida por los dominios previamente mencionados.

Sin embargo, siguiendo las líneas de Ludwik Fleck, la epilepsia puede ser estudiada como el resultado del desarrollo y coincidencia de algunas líneas de pensamiento colectivo [Fleck, 1986]. La epilepsia, al igual que la sífilis que estudia Fleck en su libro *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*, puede estar determinada por sus antepasados que siguen vivos en “conceptos heredados, en las formas de concebir los problemas, en los programas de la enseñanza formal, en la vida diaria, en el lenguaje y en las instituciones” [Fleck, 1986: 67].

De manera particular, esta tesis está enfocada en la concepción y el desarrollo de un espacio físico y epistémico en torno al sistema nervioso humano, dentro del proceso de institucionalización de la especialidad médica inglesa a mediados del siglo XIX, pues las instituciones, de acuerdo con Timothy Lenoir, en lugar de estar caracterizadas por “abstracciones teóricas e intangibles”, son “sitios para la coordinación y materialización de habilidades”, sitios para la “construcción y mantenimiento de formas de identidad social y cultural” [Lenoir, 1997: 2-3]. La elección de la categoría *epilepsia* como objeto de estudio y de Londres, Inglaterra como su ubicación geográfica, no está desde luego, libre de

intereses actuales y personales. La epilepsia se consideró relevante y central en el presente trabajo debido a que constituyó una parte importante del previamente mencionado programa de localización cerebral específica de funciones a inicios del siglo XX, principalmente a través de los trabajos del neurocirujano canadiense y especialista en epilepsia Wilder Graves Penfield¹, médico convencido de la localización de funciones sensoriales y motoras en la corteza cerebral humana a partir de sus trabajos con pacientes con epilepsia [Penfield, 1936].

La epilepsia entonces, puede ser uno de los varios puntos de partida para el estudio histórico de los programas médicos de localización cerebral, y el trabajo de Wilder Penfield proporciona una pista sobre el desarrollo de esta condición como entidad nerviosa y clínica hacia la segunda mitad del siglo XIX, interés principal de este trabajo, pues Penfield era seguidor y admirador de los estudios del inglés John Hughlings Jackson (1835-1911), médico del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, en Londres, Inglaterra, en el periodo de tiempo mencionado.

En una conferencia perteneciente a *The Harvey Lectures* (Conferencias Harvey) en 1936 bajo el nombre *The Cerebral Cortex and Consciousness* (La Corteza Cerebral y la Consciencia), Penfield exaltó la labor y “oportunidades únicas” de los neurólogos y neurocirujanos en la investigación de los *mecanismos* neurológicos asociados con la consciencia humana y la localización cerebral, particularmente desde su experiencia en el trabajo con pacientes con epilepsia [Penfield, 1936: 203]. Penfield citó extensamente los trabajos de Hughlings Jackson, en específico, su definición de epilepsia: "es el nombre para las descargas ocasionales repentinas, excesivas, rápidas y locales de materia gris" [Hughlings Jackson en Penfield, 1936: 210]. El neurocirujano seguía las líneas impuestas por Hughlings Jackson aproximadamente tres décadas antes: la epilepsia comenzaba en un punto focal cerebral y se *esparcía*, produciendo una serie de fenómenos observables que seguían en marcha, hecho que le indicaba una localización de funciones en el cerebro. Penfield, basando gran parte de su trabajo en Hughlings Jackson, aseguró que si no existiera otra evidencia, si no se supiera nada sobre anatomía, y si no se contara con animales experimentales, el estudio de la epilepsia humana nos hubiera enseñado estos hechos [Penfield, 1936].

1 Wilder Graves Penfield (1891-1976) fue un neurocirujano norteamericano y canadiense que estudió medicina en Oxford como alumno de Sir William Osler, y en Estados Unidos de América en la Universidad de Johns Hopkins. Fundó en Nueva York un laboratorio de neurocitología, y en 1928 fue invitado a ser Profesor en la Universidad de McGill, en Montreal, Canadá, para establecer un departamento especializado en medicina y cirugía nerviosa y cerebral, que en 1934 resultó en la fundación del Instituto Neurológico de Montreal. Fue miembro de la Royal Society, y su especialidad era el tratamiento quirúrgico de la epilepsia y la investigación anatómica y fisiológica del cerebro [Wilder Penfield', 1976]. Penfield desarrolló pruebas en pacientes con epilepsia (estimulaciones en la corteza cerebral con electrodos) para *identificar* y *extraer* el foco epiléptico y de esta manera, *curar* a los pacientes [Penfield, 1936].

John Hughlings Jackson desarrolló sus ideas sobre esta condición mientras ejercía su profesión en el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, institución fundada a finales de 1859, y cuyos inicios han sido estudiados por algunos autores como la expresión de un progreso continuo del conocimiento y la especialización médica que culminó en el actual *National Hospital for Neurology and Neurosurgery*, perteneciente al *University College London* y al Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña [Critchley, 1960; Hunter et al, 1961]. John Hughlings Jackson, David Ferrier, William Gowers y Victor Horsley, son algunos de los médicos emblemáticos de finales del siglo XIX de este hospital, que persisten en algunos relatos contemporáneos como *pioneros y fundadores* de la neurología inglesa y la investigación sobre la localización cerebral específica de funciones animales [Star, 1986; Sander et al, 1993]. Esta tesis intenta volver a mirar los inicios del hospital, considerándolo un espacio de construcción y delimitación de la epilepsia como una entidad, una *enfermedad* del sistema nervioso, bajo el dominio de una nueva especialidad médica institucionalizada, en donde distintos actores extienden una red de cultura y práctica temporales, en una dinámica distinta a la del mito del fundador [Pickering, 1992].

Las prácticas, como se indica en el título de la tesis, son un elemento fundamental en el desarrollo de este trabajo. Consideradas por Andrew Pickering e Ian Hacking como la materialización de habilidades en un proceso de ajuste de elementos culturales, como una “estabilización interactiva” en donde hechos y conceptos se construyen de manera conjunta, las prácticas clínicas son indispensables en la formación de actores sociales, de programas disciplinares y relaciones productivas, cuyo “acomodo mutuo” dota al mundo de “hechos, fenómenos, e instrumentos” [Pickering, 1992: 10,12]. La tesis intenta entonces explicar la conformación de la epilepsia a través de prácticas clínicas, de líneas de especialidad y de espacios de acción determinados.

La historia de la epilepsia como entidad médica ha sido narrada previamente por el historiador de la medicina Owsei Temkin en su libro *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology* en 1971, siendo éste una descripción cronológica de esta condición que para el autor resultó un tanto complicada debido a que no podía abordarse de la misma manera que por ejemplo, la tuberculosis, en donde según Temkin, el conocimiento actual sobre la enfermedad podía aplicarse como “estándar hacia el pasado y [para] separar lo verdadero de lo falso” [Temkin, 1971: ix]. El trabajo de Temkin es sin duda alguna, una guía para los que consideren a la

epilepsia un tema de estudio histórico hasta los inicios del siglo XX, sin embargo, debido al extenso periodo de tiempo que abarca, se dejan fuera algunos elementos considerados importantes en el presente trabajo, por ejemplo, la relevancia de la localidad en la producción de conocimiento, en el establecimiento de prácticas médicas, y en la conformación de comunidades epistémicas.

El periodo de tiempo elegido para este estudio, de 1860 a 1870, ofrece una ocasión para tratar de explorar los primeros quehaceres de las personas que formaron parte de esta institución, cuyo trabajo convirtió al hospital en una referencia obligada para aquellos médicos interesados en el sistema nervioso humano y sus afecciones, y en un lugar de *tratamiento y cura* para pacientes.

Para lograr los objetivos de esta tesis, se utilizaron diversas herramientas consideradas útiles en la reconstrucción de estas prácticas. Una de ellas fue la consulta de los archivos sobre la vida temprana del *National Hospital*, que en la actualidad se encuentran en la Biblioteca *Queen Square* del *Institute of Neurology* y del *National Hospital for Neurology and Neurosurgery*, del previamente mencionado *University College London*. Las minutas del Comité de Administración, por ejemplo, dan cuenta de las decisiones y procedimientos de los dirigentes del recinto con respecto a la institución, al personal y los pacientes, mientras que las historias clínicas permiten acercarse a estos últimos y a los médicos desde el consultorio, desde la experiencia clínica. Otro material empleado para este objetivo, fueron las publicaciones de los médicos del *National Hospital* en revistas de comunicación médica como *The Lancet* y *The British Medical Journal*: lo que decían a otros miembros de la comunidad sobre el sistema nervioso, y en particular, sobre la epilepsia, desde un lugar establecido para su estudio y tratamiento, parece ser un componente indispensable en la exposición de este tema.

Las divisiones que se pensaron pertinentes para este estudio son tres. En la primera parte, se considera relevante contextualizar a la institución dentro del ambiente médico hospitalario londinense hacia la segunda mitad del siglo XIX. Un breve recuento de las fragmentaciones sociales establecidas dentro de las *artes curativas*, la educación de estos profesionales en espacios delimitados, la naciente división de hospitales generales y especializados, y algunas concepciones sobre enfermedad y epilepsia en estos ámbitos, forman parte de ella. En el segundo capítulo, se plantea la fundación del *National Hospital* como institución dedicada al tratamiento y cura de enfermedades especiales, al personal que laboró ahí, y a la constante estructuración de sus elementos durante la primera década de su existencia. En el tercer y último apartado, se pretende mostrar el desarrollo de la epilepsia como resultado de las

actividades de los actores del hospital, como un elemento que se configura en parte dentro de sus límites, y que los traspasa.

El estudio de la epilepsia en el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* en un periodo de tiempo y en un espacio determinados, nos aproxima tal vez a la construcción de un significado, a sus representaciones y manifestaciones, a la articulación de un programa disciplinario como un “esquema de percepción, apreciación y acción”, en un proceso de formación de “herramientas de cognición y comunicación” [Lenoir, 1997: 47].

Capítulo 1. Médicos y hospitales en Londres, Inglaterra, hacia la segunda mitad del siglo XIX.

Uno de los principales objetivos de este trabajo es el análisis de la construcción, atención, estudio y delimitación de la epilepsia como entidad nerviosa-nosológica a mediados del siglo XIX. Para intentar comprender algunos aspectos de este proceso, se ha tomado como primer paso una aproximación a los elementos considerados constitutivos de dicho desarrollo: una comunidad y sus espacios físicos y epistémicos, es decir, los profesionales ingleses de las *artes curativas*, y los hospitales londinenses hacia la primera mitad del siglo XIX. De esta manera, la estructura de dichas *artes*, su instrucción, ejercicio y entrenamiento, así como el manejo de los hospitales generales y la fundación de hospitales especializados en la ciudad de Londres, Inglaterra, son considerados una parte fundamental en la conformación de un objeto de estudio -la epilepsia- dentro del proceso de institucionalización de la especialidad médica como manera legítima de observar, tratar y curar al cuerpo humano. Así mismo, la revisión de las concepciones médicas inglesas sobre epilepsia en la primera mitad del siglo XIX, parece un punto de partida para entender a los médicos del *National Hospital* en la década de 1860 a 1870. Este capítulo intenta abordar brevemente estos temas.

1.1 Las artes curativas profesionales: médicos, cirujanos y boticarios.

A inicios del siglo XIX, los profesionales ingleses dedicados al tratamiento del cuerpo humano se dividían principalmente en tres grupos: médicos, cirujanos y boticarios. Los médicos poseían un estatus económico y social más *elevado*, y tenían acceso a un tipo de educación privilegiada que les permitía indicar órdenes a los otros dos grupos [Bloor, 1978]. Tal distinción y separación de profesiones era tangible por la consolidación de cuerpos tales como el *Royal College of Surgeons* (Colegio Real de Cirujanos) y la *Society of Apothecaries* (Sociedad de Boticarios), que obtuvieron reconocimiento por parte de la Corona y el Parlamento Británicos en 1800 y 1815 respectivamente, como únicas instituciones capaces de regular, evaluar y emitir los permisos correspondientes para el ejercicio y cobro de estas actividades, con cierto interés en el monopolio económico de éstas [Singer et al, 1960; Holloway, 1966]. El *Royal College of Physicians* (Colegio Real de Médicos) con la misma autoridad, había sido creado desde 1518 bajo un decreto emitido por el rey Enrique VIII.

A inicios del siglo XIX, las prácticas y conocimientos de cada uno de estos grupos eran aparentemente diferentes y bien delimitadas, sin embargo, sus miembros podían estar involucrados, incluso legalmente, en más de una de ellas y compartir algunos cursos durante su educación como practicantes [Lawrence, 1995]. Las diferencias entre ellos consistían principalmente en el ejercicio profesional: la “mente del médico”, por ejemplo, era aquella “comprometida perpetuamente en la observación y consideración del hombre en cada aspecto de su vida individual” [Moore, 1908: 86]. El estudio de la medicina antes del siglo XIX –de acuerdo con algunos autores de finales de ese siglo-, se enfocaba en la “lectura de los trabajos de autoridad y en acomodar los casos bajo los encabezados dados en tales tratados” [Moore, 1908: 89]. Sin embargo, desde finales del siglo XVIII, el conocimiento médico reconocido socialmente como válido hacía énfasis en diversos aspectos que se habían ido integrando paulatinamente durante este siglo a través de contingencias locales y sociales, siendo estos aspectos, por ejemplo, el clínico, con la detallada observación de un paciente, sus síntomas y su alrededor; el anatómico, con las relaciones orgánicas establecidas entre el cuerpo y sus lesiones y enfermedades; y el *científico*, con observaciones y aparentes resultados provenientes de procedimientos experimentales [Foucault, 2004]. Estos elementos eran parte del nuevo método, que no buscaba ya tanto el reconocimiento de enfermedades para establecer una clasificación, como cuando se intentaba que las afecciones fueran “reducidas a ciertas y bien definidas especies”, tal y como se podía hacer con especímenes en historia natural [Sydenham en Moore, 1908: 127]. Todos los sentidos contribuían a la percepción de estos aspectos, y aquellos métodos e instrumentos desarrollados que los *amplificaran* –por ejemplo, el estetoscopio desarrollado en Francia-, eran bien recibidos por algunos miembros de la comunidad, aunque algunos otros encontraban dudosa su aplicación [Bynum, 1994; Good, 1826].

A inicios del siglo XIX, contar con un médico con educación universitaria y reconocimiento de algún cuerpo colegiado era un privilegio que pocas personas podían solventar económicamente. Este posicionamiento social de la comunidad de médicos como hombres educados se había venido construyendo desde finales del siglo XVIII, con una serie de imposiciones sobre lo que los practicantes profesionales debían saber y hacer [Geyer Kordesch, 1995; Lawrence, 1995].

Durante este mismo periodo, la cirugía era un oficio enseñado principalmente a través de aprendizajes pagados en escuelas de anatomía. Los cirujanos habían tenido que ganarse un respeto y reconocimiento como profesionales desde finales del siglo XVIII, al entrar al mercado de las habilidades, la pericia y las conductas sociales de los *gentilhombres* [Lawrence, 1995]. Antes de esto,

eran frecuentemente asociados con el robo y tráfico de cadáveres, por lo que su ejercicio no era tan privilegiado como el de los médicos. Desde finales del siglo XVIII y principios del XIX, cuando la cirugía y la anatomía eran consideradas medios para conocer al cuerpo humano, los cirujanos y los médicos comenzaron a compartir espacios y tiempos en sus entrenamientos como practicantes [Bynum, 1994; Lawrence, 1995]. Parte de la educación de cirujanos provenientes de toda Gran Bretaña se llevaba a cabo en ciudades como Londres. Este aprendizaje comprendía principalmente materias como anatomía -el conocimiento de las estructuras-, fisiología -el conocimiento del cuerpo en estado de salud-, y patología -cuando el cuerpo se apartaba de tal estado. Los cirujanos se diferenciaban constantemente de los barberos desde mediados del siglo XVIII, y con la creación de la *Surgeons' Company* (Compañía de Cirujanos) -disuelta en 1796-, marcaban su diferencia de oficios [Power, 1886]. Los cirujanos, junto con los cirujanos-boticarios, suplantaban el quehacer de los médicos en círculos no pertenecientes a élites, a menudo en provincia. Las actividades más comunes que los cirujanos realizaban eran amputaciones, atención a fracturas, tratamiento de heridas por armas de fuego, tumores, remoción de cálculos en la vejiga, hernias, úlceras, trepanaciones y cirugías dentales, actividades demandadas principalmente en conflictos militares [Geyer Kordesch, 1995]. A mediados del siglo XIX, existían cirujanos especializados en diferentes órganos, intervenciones, y grupos de personas, como se verá más adelante [Weisz, 2003].

Los boticarios, más numerosos que los médicos y los cirujanos, preparaban, distribuían y administraban las recetas farmacéuticas que los médicos indicaban a los pacientes. Sin embargo, desde mediados del siglo XVIII, algunos boticarios comenzaron a tratar e intervenir quirúrgicamente a pacientes, principalmente a habitantes fuera de las ciudades y aquellos que no podían pagar los servicios de un médico calificado [Holloway, 1966; Lawrence, 1995]. Los boticarios se especializaban en materias como botánica, química y orictología, y se entrenaban como aprendices contratados, al igual que muchos médicos y cirujanos, pero el tiempo de su educación era de menor duración [Bynum, 1994; Good, 1826]. Después de la promulgación de la *Apothecaries' Act* (Acta de Boticarios) en 1815, la *Society of Apothecaries* fue la encargada de evaluar y respaldar a los futuros practicantes, para lo cual les exigía un mínimo de cinco años de aprendizaje, así como el estudio de materias como anatomía, patología, y fisiología. Esto, aparentemente, era una respuesta al creciente número de boticarios que prescribían sin poseer una educación *acreditada*, y que se apoderaban de territorios sociales y económicos que los boticarios *educados* veían y reclamaban como propios [Holloway, 1966].

A mediados del siglo XIX, el 2 de agosto 1858, el Parlamento del Reino Unido publicó la *Medical Act* (Acta Médica), cuyo objetivo principal era “regular las acreditaciones de los practicantes en medicina y cirugía” [Medical Act, 1858: 677]. Mediante este documento, se creó el *General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom* (Consejo General de Educación y Registro Médico del Reino Unido), que estaría integrado por representantes de las corporaciones médicas y principales universidades dedicadas a la enseñanza de la medicina, la cirugía y la boticaria de este país. El *General Council* sería el órgano encargado de revisar los cursos y los exámenes en estas especialidades para obtener las certificaciones de licenciado, doctor, miembro de alguna sociedad o maestro.

De acuerdo con la *Medical Act*, los centros de enseñanza debían coordinarse en la elaboración de los exámenes necesarios para la obtención de las certificaciones deseadas [Lawrence, 1985]. Esto promovía una cierta estandarización en los contenidos de los programas educativos en medicina y cirugía, y los conocimientos considerados como *básicos* para el ejercicio de estas profesiones, intentando combatir a aquellos practicantes sin instrucción acreditada. El *General Council* publicaba y vendía anualmente el *Medical Register* (Registro Médico), un listado de nombres y direcciones de las personas avaladas para la práctica de la medicina y cirugía, permitiéndoles también cobrar legalmente por sus servicios bajo las denominaciones de *Legally Qualified Medical Practitioner* (Médico Profesional Legalmente Calificado) o *Duly Qualified Medical Practitioner* (Médico Profesional Debidamente Calificado) [Medical Act, 1858]. El *General Council* también estaba encargado de publicar –tan frecuente como considerara necesario– un libro titulado *British Pharmacopœia*, una “lista de medicinas y compuestos, y la manera de prepararlos, junto con los pesos y medidas verdaderos con los que deben ser preparados y mezclados” [Medical Act, 1858: 691]. La estandarización que pretendía, y que trajo la *Medical Act*, implicaba cambios en la estructura social, económica y de organización de las comunidades de médicos, cirujanos y boticarios, indicando, legislando y autorizando las prácticas consideradas adecuadas en el desarrollo de estas ocupaciones. Poco tiempo después, hacia el año de 1884, las profesiones de medicina y cirugía comenzaron a evaluarse bajo un examen conjunto para acreditar la práctica médica general [Singer et al, 1960].

1.2 Educación médica: el hospital como centro de instrucción.

De acuerdo con algunos autores, la influencia de la estructura educativa y la práctica médica del Continente en Gran Bretaña fue notable durante el siglo XVIII, principalmente hacia 1815, antes y después de las guerras napoleónicas [Singer et al, 1960; Bynum, 1994; Geyer Kordesch, 1995]. Numerosos médicos ingleses que se dedicaban a la práctica y la enseñanza de la medicina y cirugía en la década de 1820, tenían grados obtenidos en instituciones francesas, principalmente aquellas localizadas en París, al parecer por la facilidad de acceder a prácticas con cadáveres, situación no tan favorable en Inglaterra [Warner, 1995]. De la misma manera, varios médicos habían cursado sus estudios en las Universidades de Leiden en Holanda, y de Edimburgo en Escocia, primeras instituciones en fundar cátedras de clínica a inicios del siglo XVIII [Foucault, 2004]. Pocos se graduaban en las Universidades inglesas Oxford y Cambridge, pues la admisión era muy selecta en términos económicos y sociales. La mayoría de los médicos que practicaban fuera de las grandes ciudades como Londres o Edimburgo, no habían recibido entrenamiento por parte de ninguna universidad, sino que habían sido educados únicamente como aprendices [Bloor, 1978; Manuel, 1980].

La visión continental del siglo XVIII sobre la educación médica y quirúrgica en hospitales como centros proveedores de materiales educativos y de prácticas, aparentemente se reflejó en la educación médica inglesa, en donde estudiantes de medicina y cirugía se concentraban en estos lugares para recibir parte de su educación a inicios del siglo XIX. Esta práctica era parte de la visión orgánica de la enfermedad, es decir, revisar a los pacientes *post mortem*, y establecer relaciones anatómicas orgánicas con los síntomas presentados en vida por los internos en los hospitales [Bynum, 1994]. De la misma manera, la enseñanza de anatomía comparada y patológica a través de ejemplares en museos -como el del *Royal College of Surgeons* hacia 1830-, representaba la idea de la correlación anatómica con el estado de salud o enfermedad de un organismo [Royal College of Surgeons of England, 1900]. Las colecciones de este recinto, por ejemplo, provenían del cirujano escocés John Hunter, quien había recibido su educación a mediados del siglo XVIII en Londres, permaneciendo una temporada en Francia y Portugal [Bland-Sutton, 1923].

Los centros de educación médica hospitalaria en Inglaterra se concentraban en Londres. A inicios del siglo XIX, los principales hospitales que servían para la educación de médicos y cirujanos en esta ciudad eran cinco: *St. Thomas*, *Guy*, *St. Bartholomew*, *St. George* y *The London*, en donde los

profesores recibían pagos por parte de sus estudiantes y aprendices [Singer et al, 1960; Bynum, 1994]. Debido al monopolio, competencia y nepotismo en las oportunidades laborales ocasionados por los cuerpos colegiados, algunos médicos y cirujanos optaron por encontrar nuevas posiciones que les fueran propiciando una carrera segura y con autoridad: se habían asociado con la medicina hospitalaria, prestigiosa no por sus pacientes, sino por las oportunidades que daba en la enseñanza, en la adquisición de aprendices, en hacerse de un nombre, en ejercer patronazgo, y ganar reconocimiento público [Porter, 2001]. La *University of London* (Universidad de Londres), por ejemplo, se fundó en 1828 con una cátedra en Fisiología y Cirugía a cargo del cirujano de Edimburgo, Charles Bell (1774-1842), y para 1834, fue la primera Universidad en Inglaterra en contar con un hospital propio en donde los estudiantes recibían parte de su educación [Jacyna, 1995]. Este cambio en la curricula médica indicaba que el aprendizaje de la anatomía y la fisiología se habían convertido en actividades importantes para los médicos, sin que esto fuera consecuencia de un *crecimiento* del conocimiento médico de la época [Jacyna, 1995].

A partir de su fundación en 1798, el centro de educación en anatomía con mayor número de estudiantes y profesores era la *Great Windmill Street School of Anatomy* (Escuela de Anatomía de la Calle Great Windmill), fundada por el cirujano escocés William Hunter -hermano mayor de John Hunter-, quien había recibido su entrenamiento en el hospital *St. Bartholomew* [Peachey, 1928; Bynum, 1994]. La instrucción en estas escuelas de anatomía y en los hospitales se desarrollaba simultáneamente con una manera de ver al cuerpo y sus enfermedades: la relación entre lesiones de los órganos identificadas *post mortem*, conjuntos de síntomas, y la totalidad del cuerpo. Esta correspondencia presumía como objetivo mostrar éxito práctico cuando se aplicaban tratamientos para enfermedades localizadas estructuralmente [Baillie, 1808].

A finales del siglo XVIII, Matthew Baillie (1761-1823) –sobrino de William Hunter-, médico graduado en Oxford que recibió su entrenamiento quirúrgico en la *Great Windmill School* y que trabajaba en el hospital *St. George*, publicó en 1793 la obra titulada *The Morbid Anatomy of Some of the Most Important Parts of the Human Body* (La Anatomía Mórbida de Algunas de las Partes Más Importantes del Cuerpo Humano) [AIM25, 2010], en cuyo prefacio a la primera edición estableció que,

“Siendo médico de un gran hospital, y comprometido en la enseñanza de anatomía, he tenido también frecuentes oportunidades de examinar enfermedades en cuerpos muertos. Este trabajo por lo tanto contiene principalmente un informe de las apariencias mórbidas que he visto yo mismo; pero también tomo ventaja de lo

que ha sido observado por otros” [Baillie, 1808: vii].

En el prefacio a la segunda edición, el autor resaltó el problema de la identificación de síntomas por parte de los pacientes: éstos, con frecuencia, eran incapaces de detallar sus propios estados, por lo que la tarea del médico se obstaculizaba. El médico era la única persona que podía establecer con *claridad* los síntomas experimentados por otra persona. En sus tres prefacios –hasta la tercera edición–, y a lo largo de la obra, Baillie estableció la relación que existe entre anatomía mórbida y enfermedad, dejando claro que en muchos casos esta correspondencia era inexistente. Este autor estaba convencido de que el cambio en la estructura de un órgano era producido por la enfermedad al escribir que,

“La estructura natural de las diferentes partes del cuerpo humano ha sido minuciosamente examinada, así que se puede decir que la anatomía ha llegado a un punto alto de perfección; pero nuestro conocimiento de los cambios de la estructura *producidos por la enfermedad*, que deben llamarse Anatomía Mórbida, es todavía muy imperfecto” [Baillie, 1808: vi. Las cursivas son mías].

Visiones más integrales sobre el comportamiento y naturaleza de las enfermedades, también estaban presentes en la enseñanza de la medicina inglesa. John Mason Good (1764-1827), quien había estudiado botánica y cirugía en Inglaterra, publicó en 1822 *The Study of Medicine* (El Estudio de la Medicina), cuyo objetivo principal era “unificar las diferentes ramas de la ciencia médica [...] en un sistema general, para que el todo sea contemplado bajo una sola mirada, y buscado bajo un estudio común” [Good, 1826: xv]. En este tratado, Good hizo énfasis en el estudio de materias como fisiología, patología, nosología y terapéutica, por parte de las personas dedicadas al aprendizaje de las *artes curativas*. Esta obra, comprendida en varios volúmenes, era una descripción de las clasificaciones de las enfermedades de manera similar a como se hacía en botánica y zoología. Una visión sobre cuerpo y enfermedad como un todo puede aparecer en su siguiente afirmación:

“Es esta ventaja del estudio de una parte en relación con otra que constituye, o debe constituir, en el arte de la medicina, la base de un arreglo nosológico; pues mediante el agrupamiento de enfermedades, no arbitrariamente, sino en el orden de conexión en el que hacen su aparición en diferentes funciones, y los órganos en los que dichas funciones dependen, es casi imposible obtener comprensión alguna sobre la naturaleza de cualquier enfermedad perteneciente a dichos grupos, sin obtener comprensión sobre la naturaleza del resto, o trazando algunas de las leyes de la acción mórbida que es común al todo” [Good, 1826: xvi].

Ambos autores, con profesiones reconocidas socialmente como distintas, pero entrenamiento

muy similar, exaltaron el aspecto anatómico en el estudio de las patologías a través de los síntomas, en lo que parece una materialización de los estados considerados como salud y enfermedad, tomando en cuenta las relaciones entre los sistemas en el establecimiento y categorización de dichos estados, y teniendo al hospital como espacio de construcción de estos hechos. Esta visión de localización de la patología, era distinta a aquella dominante antes de la segunda mitad del siglo XVIII, en la que la presencia en un órgano no era absolutamente necesaria para definir a una enfermedad, la cual, podía viajar de un punto a otro sin poseer un espacio definido [Foucault, 2004].

De acuerdo con Foucault, el desarrollo de la clínica anatómica durante el siglo XVIII, comprendió la estructuración de un discurso en el que existía una nueva distribución de los elementos en el espacio corporal. La medicina de nomenclaturas y clasificaciones, constituida por entidades mórbidas generales sin un espacio definido, fue reemplazada por una medicina de localidades específicas, una medicina anatomo-patológica. El hospital, sitio de entrenamiento y práctica profesional, fue el lugar en el que la clínica, esa mirada constante y dirigida sobre el paciente, su examinación, registro de detalles, y relación con una posible explicación, formó una manera de alcanzar la *verdad* sobre estados patológicos y saludables. El hospital era un espacio en el que podían establecerse comparaciones entre los pacientes, entre sus síntomas y las observaciones *post mortem* [Foucault, 2004]. Para fines de este trabajo, veamos ahora una breve revisión sobre los espacios hospitalarios dentro de la medicina inglesa de mitad del siglo XIX.

1.3 Hospitales generales y hospitales especializados: argumentos encontrados.

A partir del cambio en la educación médica en el siglo XVIII mencionado con anterioridad, se resaltaba la posición de los hospitales como centros de aprendizaje para médicos, cirujanos y boticarios. Hacia 1854, los hospitales y dispensarios de Londres se identificaban y distribuían de acuerdo a los distritos o parroquias de la ciudad, cuyos habitantes, en su mayoría aquellos que no podían solventar la atención personalizada y la visita de un médico, generalmente atendían al recinto más cercano. En estos hospitales, los pacientes se dividían en internos y externos, y los criterios de admisión algunas veces se basaban, por ejemplo, en cartas de recomendación [Guy, 1856]. Algunos de estos lugares habían sido fundados desde principios del siglo XVIII, como el *Westminster* y el *Guy*, otros desde varios siglos atrás, como el *St. Bartholomew*, sin embargo, la creación de nuevos hospitales continuaba a mediados del siglo XIX, siendo sostenidos económicamente por donaciones, herencias,

suscripciones, y algunas veces, a través de las capillas de dichos hospitales [Cormack et al, 1851, (3)26]. Durante estos años y antes de la homogenización académica y profesional pretendida por la *Medical Act*, el personal de los hospitales generales y especiales estaba conformado por médicos, cada uno seguido por cuatro estudiantes del segundo o tercer año de medicina, y por cirujanos, cada uno ayudado por cuatro *vestidores* y cuatro *reporteros* quirúrgicos [Cormack et al, 1851, (3)25]. En esta ciudad, algunos de los hospitales generales y aquellos más pequeños, denominados *voluntarios*, eran dirigidos por legos que tenían la facultad de nombrar al personal médico, y que presuntamente estaban interesados en mayor medida en la construcción de un prestigio y en los recursos económicos, que en la medicina y la clínica, situación que también sucedió con los hospitales denominados *especiales* [Weisz, 2006]. En el año de 1854, un total aproximado de 21,500 personas habían sido atendidas en los hospitales generales y especiales de Londres [Guy, 1856].

Durante el siglo XVIII, Gran Bretaña contaba con algunos *especialistas*: en enfermedades venéreas, dentistas, oculistas, y parteras, no considerados profesionales por los médicos *educados*. Sin embargo, a principios del siglo XIX, algunos cirujanos comenzaron a extender sus actividades a dichos dominios potencialmente lucrativos, volviéndose cirujanos oftálmicos, cirujanos dentistas, cirujanos ortopédicos, y obstetras, siendo esta última especialidad la más extendida, llegando a desplazar económicamente y socialmente a las parteras. De acuerdo con Weisz, la especialización médica en Londres, a diferencia de París², emergió fuera del sistema de las instituciones de élite, sin embargo, debido a la influencia educativa de esta ciudad en la capital inglesa, puede considerarse que la unificación y estandarización de la medicina con la cirugía en instituciones de entrenamiento, la compartimentalización del cuerpo y la localización física de las patologías dentro de la visión anatómica, fueron algunas de las circunstancias que dieron lugar al desarrollo de dichas especialidades [Foucault, 2004; Weisz, 2006].

2 A inicios del siglo XVIII en Francia, fuera de las corrientes médicas educadas y convencionales, un grupo de practicantes especialistas llamados expertos (principalmente cirujanos), se ocupaban de ciertas regiones corporales y procedimientos, como los dientes, ojos, hernias, huesos y partos, conocimiento que compartían de manera oral y práctica. Hacia finales de este siglo, los cirujanos educados comenzaron a apropiarse de dichos procedimientos, considerados potencialmente lucrativos, dando origen a nuevas categorías médicas institucionalizadas. En la ciudad francesa, algunas condiciones para el desarrollo de especialidades médicas en el siglo XVIII fueron: la unificación de la medicina con la cirugía en instituciones de entrenamiento e investigación; el surgimiento de un tipo de administración del sistema hospitalario en categorías manejables; la proximidad y el personal compartido entre las instituciones médica y científica, que permitió que las disciplinas especializadas en ciencias naturales sirvieran como modelos a la medicina; y la compartimentalización del cuerpo dentro de una visión anatómica con localización física de sus patologías. El surgimiento y desarrollo de las especialidades en Francia, no fue el resultado de una acumulación del conocimiento médico, sino de una nueva manera de ver al cuerpo, sus enfermedades, y del desarrollo de estructuras institucionales clínicas, vistas como parte de la misión del Estado de crear y mantener la salud pública [Armstrong, 1976; Foucault, 2004; Weisz, 2006].

Desde finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, los hospitales especializados en Londres surgieron y aumentaron en número. Fundados como centros privados y asociados con nuevas formas empresariales, estos espacios buscaban *servir* y *cuidar* a aquellos que por lo general eran excluidos de los hospitales generales, y al parecer, las categorías de las especialidades médicas no correspondían del todo con aquellas de los hospitales especiales [Weisz, 2006]. Existían así, por ejemplo, el *Hospital for Chest Complaints* (Hospital para las Dolencias del Pecho) y el *North London Eye Infirmary* (Hospital del Ojo del Norte de Londres) fundados en 1848 y 1843, respectivamente [Steele, 1877]. Estos hospitales especializados eran financiados por personas que buscaban confirmar su estatus social a través de la filantropía, y que a la vez contribuían en la construcción de la reputación de los médicos que laboraban en estos espacios, quienes atraían a pacientes adinerados para la práctica privada [Weisz, 2006]. De acuerdo con Foucault, los hospitales generales y los hospitales especializados transformaban las enfermedades de algunos en la experiencia de otros, así, las personas con recursos económicos ofrecían ayuda a estos lugares, y hacían posible un conocimiento de la enfermedad que algún día podía llegar a afectarlas: esta filantropía se transformaba en conocimiento que podía ser aplicado a los ricos [Foucault, 2004].

De acuerdo con médicos de mediados del siglo XIX, el objetivo de los hospitales especiales era dar una “cuidadosa atención [...] a la salud general, y especialmente a remover las causas de la enfermedad” a través de cirugías y tratamientos médicos *especializados* [Cormack et al, 1851, (3)25: 90]. Sin embargo, la proliferación de estos hospitales de especialidad puede verse no como la ramificación natural y directa producto de un crecimiento y desarrollo en el conocimiento y práctica médica, sino como el resultado de la falta de espacios y oportunidades laborales para aquellos médicos que no podían acceder a un puesto de trabajo en alguno de los hospitales generales, que no pertenecían a la élite médica, y que no contaban con una gran clientela privada; además, estos espacios parecían surgir como una nueva forma empresarial [Bevan, 1981; Porter, 1995; Warner, 1995; Weisz, 2006].

Para 1860, varias publicaciones en el *British Medical Journal* y en *The Lancet*³ anunciaban el desacuerdo de algunos miembros de la comunidad médica londinense -y otras comunidades- con el establecimiento de algunos de estos recintos especializados en la ciudad. Al parecer, estas

3 Thomas Wakley (1795-1862) fue un cirujano inglés que en 1823 fundó el periódico médico *The Lancet*, en el que denunciaba y demostraba su oposición a las corporaciones médicas existentes en este periodo de tiempo, principalmente debido al nepotismo, elitismo, y las fallas operacionales de dichas instituciones [Porter, 1995].

publicaciones eran la respuesta al anuncio de la fundación del *St. Peter's Hospital for the Stone*. Una de las razones de este descontento era la pérdida de recursos para los hospitales generales que ocasionaban los hospitales especiales. De acuerdo con una carta en el *British Medical Journal* de junio de 1860, estos recintos iniciaban como clínicas, y presuntamente eran producto de intereses individuales enfocados en la obtención de recursos económicos. Debido a la manipulación por parte de estos individuos, aseguraba la publicación, las enfermedades tratadas en dichos lugares comenzaban a aumentar en “números alarmantes” entre la población, lo cual a su vez, representaba una justificación para la creación de un hospital especializado ['Hospital Distress', 1860: 458]. Esta publicación estaba a favor de que tales enfermedades se trataran en los hospitales generales, pues para algunos la especialización era una “tendencia a destruir esa unidad de la enfermedad que la mente filosófica siempre debe tener a la vista”, y establecía que tales recintos no ayudaban de ninguna manera a la educación de los futuros médicos ['Hospital Distress', 1860: 459].

De esta manera, a mediados del siglo XIX, el establecimiento de recintos dedicados a enfermedades, órganos y grupos de personas particulares no era una actividad impulsada por los médicos pertenecientes a cuerpos colegiados. La especialidad era considerada por algunos como una característica de las personas con mentalidad estrecha [Lawrence, 1985]. Sin embargo, la tendencia estaba marcada por una oposición a los hospitales especializados, más que a las especialidades médicas. En julio de 1860, un mes después del desacuerdo en el *British Medical Journal* apenas mencionado, se publicó en este mismo periódico una carta firmada por médicos y otros profesionales, en la que afirmaban su postura en contra de algunas instituciones especializadas. Entre ellos se encontraban, por ejemplo, Sir Benjamin C. Brodie (1783-1862), presidente de la *Royal Society* (Sociedad Real); Joseph Henry Green (1891-1863), miembro de la *Royal Society* y presidente del *Medical Council*; Thomas Mayo (1790-1871), médico presidente del *Royal College of Physicians*; John Flint South (1787-1882), presidente del *Royal College of Surgeons*; varios médicos de la reina Victoria, como su obstetra Sir Charles Locock (1799-1875); y los directores generales de los departamentos médicos de la armada y la marina.

En esta publicación, los autores se referían a algunos hospitales especializados como un “mal creciente” que terminaría “drenando grandes centros de instrucción clínica de sus mejores casos y de sus fondos al mismo tiempo” ['Special Hospitals', 1860: 582]. Al parecer, estos médicos se manifestaban en contra de una multiplicación y crecimiento de hospitales especiales, pero no negaban

cierta utilidad de las especializaciones y de dichos recintos al establecer que

“No deseamos que se suponga que ignoramos ciertas ventajas que indudablemente pertenecen a los hospitales especiales, reconociendo su poder educativo en un sentido limitado. Una docena de casos de cualquier enfermedad particular, vistos lado a lado, y bajo la luz que se dan unos a otros, sería indudablemente más instructivo que una docena de casos similares, observados a largos intervalos y bajo diferentes circunstancias. La comparación es un elemento poderoso en la correcta estimación de la enfermedad; y la comparación, sin duda, puede ser mejor proporcionada al estudiante en el hospital especial que en el hospital general” [*Ibid*: 582].

Lo que estos médicos proponían era el establecimiento de especialidades en salas dentro de los hospitales generales, para *observar* y *organizar* a la enfermedad. Para ellos, no había necesidad de hospitales especializados si la misma atención y tratamientos podían otorgarse en los hospitales generales, y más aún si la educación médica dependía de ellos. La proliferación de instituciones especializadas, de acuerdo con este grupo, sólo representaba un gasto innecesario en la construcción de instalaciones y en el pago de salarios que tarde o temprano, afectaría a los hospitales generales. La especialidad en el siglo XIX, era una habilidad que los médicos generales adquirirían con experiencia, y no necesariamente implicaba exclusividad laboral en un campo específico, sin embargo, su identificación con espacios hospitalarios -aunque fuera de un círculo de élite- la configuró de una manera institucional [Weisz, 2006].

1.4 Epilepsia, comunidad médica y hospitales.

¿Qué sucedía con la *epilepsia* en este ambiente médico y hospitalario? Para responder a esta pregunta, se tendrá que establecer primero a qué se refiere cuando se habla de *epilepsia* dentro de este contexto médico londinense de mediados del siglo XIX. Uno de los objetivos de este trabajo es, precisamente, intentar elucidar las relaciones entre enfermedad, médicos y un hospital en particular, pero esta tarea se complica cuando hay un acercamiento a la identificación, delimitación, definición y clasificación de las enfermedades durante este periodo de tiempo, lo cual depende de todo el sistema que hasta ahora se ha revisado, y no de las meras *observaciones* de los profesionales médicos. Las diversas dimensiones de la enfermedad que han identificado algunos autores en la medicina inglesa del siglo XIX, nos proporcionan herramientas para adentrarse en este estudio. Uno de los elementos considerado básico para la sistematización de las enfermedades era la sintomatología, y para intentar explicar brevemente este punto, se consultó un diccionario médico de 1844 utilizado en la enseñanza de

la profesión, para ver qué era lo que se decía de la epilepsia a mediados del siglo XIX en el ambiente médico profesional y educativo londinense.

La definición de epilepsia en 1844 por parte del médico James Copland (1791-1870), miembro del *Royal College of Physicians* y de la *Royal Society*, en su *Dictionary of Practical Medicine* (Diccionario de Medicina Práctica) dicta de la siguiente manera:

“Pérdida repentina de sensación y consciencia, con contracción espasmódica de los músculos voluntarios, pasando rápidamente a distorsiones violentas convulsivas, seguidas de sopor, recurriendo a los paroxismos de manera más o menos regular” [Copland, 1844: 785].

Para revisar esta definición de diccionario médico, me remitiré al paso previo en esta caracterización: su clasificación dentro de un sistema *natural*. Antes de definir a la epilepsia, Copland incluyó tres clasificaciones nosológicas: la propia, y las de los médicos John Mason Good y William Cullen (1710-1790). Un breve acercamiento a las definiciones de cada uno de estos autores puede darnos algunos elementos en la reconstrucción de la epilepsia dentro de la medicina inglesa que aquí nos interesa.

Hacia la década de 1760, William Cullen⁴, médico escocés, ubicaba su práctica médica dentro de un periodo histórico en el cual la atención estaba orientada hacia el *sistema orgánico*. Para poder llevar a cabo una adecuada práctica de las *artes curativas*, este médico creía que el arreglo de las enfermedades era crucial: debía realizarse una sistematización dividida en géneros y especies, fundada en la similitud y diferencia de los síntomas *obvios* y *observables* de cada una de ellas. Cullen denominó Nosología Metódica a esta organización, pues así como en la Historia Natural se identificaban caracteres para ordenar a los seres vivos, en la medicina las diversas circunstancias particulares, especificidades y síntomas -llamados *pathognomics*-, debían proporcionar elementos para la clasificación de las enfermedades del ser humano, enfocándose principalmente en el reconocimiento *preciso* de géneros y especies, sin importar tanto la división en clases y órdenes [Cullen en Thomson, vol I, 1827].

4 William Cullen (1710-1790) estudió Medicina en la Universidad de Glasgow, Escocia, siendo practicante en esa ciudad. A partir de 1751, fue profesor de química y medicina clínica en la misma Universidad y en la de Edimburgo. Una publicación del *British Medical Journal* del año 1875, lo coloca al frente de las “Celebridades Médicas de Edimburgo”, mostrando la influencia de sus trabajos en la educación y práctica médica escocesa -e inglesa- a finales del siglo XVIII y las tres primeras cuartas partes del XIX [‘The Medical Celebrities’, 1875].

Cullen realizó una división general de las enfermedades en tres clases: *Pyrexiae*, *Neuroses* y *Cachexiae*, además de un apartado denominado *Locales*. Para este autor, las enfermedades se distinguían por un solo síntoma o, con mayor frecuencia, por una concurrencia de ellos, que conformarían los caracteres para establecer un sistema de clasificación. Los síntomas representaban entonces los elementos tangibles, evidentes de la enfermedad, y Cullen les asignaba un carácter de *constantes* y *fijos* a aquellos que servían para la sistematización de entidades al establecer que eran el “objeto fijo de nuestra práctica, y el objeto principal” [Cullen en Thomson, vol. I, 1827: 453]. De acuerdo con él, las causas de una enfermedad no eran evidentes, y ya fueran próximas o remotas⁵, no constituían un sistema confiable de clasificación para su programa nosológico, pues estaban basadas en teorías que podían ser debatibles, no en observaciones “abstraídas de todo razonamiento” [Cullen en Thomson, vol I, 1827: 471]. En cambio, las causas -remotas, próximas, externas, internas, predisponentes y excitantes- eran importantes dentro de la Patología⁶ para el tratamiento y prevención de la enfermedad como estado alterno al de *salud* -estudiado por la Fisiología-, principalmente aquellas catalogadas como próximas.

Cullen, en su *First Lines of the Practice of Physic* (Primeras Líneas de la Práctica de la Medicina) en la década de 1780, colocó a la epilepsia dentro de su segunda clase, las *Neuroses* o enfermedades nerviosas. El autor establece que bajo este título, pretende comprender a

“[...] todas aquellas afecciones preternaturales del sentido o del movimiento [...] como parte de la enfermedad primaria [...] y todas aquellas que no dependen de una afección tropical de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso, y de aquellos poderes del sistema sobre los que el sentido y movimientos dependen de manera más especial [...] Éstas, de nuevo distingo, consisten ya sea en la interrupción y debilidad de los poderes del sentido y los movimientos, o en la irregularidad en la que estos poderes son ejercitados; y por lo tanto las he ordenado bajo los cuatro órdenes de *Comata*, *Adynamiae*, *Spasmi*, y *Vesaniae*” [Cullen en Thomson, vol. II, 1827: 330-331].

5 Cullen consideraba a los síntomas como los efectos últimos de una serie lineal de causas, las cuales podían dividirse en próximas y remotas. Una causa producía la siguiente, igual, decía Cullen, a como sucedía en los fenómenos naturales. Una causa se consideraba próxima si era inmediata a la producción de los efectos de la enfermedad, es decir, de los síntomas. Sin embargo, admitía el autor, la delimitación de ambas causas era la mayor parte del tiempo, una tarea difícil [Cullen en Thomson, 1827, vol. I].

6 La Patología, la Fisiología y la Terapéutica eran las materias constituyentes de las *Instituciones de la Medicina*, la manera de enseñarla en la Universidad de Edimburgo hacia la mitad del siglo XVIII [Cullen en Thomson, vol. I, 1827; Jacyna, 1995].

La unión de enfermedades bajo el título de *nerviosas* se debía a la idea de que este sistema⁷ era el lugar del sentido y el movimiento, así como del alma y, por lo tanto, de la voluntad⁸. El movimiento podía propagarse a través del sistema -del centro a las extremidades y en sentido contrario- debido al llamado “fluido nervioso”⁹, una entidad teórica de la que Cullen se servía para explicar este fenómeno, sin aventurarse a decir nada sobre su “fuente, naturaleza, o manera de actuar” [Cullen en Thomson, 1827, vol. I: 17]. El proceso que seguía el sistema nervioso *consciente* en la comunicación del movimiento ocurría de la siguiente manera: el impulso de un cuerpo externo actuaba sobre las extremidades sensibles de los nervios lo que daba lugar a una percepción y pensamiento que surgía en la mente, llamada sensación -la cual podía también surgir sin tal intervención de un cuerpo externo-. Ésta ocasionaba que la voluntad se dirigiera hacia ciertos fines, meta que se lograba a través de la contracción de las fibras musculares, también llamada *irritabilidad*. Sin embargo, los medios mecánicos de estas fases, aseguraba Cullen, estaban fuera de su alcance para conocerlos. En otras ocasiones, la comunicación en el sistema nervioso se daba sin la *consciencia* sobre ello, aunque el cerebro siempre era un elemento fundamental en el proceso [Cullen en Thomson, vol. I, 1827]. Uno de los elementos importantes en este breve análisis sobre el trabajo de Cullen, es el hecho de que para este médico existían diferencias en la irritabilidad entre las personas: aquellas que eran más “irritables” -por impresiones más “débiles”- eran más “movibles” que otras. Esta “movilidad” podía ser también una consecuencia del hábito y la costumbre. Las convulsiones eran explicadas por este médico como la evidencia de un incremento en la “movilidad” en un ser humano [Cullen en Thomson, 1827, vol. I: 65, 99].

Continuando con esta concepción de epilepsia, el autor la catalogaba dentro de su tercer orden, aquel de las afecciones espasmódicas o *Spasmi*, consistentes en un *motu abnormi*, es decir, en un

7 Para Cullen, el sistema nervioso consistía de cuatro partes, todas ellas formadas por “fibras”: el cerebro (conformado por la “sustancia medular” del cráneo y la cavidad vertebral), los nervios (en los que la sustancia medular continuaba), las extremidades sensibles de los nervios, y aquellas “extremidades movibles” o “fibras musculares” (capaces de mover y contraer las “partes sólidas y fluidas” del cuerpo) [Cullen en Thomson, 1827, vol. I: 15]. El médico resaltaba que la idea de que las fibras musculares eran una continuación de la sustancia medular no había sido mostrado por anatomistas, ni se había admitido universalmente por fisiólogos, pero que se supondría por el momento, y confiaba en después mostrarlo probable.

8 El alma, asiento de la voluntad, era para Cullen la entidad inmaterial sintiente y pensante que constituía parte integral del sistema nervioso. Algunas veces, la voluntad ejercía un “poder nervioso” o “poder animal” sobre el cerebro, motivo para que éste incitara el movimiento en alguna parte del cuerpo. Cullen estaba de acuerdo con Boerhaave y Haller al afirmar que el alma y el sistema nervioso actuaban una sobre la otra por una “necesidad física”. El autor renunciaba a un materialismo extremo en sus líneas al aceptar la existencia de esta relación [Cullen en Thomson, vol. I, 1827: 65, 21].

9 Cullen no se refería a esta entidad como un verdadero fluido secretado por el sistema, sino únicamente como “una condición de los nervios que los adecuaba para la comunicación del movimiento” [Cullen en Thomson, vol. I, 1827: 17].

“estado preternatural¹⁰ de la contracción y movimiento de las fibras musculares o del movimiento, en cualquier parte del cuerpo” [Cullen en Thomson, 1827, vol. II: 399]. Cullen arregló a las enfermedades espasmódicas de acuerdo a la manera en la que afectaban las diferentes funciones del ser humano: animales, vitales y naturales.

La epilepsia se encontraba dentro de las afecciones espasmódicas que afectaban a las funciones animales, como el movimiento. Cullen explicaba que la epilepsia era la forma principal y más frecuente en la que aparecían las convulsiones en el cuerpo humano, e intentaba definirla al escribir que consistía en “convulsiones en la mayor parte de los músculos del movimiento voluntario, junto con una pérdida del sentido, y terminando en un estado de insensibilidad y aparente sueño” [Cullen en Thomson, vol II, 1827: 412]. La forma general de la epilepsia en la descripción de Cullen se basaba en la ordenación de sucesos que se observaban: se manifestaba por ataques a personas que frecuentemente presentaban “aparentemente una perfecta salud”, algunas veces con una advertencia previa o *aura epiléptica*, que después de un tiempo pasaban, dejando a la persona en su estado anterior [Cullen en Thomson, 1827, vol. II: 413].

Para entender esta afección de acuerdo a su sistema patológico, el autor necesitaba entrar en el terreno de las causas, específicamente en aquel de las llamadas próximas, es decir, las que eran inmediatas a los síntomas dentro de una cadena de factores involucrados en la producción de la enfermedad. Esto era terreno difícil para Cullen, al considerar que los ataques repentinos eran “sin causa evidente” de “la universalidad y vehemencia de la agitación sin sensación; [y] la variedad e irregularidad del fenómeno” [Cullen en Thomson, vol. II, 1827: 414]. Sin embargo, explicaba la causa próxima como la afección de la energía del cerebro, “ordinariamente bajo la dirección de la voluntad, que aquí [...] era impedida por causas preternaturales” [Cullen en Thomson, 1827, vol. II: 415]. Cullen admitía desconocer la condición mecánica del cerebro bajo la voluntad en un estado ordinario, por lo que su estado irregular era igualmente ignorado. El autor no podía proponer un tratamiento, dado que éste -de acuerdo a su sistema- debía depender del conocimiento de las causas próximas; sin embargo, una atención cuidadosa a las causas remotas podía proporcionarle una dirección sobre la cual formular un posible remedio. De esta manera, se hacía manifiesta la concepción de que la causa próxima se encontraba de alguna manera relacionada con la energía del cerebro, y que existía algo más en la

¹⁰ Este estado preternatural se refería únicamente al movimiento “irregular e involuntario” de los músculos que se encontraban bajo la influencia de la voluntad, cuyo estado saludable era precisamente éste: moverse solamente por el “poder de la voluntad” [Cullen en Thomson, vol II, 1827: 399].

cadena causal que requería la atención del médico patólogo.

Las causas remotas, elementos en los que entonces se centraba la atención del médico, podían considerarse como ocasionales o predisponentes. Las primeras se referían a las que estimulaban y excitaban directamente -o remotamente desde alguna parte del cuerpo- la energía del cerebro; las segundas, a aquellas que la debilitaban. Las causas del estímulo se dividían en mecánicas, químicas, mentales y de sobredistención. Los estimulantes mecánicos ejercían un efecto material en el cerebro, sus membranas o el cráneo, por ejemplo, las heridas ejercidas por algún instrumento; los químicos eran abscesos y fluidos -de color acre por el estancamiento- que se alojaban en algunas partes de este órgano; los mentales, todas las emociones violentas como la alegría o la ira. Esta última emoción podía también tener una consecuencia inmediata en el sistema de la sangre, dando el estímulo para la sobredistención de los vasos sanguíneos, permitiendo la entrada de sangre a la cabeza de manera violenta y en mayor cantidad. Este último fenómeno también podía ser ocasionado por eventos tales como el calor del sol, el ejercicio violento, una intoxicación o algún exceso en algo. De igual manera, un ataque epiléptico podía producir un ataque similar en un testigo debido a la *fuerza de imitación*, de acuerdo con Cullen, *naturalmente* humana. La imaginación también podía producir un paroxismo real, así como cualquier evento inesperado que causara una emoción intensa, o una impresión en algún lugar del cuerpo que generara dolor o placer excesivo. La epilepsia podía también derivarse de otra condición primaria, por ejemplo, de la primera dentición, y de la acidez o la presencia de *lombrices* en el canal digestivo [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

La predisposición a la enfermedad a la que se refería Cullen se manifestaba principalmente en el estado de la mente:

“[...] si la persona es fácilmente eufórica por la esperanza, si es fácilmente deprimida por el miedo, y pasa de manera sencilla y rápida de un estado al otro; si fácilmente se alegra, y está dispuesta a la alegría, y de igual manera provocada a la ira, y malhumorada; si propensa de ligeras impresiones, a emociones intensas” [Cullen en Thomson, vol. II, 1827: 425].

Esta *disposición* debía estar necesariamente conectada con un estado análogo del cerebro, con la movilidad de las impresiones y emociones. Dicho estado dependía de la debilidad o irritabilidad de la persona -de un estado *pletórico*¹¹ del cuerpo-, por lo que, de acuerdo con Cullen, las mujeres y niños

11 El estado *pletórico* implicaba una laxitud de los sólidos y por lo tanto, una debilidad en las fibras del movimiento, cuya tonicidad dependía de las tensiones en ellas. Esta tensión estaba a su vez condicionada por la cantidad e ímpetu de

eran sujetos frecuentes de esta enfermedad, al igual que las personas con constitución melancólica, de cabello seco y negro, de complexión amarillenta-café, y mirada entorpecida. La epilepsia era para Cullen, una enfermedad que se afianzaba y se volvía incurable debido al constante hábito de los ataques a ocurrir en el cuerpo [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

El autor, a través de sus obras, recorría la nosología y la patología de esta enfermedad de acuerdo a sus sistemas dentro de la práctica médica continuando con el tercero, aquel referente a la terapéutica. La respuesta, como él mismo había mencionado, se encontraba en el conocimiento de las causas remotas, dado que las próximas continuaban siendo desconocidas para las *artes curativas*, situación que reconocía, limitaba su acción sobre esta afección.

El tratamiento debía estar de acuerdo a si la enfermedad era simpática o idiopática. En el primer caso, la epilepsia era efecto de una afección primaria localizada en una parte remota del cuerpo -como lombrices en el tracto digestivo, o dentición- la cual debía ser removida para su cura. Sin embargo, en los casos en donde existía un *aura* que se propagaba a lo largo de, por ejemplo, una extremidad, dicha parte podía ser removida, cauterizada o apretada con una ligadura, para prevenir el efecto de esta *aura* en el desencadenamiento del ataque. Cullen afirmaba que prevenir un ataque rompía con el *hábito de la enfermedad*, situación que era deseable para impedir la continuidad de los paroxismos. En el segundo caso, aquel de la epilepsia idiopática, las causas *ocasionales* y *predisponentes* debían removerse para evitar los ataques epilépticos. Las causas ocasionales eran por ejemplo, aquellas impresiones que causaban emociones intensas o pasiones en la mente, por lo que debían resguardarse de los pacientes con epilepsia, mientras que la remoción de las causas predisponentes representaba para Cullen la “Cura Radical” a esta enfermedad [Cullen en Thomson, 1827, vol. II: 430].

Esta *Cura Radical* podía lograrse si se *corregía* el estado pletórico del sistema a través de varios métodos, uno de los cuales era llevar un régimen controlado de ejercicio y dieta abundante, pues la inanición era para Cullen una causa de este estado. Dejar sangrar al paciente¹² era también un método para el tratamiento del estado pletórico y por lo tanto, de la epilepsia, sin embargo, no era utilizado para todas las circunstancias, sólo para aquellas en las que ocurriera una *turgencia* del sistema sanguíneo. La debilidad, que tenía como consecuencia episodios de epilepsia, podía remediarse siempre y cuando se

fluidos en los vasos sanguíneos [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

12 Cullen creía en la efectividad de este tratamiento al tener el efecto de evitar la formación de *efectos mórbidos* en el cuerpo [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

hubiera adquirido a lo largo de la vida, pues si era una conformación hereditaria, tal vez no había manera de hacerlo. Para corregir esta debilidad, el paciente debía estar expuesto a baños fríos frecuentes, aire fresco, ejercicio, y al uso de astringentes y tónicos. El principal tónico al que se refería Cullen era el miedo¹³, así como algunos metales¹⁴ y baños fríos; los astringentes estaban representados por ciertos vegetales¹⁵; y el uso de algunos antiespasmódicos¹⁶ se mostraba efectivo algunas veces.

Podemos ver entonces que para Cullen, la epilepsia se identificaba y diagnosticaba con base en síntomas tales como movimientos involuntarios del cuerpo y pérdida de la consciencia. Sus causas próximas eran desconocidas, sin embargo, estaban estrechamente relacionadas con un estado preternatural de la relación voluntad-cuerpo, y con la misma *naturaleza* de cada ser humano: debilidad, irritabilidad, movilidad. Los medios que este médico recomendaba para su tratamiento y cura se basaban únicamente en las causas posibles de conocer, es decir, las remotas, asegurando que una gran variedad de instancias podían dar lugar a los síntomas característicos de esta afección, cuyo tratamiento dependería precisamente de dichas causas.

Continuando con la revisión de las clasificaciones y concepciones de epilepsia contenidas en la definición de diccionario de Copland, nos encontramos ahora con la escrita por el médico John Mason Good en su *System of Medicine* de la década de 1820. En el primer volumen de su tratado, Good hizo una analogía de la labor del médico con la de un trabajador de maquinarias: éste, para tener éxito en la restauración del orden en una máquina, debía poseer conocimientos sobre su estructura, sus varias partes y las relaciones entre todas ellas. Así, el médico debía poseer estos conocimientos para lograr un trabajo efectivo sobre el cuerpo enfermo. La clasificación de enfermedades de Good estaba basada en las funciones y sistemas a las que afectarían, y de esta manera las dividió en cuatro clases: *Cœliaca* (enfermedades de la función digestiva), *Pneumatica* (enfermedades de la función respiratoria),

13 El miedo, según Cullen, actuaba de manera general como debilitante, pero utilizado en un grado moderado operaba como tónico eliminando los movimientos convulsivos, tal como mostraba el hecho de que el hipo desaparecía infringiendo miedo en las niñas y los niños. El miedo también tenía una influencia en el sistema sanguíneo ocasionando el cese de sus actividades. Otro tónico importante para Cullen era la *corteza peruana*, la cual era prometedora pero también había fallado en algunos casos [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

14 Por ejemplo el arsénico, el estaño, el hierro y el mercurio. En opinión de Cullen, no eran efectivos en todos los casos de epilepsia, a diferencia del cobre, que representaba al parecer el medio más eficaz en su forma de *cuprum ammoniacum* [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

15 Por ejemplo, el llamado *Viscus quercinus* no representaba para Cullen un tratamiento efectivo, siendo “más especialmente útil en tiempos antiguos, cuando era objeto de superstición” [Cullen en Thomson, vol II, 1827: 434].

16 Los antiespasmódicos provenían de productos animales como el almizcle, o de vegetales como el opio, el cual se prescribía de acuerdo al estado plétórico del paciente [Cullen en Thomson, vol. II, 1827].

Hæmatica (enfermedades de la función sanguínea), y Neurotica (enfermedades de la función nerviosa) [Good, 1825].

Para los objetivos de este trabajo, la última categoría es de especial interés. Good dividió a la clase Neurotica en cuatro órdenes: Phrenica (afectando el intelecto), Æsthetica (afectando la sensibilidad), Cinetica (afectando los músculos), y Systatica (afectando varios o todos los poderes sensoriales simultáneamente). La epilepsia para este médico estaba catalogada dentro del orden Systatica, que incluía géneros como Agrypnia (insomnio), Dysphoria (inquietud, agitación), Cephalæa (dolor de cabeza), Dinus (mareo), Syncope (síncope), y Syspasia (espasmo comatoso). La epilepsia, junto con la histeria y las convulsiones, eran especies del último género, Syspasia [Good, 1825].

La función nerviosa era para Good “la más superior de los seres visibles”, abarcando “los poderes del intelecto, la sensación y el movimiento muscular” que eran “diversidades de la energía vital” y dependían “del órgano del cerebro” [Good en Cooper, 1829: 1-2]. Este cerebro consistía de tres divisiones principales: el *cerebrum* (o cerebro propiamente), el *cerebel* (o pequeño cerebro), y la *oblongated marrow* (medula oblonga). La médula espinal era para Good una continuación del cerebro que se extendía por la columna vertebral, y bajo el microscopio, el tejido de este órgano parecía ser fibroso y estar compuesto de una acumulación de glóbulos. De la parte baja del cerebro, así como de la médula oblonga y la médula espinal, surgían cuerdas (o fibras largas) de color blanco, consistencia pulposa, capaces de ser divididas en filamentos más pequeños, y cubiertas por membranas: los nervios. Estos filamentos transmitían diferentes tipos o modificaciones del “poder viviente a diferentes partes del cuerpo, [mantenían] una comunicación perpetua con los órganos más remotos, y [daban] movilidad a los músculos” [Good en Cooper, 1829: 5]. Pero su distribución variaba, siendo los órganos del sentido y del movimiento voluntario aquellos en donde abundantemente se encontraban: en los primeros, su procedencia se ubicaba en la base del cerebro; en los segundos, de la médula espinal.

Como se mencionó anteriormente, esta afección se categorizaba dentro del género Syspasia, y consistía en la “agitación espasmódica y distorsión, principalmente de los músculos de la cara, sin sensación o consciencia: recurrente en periodos más o menos regulares” [Good en Cooper, 1829: 569]. El poder muscular era afectado en menor medida -aunque no siempre-, que el sensible e intelectual. La epilepsia se dividía a su vez en tres *variedades*: cerebralis (la cerebral, que atacaba abruptamente sin ninguna agitación evidente, y su causa predisponente era la violencia externa o alguna lesión interna o

enfermedad de la cabeza), comitata (catenaria, producida por una acción mórbida de una parte remota con la sensación de un vapor frío ascendente hacia la cabeza, o con alguna otra advertencia), y complicata (complicada, las extremidades se volvían fijas y rígidas, con agitación clónica de algunos órganos). Las causas de la enfermedad podían ser mentales o corpóreas, al igual que en la histeria y en las convulsiones, sin embargo, la producción de un ataque epiléptico dependía para este médico de una diátesis o predisposición particular, dependiente del estado del órgano nervioso [Good en Cooper, 1829].

Cuando esta tendencia existía, “casi cualquiera de las pasiones o emociones mentales, cuando violentas, [eran] suficientes para ocasionar un paroxismo, como la ira, el duelo, el miedo [y] la consternación” [Good en Cooper, 1829: 570]. Dicha propensión posibilitaba que cualquier irritabilidad corporal, por ligera que fuera, se convirtiera en una causa excitante de un ataque, por ejemplo, ciertos estados de diferentes partes del cuerpo¹⁷ como la cabeza, el estómago, los intestinos, el hígado, el útero, la presencia de lombrices, y de sustancias extrañas -los alcohólicos eran para Good sujetos frecuentes de esta afección. En qué consistía tal tendencia no era un tema claro y mucho menos resuelto para el autor, pero la causa más frecuente se encontraba en la misma cabeza, cuando en las exámenes *post mortem* aseguraba encontrar estructuras mórbidas o secreciones *enfermas*, las cuales podían ser causas predisponentes u ocasionales -o incluso efectos- de dicha afección.

En la variedad cerebral, aseguraba Good, el daño a los sentidos internos y externos era “de lo más sorprendente”, resaltando al mismo tiempo que existía una gran diversidad entre individuos. Este daño se refería por ejemplo al nervio óptico, a los músculos involucrados en el habla, y a las articulaciones, causando que “la totalidad del sistema pueda ocasionalmente” estar exhausta y tener como consecuencia “manía, idiotéz o [...] la muerte misma” [Good en Cooper, 1829: 574-575].

En la variedad catenaria era común una advertencia o *aura epiléptica*, descrita como la sensación ascendente de un vapor frío que se originaba en alguna parte del cuerpo, sobre la que Good reconoció no saber nada. Sin embargo, la individualidad era también un factor importante en esta variedad, pues dicha *aura* podía surgir de diferentes partes en distintos individuos, como “los pies, las manos, los dedos, el pulgar, el primer dedo del pie, las piernas, los brazos, [y] la corona de la cabeza”, e incluso

17 Good basaba este argumento en las disecciones realizadas por numerosos médicos. Por ejemplo, para Joseph Wenzel el principal órgano afectado era el cerebelo; para el Dr. Prout de París, eran las lombrices en los intestinos; para el Dr. Cook, no existía ningún rastro anatómico de la enfermedad [Good en Cooper, 1829].

ser diferente como tener “una pesadez en los ojos, dolor, calor y centellos [...] u objetos ilusorios ante la vista” [Good en Cooper, 1829: 575]. Sir Clifton Wintringham, decía Good, utilizaba la descripción del *aura* para determinar el tipo de epilepsia: sintomática o idiopática.

La epilepsia complicada era cuando los paroxismos ocurrían con violencia. Ocasionaba efectos como el quiebre de uno o más dientes, el daño de arterias, venas, y el corazón, todo esto debido a los músculos afectados durante el paroxismo por su acción “irregular y clónica” [Good en Cooper, 1829: 576]. En todas estas variedades, el paroxismo era caracterizado por ocurrir en periodos irregulares y de corta duración. Eran, de acuerdo con Good, de frecuencias variables, “con la revolución de la mañana o incluso de la noche; en un caso seis veces en un solo día; y en otra, en la revolución del cumpleaños de cada uno de los padres del paciente, [...] y ocasionalmente influenciada por las fases de la luna” [Good en Cooper, 1829: 577]. La epilepsia era para este autor, al igual que para Cullen, consecuencia del establecimiento de un ciclo de acciones, ocasionalmente hereditarias o congénitas, ésta última en los casos en los que la madre había sufrido *miedo* durante el embarazo.

Good proponía que el tratamiento de esta afección debía basarse en quitar la causa excitante y disipar la irritación del sistema nervioso. Si existía una congestión sanguínea en el cerebro, una venodisección era recomendable, así como el uso de sustancias como la coloquintida, la gambogia, el sulfato de magnesia, y el calomelano (cloruro mercurioso); y cuando la epilepsia era consecuencia de la presencia de lombrices, el remedio utilizado era el aceite de turpetina. Durante los paroxismos y sus intervalos, era recomendable vaciar agua fría en todo el cuerpo o en la cabeza [Good en Cooper, 1829]. Se utilizaban sustancias con aparentes efectos estimulantes y catárticos, como el *Muscus agaricus* tomado con vinagre. Existían también remedios que se frotaban en el cuerpo, tales como preparaciones de amoniaco, alcanfor, la cantárida, y el unguento de antimonio. La cauterización en las extremidades de las cuales *surgía* el *aura epiléptica* era un remedio utilizado al parecer con frecuencia, sin embargo, atar esta extremidad daba como resultado el mismo efecto -de la misma manera como se trataba la mordida de serpiente de cascabel. Y cuando se ubicaba un *desequilibrio orgánico* en la cabeza, éste por lo general, no se encontraba dentro de las posibilidades de intervención quirúrgica, aunque de acuerdo con Good, existían casos que proclamaban éxito en este sentido¹⁸. Estos cambios anatómicos del cerebro eran para este médico prueba suficiente para insistir que la epilepsia era una enfermedad relacionada con este órgano, y no por ejemplo, con la médula espinal [Good en Cooper, 1829].

18 Good establecía que había casos registrados, y una instancia de éxito se relacionaba con el Dr. Rogers de Nueva York [Good en Cooper, 1829].

Para disipar la irritabilidad del sistema nervioso, Good mencionaba el uso de agentes sedantes y tónicos: de los primeros siendo ejemplos el alcanfor, la valeriana, plantas del género *Hyoscyamus*, el estramonio, el opio y las digitales; de los segundos, variedades metálicas y vegetales como el muérdago del roble, la chinchona, el mercurio, el zinc, el arsénico, el níquel, y las preparaciones de cobre y plata, particularmente el nitrato de plata y el *cuprum ammoniatum*. Good aludía al extenso uso del nitrato de plata como tratamiento para pacientes con epilepsia en el hospital londinense *St. Bartholomew*, bajo la prescripción del médico Richard Powell, quien lo suministraba en pastillas y en solución, utilizando como solvente agua de menta para ocultar su desagradable sabor. Basado en este tratamiento, la cura perfecta según Good, ocurría a menudo entre jóvenes de 9 a 15 años de edad, de acuerdo con un reporte realizado para el *London College*, en el que la dosis indicada consistía de no más de medio *grano* -o uno entero- de la sal metálica cada cuatro horas, incrementándolo a 3 o 4 granos en el mismo intervalo¹⁹. El subcarbonato de hierro era otro remedio de origen metálico. Los tónicos, se creía, quitaban la tendencia a la acción nerviosa *irregular*, y por consiguiente la tendencia al regreso del paroxismo una vez que el hábito se había establecido. De acuerdo con esta visión, cualquier remedio que rompiera con dicho hábito era recomendable en el tratamiento de la epilepsia [Good en Cooper, 1829].

Lo que se indicaba entonces era iniciar un nuevo ciclo de acciones. Pero las causas excitantes de la epilepsia eran para Good tan numerosas y la enfermedad tan complicada, que no se debía esperar un éxito con todas las medicinas en todos los casos: los remedios debían variar constantemente para encontrar el adecuado para el paciente. A pesar de esto, en algunos casos la epilepsia era irremediable.

Los tratamientos se aplicaban también durante los paroxismos. Un ejemplo de esto era extender las extremidades y dedos del paciente, el cual ejercería fuerza para oponerse a esto y ocasionaría que la acción violenta de los músculos involucrados en la respiración cedieran, y el paroxismo terminara, como si el cuerpo fuera un sistema hidráulico en cuestiones de fuerza muscular. Otra forma de actuar durante el ataque, era dejar que un asistente presionara con la mano cerrada las partes blandas del abdomen contra la espalda. Good reconocía que la explicación teórica de esta práctica no necesitaba ser examinada, pues el plan funcionaba exitosamente [Good en Cooper, 1829].

La última concepción a revisar es la del autor del diccionario: el médico James Copland. Éste

¹⁹ El incremento continuaba hasta que la enfermedad o cualquier otro inconveniente lo prohibieran.

catalogaba a la epilepsia dentro de la segunda clase de su sistema de clasificación de enfermedades, dentro de aquellas “consistentes de un incremento mórbido de la función de un órgano o parte surgiendo principalmente de una irritación local o excitación, o de causas produciendo una distribución irregular de la fuerza vital, especialmente en sujetos delicados e irritables”; y en el tercer orden, las “enfermedades espasmódicas y dolorosas resultantes de una acción inordinada de las fibras musculares, causadas principalmente por la irritación arraigada en, o afectando alguna parte del sistema nervioso orgánico” [Copland, 1844: li, liii]. La epilepsia constituía la primera especie del quinto género, las “enfermedades convulsivas y espasmódicas causadas por irritación del cerebro, espinal dorsal, o sus membranas” [Copland, 1844: lv].

La clasificación de las enfermedades para Copland -publicada por primera vez en 1822-, se basaba en la *Fuerza Vital*, que se manifestaba y accionaba a los diferentes órganos y sistemas del cuerpo, visto como una maquinaria. La enfermedad era para este médico el resultado de causas que afectaban las condiciones de esta fuerza, y la visión de un órgano y sistema como entidad aislada no resultaba eficaz en la práctica, poniendo de esta manera un especial énfasis en la totalidad del cuerpo y en la particularidad de los individuos al estudiar y tratar sus enfermedades, pues condiciones como la edad, el sexo, la estación del año, el clima, y numerosas circunstancias domésticas, sociales e higiénicas de las comunidades, eran elementos variables y en constante cambio que debían tomarse en cuenta al visitar a un paciente [Copland, 1844].

Para Copland, la naturaleza y el tratamiento de la epilepsia se conocían de manera *imperfecta*, estableciendo que probablemente no existía otra enfermedad en la que el tratamiento fuera tan empírico. No era una entidad completamente delimitada, sino un grupo de fenómenos mórbidos con una gran variación en su forma e intensidad, aproximándose a otras acciones mórbidas del sistema nervioso y a menudo convirtiéndose en ellas. Para estudiarla, se debía poner atención en los fenómenos que precedían a su aparición, en los signos que indicaban cuándo el paroxismo estaba por ocurrir, en el paroxismo, en los fenómenos que le seguían, y en los intervalos entre los ataques. Copland utilizó a numerosos autores para tratar de explicar cada uno de esos puntos [Copland, 1844].

Dentro de los fenómenos que precedían a su aparición, Copland se basaba en autores como Samuel-Auguste Tissot (1728-1797) y Lazarus Riverius (1589-1655), estableciendo que de acuerdo con investigaciones previas, la epilepsia no ocurría a menudo en personas “perfectamente sanas”, sino en

aquellas que habían tenido por ejemplo, convulsiones durante su primera dentición, erupciones en su vida temprana, enfermedades de la cabeza, afecciones violentas del temperamento, desórdenes de la mente, indulgencia a las pasiones, enfermedades del oído, afecciones del sistema glandular y linfático, lombrices e histeria, situaciones que se veían como causas que predisponían o excitaban a la enfermedad. La epilepsia se establecía paulatinamente en el individuo, teniendo como síntomas previos temblores, calambres, vértigo, parálisis parciales, tartamudeo, palpitaciones, epistaxis o lesiones en la cabeza [Copland, 1844].

Algunas veces, podían describirse fenómenos premonitorios al ataque epiléptico, principalmente en la forma sintomática de la enfermedad -no siendo igual en la idiopática, ni en la hereditaria. Copland escribió una lista de tales signos, entre los cuales se encontraban por ejemplo, una sensibilidad incrementada, una sensación de hormigueo en alguna parte del cuerpo, turgencia de los vasos sanguíneos de la cabeza, enrojecimiento de la cara, una mirada ansiosa o fija, un dolor en la cabeza, palidez de la cara y labios, un sueño profundo, insomnio, una pesadilla, una sensación de hundimiento cuando se está empezando a dormir, irritabilidad o disposición a la ira, alucinaciones, serenidad de la mente, un sentimiento de fuerza fuera de lo común, confusión, un impulso irresistible de correr, pérdida temporal de la visión, escuchar sonidos, percepción mórbida de colores, olores o sabores, estornudos violentos, hipo, desmayos, gran voracidad por la comida, náuseas, y el *aura epiléptica* [Copland, 1844].

La descripción del ataque era para Copland el núcleo que definía a la epilepsia. Observar un ataque o escuchar una descripción era en última instancia, lo que llevaría a un médico a diagnosticarla y tratarla. Para este médico, solo durante los paroxismos se observaban los síntomas característicos de la enfermedad, y podían variar enormemente: ser tan violentos “hasta dar miedo”, o ser tan ligeros y momentáneos como para apenas poder observarlos, con todos los grados intermedios [Copland, 1844: 786]. Esta distinción “arbitraria” era lo que constituía el Gran y Petit Mal, categorías adoptadas por los médicos franceses Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), Achille-Louis Foville (1799-1878), Gabriel Andral (1797-1876) y Loius Florentine Calmiel (1798-?) [Copland, 1844: 786].

El paroxismo más violento podía dividirse, de acuerdo con Copland, en tres etapas: la primera, de “rigidez tetánica”, comenzaba después de los signos premonitorios -en caso de presentarse-, e iniciaba generalmente con un grito o exclamación, cayendo instantáneamente si el paciente se encontraba de

pie. El cuerpo se hacía rígido, la cabeza se echaba para atrás, con los ojos generalmente abiertos, con las extremidades igualmente rígidas, y contracciones en el tórax y el abdomen. El pulso podía ser irregular, natural, o más lento que lo usual, y algunas veces ocurrían erecciones involuntarias en los hombres. La cara se volvía pálida, y a menudo una mitad del cuerpo se veía más afectada que la otra; en la segunda etapa, o “aquella de la convulsión”, los fenómenos eran muy similares a la forma tónica de la convulsión, seguida por una “profunda insensibilidad”. La cabeza era lanzada en todas direcciones, los vasos sanguíneos del cuello y cabeza se hinchaban, las cejas, frente y cuero cabelludo se contraían, los párpados convulsionaban, las pupilas se dilataban o contraían, los dientes rechinaban e incluso podían romperse por la fuerza ejercida en las mandíbulas, los dedos y pies se curvaban, y una aparente sofocación y un arrojado de espuma blanca por la boca eran algunas de las características de esta etapa, que junto con la primera tenían una duración de 15 o 20 minutos, provocando la muerte si se prolongaban más que esto. La tercera etapa era de colapso, la de mayor duración, caracterizada por la continuidad de la pérdida de conciencia, por la desaparición de las convulsiones, y por el profundo sueño en el que el paciente caía. Cuando despertaba, podía quejarse de dolor de cabeza, extremidades, fallas en el habla y no recordar lo que había sucedido durante los ataques [Copland, 1844: 786-787].

La frecuencia de los paroxismos era en extremo variable, pudiendo ocurrir varios en el mismo día, o pasar incluso años. Pero cuando ocurría mensualmente, a menudo coincidía -de acuerdo con Copland y basándose en Galeno- con la luna nueva o la luna llena, siendo este fenómeno más frecuente en mujeres, cuya conexión con la enfermedad podía ser de *naturaleza* uterina [Copland, 1844]. Los ataques ligeros -también llamados *imperfectos* o *Petit Mal* por Copland- podían preceder al completo desarrollo de la enfermedad por meses. Consistían generalmente de una breve pérdida de la conciencia y la convulsión de algunos músculos por tan sólo unos segundos, incluso sin caer al suelo y sin una pérdida completa de la conciencia [Copland, 1844].

Para este autor, las consecuencias de la epilepsia eran numerosas. Entre ellas se encontraba el hecho de que las personas afectadas durante un largo periodo de tiempo, adquirirían una fisionomía particular, debida principalmente a la distensión de los vasos sanguíneos de la cabeza y a las convulsiones de los músculos de la cara durante los paroxismos. Esta complexión la describía Copland -basándose en Areaus- como pálida o triste, con mirada débil y abatida, y de acuerdo con los escritos de Dumas y Esquirol, también los caracterizaba como de facciones toscas, labios gruesos, párpados hinchados, ojos inestables, mirada vaga, mejillas pálidas y con los músculos de la cara susceptibles a

tics, así como las funciones de la vida orgánica lánguidas. Otras consecuencias incluían ataques violentos de *manía*, que algunas veces seguían a los paroxismos. Aunque Copland estaba en desacuerdo con el uso de métodos numéricos en la medicina, utilizaba algunas proporciones cuando hablaba de esta enfermedad; por ejemplo, establecía que de 289 pacientes con epilepsia en el hospital francés *Salpêtrière* en el año 1813, 80 eran “maníacos”, y 56 se encontraban en “varios estados de alienación mental e idiotez” [Copland, 1844: 789].

La duración de la enfermedad era variable, y dependía de numerosas circunstancias relacionadas con el régimen y hábitos del paciente. Las personas con epilepsia eran adictos a la “indulgencia de los apetitos”²⁰ refiriéndose a la comida, al sexo y a la masturbación, y según Copland, estos excesos debían suprimirse, pues inducían a las consecuencias no deseadas de la enfermedad, como la manía. Existían causas predisponentes de la epilepsia, como la “disposición hereditaria”, que incluía a la madre, el padre, los abuelos y tíos. Basándose en los estudios de Esquirol, Copland mencionaba que de 321 casos de “locura epiléptica”, 105 eran descendientes de padres y madres “locos” o epilépticos. La predisposición podía también ser congénita y atribuirse a una peculiaridad de constitución o “idiosincrasia”, siendo la niñez y la pubertad las etapas más vulnerables, pues de acuerdo con el autor, eran los periodos en los que los sistemas nerviosos y musculares estaban dotados de la más grande sensibilidad e irritabilidad, siendo las mujeres sujetas con mayor frecuencia a la epilepsia que los hombres [Copland, 1844: 789].

Copland se posicionaba a favor de la visión de Foville al establecer que la enfermedad prevalecía más en las clases *inferiores* que en las *superiores*, y que los temperamentos melancólico y pletórico eran los de mayor disposición a ella. Una actividad incrementada de las *facultades mentales*²¹ y estados de la mente exaltados, también representaban algunas causas predisponentes [Copland, 1844].

Las causas ocasionales eran numerosas y variadas, y causaban un primer ataque de diversas

20 De acuerdo con esta “indulgencia de apetitos”, Copland aseguraba que la enfermedad prevalecía en algunos países más que en otros. Tal era el caso de Rusia, Alemania, Polonia, Italia y Francia, en contraposición con Inglaterra y Estados Unidos [Copland, 1844: 790].

21 Copland hacía referencia a que varios fisiólogos en Francia eran de la opinión de que el desarrollo de tales facultades tenía una estrecha relación con la extensión y número de circonvoluciones de los hemisferios cerebrales, y con la profundidad de sus anfractuosidades [Copland, 1844]. De la misma manera, Temkin aseguró que Charles Bell (cirujano inglés del que se hablará más adelante) proponía que las partes superficiales del cerebro eran el lugar de las *funciones* intelectuales [Temkin, 1971]. Berrios manifestó que antes del siglo XVIII, la palabra *facultad* se refería a *operaciones* atribuidas al alma, y durante el siglo XVIII la noción de facultad como *función* independiente (percepción, atención, memoria) apareció en trabajos como el del filósofo alemán Christian Wolff (1679-1754) [Berrios, 1996].

maneras, por ejemplo, cambiando la condición física y la circulación del encéfalo, y afectando la influencia y la circulación orgánica nerviosa del cerebro. Estas causas podían ser entonces lesiones en la cabeza, como fracturas, contusiones, tumores, inflamación y hemorragias; afecciones de la mente como alegría, imaginación, enojo, terror, duelo, ansiedad, nostalgia, decepciones, amor, insomnio, pesadillas, y ver a otras personas durante un paroxismo; e indulgencia de excesos como en la comida, licor, café, aire impuro, lugares concurridos, y narcóticos. Otras causas ocasionales eran las denticiones, la presencia de lombrices en el intestino, y desórdenes de otros órganos y nervios *remotos* que ejercían una influencia sobre la predisposición del paciente. La imitación de los ataques era registrada con frecuencia, sin embargo, Copland creía que esto no constituía una verdadera epilepsia a menos que la persona imitadora fuera en verdad propensa a ella [Copland, 1844].

Las variedades de la enfermedad que proponía Copland tenían el objetivo de establecer tratamientos apropiados de acuerdo a las características de la enfermedad en el transcurso del tiempo. De esta forma, era dividida en Formas Simples, Variedades Simpatéticas y Complicaciones. Las *formas simples* eran frecuentes en pueblos “manufactureros”, se observaban en “constituciones débiles”, en personas empleadas en fábricas, adictas al onanismo, con deficiencia sanguínea y hábitos pletóricos [Copland, 1844: 792]. La *epilepsia simpatética* estaba asociada con desórdenes de otros órganos que ocasionaban una irritación en el sistema nervioso; y la *epilepsia complicada*, estaba constituida por las consecuencias de los grados avanzados de aquellos cambios de los que los paroxismos dependían, o bien, podían ser exaltados por la repetición de numerosos ataques. Entre las complicaciones que podían presentarse posterior o anteriormente a los ataques epilépticos se encontraban la apoplejía y la parálisis. La histeria y la corea por otro lado, algunas veces se consideraban como enfermedades que terminarían por convertirse en epilepsia.

Copland resaltaba la importancia de las asociaciones anatómico-mórbidas encontradas en el cerebro y el cráneo de los pacientes con epilepsia examinados después de su muerte, sin embargo, algunas de estas lesiones eran independientes de cualquier afección, y la apariencia de tales estructuras podía variar dependiendo del momento en el que se habían observado y el tipo de epilepsia que se estaba estudiando. Cuando se examinaba a una persona que había fallecido durante un ataque, Copland aseguraba que “la sustancia y membranas del cerebro y cerebelo” estaban cargadas con “sangre oscura”, mientras que en los casos complicados podía existir una “induración” de la sustancia medular del cerebro, una dilatación de los vasos sanguíneos, una estructura medular suave, tumores y abscesos

[Copland, 1844: 796]. En los estados simpáticos se encontraban alteraciones de la medula oblonga y en los órganos con los que la enfermedad estaba relacionada, como el útero, el estómago, los intestinos, el hígado, etc.

Algunas circunstancias que se encontraban conectadas con la epilepsia y que estaban “totalmente establecidas” eran, de acuerdo con el autor: a) que la epilepsia podía depender totalmente de la inanición, o de una cantidad o calidad deficiente de la sangre; b) que podía deberse a un estado opuesto; c) que pocas veces ocurría en personas cuyos órganos y sistemas funcionaban regularmente; d) que la enfermedad simple y temprana no dependía de lesiones perceptibles por “nuestros sentidos inasistidos”, a menos que tal lesión se alojara en la medula oblonga, o en las glándulas pineales o pituitarias, partes que incluso podían ser afectadas sin manifestar cambios materiales; e) que una congestión de los vasos sanguíneos cerebrales era evidente en la segunda etapa del ataque, pero que no era la causa del ataque, sino un fenómeno ocasionado por la interrupción de las acciones respiratorias y la acción espasmódica del sistema muscular [Copland, 1844: 797].

Copland citó al Sr. Mansford, quien suponía que los “fluidos nerviosos y electromotrices” eran idénticos, y que el cerebro los generaba constantemente. Eran controlados por la voluntad en estado saludable, y su formación, retención y descarga estaban “debidamente” reguladas, pero la enfermedad las debilitaba, favoreciendo una acumulación que ocasionaba un ataque epiléptico [Copland, 1844: 797]. Copland no estaba de acuerdo con esta visión por estar basada en un postulado sin fundamento, y aseguraba que era una idea a la que pocas personas se “suscribirían” [Copland, 1844: 797]. En cambio, estaba de acuerdo con François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1767), quien había establecido que los hemisferios del cerebro podían ser punzados sin causar sensación alguna, pero que tan pronto como se alcanzara el origen de los nervios o la medula oblonga con algún instrumento, se producían ataques epilépticos.

Para Copland, los ataques epilépticos podían distinguirse de otras afecciones como la histeria o la apoplejía a partir de diversas características: comenzaban con un grito y la pérdida repentina y completa de la sensibilidad, la rigidez espástica de los músculos en la primera etapa, las convulsiones tetánicas, la espuma producida por la boca durante el paroxismo, “descargas” inconscientes, heridas en la lengua ocasionadas por los dientes, y sopor después del ataque. La presencia de dolores intensos, delirios, manías, y amaurosis antes o después del ataque, indicaban lesiones orgánicas en el cerebro,

forma de la epilepsia menos favorable que aquella de estados simpáticos relacionados con lesiones en otros órganos del cuerpo, siendo las formas más serias las “espinales” y las “cardíacas”. Las formas complicadas eran las que tenían pocas oportunidades de cura de acuerdo con este médico [Copland, 1844].

Los tratamientos de la epilepsia podían aplicarse durante un paroxismo o en los intervalos. Si se aplicaba durante un paroxismo, la intención era acortar el ataque o hacerlo menos severo con métodos que si se usaban incorrectamente, podían llevar al efecto opuesto. Algunos de estos métodos eran por ejemplo, hacer sangrar al paciente, aplicar un líquido frío en la cabeza, y aplicar enemas antiespasmódicos y purgantes. Todas las ligaduras y cinturones debían quitarse durante el paroxismo, y se debía colocar al paciente en una cama dentro de un espacio grande y con suficiente aire, con la cabeza y los hombros elevados; de igual manera, un pedazo de corcho o madera suave debía introducirse entre los dientes para evitar lesiones en la lengua. Cuando se visitaba a un paciente con epilepsia, indicaba Copland, el médico debía preguntar sobre su “salud general, disposición, aficiones, hábitos, modos de vida y ataques previos de esta u otra enfermedad” para poder establecer las causas del primer ataque [Copland, 1844: 799]. El médico a partir de esta información, podía establecer algunos hechos considerados de importancia en la enfermedad, como los estados de las funciones digestivas, de circulación, asimilación, depuración y generativas; la existencia de plétora o inanición; y sobre otros desórdenes del sistema nervioso. Habiendo investigado a través de un interrogatorio sobre estas cuestiones, el médico podía entonces establecer la variedad de epilepsia a la que se estaba enfrentando y proporcionar el tratamiento adecuado, el cual debía manejarse con calma, y en relación a los sentimientos y disposición del paciente, para ganar su confianza e inspirar esperanza, sin embargo, continuaba Copland,

“...las comunicaciones de médico deben ser breves, claras y contundentes, y sin descender a ninguna explicación, ya sea de la causa de la naturaleza íntima de la enfermedad, y la operación de los remedios que recomienda, o de sus razones para adoptarlas en preferencia de otras; pues estos son temas con respecto a los que nadie sino solo un hombre medio bien educado puede pensar correctamente, o incluso intentar pensar. Todos los intentos de explicar temas abstractos conectados con la enfermedad y los medios para removerla, a personas no profesionales, aunque bien informadas, es ponernos a la suerte del objetor pragmático, o autosuficiente voluntario en la causa profesada de la humanidad” [Copland, 1844: 799].

Esta práctica era para Copland una posición estratégica para ganar confianza por parte de

pacientes y clientes para los médicos profesionales, pues aseguraba que los “empíricos ignorantes” a partir de no comunicar la razón de sus decisiones y actuar bajo la premisa *Omne ignotum pro magnifico*, se imponían con mayor autoridad ante los pacientes que aquellos “practicantes científicos”, quienes al tratar de ganar su confianza, siempre estaban dispuestos a explicar lo que podían. Por esto, reservarse la información de acuerdo con Copland, era un medio para ganar el respeto y la confianza en los pacientes por parte de los médicos con educación *científica*, asegurando también el ingreso económico por prestar sus servicios [Copland, 1844: 799].

Cuando la enfermedad dependía de un “poder deficiente” e inanición, productos de hábitos viciosos o nutrición imperfecta, la cura consistía de la remoción de estas causas y en vigorizar el sistema nervioso [Copland, 1844: 802]. Una dieta ligera pero nutritiva en cantidades moderadas que incluyera harinas, poca comida animal, preparaciones de hierro, y una total abstención de licores, junto con ejercicio regular en espacios abiertos, viajar, cambiar frecuentemente de aires, y una ducha diaria, eran algunas de las recomendaciones más “racionales” [Copland, 1844: 802]. La circulación de la cabeza se mejoraría manteniéndola fría y lavándola diariamente, también se debía mantener el cabello muy corto. Si la enfermedad era ocasionada por *excesos venéreos*, tal como la masturbación, el carbonato de sodio debía darse con tónicos, así como rociar los genitales día y noche con agua fría. Cuando era consecuencia de un cambio orgánico, el yoduro de hierro o de potasio era la sugerencia. Infusiones de valerianas, pequeñas dosis de alcanfor, óxido de zinc, nitrato de plata, arsénico, múerdago, chinchona, sanguijuelas, almizcle, mirra, tabaco, digitales, estamonió, amoniaco, y los opiáceos, eran remedios comunes y efectivos para Copland.

De mención especial para los fines de este trabajo, es uno de los tratamientos de autores anteriores a Copland que éste revisó: la electricidad. El médico mencionaba que anteriormente era un remedio utilizado con frecuencia, y que en la actualidad, pocas veces se recurría a él. Citaba a los autores que lo habían comenzado a utilizar para esta enfermedad hacia mediados del siglo XVIII: Deshais y Mangin en Francia, Linnaeus en Suecia, y Franklin y Lover en Inglaterra. La experiencia de los seguidores de esta teoría era exitosa en algunos casos característicos por debilidad, inanición o torpor de las funciones vitales, así como en aquellos ocasionados por el miedo, más no en los estados pletóricos, hereditarios o inflamatorios. El galvanismo no era tan utilizado y probaba no ser tan efectivo como el primero. De ambos, Copland aseguraba que cuando se encontraban exitosos, era al inicio de los paroxismos, los cuales podían ser suprimidos o aminorados en intensidad y duración, y que el

método más seguro de utilizar este remedio, era colocar al paciente en el taburete aislante y aplicarle el “baño eléctrico”, conectándolo a un conductor primario [Copland, 1844: 812].

Basándose en esta breve revisión de autores británicos y de manera muy general, se puede decir tal vez que la epilepsia era una entidad multidimensional en las artes curativas londinenses durante la primera mitad del siglo XIX. Identificada a partir de ciertos sucesos que definían a los paroxismos, hábitos, disposiciones *naturales* y hereditarias, y algunas lesiones orgánicas en el paciente, la *naturaleza* de la epilepsia era considerada en su mayor parte, *desconocida* para estos médicos. A pesar de esto, su descripción y tratamiento se llevaba a cabo de acuerdo a los cánones del conocimiento y educación médica de la época: de manera clasificatoria, clínica, y anatomo-patológica, y en hospitales generales como el mencionado *St. Bartholomew*. Debido a su relación establecida con el sistema nervioso, elemento que albergaba a la voluntad y la ejecutaba, enmarcaba una serie de prescripciones morales consideradas saludables y socialmente deseables para desaparecer la enfermedad y generar un cambio de hábitos, tales como evitar los excesos sexuales y de licores, llevar dietas *nutritivas* y ducharse diariamente, por mencionar algunas. De la misma manera, los vínculos creados de la epilepsia con las emociones, pasiones y predisposiciones, junto con las prescripciones mencionadas, daban cuenta del creciente dominio de los médicos sobre los cuerpos físicos, conectados inevitablemente con las voluntades y las acciones morales [Foucault, 2004]. A través de la mirada clínica educada en el espacio hospitalario, se buscaban las *leyes* que regían a los cuerpos humanos: el establecimiento de secuencias de hechos en la epilepsia, su clasificación, sus causas anatómicas, hereditarias o del comportamiento, su relación con el sistema nervioso y muscular, y sus remedios, parecían ir enfocados a conocer su *orden natural*, conocimiento que tal vez llevaría en última instancia, a controlar a la enfermedad y al cuerpo, a normalizarlo [Foucault, 2004].

Capítulo 2. El *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* como institución especializada.

De acuerdo con Weisz y con lo mencionado en líneas anteriores, la especialización médica y los hospitales especializados en Londres emergieron fuera del sistema de las instituciones de élite médicas. Según este autor, el hospital *Guy* de Londres poseía un modelo clínico muy parecido al existente en los hospitales de París, lugar en el que el surgimiento de las especialidades desde el siglo XVIII había sido un proceso dentro de las corrientes médicas educadas, convencionales, e institucionales, que poco a poco habían ido apropiándose de espacios potencialmente lucrativos. En esta ciudad francesa las condiciones para el desarrollo de las especialidades médicas fueron: la unificación de la medicina con la cirugía en instituciones de entrenamiento e investigación, el surgimiento de un tipo de administración del sistema hospitalario en categorías manejables, la proximidad y el personal compartido entre las instituciones médica y científica -que permitió que las disciplinas especializadas en ciencias naturales sirvieran como modelos a la medicina-, y la compartimentalización del cuerpo dentro de una visión anatómica con localización física de sus patologías. El surgimiento y desarrollo de las especialidades en Francia y en Inglaterra, no fue el resultado de una acumulación del conocimiento médico, sino de una nueva manera de ver al cuerpo, sus enfermedades, y del desarrollo de estructuras clínicas institucionales [Armstrong, 1976; Foucault, 2004; Weisz, 2006].

En Londres, el establecimiento de espacios hospitalarios especializados se desarrolló al margen de las instituciones de élite y las corporaciones médicas. Su fundación estaba relacionada con nuevas formas empresariales y con la falta de espacios laborales para médicos que no podían ingresar a los hospitales generales, o tener una amplia clientela privada. Los hospitales *voluntarios* y especiales eran dirigidos por legos que nombraban al personal médico, y el mérito y las habilidades en investigación clínica parecieron ser parte de los criterios de selección del personal a mediados del siglo XIX, debido tal vez, a la búsqueda de reconocimiento como instituciones. Las instituciones especializadas, dentro de este nuevo esquema empresarial, eran financiadas por filántropos, y se construían alrededor de la provisión de cuidados para enfermedades específicas que no encontraban lugar en los hospitales generales.

Como se mencionó anteriormente, a inicios de la década de 1860, los médicos y cirujanos

pertenecientes a las instituciones de élite y a los hospitales generales, no estaban de acuerdo con el establecimiento de los hospitales especiales, debido a la fuga de recursos educativos, económicos, y materiales que estos lugares representaban para los hospitales generales. No era el caso de las especialidades médicas, las cuales contaban con el apoyo de algunos profesionales por considerarlas útiles, si su ejercicio se llevaba a cabo dentro de los hospitales generales. Thomas Wakley, fundador y editor del periódico médico *The Lancet*, contemplaba a la especialidad médica como una etapa en el *avance* de la medicina, en el camino a la unidad profesional, y la comparaba con los procesos mecánicos e industriales, en los que la subdivisión del trabajo llevaba a una “mejor calidad de los productos” [Wakley en Weisz, 2006: 32]. Hacia 1860, la propuesta de médicos como Wakley era que la *amenaza* que se percibía por la fundación de hospitales especializados, podía ser minimizada con la apertura de los hospitales generales a la especialidad, siguiendo el modelo del hospital *Guy*. Sin embargo, existían pocos casos en los que algunos médicos defendían el establecimiento de estos hospitales, principalmente aquellos en los que se llevaban a cabo *procedimientos especializados*, como en el caso de la ortopedia y las afecciones relacionadas con los ojos. Para Wakley, el único establecimiento que era una excepción, era un nuevo hospital para la epilepsia, probablemente haciendo referencia al *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* [Weisz, 2006].

De acuerdo con el médico Macdonald Critchley, a mediados del siglo XIX la familia Chandler, de Londres, comprendida por los hermanos Edward, Louisa y Johanna, tuvo un especial interés en la condición médica reconocida como *parálisis* después de que su abuela, al regresar de un viaje al campo, se viera *afectada* y permaneciera en tal estado hasta su muerte. Para esta familia, dicho acontecimiento, de carácter privado, puso de manifiesto una aparente *necesidad* de atenciones y espacios públicos para pacientes en circunstancias similares. Los Chandler creyeron que había una carencia de lugares especiales y buen trato para estos pacientes, e incluyeron a las personas con epilepsia dentro de esta *preocupación*, pues de acuerdo con las hermanas Louisa y Johanna, se encontraban confinados en asilos sin cuidados *adecuados* [Porter, 1995]. De esta manera, estas hermanas se dieron a la tarea de recaudar fondos con el objetivo de establecer un lugar apropiado para estos fines, labor que llevaron a cabo a través de la elaboración y venta de accesorios hechos de cuentas y conchas, que les permitió coleccionar aproximadamente unas 200 libras esterlinas. En 1859, contaron con el apoyo del Alcalde Mayor de Londres, David Williams Wire (1801-1860), regidor de la ciudad de 1858 a 1859, quien a finales de 1858 tuvo un episodio de parálisis parcial y que al parecer, insistió en que el recinto estuviera orientado al tratamiento y cura, y no sólo a la atención y cuidado de tales

condiciones [Critchley, 1960; Aminoff, 2011].

A pesar de la oposición, los hospitales especializados comenzaban a crear y ocupar un lugar con reconocimiento médico y social dentro del sistema hospitalario londinense. El establecimiento del *National Hospital* respondía tal vez, como se mencionó anteriormente, a intereses privados, a la proliferación de estos recintos en la ciudad dentro del esquema de creación de nuevos nichos laborales para médicos, y a una serie de *irregularidades* y abusos en el manejo de hospitales y corporaciones médicas de 1808 a 1845 [Porter, 1995]. De igual manera, la compartimentalización anatómopatológica del cuerpo dentro de la clínica, era la manera válida de adquirir y generar conocimiento médico, de observar al cuerpo, a las enfermedades y los síntomas considerados similares junto a la cama de un paciente, algunas veces con la oportunidad de examinarlo después de su muerte.

La atención en los hospitales se llevaba a cabo de acuerdo a la manera de configurar a la enfermedad: por ejemplo, el médico egresado de la Universidad de Edimburgo y miembro de la *Royal Society*, Marshal Hall²² (1790-1857) sugirió en una de sus *Croonian Lectures* del año de 1852, la creación de un "Hospital para epilépticos", cuyo establecimiento había sido objetado por algunos médicos debido -según el autor-, a lo perjudicial que resultaba someter a los pacientes a la presencia de los ataques de sus compañeros, llamándolos "atemorizantes espectáculos" de la "más horrible de las enfermedades humanas" [Hall, 1852: 461]. Sin embargo, con la realización de traqueotomías, medio por el cual la violencia e intensidad de los ataques -de acuerdo con Hall- se reducían, dicha objeción quedaba superada y el médico resaltaba las características "humanas" y de "caridad" que tenía el establecimiento de una institución para estos pacientes [Hall, 1852: 461]. La epilepsia era para Hall motivo de aflicción para el paciente, un riesgo para su vida, y una enfermedad que lo incapacitaba y volvía vulnerable²³ por lo que uno de los objetivos de la institución propuesta era entonces proteger al

22 La epilepsia para este médico, fue una de las enfermedades que mayor atención recibió durante su vida profesional. Para Marshall Hall, la epilepsia inorgánica ocurría en las formas leve (*mitior*) y grave (*gravior*); la primera dependía de un *trachelismus*, es decir, de una condición de los músculos del cuello que, excitados por emociones o irritaciones, impedían el flujo de sangre proveniente del cerebro y la médula espinal; la segunda forma era consecuencia de un *laryngismus*, afección de la laringe que impedía el ingreso y egreso de aire en los pulmones, y que ocasionaba un mayor impedimento en el flujo de sangre del cerebro y la médula espinal provocando convulsiones violentas. La intervención que Hall divulgaba como exitosa en el tratamiento de estas condiciones y sus consecuencias era la traqueotomía, que de acuerdo con él, aminoraba la violencia de un ataque epiléptico. Después de esta operación, afirmaba Hall, el paciente ya no presentaba el "atemorizante espectáculo" característico de la epilepsia [Hall, 1852: 461].

23 Para Hall, los ataques epilépticos podían tener *graves* consecuencias: exponían al paciente a heridas y lesiones al poder tirarlo por las escaleras, al fuego, o al agua, o incluso bajo las llantas de un carruaje. La enfermedad era también para este médico incapacitante para la realización de cualquier trabajo, y degenerativa de facultades con un *riesgo* de terminar en manía o apoplejía [Hall, 1852].

paciente de tales peligros: protegerlo de sí mismo. El continuo cuidado, control y supervisión del régimen, las secreciones y excreciones del cuerpo, el ejercicio, la ropa, el sueño, la medicina, y las nuevas formas del tratamiento, así como evitar las causas excitantes que provocaban un ataque -por ejemplo, fuertes emociones- eran parte fundamental en la idea de este hospital.

De la misma manera, Hall resaltaba la importancia de dicho establecimiento en el conocimiento de la enfermedad, pues proporcionaría facilidades en la examinación *post mortem* de las "apariencias mórbidas" de algunos casos [Hall, 1852: 461]. Sin embargo, aseguraba, estas apariencias mórbidas no eran las causas de la enfermedad, sino los efectos. Por ejemplo, los "centros nerviosos" se veían afectados por la "violenta congestión" durante un paroxismo, lo cual resultaba en un efecto anatómico visible [Hall, 1852: 461]. Por esta razón, Hall insistía en que la atención no debía centrarse únicamente en las examinaciones después de la muerte, sino también en la denominada "patología viva", perceptible en los pacientes durante su estancia en el hospital [Hall, 1852: 461]. El tratamiento y cuidado de la epilepsia debían ser entonces, de acuerdo con esta propuesta, estudiados "empírica" y "racionalmente", es decir, fundamentados en la patología observada y las relaciones en el cuerpo establecidas. Para Hall, "la verdad" respecto a la naturaleza y tratamiento de la enfermedad, podía encontrar una base sólida en un hospital para epilépticos, situación nunca antes intentada y que al parecer, no sucedía en los otros hospitales del país [Hall, 1852: 461]. De la misma manera, el autor hacía énfasis en la utilidad de las estadísticas en una enfermedad como la epilepsia al establecer los "valores reales" sobre los tratamientos, cuidados y observaciones *post mortem* [Hall, 1852: 461].

La única dificultad que este médico veía en el establecimiento de una institución con estos objetivos, era la selección de casos, sin embargo, Hall dejó entrever que probablemente su preferencia se hubiera orientado hacia aquellos casos considerados, para él, curables, es decir, a los no congénitos y hereditarios; tal vez hubiera favorecido a los pacientes en los que no sólo el cuidado era el principal objetivo, sino la búsqueda y posibilidad de una cura. Marshall Hall hizo esta propuesta de hospital en una *Croonian Lecture* dictada ante el *Royal College of Physicians* en 1852, como se mencionó anteriormente. El modelo hospitalario para el conocimiento de la epilepsia era un medio adecuado para la atención, observación y tratamiento de esta enfermedad en una ciudad en donde las instituciones especializadas proliferaban²⁴. Hall murió en 1857, cinco años después de que hiciera público este

24 Por ejemplo, el médico londinense F. Oppert -sobre el cual no hay mucha información-, miembro de la *Medical Society of London* (Sociedad Médica de Londres), escribió en 1867 que no había ciudad en el mundo en la que los hospitales especiales "prosperaran en tal número como en Londres", siendo con algunas excepciones, de reciente origen [Oppert, 1867: 57]. Algunos hospitales especializados eran para él, de suma importancia, como aquellos dedicados a la viruela, o

proyecto, y tal vez no hubo una conexión directa entre esta idea y la fundación del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, pero probablemente la comunidad médica, quirúrgica y boticaria, junto con otros sectores de la sociedad londinense, podían recibirlo como un suceso benéfico que *libraría* a la sociedad de una de sus *más terribles enfermedades*.

La idea de un hospital para la epilepsia hacia la segunda mitad del siglo XIX, se encontraba enmarcada en el proceso de desarrollo de los hospitales especiales como espacios creadores de comunidades, en donde se establecían, aislaban y manejaban diferentes clases de pacientes. La *necesidad* del establecimiento de hospitales especializados para atender enfermedades generalmente excluidas de los hospitales generales, fue un argumento utilizado por los fundadores de estas instituciones para legitimar su presencia, siguiendo algunas líneas organizacionales preestablecidas por los hospitales generales. La reclusión y atención de estas enfermedades en nuevos espacios, daba cuenta del creciente dominio de los médicos y hospitales sobre las experiencias familiares, haciéndolos medidas *inevitables* de protección de la comunidad y de los enfermos [Foucault, 2004].

2.1 La fundación y los objetivos.

Para acercarnos un poco al *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* en su primera década, necesitaremos primero, tal vez, conocer algo sobre sus primeros meses. Los detalles en este apartado sobre algunos de los sucesos en su establecimiento, organización, y regulación, no tienen la intención de ser meramente anecdóticos: el propósito es mostrar las contingencias en las elecciones de caminos en la conformación de una institución con un programa disciplinario que años después -y actualmente-, se presentaría como emblemática y de referencia obligada en el estudio *científico* del sistema nervioso en el mundo occidental.

En noviembre de 1859 se estableció el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* a través de un Comité de Administración cuyo primer presidente fue el ex-alcalde de Londres antes mencionado, David W. Wire. En una de las reuniones previas al establecimiento de la institución, los fundadores manifestaron la intención de que uno de los objetivos del hospital fuera la búsqueda de un remedio o cura para aquellos pacientes que fueran elegidos como internos

"Los pacientes internos serán, exclusivamente, aquellas personas cuyos casos no parezcan ser incurables. Para los que funcionaban como centros educativos; pero otros podían llegar a ser absurdos.

ellos, un periodo de prueba de residencia en el hospital serán concedido; pero si al momento de expirar, o antes, si estas personas se consideran incurables, serán retiradas para poder hacer espacio a otras cuyos casos puedan ser más esperanzadores. Las personas retiradas podrán ser candidatas a convertirse en pacientes externos" [Anónimo en Aminoff, 2011: 105].

En un principio, el Comité de Administración estuvo conformado por ocho miembros. Pertenecieron por ejemplo, Edward Chandler y el médico John Zachariah Laurence²⁵ (1829-1870), quien se encargaría de procurar las firmas de los "más eminentes de la Profesión Médica" para la elaboración de testimonios a favor de la institución, en lo que parecía una legitimación de la existencia del hospital ante la comunidad médica y los posibles pacientes [Minutes 1859-1865: 8]. El Comité comenzó a reunirse en el número 1 del callejón Turnwheel en la Ciudad de Londres desde finales de ese mismo año, y sin contar aún con un espacio, iniciaron los arreglos para su administración y funcionamiento, estableciendo que esperarían a inaugurar el hospital hasta que hubiera una mayor cantidad de dinero recaudado. El principal objetivo de esta organización era tomar todas las decisiones sobre la estructura y actividad del *National Hospital*.

En la primera entrada de las minutas del Comité, el 25 de noviembre de 1859, se acordó hacer peticiones al público para dar a conocer las necesidades del hospital, pues éste, al igual que todos los hospitales especiales londinenses de este periodo, funcionaría a través de la filantropía, y los recursos serían procurados por los miembros del Comité y el secretario general, George Reid. Para este fin, se imprimieron 1000 litografías y se colocaron anuncios en periódicos provinciales, solicitando donadores y donadoras que contribuyeran al mantenimiento de la institución, que serían nombrados *Vicepresidents* (Vicepresidentes) y *Patronesses* (Patronas). Durante los dos primeros meses de reuniones del Comité, la búsqueda de un lugar adecuado para el hospital estuvo basada en la publicación de anuncios en periódicos como *The Times* y *The Morning Adviser*, en los cuales se solicitaba una casa grande que pudiera albergar a un establecimiento público. Sin embargo, a inicios de 1860, dicha búsqueda comenzó a realizarse entre los amigos de los miembros del Comité y poco tiempo después, el 27 de enero de 1860, se resolvió que la casa ubicada en el número 24 de *Queen Square* en el área de Bloomsbury, era adecuada para los objetivos de la institución, por lo que se firmó el acuerdo por una renta que no excediera las 100 libras por año [Minutes 1859-1865].

Uno de los objetivos de las primeras sesiones del Comité era, al parecer, comenzar a configurar al

25 Sobre la trayectoria y trabajos del personal del hospital en su primera década de existencia, se hablará más adelante.

personal que trabajaría en el hospital, tarea que continuó a lo largo de los años que abarca este breve estudio. Una de las primeras decisiones que se tomó en esta dirección fue disponer que los pacientes estuvieran bajo la supervisión de dos *Senior Physicians* (Médicos Principales), los cuales fueron nombrados en diciembre de 1859: primero, Jabez Spence Ramskill (1824-1897), y posteriormente Charles Edouard Brown-Séquard (1817-1894). Critchley supone que la familia Chandler se relacionó con el Dr. Ramskill cuando éste trabajaba en el *Metropolitan Free Hospital*, institución fundada en 1836 [Critchley, 1960]. Por otro lado, Brown-Séquard era conocido por algunos médicos de Gran Bretaña probablemente debido a la mención de algunos de sus resultados experimentales sobre "la transmisión de las impresiones sensibles en la médula espinal" en publicaciones médicas inglesas, en donde se contraponían sus puntos de vista con los del célebre cirujano escocés Charles Bell, como se verá más adelante ['Transmission of Impressions', 1851; Brown-Séquard, 1856: 465]. De la misma manera, en mayo de 1858, Brown-Séquard dio una serie de conferencias ante el *Royal College of Surgeons*, situación que tal vez influyó en su invitación como médico en el *National Hospital*, en la incipiente conformación de una nueva comunidad con intereses cognitivos similares ['Notices to Correspondents', 1858; Lenoir, 1997]. En una carta enviada por el Dr. Ramskill para agradecer al Comité el cargo asignado, manifestó su interés y disposición para laborar en la *caridad* escribiendo que sus "mejores esfuerzos [estarían] dedicados al servicio de los pacientes del Hospital y a un mejor diagnóstico, y tratamiento de las varias formas de ambas enfermedades" [Minutas 1859-1865: 6].

La organización de la plantilla del hospital continuó. Se resolvió la creación del cargo de *Honorary Surgeon* (Cirujano Honorario) para el cual Laurence fue electo al presentar su renuncia como miembro del Comité. El cargo de *Consulting Surgeon* (Cirujano Consultor) fue otorgado al cirujano escocés William Fergusson (1808-1877), médico del *King's College Hospital*. El Sr. Bridgeman, miembro del Comité, hizo una propuesta para contratar a una *Superintendent Nurse* (Enfermera Superintendente), puesto que ocupó la señorita Andaleza Gower después de revisar varias solicitudes. En marzo de 1860, el integrante del Comité, Anthony W. Clarke, hizo una moción para considerar la elección de un *Resident House Surgeon* (Cirujano Residente de la Casa) sin raciones ni salario, a lo que otros miembros se opusieron por considerarlo "premature" [Minutes 1859-1865: 25]. A pesar de la objeción, a inicios de abril del mismo año, se designó a M. G. Echeverría para el puesto, habiendo escrito a siete hospitales para anunciar la posición sin obtener respuesta alguna. Poco tiempo después, se solicitaron los servicios de un matrimonio para ejercer los cargos de portero, sirviente general y cocinera, así como los de una enfermera y un farmacéutico, quien se encargaría de proveer y despachar

las drogas, y cuyo trabajo sería supervisado por los médicos de la institución y el Sr. Clarke. Otros miembros del personal eran los *Medical Officers* (Oficiales Médicos)²⁶, quienes en un principio supervisarían el trabajo de las enfermeras y el farmacéutico [Minutes, 1859-1865].

Durante los primeros meses del hospital, el Comité organizó las sub-comisiones de *amueblado*, la denominada *de las Damas*, y aquella *de la Casa*. La de amueblado, integrada en febrero de 1860 por los miembros del Comité, Edward Chandler, Thomas Parker, Anthony Clarke, Edward Burkitt y el Sr. Bridgeman, tuvo, como lo indica su nombre, el propósito de amueblar el recinto, debiendo consultar a los Oficiales Médicos para dichos fines, y contar con la aprobación del Comité de Administración para todas sus decisiones. Algunas de sus primeras compras fueron sillas, una vajilla, utensilios de cocina y diez camas con sus respectivas ropas para los futuros pacientes, la enfermera superintendente y el cuarto del cirujano. Acondicionaron los baños para tener agua caliente y fría, se compró un baño de azufre de madera móvil, y un par de carruajes para *inválidos*. El comité de Damas fue formado a inicios de marzo de 1860 a partir de una iniciativa hecha por el Reverendo C. J. Woods durante la primera reunión general de los directores y suscriptores del hospital. Las integrantes de este comité fueron siete mujeres; esposas, hijas y hermanas de los miembros del Comité de Administración, junto con una de las hermanas Chandler, cuyo objetivo principal era procurar fondos y ayudar a la institución a través, por ejemplo, de la venta de accesorios. Por otro lado, la sub-comisión de la Casa, conformado por los miembros del Comité de Administración, Parker, Chandler, A. Emerson, y el Sr. Mears, se organizó un poco más tarde, a mediados de diciembre del mismo año, con la finalidad de "aconsejar y determinar" la admisión de pacientes al hospital [Minutas 1859-1865: 87].

En la primera reunión de los directores y suscriptores llevada a cabo a inicios de marzo de 1860, se determinó que el hospital estaba listo para abrir sus puertas a la recepción de pacientes, acontecimiento que tuvo lugar entre marzo y abril de ese mismo año. La institución inició con ocho camas para internas sin cargo alguno, en la primera sala del hospital denominada *Sisters Ward* (Sala de las Hermanas), y se resolvió que se cobrarían 10 chelines por semana a las pacientes admitidas que rebasaran este número. La decisión sobre los casos gratuitos estaba a cargo del Comité ante la revisión de cada situación en particular, y los dos Médicos Principales tenían la facultad de recomendar y cuidar

26 Los Oficiales Médicos habían surgido apenas unos años antes, a finales de la década de 1840. Al parecer, la epidemia de cólera que cobró muchas vidas en Londres desde 1831, fue uno de los elementos que trajo la existencia de la *higiene pública* y su discusión a nivel médico, social y gubernamental. La supervisión de agentes del gobierno en lo que se estaba constituyendo aún como *salud pública*, se manifestó en la creación de estos nuevos nombramientos [Underwood, 1948].

a cuatro pacientes cada uno, asistiendo al hospital dos veces por semana de manera alternada. Cuando se recibieron a las primeras internas, ya existía una petición para el ingreso de un paciente hombre, ante lo cual el Comité respondió que la sala respectiva estaría lista cuando los médicos lo indicaran, suceso ocurrido en junio de 1860. A pesar de esta aparente autoridad de Ramskill y Brown-Séquard, ni a ellos, ni a los Oficiales Médicos, se les permitía asistir a las reuniones del Comité de Administración a menos que fuera por invitación. En un principio, su participación en las decisiones sobre la estructuración y configuración del hospital fue casi nula [Minutas 1859-1865].

Como se señaló previamente, la donación y suscripciones por parte de gente acaudalada de la sociedad londinense -y otras más-, eran la base económica de la institución, como sucedía comúnmente con estos recintos. Entre los primeros benefactores de la caridad, desde finales de 1859, se encontraban algunos miembros de la nobleza, por ejemplo, el Duke de Marlborough -probablemente el 7mo, John Spencer Churchill, miembro del Parlamento por algún tiempo-, la Duquesa de Suffolk, el Conde de Shrewsbury, la Marquesa de Shormond, la Condesa de Gainsborough, y la Condesa de Glengall. Lores, Almirantes, Reverendos, *Sirs*, otras personas sin títulos, la Compañía de Carpinteros, e incluso los mismos miembros del hospital -como Brown-Séquard- también ayudaban económicamente. En la primera reunión general del hospital, a la que asistieron suscriptores, donadores y los miembros del Comité, éstos últimos agradecieron a los "nobles y distinguidos" donadores y donadoras por su ayuda en el establecimiento de la institución, destacando que su "ejemplo [...] probablemente [estimularía a] otras personas ricas y caritativas a similares actos de benevolencia" [Minutes 1859-1865: 28]. Durante el mismo periodo, algunos conciertos en beneficio del hospital se organizaron por parte de una Srita. Bevington. Al parecer, ayudar a estos establecimientos parecía ser un acto *altruista* digno de imitación en la sociedad londinense de estos años; acto con el que afirmaban su situación económica y social.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el hospital abrió sus puertas a las primeras pacientes algún día entre marzo y abril de 1860. Al parecer, el procedimiento para ser admitidas como internas -y meses más tarde como internos-, consistía en algunas etapas: su revisión por parte de los médicos y Oficiales Médicos de la institución, su recomendación al Comité, y el fallo final de éste, tarea que meses más tarde -en diciembre de 1860- estaría a cargo del sub-comité denominado *de la Casa*. El hospital inició con ocho camas para casos gratuitos, y si se admitían más pacientes, éstos realizarían un pago semanal; la decisión de cobrar o no a los pacientes, pertenecía en última instancia al Comité. Las primeras internas eran probablemente londinenses, aunque una señora de Brighton -ciudad ubicada a

unos 80 km de Londres- fue admitida en los primeros días al no conocer a nadie en la ciudad, indicando que tal vez los anuncios en periódicos provinciales tuvieron cierto efecto publicitario fuera de Londres. A finales del mes de mayo, algunas personas pedían internar a familiares, conocidos y a sí mismas, y un mes más tarde, empezaba a crearse una lista de espera. Para septiembre de 1860 el hospital, al anunciarse en el periódico *The Lancet* dentro de la sección *Hospitals and Schools for Special Medical Instruction in the Metropolis* (Hospitales y Escuelas para la Instrucción Médica Especial en la Metrópolis), aseguraba contar con 20 camas para pacientes internos y tener bajo tratamiento a más de 700 pacientes externos ['Hospitals and Schools', 1860].

Los únicos registros que existen sobre los primeros pacientes se encuentran en las minutas, pues las notas de caso más antiguas son del año 1863. Los casos externos son, tal vez, los más difíciles de rastrear e intentar reconstruir; sin embargo, las minutas ofrecen información valiosa sobre ellos, como se verá un poco más adelante. En relación a estos pacientes externos, por ejemplo, cabe resaltar que a finales de mayo de 1860, recién abierto el hospital, el Comité recibió una carta a nombre de los contribuyentes del Jardín de *Queen Square* a través de un habitante de la zona, el Sr. Morson, su tesorero y vecino, en la que "expresaban su poca disposición a que los pacientes caminaran en el Jardín" [Minutes 1859-1865: 51-52]. El Comité encargó al portero supervisar que los pacientes externos esperaran su medicina en un pasillo, probablemente para evitar que *molestaran* a los vecinos. A inicios de agosto del mismo año, los habitantes de *Queen Square* enviaron una carta firmada, de nuevo a través de su tesorero, para establecer su posición en contra de que los pacientes se sentaran "al final de la calle" [Minutes 1859-1865: 66]. Para el 25 de octubre, el tesorero amenazó con recurrir a acciones legales para evitar que los pacientes se sentaran frente de su casa, a lo que el Comité respondió que evitarían sacar las sillas para los pacientes en espera. Al parecer, los pacientes externos, cuando estaban en la calle, no eran bien vistos por los habitantes de las cercanías. La epilepsia también se construye en estos años como una enfermedad no deseada, a evitar, tal vez por las ideas de *imitación* prevalentes en la literatura médica como se mencionó anteriormente. La idea de reclusión y aislamiento como la había concebido Hall, era probablemente, la manera de lidiar con esta condición.

2.2 El personal médico: 1859 – 1870.

Una parte importante del estudio de la epilepsia en un hospital especializado hacia la segunda mitad del siglo XIX, es el personal profesional dedicado a su tratamiento y análisis. Se han mencionado

hasta ahora los nombres de algunos miembros del hospital en sus primeros meses, pero, ¿quiénes eran estas personas? ¿quién más trabajó en la institución hasta 1870? Sin duda alguna, fueron agentes dinámicos en la constitución de la identidad del hospital, sus pacientes y sus enfermedades. Empezaremos a ver de qué manera estableciendo en primer lugar una cronología sobre los cargos, personas, relaciones y algunas visiones sobre enfermedades nerviosas y epilepsia que se establecieron en la primera década del *National Hospital*, principalmente antes de que dichos actores formaran parte de este establecimiento.

Se vio con anterioridad que Jabez Spence Ramskill y Charles Edouard Brown-Séquard fueron los primeros en ser nombrados Médicos Principales del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, situación que se anunció en el periódico *The Lancet* en enero de 1860 ['Medical News', 1860, 75 (1897)]. El Dr. Ramskill, quien había recibido su educación en el hospital *Guy* -lugar reconocido por su apertura a la especialidad-, y su certificación en 1849 aproximadamente, era médico del *Metropolitan Free Hospital* (Hospital Gratuito Metropolitano) y del *London Hospital* (Hospital de Londres) cuando fue solicitado como miembro del *National Hospital*. De acuerdo con las minutas, en los primeros meses de la institución, Ramskill atendía a los pacientes los martes y los jueves, y asistía a algunas reuniones del Comité cuando le extendían una invitación. Aunque no existen muchos registros sobre este médico, se puede decir que fue uno de los principales personajes en conformar la profesión médica dentro del hospital durante los primeros diez años, adquiriendo nuevas responsabilidades que se convertirían en deberes para los futuros médicos de la institución. Por ejemplo, a mediados de 1860, Ramskill tenía las tareas de autorizar definitivamente el abastecimiento de drogas por parte del farmacéutico, de recomendar el ingreso y egreso de pacientes internos, y de supervisar la compra de mobiliario especial, como sillas y camas para *inválidos*. Sus deberes se extendieron a delinear las responsabilidades del Cirujano de la Casa, y a aprobar a los farmacéuticos que el hospital contratara. Dos años más tarde, en 1862, Ramskill y Brown-Séquard, como Médicos Principales, obtuvieron la facultad de votar en el Comité de Administración, a insistencia del Sr. Wilkinson, lo que les daba la oportunidad de opinar y participar en todas las decisiones que se tomaran con respecto al manejo del hospital, comenzando a tomar un papel fundamental en la organización de la caridad [Foucault, 2004]. Una de sus primeras peticiones fue incrementar la asistencia médica para él y su colega, pues al parecer el número de pacientes comenzaba a exceder sus capacidades. A finales de 1863, Ramskill estaba encargado de revisar a los pacientes externos los martes y los viernes, acompañado por el asistente médico John Hughlings Jackson, una vez a la semana. En diciembre de 1864, propuso ante el Comité

que las medicinas necesarias para los tratamientos de los pacientes se obtuvieran directamente de los fabricantes o importadores en todos los casos posibles, e insistió en la creación de una *Pharmacopœia* propia del hospital²⁷, en lo que parecía una estandarización interna de medidas para la fabricación de compuestos utilizados en el tratamiento de enfermedades del *National Hospital*. A finales de la década de 1860, Ramskill era el médico encargado de formular las reglas de los médicos asistentes que se integraban como personal de la institución [Minutes, 1859-1865; Fair Minutes, 1865-1875].

Charles Edouard Brown-Séguard fue el segundo Médico Principal solicitado por el Comité para pertenecer al *National Hospital*. Era ciudadano británico, originario de Port Louis, Maurice, pero educado a la manera francesa por su madre, y también debido a su migración a París para convertirse en escritor. De acuerdo con algunos autores, su decepción en las letras hizo que Brown-Séguard estudiara medicina en esa misma ciudad, defendiendo su tesis para la obtención de grado en 1846 bajo el título *Recherches et expériences sur la physiologie de la moelle épinière* (Investigaciones y experimentos en la fisiología de la médula espinal), después de lo cual añadió a su nombre el apellido Séguard, perteneciente a su madre. Dos años después, se unió a Claude Bernard (1813-1878)²⁸ y a otros franceses en la fundación de la *Société de Biologie* (Sociedad de Biología) de París, al parecer, establecida como protesta en contra de la formalidad y exclusividad que representaba la *Académie des Sciences* (Academia de Ciencias) de Francia. Después de viajar a Estados Unidos de América y a su tierra natal, Brown-Séguard regresó a París en 1855, en donde fundó un laboratorio privado. Este médico estaba interesado en la fisiología y patología del sistema nervioso desde que era estudiante de medicina, y para inicios de la década de 1850, como se mencionó, sus trabajos eran comentados en publicaciones médicas inglesas como *The Lancet*, principalmente hacia 1856, cuando su visión contrapuesta a la de Sir Charles Bell con respecto al movimiento y a la sensibilidad en el sistema nervioso, se puso de manifiesto²⁹ ['Transmission of Impressions', 1851; Wigglesworth, 1856; Ruch,

27 No hay registro de la existencia de esta *Pharmacopœia* en el periodo de tiempo estudiado.

28 Claude Bernard inició su educación médica como aprendiz de boticario, para después graduarse en la Facultad de Medicina de la Universidad de París, obteniendo su grado en 1843. Perteneció al personal de François Magendie en el *Hôtel Dieu*, y fue asistente en su laboratorio en el *Collège de France* (Colegio de Francia), ocupando su puesto en dicha institución a su muerte. Al parecer, fue Magendie quien le enseñó el uso de la vivisección como el medio principal en la investigación de hechos médicos, y a mediados de la década de 1840, intentó sin éxito la formación de un curso libre de fisiología experimental. El ser humano podía, para Bernard, ser un "inventor de fenómenos" [Bernard en Grmek, 1970: 32]. Bernard se interesó en la relación entre la digestión y el sistema nervioso, adjudicándole a este último un papel fundamental en tales procesos; al parecer, creyó haber encontrado una manera de ocasionar diabetes artificial mediante una lesión en el cerebro de animales [Grmek, 1970, vol. II].

29 Las publicaciones de inicios de la década de 1850 que mencionan a Brown-Séguard se refieren a sus experimentos sobre

1946; Laporte, 2006].

Dos años después, en mayo de 1858, Brown-Séquard fue invitado a dar una serie de conferencias ante el *Royal College of Surgeons* bajo el título *Physiology and Pathology of the Central Nervous System* (Fisiología y Patología del Sistema Nervioso Central), cuyos temas centrales se basaban principalmente en la diferenciación anatómica y funcional de las fibras nerviosas, clasificadas por el autor como motoras, sensitivas y vaso-motoras en el cuerpo humano y algunos animales. Brown-Séquard estaba convencido de que la investigación sobre la actividad del sistema nervioso debía llevarse a cabo mediante herramientas muy específicas. En la primera conferencia, a manera de introducción, estableció que

"Para intentar resolver las muy importantes pero complicadas preguntas que son tan numerosas en la historia fisiológica y patológica de las partes de estas fibras nerviosas que están en los centros nerviosos, es necesario hacer uso de todos los medios que la ciencia puede proporcionar, y particularmente de los dos mejores, que son: experimentación en animales vivos, y observación de casos patológicos. Cuando se emplean juntos, estos medios de investigación científica han dejado que se cometan errores; pero, por supuesto, el riesgo de cometer errores es mucho más grande cuando cualquiera de los dos se emplea solo. ... muchos grandes avances en las ciencias médicas se deben al uso combinado de las vivisecciones y la observación clínica. Tal vez se nos puede permitir decir que las conferencias que ahora comenzamos a dar proporcionarán alguna prueba de la ventaja de una comparación de casos patológicos observados en el hombre, con el resultado de experimentos en animales vivos" [Brown-Séquard, 1858, 72 (1818): 1].

La observación clínica, como se ha visto, era una parte fundamental en el sistema educativo y la

el sistema nervioso de animales, particularmente refiriéndose al movimiento y la sensibilidad. Entre marzo y abril de 1856, se publicaron en *The Lancet* una serie de artículos anónimos que situaban a los "bellos experimentos" de Brown-Séquard como confirmación de la teoría de Sir Charles Bell sobre la médula espinal ["*The Lancet*", 1856, 67 (1700): 348]. Es decir, que de las dos raíces de los nervios espinales, la posterior estaba destinada a la sensación, y la anterior al movimiento; y que de las dos columnas de la espina dorsal, la posterior era el *lugar* de la sensación, y la anterior del movimiento. El autor de los artículos establecía que los experimentos del "eminente fisiólogo" Brown-Séquard con conejos y ovejas fortalecían esta teoría, además de atribuirle a las columnas espinales la tarea de *transmisión* de la sensibilidad, y no sólo de *lugar*: para Brown-Séquard, la materia gris de las columnas era la responsable de la transmisión ["*The Lancet*", 1856, 67 (1701): 377]. Ante estas publicaciones, Brown-Séquard respondió con una carta al mismo periódico, expresando su descontento con el autor, quien, aseguraba Brown-Séquard, había leído sobre él en los escritos de Paul Broca (1824-1880) y no los suyos directamente. El autor de la carta admitía admirar el trabajo de Sir Charles Bell, pero que esto no impedía que examinara y estuviera en desacuerdo con sus doctrinas: Brown-Séquard denunciaba a Bell por no basarse en "hechos directos", sino sólo en "apariencias antómicas" y en un solo experimento "insatisfactorio", y citaba el propio desconcierto del cirujano británico en 1844 sobre la función de las raíces nerviosas posteriores [Brown-Séquard, 1856: 465]. Brown-Séquard finalizó la carta estableciendo que era un error atribuirle a Sir Charles Bell "una visión que nunca tuvo" [Brown-Séquard, 1856: 466]. El editor de la revista respondió que "ni el estilo ni la lógica de Sir Charles Bell ni de Brown-Séquard [eran] extremadamente lúcidos" [Brown-Séquard, 1856: 466].

práctica médica en Inglaterra, sin embargo, no se puede decir lo mismo de la experimentación con animales vivos. Durante la primera mitad del siglo XIX, los médicos construían con entusiasmo la *medicina científica* con su presunción de objetividad y control, aunque sus concepciones sobre el significado de ésta variaran. La investigación experimental en medicina no era exclusiva de este siglo, pero, como asegura Bynum y como se mencionó con anterioridad, hacia la década de 1830 existía cierto rechazo público ante algunas prácticas de médicos y cirujanos, como las disecciones anatómicas, la posibilidad de experimentar con personas de escasos recursos en hospitales públicos, y las vivisecciones. Estas últimas consideradas por algunos como elemento desensibilizante ante el sufrimiento humano por parte del médico [Bynum, 1994].

De acuerdo con el mismo autor, durante esa década y en la anterior, un grupo de naturalistas liderados por el inglés Charles Babbage³⁰ (1792-1871) manifestaron su inconformidad con el lugar de la *ciencia* en Gran Bretaña; reclamaban la carencia de oportunidades educativas y laborales a comparación por ejemplo, de Francia, lugar al que recurrían varios estudiantes ingleses de medicina por las prácticas en anatomía [Bynum, 1994]. Al parecer, numerosos médicos franceses, de tradición hospitalaria, optaban por la experimentación animal en la búsqueda de *hechos establecidos*, tal vez, de una física de la vida; el modelo experimental era una parte desarrollada dentro de la creencia en la medicina científica. Brown-Séquard en sus conferencias de 1858, citaba los trabajos de médicos como François Magendie³¹ (1783-1855), Marie-Jean-Pierre Flourens³² (1794-1867), François Achille Longet

30 Charles Babbage, nacido en Inglaterra, estudió en la Universidad de Cambridge y junto a George Peacock y John Herschel, pidió al gobierno una reforma en la enseñanza de las matemáticas. Criticó los procedimientos de la *Royal Society* (aunque fue su miembro posteriormente), y ayudó a fundar nuevas instituciones como la *Astronomical Society* (Sociedad Astronómica) en 1820, y la *Statistical Association of London* (Sociedad Estadística de Londres) en 1834. Babbage, al parecer, estaba convencido de que la *ciencia* debía ser una parte fundamental de la cultura y la civilización industrial inglesas [Gridgeman, 1970].

31 Magendie era un médico francés entrenado en los hospitales de París, quien creía que la tarea principal de la fisiología era agotar el estudio *físico* de los fenómenos vitales tanto como fuera posible. Las funciones animales serían los nuevos objetos de estudio, en contraste con las *propiedades vitales*, y el experimento en animales vivos sería la manera de abordarlos. Perteneció en la década de 1820 a la *Académie des Sciences* y a la *Académie Royale de Médecine* (Academia Real de Medicina) de Francia, y en 1821 creó el *Journal de Physiologie Expérimentale* (Revista de Fisiología Experimental). En 1824 viajó a Inglaterra invitado por William Hyde Wollaston para dar demostraciones públicas de la sección de nervios en perros vivos, lo que ocasionó una reacción anti-viviseccionista en este país [Grmek, 1970, vol. IX].

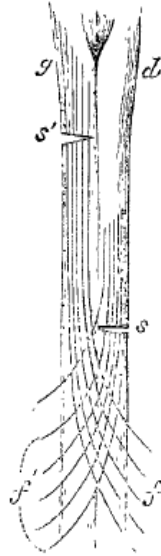
32 Flourens estudió medicina en la Universidad de Montpellier, reconocida por su visión vitalista en Francia. Fue estudiante y protegido de George Cuvier, por el que obtuvo varios nombramientos, como de la *Académie des Sciences*, de la cual fue secretario a la muerte de su maestro. Este médico creía en la localización de funciones animales en diversas regiones del sistema nervioso central: el intelecto, la percepción y la voluntad se ubicaban en el cerebro; la capacidad para la contracción muscular en la médula espinal; y la coordinación de los movimientos en el cerebelo. Flourens recurría a las ablaciones del sistema nervioso en diferentes animales para determinar dichas diferenciaciones. A pesar de ser un partidario de la localización funcional en estructuras anatómicas determinadas, este médico creía en la acción como un *todo* de las diversas partes del sistema nervioso [Kruta, 1970].

(1811-1871), Claude Bernard, y Moritz Schiff³³ (1823-1896), para quienes la medicina hospitalaria era pasiva, con limitaciones en cuanto a la *elucidación* de las causas y condiciones de producción de las enfermedades. La solución para estos médicos se encontraba en la vivisección, en la fisiología experimental.

Ante el *Royal College of Surgeons* en 1858, Brown-Séquard afirmó que Sir Charles Bell "hubiera tenido éxito en probar la exactitud de su teoría" sobre la función de las raíces de los nervios espinales, si hubiera recurrido a la experimentación con animales vivos, práctica no institucionalizada y con pocos médicos ingleses *aficionados*, por ejemplo, Marshal Hall³⁴ [Brown-Séquard, 1858, 72 (1818): 1]. Las vivisecciones no eran el ejercicio preferido de Sir Charles Bell, hombre religioso y co-propietario de la *Great Windmill Street School of Anatomy*, por considerarlas innecesarias si se llevaban a cabo extensamente, pues afirmaba, los resultados variaban en cada situación y con frecuencia los fisiólogos experimentales tendían a exagerar la utilidad de este medio de investigación sin siquiera preparar adecuadamente el procedimiento. Para este cirujano, los *experimentales* no sabían qué buscar ni cómo planear los experimentos, además, aseguraba que en numerosas ocasiones intervenir quirúrgicamente a un animal perturbaba los resultados que podrían obtenerse [Bell, 1834; Bell, 1840; MacAulay, 1875; Bynum, 1994].

33 Moritz Schiff era un médico alemán de la Universidad de Göttingen que resaltaba la importancia de la fisiología experimental -y principalmente las vivisecciones- debido a su aprendizaje con Magendie durante una estancia en París. Los trabajos de Schiff se centraban en la relación entre el corazón y las fibras que lo inervaban [Risse, 1970].

34 Hall inició sus trabajos sobre el sistema nervioso alrededor de 1830, después de algunos estudios sobre el sistema circulatorio, basándose principalmente en repetidas vivisecciones. De acuerdo con Manuel, este médico intentaba mostrar la existencia de una función reflejo de la médula espinal, que en última instancia explicaba metafísicamente, sugiriendo su vitalismo. Hacia 1831, Hall tuvo la intención de establecer una sociedad fisiológica que pudiera controlar y supervisar el uso de animales vivos para la investigación, lo cual no se concretó durante su vida [Manuel, 1980].



s s', transversal sections of the right and the left lateral halves of the spinal cord. f f', sensitive fibres decussating in the median line.

Imagen 1. Brown-Séquard, 1858. Ilustración de la decusación de las fibras nerviosas sensitivas en una sección de la médula espinal [Brown-Séquard, 1858, 72 (1843)].

Probablemente, Brown-Séquard, quien estaba a favor de los métodos experimentales de Marshall Hall, dio esta serie de conferencias bajo la invitación de un grupo de cirujanos y médicos interesados en la extensión de la vivisección como metodología en la investigación médica, justificando esta práctica mediante la exposición de numerosos casos clínicos que mostraban una *estrecha* relación con los experimentos realizados en animales. Las pláticas de Brown-Séquard estaban orientadas a confirmar y extender los resultados experimentales de Magendie y la *suposición* de Bell: que los conductores nerviosos del movimiento eran distintos que aquellos de la sensibilidad. Las raíces anteriores de los nervios espinales eran para Brown-Séquard, las responsables de la transmisión del movimiento y el dolor, este último ocasionado por "irritaciones galvánicas" a los nervios provenientes de los músculos³⁵; de igual manera, el médico aseguraba que la materia gris era la conductora de la sensibilidad al *sensorium* o lugar de la sensación, y que las diferentes impresiones sensoriales eran conducidas por distintas fibras nerviosas a través de las columnas posteriores [Brown-Séquard, 1858, 72 (1843): 653]. La decusación de los nervios conductores³⁶ de las impresiones sensoriales se llevaba a cabo en la médula espinal, y la de los conductores motores voluntarios en la parte baja de la médula oblonga

35 El galvanismo, hacia finales del siglo XVIII e inicios del XIX, postulaba la existencia de la *electricidad animal*, es decir, que la naturaleza del *fluido nervioso* era eléctrica, una "forma de materia compuesta e imponderable", y que establecía una relación recíproca entre los músculos y los nervios [Bird, 1854: 11].

36 Esta era una idea previa de Brown-Séquard que comenzó a exponer a inicios de la década de 1850 ['Transmission of Impressions', 1851].

(Imagen 1).

De esta manera, las conferencias dictadas ante el *Royal College of Surgeons* estaban orientadas a difundir su punto de vista sobre el sistema nervioso y la manera de obtener conocimientos sobre él. La décima primera de ellas se denominó *On the Etiology, Nature, and Treatment of Epilepsy with a Few Remarks on Several Other Affections of the Nervous Centres* (Sobre la Etiología, Naturaleza, y Tratamiento de la Epilepsia con Algunas Observaciones sobre Muchas Otras Afecciones de los Centros Nerviosos), en donde el médico aseguraba que convulsiones parecidas a las observadas en la epilepsia podían producirse en animales -particularmente en conejillos de Indias- de manera artificial, después de algunas semanas de haber lesionado la médula espinal [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840)].

Para Brown-Séquard, el "punto más interesante" de efectuar tales daños, era el hecho de producir *ataques* cuando el médico lo deseara tan sólo con *pellizcar* cierta parte de la piel: aquella que cubría el "ángulo de la mandíbula inferior" extendiéndose al ojo, oreja, y cerca del hombro [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840): 571]. La piel de esa región tenía la *capacidad* de generar una convulsión *epileptiforme* al ser estimulada, cuando la médula espinal había sido previamente lesionada, no sucediendo lo mismo al irritar los nervios que extendían sus filamentos en dicha zona. Para Brown-Séquard no era el dolor el causante de la convulsión, sino un "tipo peculiar de irritación": los hechos establecidos por este fisiólogo a través de sus vivisecciones eran, por ejemplo, que la médula espinal podía ser causal, más no el *lugar*, de una afección epiléptica; que existía una "relación misteriosa" entre algunas partes de la médula espinal y sitios remotos de la piel como la cara y el cuello; que el "tronco" de un nervio no podía producir convulsiones, mientras que lo contrario sucedía con sus ramificaciones cutáneas; y que aunque una "afección epileptiforme" podía tener su "causa" en los centros nerviosos, algunos filamentos no conectados directamente con tales centros podían producir convulsiones [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840): 571].

Estas lesiones, de acuerdo con el autor, eran escasamente registradas en los seres humanos, y cuando sucedía, los pacientes morían antes de que *apareciera* la epilepsia. Pero para él, existían numerosos casos en los que la irritación de algún nervio centrípeto, como en la piel o las membranas mucosas, hubiera producido ataques, haciendo entonces posible su analogía propuesta entre animales y pacientes. Incluso en los casos de epilepsia idiopática, continuaba Brown-Séquard, podía rastrearse una irritación de tales nervios, siendo su localización semejante a la de un *aura*. Un *aura* "no sentida" podía

existir indicando la naturaleza irritable de los nervios centrípetos y su causalidad en un paroxismo: era posible que el primer efecto de dicha irritación fuera la pérdida de la conciencia [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840): 572]. La localización de la irritación era importante para determinar un tratamiento, por lo que la condición de todo el cuerpo debía ser establecida previamente por el médico: la aplicación de corriente galvánica en varias partes de la piel y el paroxismo resultante de dicha acción, podían indicar el lugar específico que lo originaba; la colocación de ligaduras apretadas en las extremidades de aquellos pacientes con ataques periódicos podía indicar, si el paroxismo no ocurría, que era "extremadamente probable" que se debiera a un "aura no sentida" originada en dicha extremidad; incluso en casos de epilepsia por una "enfermedad del encéfalo", la causa podía aún originarse en algunos lugares de la piel [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840): 572]. El fisiólogo consideraba cierta su teoría al establecer que la epilepsia en sus animales cesaba cuando seccionaba los nervios que *iban* a la cara y al cuello.

Brown-Séquard recomendaba varios métodos para curar la epilepsia basándose en sus ideas de localización física de la enfermedad: aplicar ligaduras, seccionar nervios, amputar extremidades, extender los músculos durante un paroxismo, cauterizar regiones de piel, y producir un cambio en la *nutrición* de los centros nerviosos. La epilepsia era, "esencialmente", una "excitabilidad reflejo incrementada de ciertas partes del eje cerebro-espinal, y ... pérdida de control que, en condiciones normales, la voluntad posee sobre la facultad de reflejo" [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840): 572]. Para Brown-Séquard, la base del encéfalo, principalmente la médula oblonga, era el lugar más frecuente del incremento de esta excitabilidad reflejo, por lo que posicionaba a este centro nervioso como el "lugar ordinario" de la epilepsia [Brown-Séquard, 1858, 72 (1840): 572]. La pérdida de conciencia en un paroxismo quedaba explicada por la contracción de los vasos sanguíneos del cerebro. El médico describía a la epilepsia como una serie de fenómenos ordenados como causas y efectos: primero, la excitación de algunas partes excito-motoras del centro nervioso producía la contracción de los vasos sanguíneos del cerebro y la cara, que a su vez provocaba la pérdida de conciencia y la acumulación de sangre en la base del encéfalo. La primera excitación se *extendía* debido a esta acumulación y causaba la contracción tónica de los músculos de la laringe, las cervicales y del tórax, responsables del grito y la respiración interrumpida al inicio de un paroxismo. Esta primera excitación también ocasionaba la contracción de los músculos del tronco y las extremidades, que unidos a la pérdida de conciencia, hacían que el paciente cayera. La asfixia, y la acumulación de sangre *negra* en el encéfalo y la médula espinal, provocaban convulsiones clónicas en todo el cuerpo, hasta que el agotamiento del "poder

nervioso" en general y de la "facultad de reflejo", regresaban al cuerpo gradualmente a su *normalidad*, motivo por el cual un estado similar al coma o de somnolencia se generalizaban en el paciente, seguidos de fatiga y algunas veces, dolor de cabeza. La base para tratar a la epilepsia era encontrar la causa externa de la irritación y eliminarla.

Brown-Séquard aceptó el cargo de Médico Principal del *National Hospital* en enero de 1860, cuando se encontraba en la ciudad de París. La solicitud por parte del Comité puede explicarse tal vez, a partir del renombre de este médico en una comunidad interesada en la investigación anatómopatológica: con frecuencia era citado en artículos publicados en revistas médicas y en algunos libros, como se verá un poco más adelante. Al poco tiempo de abrir sus puertas para la recepción de pacientes, Brown-Séquard solicitó al Comité la compra de instrumentos y pidió, a través de un anuncio en el periódico *The Lancet*, detalles de casos de paraplejía a médicos que estuvieran relacionados con el tema. En ese mismo número, se publicó la primera de una serie de conferencias cuyo título fue *Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Principal forms of Paralysis of the Lower Extremities* (Conferencias sobre el Diagnóstico y Tratamiento de las Principales Formas de Parálisis de las Extremidades Inferiores), al parecer, parte de otra serie de charlas que Brown-Séquard había dado entre abril y mayo de 1859 en las Universidades de Edimburgo, Glasgow y Dublín. Pocos días después de estas publicaciones, el médico le anunció al Comité del hospital que daría conferencias clínicas en las instalaciones de la institución los lunes por la tarde, y que comenzaría a mediados de mayo, situación que fue anunciada en los periódicos *The Times* y *The Lancet* [Minutes 1859-1865; Brown-Séquard, 1860, 75 (1912)].

Al igual que Ramskill, Brown-Séquard tenía bajo su cuidado a la mitad de los pacientes del hospital, y a finales de octubre de 1860, el Comité le ordenó al secretario general que recibiera instrucciones de este médico para equipar un gimnasio destinado a los pacientes. El segundo Médico Principal de la institución era, al parecer, muy *instrumental* en el ejercicio de su profesión. Poco tiempo después de su nombramiento como miembro de esta institución, el 15 de julio de 1863, Brown-Séquard presentó su renuncia ante el Comité del *National Hospital*, pues pronto abandonaría el país. Los motivos de esta decisión no son evidentes: un autor supone que se debió al profesorado en fisiología y neuropatología ofrecido por la Universidad de Harvard en Estados Unidos de América, mientras que otro considera que el trabajo experimental al que Brown-Séquard era tan aficionado, no podía realizarse en el ambiente clínico británico [Minutes 1859-1865; Critchley, 1960; Aminoff, 2011]. Brown-Séquard fue nombrado Médico Honorario del hospital, y tras su renuncia, tres personas se

postularon para tomar su lugar, siendo Charles Bland Radcliffe (1822–1889) del hospital de *Westminster*, nombrado como su sucesor por recomendación de Ramskill y del mismo Brown-Séquard; según éstos, debido a su trayectoria como conferencista ante el *Royal College of Physicians*, y a que había escrito extensamente sobre epilepsia [Minutes 1859-1865].

Radcliffe nació en Lincolnshire, Inglaterra, en 1822. Era hijo de un reverendo, y asistió a la *Leeds School of Medicine* (Escuela de Medicina de Leeds) en donde trabajó como ayudante de clínica, y probablemente también en el *Cumberland Infirmary* (Hospital Cumberland) en Carlisle, como Cirujano de la Casa [Page, 1846; 'Obituary', 1889]. Al parecer, continuó sus estudios en París y Londres, y en 1845 le fueron otorgadas dos medallas de oro por la obtención del segundo lugar en una serie de pruebas que el *University College London* realizaba desde 1839 para el mérito académico a estudiantes de la ciudad y provinciales, en las que Radcliffe representó a Leeds ["Aletes", 1847]. En 1848 se estableció en Londres para ejercer su profesión de médico: fue conferencista en fisiología vegetal y botánica en el hospital de *Westminster*, y obtuvo su grado de Doctor en Medicina tres años después, siendo posteriormente nombrado *Assistant Physician* (Médico Asistente) de la misma institución [Radcliffe, 1850; 'Obituary', 1889]. En 1860, Radcliffe, junto con otros médicos que tiempo después formarían parte del *National Hospital*, firmó la carta publicada en *The British Medical Journal* que manifestaba la inconformidad de algunos médicos ante el establecimiento de algunos hospitales especializados [Brodie, 1860].

En la década de 1850, Radcliffe escribió y publicó tres libros: *The Unity of Nature* (La Unidad de la Naturaleza) en 1850, *The Philosophy of Vital Motion* (La Filosofía del Movimiento Vital) en 1851, y *Epilepsy and Other Convulsive Affections, their Pathology and Treatment* (Epilepsia y Otras Afecciones Convulsivas, su Patología y Tratamiento) en 1854. En el primero de ellos, Radcliffe comenzó a organizar su postura en relación a la naturaleza del movimiento, estableciendo un proyecto que tenía por objetivo buscar la unidad de forma -arquetipo- y fuerza entre todos los seres orgánicos e inorgánicos: para Radcliffe, una "fuerza central" era común a todos ellos, el reflejo de la "unidad de la creación" [Radcliffe, 1851: v]. Para este médico, la forma no podía concebirse sin la fuerza y viceversa; y las mismas fuerzas y sus correlaciones, como el calor, la electricidad, la luz y la agencia química, actuaban de igual manera en todos los seres, orgánicos e inorgánicos [Radcliffe, 1851]. El "movimiento vital" se debía a la operación conjunta de una "fuerza cósmica" y de un principio innato perteneciente a cada organismo viviente: la "influencia nerviosa" era una de las diversas modificaciones de la fuerza

cósmica, que participaba "armoniosamente" con otras "agencias" para determinar dicho movimiento [Radcliffe, 1851: 126]. Tal influencia nerviosa participaba en un proceso para que los músculos animales se elongaran.

En el tercero de sus libros, Radcliffe describía su concepción de la epilepsia. Esta afección era para él la enfermedad convulsiva por excelencia, en la que sus ideas sobre el movimiento vital cobraban sentido: la contracción muscular era el estado natural de los cuerpos, y no el resultado de un estímulo por la influencia nerviosa, la electricidad -componente de la anterior-, la sangre, algún agente mecánico, la luz, la temperatura, o algún agente químico. Al parecer, Radcliffe estaba a favor de un programa fisiológico experimental, pues a lo largo de su obra, aplaudió los trabajos y resultados de Brown-Séguar y del médico alemán Emil du Bois-Reymond (1818-1896). Radcliffe describió en este libro a las personas con epilepsia: es una enfermedad desgastante, tarde o temprano se les notaba un semblante pálido, unas pupilas dilatadas y lentas, una memoria traicionera, ideas indefinidas, atención incapaz, una imaginación torpe, un carácter irritable e indeciso, una voluntad débil. La enfermedad era acompañada tan frecuentemente de "imbecilidad", que difícilmente se podía decir que era un accidente [Radcliffe, 1858: 140]. Para él, la causa más común era la predisposición hereditaria, que podía desencadenarse por múltiples factores, por ejemplo el *miedo*, síntoma más relevante de una *debilidad o desbalance* en el sistema: una característica en los hombres de debilidad era que se *inclinaban* hacia el tipo femenino, y el signo de debilidad en las mujeres era su tendencia hacia una disposición infantil. Otros factores podían estar representados por el abuso sexual, la fatiga, el estudio abundante y los excesos sexuales. La debilidad era un elemento fundamental en el desarrollo de la epilepsia: era la característica más evidente de un "poder vital defectuoso" [Radcliffe, 1858: 142]. Radcliffe aseguraba que las plantas respondían a los periodos del ambiente exterior en mayor medida que los animales, lo que explicaba aludiendo a la reducida "vida innata" de las plantas, incrementada en los animales y el hombre, dándoles relativa independencia del sol y otras influencias externas [Radcliffe, 1858: 142]. La persona sujeta a ataques epilépticos frecuentes, había sido despojada de dicha vida innata, por lo que estaba relacionada más estrechamente con las plantas que con el resto de los hombres o animales. En palabras de Radcliffe, "el epiléptico no [tenía] derecho a decir 'estoy muy bien'" [Radcliffe, 1858: 142].

La descripción del paroxismo era la misma que en las versiones revisadas hasta ahora: un *aura epiléptica* que siempre variaba, pérdida de la conciencia -que este médico celebraba por ser la "única consolación en tan triste espectáculo"-, un grito, una caída, movimientos involuntarios, espuma en la

boca, etc [Radcliffe, 1858: 147]. Pero también afirmaba que la epilepsia podía ocurrir de manera diferente en distintas personas, como si existieran grados: algunas veces la persona sólo empalidecía y se *ausentaba* un momento. El "eclipse intelectual" era para Radcliffe el síntoma más característico de la epilepsia [Radcliffe, 1858: 151]. El paroxismo era consecuencia de la falta de sangre arterial en el organismo, agente responsable de la elongación de los músculos y la vitalidad. Una "irritabilidad mórbida" -como la dentición y las lombrices-, era un elemento debilitante, no estimulante, motivo que podía ocasionar un ataque [Radcliffe, 1858: 172]. Parte de la cura radicaba entonces en fortalecer y estimular al sistema, lo que podía lograrse a través de una "dieta liberal", es decir, comidas sustanciales con cerveza, vino, café y compuestos de zinc, cobre y plata, así como permanecer en reposo para evitar debilitarse [Radcliffe, 1858: 176].

Radcliffe fue nombrado miembro del *National Hospital* el 22 de julio de 1863 por recomendación de los Médicos Principales, y presentado al Comité por Brown-Séquard. El interés profesional de los médicos en la parálisis y la epilepsia comenzó a ser una característica relevante para solicitar y elegir al nuevo personal del *National Hospital*. Esta tendencia a seleccionar a médicos con intereses *especiales* fue al parecer una característica en los nacientes hospitales especializados [Weisz, 2006]. Tres meses después de su contratación, Ramskill y Radcliffe pidieron al Comité la compra de equipo para instalar un gimnasio, así como dispositivos galvánicos³⁷; ellos mismos serían los encargados de preguntar sobre los precios de los aparatos, y un Oficial Médico sería el responsable de supervisar las actividades realizadas con tales dispositivos.

Antes de continuar con los Médicos Principales, un apartado debe reservarse para los Cirujanos de la institución, los cuales tuvieron un lugar durante un corto periodo de tiempo. Al parecer, el primero de ellos en ser miembro del *National Hospital* fue el escocés William Fergusson (1807-1877), bajo el título de *Consulting Surgeon* (Cirujano Consultor) [Critchley, 1860; 'Hospitals and Schools', 1860]. Fergusson asistió a la Universidad de Edimburgo, y en 1840 ocupó el cargo de Director de Cirugía en el *King's College London*, a poco más de diez años de su fundación. Durante esa década, fue electo miembro del *Royal College of Surgeons* de Inglaterra -perteneciendo previamente a su equivalente en Edimburgo- y de la *Royal Society*, y nombrado *Extraordinary Surgeon* (Cirujano Extraordinario) de la Reina Victoria en 1855, puesto asignado al parecer, por medio de recomendaciones de predecesores o de los presidentes de las distintas sociedades médicas. En 1867, Fergusson se convirtió en *Sergeant Surgeon* (Primer Cirujano) de la misma soberana [Cooke, 1982]. Para Critchley, el nombramiento de

³⁷ Sobre los cuales se hará una breve referencia más adelante.

Fergusson como un recurso externo otorgaba "no solo distinción sino respetabilidad" a la institución [Critchley, 1960: 1833]. Contar con miembros cuyos nombres fueran reconocidos y distinguidos, pareció ser una de las estrategias del *National Hospital* en su camino a la legitimación como un establecimiento especializado.

La designación de los cirujanos como miembros del *National Hospital* fue al parecer, de menor urgencia que la de los médicos, posponiéndose dicha decisión continuamente desde finales de diciembre de 1859, y hasta dos meses después, cuando el miembro del Comité de Administración, John Zachariah Laurence (1829-1870) egresado del *University College London* como licenciado en Medicina, fue al parecer, el segundo cirujano que ocupó un cargo en el hospital, bajo el nombre de *Honorary Surgeon* (Cirujano Honorario) [Minutes, 1859-1865]. Laurence fue miembro del *Royal College of Surgeons* a partir de 1855, así como miembro de la *Harveian Society of London* (Sociedad Harveiana de Londres), trabajando en los hospitales *Northern* y *Farringdon* [Laurence, 1855; Sorsby, 1932]. Aparentemente, estaba sumamente interesado en cirugías oftálmicas y en el cáncer: en 1857 fue uno de los fundadores del *South London Ophthalmic Hospital* (Hospital Oftálmico del Sur de Londres), uno de los 12 hospitales especializados en el ojo en Londres para 1856 [Sutherland, 1957]. El cargo de Cirujano Honorario ofrecía, de acuerdo con algunos autores, algunas ventajas para quienes lo asumían: les permitía cobrar por sus servicios de enseñanza, construir prestigio, y posteriormente, tener la oportunidad de ser consultores de sus alumnos [Singer et al, 1960].

Semanas después de la elección de Laurence, el Sr. Clarke, miembro del Comité, propuso la creación del puesto de *Resident House Surgeon* (Cirujano Residente de la Casa) en el hospital, sin raciones ni salario, un espacio aparentemente reservado para aprendices que aún no tenían un título y que se desempeñaban como "sirvientes superiores" [Minutes, 1859-1865; Turkington, 1938: 244]. A pesar de la oposición por parte de dos integrantes del Comité, éste resolvió postular a M. G. Echeverría para que ocupara dicho cargo a mediados de marzo de 1860. Ahora bien, una posibilidad que se propone en esta tesis, es que este cirujano era el cubano Manuel González Echeverría (1833-1898), quien viajó de La Habana a París para estudiar medicina apoyado por su tío a inicios de la década de 1850 aproximadamente [López, 2009]. Cómo llegó Echeverría a este hospital no está del todo claro, sin embargo, los siguientes hechos se exponen a favor del argumento de que se trataba de la misma persona.

Durante su estancia en Francia, Echeverría estudió al parecer, bajo la tutela de Armand Trousseau (1801-1867), médico francés del hospital *Hôtel-Dieu* (Residencia de Dios) de París y profesor de clínica médica en la Facultad de Medicina de la misma ciudad, quien estaba interesado en el conocimiento del curso de la enfermedad más que en sus causas [Trousseau, 1868; Coleman, 1985; López, 2009]. En el periodo comprendido entre 1846 y 1849 aproximadamente, Brown-Séguard también había estado bajo la orientación de Trousseau como *externe des hôpitaux* (externo de hospital) en la misma ciudad [Ruch, 1946]. Otro de los maestros de Echeverría, de acuerdo con López, fue el médico francés Charles-Philippe Robin (1821-1885), profesor de la Facultad de Medicina de París, y junto con Brown-Séguard, fundador de la *Société de Biologie* y de un laboratorio de fisiología privado, como se mencionó previamente [D'Hombres, 2012]. Robin era al parecer, un partidario de la microscopía y de la fisiología experimental al igual que Bernard y Brown-Séguard.

Durante unas vacaciones como estudiante, Echeverría visitó la ciudad de Londres, en donde conoció a Daniel Hack Tuke (1827-1895), médico originario de York y miembro del *Royal College of Surgeons*, quien en 1851 ganó un premio por su ensayo *The Progressive Changes which Have Taken Place since the Time of Pinel in the Moral Management of the Insane and the Various Contrivances which Have Been Adopted Instead of Mechanical Restraint* (Los Cambios Progresivos que Han Tenido Lugar Desde el Tiempo de Pinel en el Manejo Moral del Enfermo Mental y las Varias Artimañas que se Han Adoptado en Lugar de Restricciones Mecánicas) por parte de la *Society for Improving the Condition of the Insane* (Sociedad para la Mejora de la Condición del Enfermo Mental) [Society for Improving the Condition of the Insane, 1851]. Al regresar a París, Echeverría recibió su título de médico en enero de 1860, y posteriormente volvió a Londres, en donde de acuerdo con López, Tuke le ofreció un lugar de trabajo en el *Bethlem Royal Hospital* (Hospital Real Bethlem), cargo que aceptó hasta finales de ese año, al regresar de un viaje a La Habana para contraer matrimonio. Sin embargo, al parecer Tuke no perteneció a dicha institución sino hasta 1874 ['Daniel Hack Tuke', 1895]. La coincidencia en temporalidad, espacios, relaciones con algunos personajes y, tal vez, incipiente especialidad, hacen pensar que Manuel González Echeverría fue este primer cirujano del *National Hospital*.

Echeverría fue nombrado Cirujano Residente de la Casa del *National Hospital* a inicios de abril de 1860, después de que miembros del Comité escribieran a siete hospitales anunciando la vacante sin obtener respuesta. Sus tareas consistían en parte, en supervisar las instalaciones y asegurarse por

ejemplo, del buen funcionamiento de los baños. A mediados de julio del mismo año, aproximadamente dos meses y medio después de su contratación, Echeverría presentó su renuncia diciendo que tenía que regresar a América, para lo cual los Médicos Principales, el secretario y el presidente del Comité, firmaron una carta de recomendación. Si tomamos como cierta la propuesta establecida, el mes en el que regresa a La Habana después de este cargo, coincide con la temporalidad establecida por López, de acuerdo con la cual, Echeverría viajó a Nueva York en 1862 estableciéndose ahí por al menos 16 años, durante los cuales escribió libros sobre epilepsia y perteneció a un hospital en esta ciudad dedicado a la epilepsia y la parálisis, curiosamente bajo el mismo nombre que el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* [Echeverría, 1870].

Después de la renuncia de este médico cubano, el Comité pidió a los Médicos Principales del hospital preparar un perfil con los deberes del Cirujano de la Casa, en lo que parecía una continua estructuración de sus obligaciones y responsabilidades. Así, a inicios de agosto de 1860, después de anunciar la posición en *The Times* y 3 periódicos médicos, siete candidatos se ofrecieron para el cargo, de los cuales, el Sr. C. J. Smith del hospital *St. Thomas* fue electo para sustituir a Echeverría, en este caso con derecho a raciones, pero sin salario. Smith se encargaba de las necesidades de los pacientes en cuanto al mobiliario especial y a los asuntos relacionados con la administración de los tratamientos encargados a los dispensarios. Sin embargo, debieron surgir algunos problemas, pues para finales de 1860, el Comité estableció que el Cirujano de la Casa no debía dormir fuera del hospital, y en caso de que lo hiciera, debía contar con el permiso de ambos Médicos Principales y proporcionar un sustituto durante su ausencia. En mayo de 1861, Brown-Séguard se quejó de que el cirujano se ausentaba con frecuencia del hospital, y lograron que el Sr. Smith presentara su renuncia en septiembre de ese mismo año.

A inicios de octubre de 1861, el Comité nombró al Sr. C. M Russell para el mismo cargo, renunciando éste seis meses después, ante lo que Brown-Séguard propuso al Comité que en lugar de contratar a otro Cirujano Residente de la Casa, era preferible nombrar a John Hughlings Jackson como *Assistant Physician* (Asistente Médico), quien tendría la responsabilidad de visitar las casas de aquellos pacientes que no podían asistir a las instalaciones del hospital. John Hughlings Jackson, originario de York, asistió como aprendiz en el *York Hospital Medical School* (Escuela Médica Hospital de York), y en 1855 fue estudiante en el hospital *St. Bartholomew*, aprobando sus exámenes y recibiendo su certificado para la práctica en 1856 ['*Medical News*', 1856]. Posteriormente, regresó a su ciudad natal

para ser Cirujano de la Casa en el hospital regional, y para inicios de 1860, Jackson se estableció en Londres aparentemente con la ayuda de su amigo, el médico Sir Jonathan Hutchinson (1828-1913), obteniendo su grado ese mismo año ['John Hughlings Jackson', 1911].

Con la nueva propuesta de Brown-Séquard, a inicios de mayo de 1862 se estableció que Hughlings Jackson sería el nuevo Asistente Médico, y dado que visitaba a los pacientes en sus casas, se le otorgó un sueldo anual, situación que no ocurría con el cargo de Cirujano Residente de la Casa, ahora anulado. Un año después, Jackson intentó renunciar a su puesto para poder aplicar a la vacante que dejaría Brown-Séquard, posición que obtuvo Radcliffe, como se vio anteriormente.

El número de camas en el hospital se incrementó en el siguiente par de años, por lo que a finales de 1863, el Comité resolvió que se consideraría el nombramiento de otro médico, decisión consolidada hasta finales de febrero de 1864, cuando dos personas fueron solicitadas para incorporarse a la plantilla de Médicos Principales, teniendo éstos que cumplir con el requisito de ser miembros del *College of Physicians* de Londres y "eminentes para el tratamiento de enfermedades nerviosas" [Minutes, 1859-1865: 361]. Los médicos sometidos a votación por los miembros del Comité para ocupar tales cargos fueron John Russell Reynolds (1828-1896), John Hughlings Jackson, Edward Henry Sieveking (1816-1904), y una persona de apellido Ogle. Sieveking y Reynolds ocuparon las vacantes por una mayoría de votos.

La familia de Edward Henry Sieveking, originaria de Hamburgo, se estableció en Londres a partir de 1804 aproximadamente. Sieveking recibió parte de su educación médica en Alemania, asistiendo a las Universidades de Berlín y de Bonn, y a su regreso a Gran Bretaña, acudió a la *University College London* y a la Universidad de Edimburgo, en donde se graduó en 1841. Después de visitar ciudades como París y Viena, en 1847 regresó a Londres en donde fue nombrado miembro del *Royal College of Physicians*, y posteriormente, ayudó al establecimiento del *Royal Medical Benevolent College* (Colegio Médico Benevolente Real). En 1851, fue electo Asistente Médico en el hospital general *St. Mary*, siendo profesor de *Materia Medica* y posteriormente nombrado médico de tiempo completo en el mismo recinto hacia 1860. Sieveking publicó varios libros antes de 1864, año de su nombramiento como Médico Principal en el *National Hospital*, por ejemplo: *A Treatise on Ventilation* (Un Tratado sobre la Ventilación) en 1846, *The Training Institutions for Nurses and the Workhouses* (Las Instituciones de Entrenamiento para Enfermeras y Asilos) en 1849, y *On Epilepsy and Epileptiform*

Seizures, their Causes, Pathology, and Treatment (Sobre la Epilepsia y Ataques Epileptiformes, sus Causas, Patología, y Tratamiento) en 1858 [Bladin, 2008].

De especial interés es esta última obra, probable motivo para ser designado miembro del *National Hospital* en 1864. En este libro, Sieveking mencionó los nombres de Bell, Hall, Flourens, Magendie, Müller y Brown-Séquard como *iluminadores* de un campo que a inicios del siglo XIX estaba "envuelto en la oscuridad", ahora fortalecido por "la estadística, la razón y el empiricismo" [Sieveking, 1858: viii]. Para este autor, el "hombre enfermo necesariamente [deseaba], sobre todas las cosas, ser liberado de su enfermedad", y la epilepsia era una de las que nadie había logrado revelar su "misterio" [Sieveking, 1858: ix]. Para lograr este objetivo, los elementos fundamentales eran la higiene pública y privada, y el conocimiento sobre el sistema nervioso. La descripción de los paroxismos que hacía Sieveking era muy similar a todos los autores que se han visto hasta ahora, y reflexionaba sobre la definición de la enfermedad como esta descripción: difícilmente se podía lograr un conocimiento sobre la epilepsia si todos los esfuerzos se concentraban en el ataque, tan variado y con numerosas modificaciones, que "ninguna descripción general" podía establecerse con claridad [Sieveking, 1858: 11]. Para Sieveking, la epilepsia era un claro ejemplo de una enfermedad *proteana*³⁸.

Como al inicio de su libro, este autor dejó claro a lo largo del texto que la estadística era una herramienta para *descubrir* verdades sobre esta enfermedad. Por ejemplo, respecto al hecho de que durante los paroxismos algunos pacientes mordían su lengua, Sieveking establecía que en 56 casos bajo su cuidado, esto ocurrió 21 veces, a una tasa de 37.4%, por lo que podía considerarse un síntoma común. De la misma manera, sobre la creencia popular del efecto de las fases lunares sobre la frecuencia de los paroxismos, Sieveking decía que "nada sino el más extenso y minucioso análisis de un número más grande de ataques epilépticos satisfactoriamente determinarán, si esta enfermedad tiene relación con las fases de la luna", a lo que posteriormente respondía de manera negativa basado en números registrados por el Dr. Moreau [Sieveking, 1858: 39]. Sin embargo, obtener estas estadísticas en el hospital general o en la práctica privada era, para él, una tarea difícil.

Las tendencias médicas de la época según Sieveking, se inclinaban hacia la división del cuerpo humano, lo cual era una fuente común de errores, pero para él, "leer al hombre entero", no olvidar todas las interdependencias de los "fenómenos vitales" y la "existencia espiritual", era la manera correcta de

³⁸ Sieveking hacía una analogía de la epilepsia con el dios de la mitología griega Proteus, el cual cambiaba constantemente de forma.

aproximarse a su estudio, por lo tanto, la epilepsia era una "enfermedad de todo el hombre, y no de un solo órgano o sistema de órganos", haciendo énfasis en la atención que debía prestarse al resto de los eventos en la vida de una persona con epilepsia, y no únicamente al paroxismo [Sieveking, 1858: 53]. Con base en los Registros Generales del país, Sieveking calculó que la mortalidad total por epilepsia para el periodo entre 1849 y 1853 en Inglaterra era de 0.46%, y de 0.61% para Londres, una aproximación a los *números* de la enfermedad, pues en la mayoría de los casos, decía Sieveking, no terminaba de manera *fatal*, y era confundida y catalogada bajo el título de *convulsiones*, hecho que alteraba las estadísticas sobre epilepsia en este país. El autor estimó la existencia de 18,000 personas con epilepsia en una población de 17,745,000 en Inglaterra para 1850.

Las evidencias sobre las causas de la enfermedad, para Sieveking, estaban a favor de que las "influencias predisponentes" debilitaban al sistema nervioso, haciéndolo susceptible a un ataque epiléptico: esta enfermedad parecía pertenecer a todas partes, sin "respetar condición, edad o sexo", ocurría "entre los salvajes sin instrucción así como entre los más cultos de la sociedad civilizada" [Sieveking, 1858: 75-76]. Sieveking estableció que para el periodo de 1817 a 1846, los cuerpos coloniales británicos tenían un promedio de muertes de epilepsia mayor a las tropas británicas para el mismo periodo: de un total de 129,914 personas en las tropas coloniales, 19 habían muerto de esta enfermedad, de las cuales 16 eran personas de piel oscura. Sieveking, sin embargo, dudaba en *saltar* a cualquier conclusión con respecto a la influencia de la *raza* en la propensión a la epilepsia, y de igual manera, afirmaba que los estudios que indicaban que sucedía con mayor frecuencia en mujeres eran una falacia, pues de los 57 casos tratados por él y registrados en su libro, 28 eran mujeres y 29 hombres.

Este médico dudaba también de establecer una regla en cuanto a las relaciones de la enfermedad con apariencias mórbidas, pues aseguraba, esto no ocurría en todos, y ni en la mayoría de los casos. La nutrición de la sangre era por el contrario, una parte importante a considerar en la producción de la epilepsia, al igual que el desarrollo de los órganos sexuales, pues para Sieveking, los primeros ataques ocurrían en un periodo cuando estos eventos sucedían: la pubertad. Los sentimientos sexuales fuertes eran elementos que participaban en el desarrollo de la enfermedad en personas *predispuestas*. Esta predisposición podía ocurrir por razones hereditarias, por lo que el médico recomendaba que estas personas no se casaran, a menos que hubiera una esperanza de cura.

Las causas morales y sentimentales tenían un peso igual o mayor a las físicas para Sieveking en el desencadenamiento de la epilepsia, y las mujeres eran más susceptibles a ellas. Los hombres la atribuían al miedo, al enojo, a una caída, a la embriaguez, al onanismo, a la pobreza; las mujeres, al miedo, a una impresión dolorosa, una decepción, una violación, al duelo, al enojo, a la dicha, a ver a un epiléptico. La visión de la enfermedad desde sus causas físicas era una posición que no podía desarrollarse adecuadamente debido a la falta de conocimiento sobre el sistema nervioso, afirmaba este médico, y establecía la importancia del *hábito* en la explicación de la epilepsia: "la ocurrencia repetida de los mismos actos facilita su recurrencia" [Sieveking, 1858: 171]. La modificación de los hábitos por la fuerza de voluntad se aplicaba a la enfermedad de igual manera que a la moral, y esto era la base para el tratamiento de la epilepsia. Para este médico, el uso de remedios farmacéuticos y mecánicos no garantizaba un éxito en el tratamiento si no existía esperanza y confianza en él: el médico debía vigorizar la fuerza de voluntad del paciente, levantar sus "energías morales", y tener en consideración su *naturaleza* "moral, intelectual y física" [Sieveking, 1858: 204-205]. La examinación de todo el cuerpo del paciente era su recomendación, y el cuidado de la higiene era un elemento imprescindible: el aire que respiraba, el agua que tomaba, el baño, su ocupación diaria y hábitos, sus entretenimientos, sus funciones sexuales, su comida y bebida, su ropa, así como su historia moral y mental, eran elementos susceptibles de escrutinio y cambio, si éste se consideraba necesario.

La comida abundante y nutritiva era una de las principales sugerencias hecha por Sieveking: leche, cocoa, carne, y algunas veces vino y cerveza. Para Sieveking, la fatiga no era la causa de un ataque epiléptico, sino la deficiencia de la "maquinaria para soportar[la]" [Sieveking, 1858: 235]. El descanso del cuerpo y la mente era también importante, así como supervisar el tiempo libre del paciente: colocarlo en ambientes adecuados que incrementaran su vigor, evitar lecturas frívolas, que excitaran las emociones, y aquellos "calculados a dar un estímulo impropio a los sentimientos sexuales" como era el caso de *Don Juan* o *Les Mystères de Paris*³⁹ [Sieveking, 1858: 244].

A pesar de que Sieveking no estaba completamente de acuerdo con la reunión de casos similares en un solo lugar, pues afirmaba que el efecto *deprimente* de convivir con otros enfermos y comparar sus síntomas, no era la mejor recomendación para el tratamiento de los pacientes, aplicó y resultó electo para la posición de Médico Principal en el *National Hospital* en julio de 1864, renunciando tres

39 Posiblemente Sieveking hacía referencia a las obras literarias inspiradas en el personaje *Don Juan* creado por Tirso de Molina en el siglo XVII. *Les Mystères de Paris*, novela escrita por Eugène Sue a inicios de la década de 1840, contenía descripciones sobre la clase trabajadora de París, con intenciones un tanto moralizantes.

años después, al parecer debido a que el hospital *St. Mary* prohibió tener nombramientos simultáneos en otras instituciones. Esta restricción pertenecía probablemente, a la medida adoptada por algunos hospitales generales -y propuesta por Wakley-, para evitar que los hospitales especializados se legitimaran y tuvieran vínculos con la élite médica [Weisz, 2006].

El otro médico nombrado como Principal del *National Hospital* en 1864 junto a Sieveking, fue John Russell Reynolds. Nacido en Hampshire, Inglaterra, e hijo de un reverendo, Reynolds estudió medicina en el *University College London*, obteniendo su grado con honores en 1852 e iniciando su práctica médica en Leeds, bajo la tutela del previamente mencionado Marshall Hall, a quien debió conocer entre 1849 y 1850 en las demostraciones fisiológicas que éste daba en la plaza Manchester en Londres ['Obituary', 1896]. Después de Leeds, se estableció en Londres, donde a partir de la década de 1850, recibió numerosos nombramientos: en 1855 como Médico Asistente del *Hospital for Sick Children* (Hospital para Niños Enfermos), en 1857 del hospital de *Westminster*, y en 1859 del hospital del *University College*. En el mismo año, fue nombrado Miembro del *Royal College of Physicians*, tras una serie de publicaciones que también iniciaron en la década de 1850, entre ellas: *Diagnosis of Diseases of the Brain, Spinal Cord, Nerves, and Their Appendages* (Diagnóstico de Enfermedades del Cerebro, Médula Espinal, Nervios, y sus Apéndices) en 1855 -dedicado a Marshall Hall-; *Tables for the Diagnosis of Diseases of the Brain* (Tablas para el Diagnóstico de Enfermedades del Cerebro) y *Criminal Lunatics: Are They Responsible?* (Criminales Lunáticos: ¿Son ellos Responsables?) en 1856; y *Epilepsy: Its Symptoms, Treatment, and Relation to Other Chronic Convulsive Diseases* (Epilepsia: Sus Síntomas, Tratamiento, y Relación con otras Enfermedades Convulsivas Crónicas) en 1861.

De obvia importancia resulta este último libro, dedicado a Walter Hayle Walshe (1812-1892) por ser "el primero en exponer la aplicación del 'Método Numérico' a la patología" [Reynolds, 1861: v]. La obra estaba, al parecer, enfocada en el *establecimiento* de hechos en relación a esta condición. El objetivo del autor era, a través de dicho método numérico y la descripción de casos clínicos bajo su cuidado, descubrir la *verdadera naturaleza* de la epilepsia, distinguirla de otras enfermedades para describir las leyes de la "epilepsia esencial". La enfermedad en general, para Reynolds, era "la suma total de modificaciones de función y estructura presentes en un momento determinado", y su medida estaba en relación al grado en que dificultaba a una persona realizar todas sus funciones: físicas, animales, intelectuales, morales, domésticas, sociales [Reynolds, 1861: 2]. La importancia de una enfermedad radicaba en el tipo de actividad que limitaba, y en este sentido la epilepsia era peor que el

cáncer: hacía menos *útiles* a quienes la experimentaban. La explicación de esta condición para Reynolds estaba basada en una dicotomía sobre síntomas positivos y negativos: los primeros eran el resultado de una alteración excesiva de los procesos vitales; los segundos, lo contrario, pero ambas situaciones estaban *necesariamente* correlacionadas con un cambio físico en el cuerpo, aunque éste no fuera perceptible, tales como las "diminutas...modificaciones en los procesos intersticiales de los órganos", o "el incremento anormal en los cambios moleculares de los centros nerviosos" [Reynolds, 1861: 28]. La epilepsia pertenecía a la primera clasificación, aquella de los síntomas positivos: las convulsiones eran el efecto de los cambios incrementados en la *nutrición* de los centros nerviosos.

Para Reynolds, la epilepsia era una enfermedad idiopática debido a que no se había *descubierto* a la fecha ninguna condición orgánica con la que se le asociara de manera constante, y para su diagnóstico no era suficiente caracterizar el paroxismo -ya fuera este *le petit mal* o *le haut mal*-, sino también los "síntomas interparoximales", es decir, aquellos considerados entre los ataques [Reynolds, 1861: 38]. Dichos *síntomas* consistían por ejemplo, en cambios en la memoria y atención, en el control de las emociones y la voluntad, en la temperatura, vértigo, dolor de cabeza, o espasmos clónicos o tónicos. Sin embargo, a través de una serie de tablas en donde los casos observados por este médico se convertían en números y porcentajes contenidos en distintas categorías -tales como grados de deterioro de la memoria en pacientes con epilepsia-, Reynolds concluía que ninguna condición mental especial, ni la influencia hereditaria general, eran factores involucrados con la epilepsia, y que ésta no era incompatible con una salud física *robusta*, un pulso "firme y frecuente", y una *salud mental completa* [Reynolds, 1861: 77]. La frecuencia de los ataques, así como el tiempo en el que habían transcurrido durante la vida de una persona, afirmaba Reynolds, no tenían relación, ni eran condiciones de la *falla mental* de un paciente.

El médico se preguntaba en su libro sobre la frecuencia de la epilepsia, por lo menos en el hospital *Westminster*, lugar donde ejercía la profesión. Reynolds aseguró que de 1820 pacientes de consulta externa, 34 -21 hombres y 13 mujeres- tenían alguna enfermedad convulsiva, fácilmente *confundida* con la condición de nuestro interés. De esos 34 casos, tan solo 7 eran para él ejemplos de "epilepsia verdadera", 4 hombres y 3 mujeres [Reynolds, 1861: 121]. La situación era un tanto diferente para su práctica privada, pues de 231 pacientes, 115 eran tratados por algún fenómeno convulsivo, de los cuales solo 81 se trataban de epilepsia verdadera. Para este médico, la mayoría de sus casos -56 de 69- tenían un origen *bien* establecido, siendo aquellas que operaban de manera

psíquica las más comunes, con un 28.98%, debido al trabajo mental en exceso y perturbaciones emocionales. El primero ocurría únicamente en los hombres mientras que el segundo, sucedía con mayor frecuencia en las mujeres.

El conocimiento que se podía obtener de la salud y la enfermedad, para Reynolds, procedía de dos métodos: el inductivo y el deductivo. El primero de ellos consistía en la investigación anatómica del cuerpo; el segundo, se basaba en la aplicación de leyes fisiológicas y patológicas, establecidas por observación clínica y experimentación. El método anatómico aseguraba, no era *exitoso* para el estudio de la epilepsia en la búsqueda de un "órgano afectado", situación que resultaba más favorable con el segundo [Reynolds, 1861: 240]. Reynolds al parecer, estaba convencido de que la epilepsia podía rastrearse hasta una unidad delimitada, estableciendo que los "elementos esenciales" de un paroxismo, es decir, la contracción muscular involuntaria y la pérdida de conciencia⁴⁰, eran fenómenos originados por cambios comunes en algún órgano, en este caso, el cerebro. Para este médico, la pérdida de conciencia era una prueba de la negación de las funciones de este órgano, debida a una interrupción de la circulación por la contracción de los vasos sanguíneos en él, efecto a su vez de una "irritación propagada" en los nervios vaso-motores de la médula oblonga, localizando en esta parte el origen de ambas características del paroxismo epiléptico. Para Reynolds, la fisiología experimental era corroborada por la experiencia clínica: el cambio estructural no era necesario, el cambio funcional por el contrario, aunque no observable, se encontraba ahí, de forma diminuta, por alteraciones cuantitativas o cualitativas en los procesos intersticiales, siendo estos últimos las condiciones necesarias para la existencia de una función en un órgano determinado.

Las características de los paroxismos eran para este autor, manifestaciones inapropiadas en tiempo, combinación y grado, de procesos que ocurrían en los cuerpos todo el tiempo. Por ejemplo, la inconciencia durante el sueño, la palidez debida al miedo, la ruborización por la vergüenza. Dichos procesos eran atribuidos a la médula oblonga, por lo que ninguna nueva acción resultaba del funcionamiento de este segmento, únicamente modificaciones, actividades incrementadas, resultados de cambios en la *nutrición* intersticial. Reynolds citaba extensamente los resultados experimentales de Brown-Séguard, y se oponía a la visión de la enfermedad de Radcliffe. Las convulsiones, para el autor, ocurrían en la epilepsia, pero por sí mismas no constituían la enfermedad: la historia clínica del paciente era el elemento más importante para su establecimiento, y la "causa excitante" era necesaria

⁴⁰ Reynolds se refería a la pérdida de conciencia como "la suspensión de la percepción y la voluntad" [Reynolds, 1861: 242].

para *desencadenar* los fenómenos que constituían un ataque, por ejemplo: la predisposición hereditaria, el cambio en la nutrición durante la pubertad, las impresiones violentas, la irritación excéntrica o metamorfosis mórbida, sin embargo, asignar *valores precisos* a cada una de ellas era difícil [Reynolds, 1861: 260]. La disposición hereditaria, por ejemplo, nunca *operaba* sola, y las lesiones del sistema nervioso como tumores o inflamación, debían distinguirse siempre de la epilepsia verdadera, pues remover estos elementos daba como resultado, decía Reynolds, la interrupción de los paroxismos.

Una dieta basada en comida *nutritiva* y de fácil digestión, evitando por ejemplo, carnes, empanadas y quesos, era la recomendación de este médico, así como el ejercicio muscular, tener la cabeza levantada al momento de dormir, realizar ejercicio mental -como leer y escribir, pero evitando la fatiga-, y *disciplinar* la mente y la fuerza de voluntad a través de la concentración y la atención. El objetivo más "deseable" de estos tratamientos conductuales era encontrar una ocupación interesante para el paciente, como pintar, o fabricar varios artículos [Reynolds, 1861: 337].

Entonces, para inicios de agosto de 1864, el número de Médicos Principales en el *National Hospital* se había incrementado a cuatro personas. Casi dos meses después, el médico Pierre Victor Bazire (18?-1867), quien al parecer conocía a Brown-Séquard, ocupó un cargo como Médico Asistente en el *National Hospital*, al igual que Jackson. Nacido en Maurice, al igual que Brown-Séquard, recibió parte de su educación en Port Louis, trasladándose posteriormente a Londres y entrando al *University College* en 1853. Cinco años después, ingresó a la Universidad de París, graduándose en medicina en 1860. Regresó a Port Louis a ejercer su profesión en el hospital Civil, y tras la muerte de su esposa, volvió a la ciudad de Londres en donde trabajó en el hospital de *Westminster* y en el *National Hospital*. Después de tres años en esta institución, en 1867, Bazire falleció, presuntamente a causa de un aneurisma en la arteria basilar, en el mismo año en que había publicado su edición y traducción al inglés de los tomos de *Clinique Médicale de L'Hotel-Dieu de París* (Clínica Médica del Hotel Dieu de París) de inicios de la década de 1860, de Armand Trousseau, el mismo médico y profesor de clínica médica relacionado con Brown-Séquard y Echeverría, como se mencionó con anterioridad ['Obituary', 1867].

En el verano de 1862, durante una reunión del Comité, se leyó una carta escrita por el señor W. F. May en la que ofrecía sus servicios como Dentista Honorario para el *National Hospital*. Dicha oferta se rechazó en ese año, considerando no necesario tal nombramiento, sin embargo, dos años después, a

finales de abril de 1864, lo designaron bajo el cargo que había solicitado.

En julio de 1867, después de la muerte de Bazire, el Comité solicitó la elección de otro Asistente Médico, Thomas Buzzard (1831-1919), cuyas reglas de desempeño dentro del *National Hospital* fueron encargadas a Radcliffe y Ramskill. Buzzard nació en Londres, y estudió medicina primero como aprendiz y después en el hospital del *King's College* en la misma ciudad, obteniendo su diploma como M.R.C.S. en 1854, y como M.B. tres años después ['Obituary', 1919]. A finales de la década de 1850, recibió la Orden de Medjidie por parte del Imperio Turco, condecoración otorgada por el apoyo británico durante la Guerra de Crimea, y en 1860 obtuvo su grado de Doctor en Medicina ['The Lancet', 1858; 'Medical News', 1860, 76 (1946)]. A finales de 1865 e inicios del siguiente año, Buzzard, en una publicación médica, relató el seguimiento de tres casos de pacientes que resultaron lesionados en un accidente de ferrocarril cuatro años atrás. El interés de este médico radicaba en "registrar brevemente" los síntomas que seguían, después de meses o años, al impacto del sistema nervioso a causa de accidentes de ferrocarril u otro tipo de violencia análoga [Buzzard, 1865; Buzzard, 1866, 87 (2210): 23]. Este registro, de acuerdo con él, estaría conformado por notas de caso de varios médicos que hubieran atendido a pacientes con dichas características, y sería de gran utilidad en el conocimiento sobre los daños físicos al sistema nervioso, algunos de los cuales, según el autor, podían resultar en "epilepsia, parálisis o demencia" [Buzzard, 1866, 87 (2216): 186].

Cuatro meses antes de ser electo miembro del *National Hospital*, Buzzard publicó en *The Lancet* una serie de artículos relacionados con dicha petición de notas de caso, asegurando que éstas provenían de la práctica de médicos y no de las compañías de ferrocarril, pues de acuerdo con el médico, éstas no llevaban un registro sobre accidentes y su relación con las personas lesionadas. Los casos que Buzzard había recopilado, decía, no debían ser estudiados estadísticamente, pues hacía falta una clasificación sobre la edad, el sexo, la posición social, salud previa, etc., para una buena comparación entre ellos, sin embargo, estaba convencido de que la manera de ocasionar lesiones más común en este tipo de accidentes no era a través de golpes directos en el cuerpo, sino por la *sacudida* que pasaba a través de todo el tren y los pasajeros después de un impacto. Muchas estructuras anatómicas no podían proteger a otras partes del cuerpo de tal conmoción, como era el caso de la columna vertebral y la médula espinal. Para Buzzard, las "partículas diminutas de materia" cambiaban sus *posiciones* como resultado de las *sacudidas*, y los daños podían ir desde la muerte hasta la recuperación [Buzzard, 1867, 89 (2274): 390]. El uso de ferrocarriles como medio de transporte en Gran Bretaña, de reciente introducción, traía para

Buzzard una nueva manera de accidentar al cuerpo, y su interés médico estaba en relación a sus efectos en el sistema nervioso. Tal vez debido a esta nueva tendencia, y porque al parecer conocía a Hughlings Jackson -quien le envió un caso en respuesta a su solicitud-, Buzzard comenzó a trabajar en el *National Hospital* como Asistente Médico en julio de 1867, un mes después de que Hughlings Jackson fuera electo Médico Principal debido a la renuncia de Sieveking [Fair Minutes, 1865-1875; Buzzard, 1867, 89 (2282)].

En enero de 1868 Henry Charlton Bastian fue nombrado Médico Asistente ['Medical News', 1868]. Originario de Cornwall, Inglaterra, recibió su educación médica en el *University College*: fue beneficiario de la *Atkinson Morley Surgical Scholarship* durante tres años y obtuvo su grado de médico en 1866, siendo asistente en el hospital *St. Mary* poco tiempo después, así como profesor de Anatomía Patológica y Patología en estas dos instituciones ['Medical News', 1861, 1 (25); 'Obituary', 1915]. Fue electo miembro de la *Royal Society* en 1868 por su estudio relacionado con nemátodos escrito en 1864, *On the Anatomy and Physiology of the Nematoids, Parasitic and Free: with Observations on their Zoological Position and Affinities to the Echinoderms* (Sobre la Anatomía y Fisiología de los Nematoides, Parásitos y Libres: con Observaciones de su Posición Zoológica y Afinidades a los Equinodermos), y por el artículo publicado dos años después en *The Journal of Mental Science* bajo el título *On the Specific Gravity of Different Parts of the Human Brain* (Sobre la Gravedad Específica de las Diferentes Partes del Cerebro Humano) [Bastian, 1865; 'The Royal Society', 1868; Jellinek, 2000]. Un mes antes de ser miembro del *National Hospital*, Bastian publicó en *The British Medical Journal* un estudio sobre hemiplejía y pérdida del habla en una paciente del hospital *St. Mary*, síntomas que este autor explicaba a partir de daños anatómicos en el hemisferio izquierdo del cerebro encontrados en la examinación *post mortem*, basando sus conclusiones en las ideas del francés Paul Broca⁴¹ (1824-1880) sobre localización cerebral de las funciones del habla [Bastian, 1867].

En septiembre de 1868, el Comité del *National Hospital* creó la posición de *Medical Superintendent* (Superintendente Médico) que ocupó John Netten Radcliffe (1826-1884), médico originario de Yorkshire y egresado de la *Leeds School of Medicine*. Fue cirujano en la Guerra de Crimea, recibiendo al igual que Buzzard, la Orden de Medjidie a su regreso a Inglaterra. Poco tiempo

41 Paul Broca estudió medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de París, obteniendo su título en 1849. Perteneció a la *Société Anatomique* (Sociedad Anatómica) y a la *Société de Chirurgie* (Sociedad de Cirugía) de París. En 1867 obtuvo la dirección de Patología Externa de la Facultad de Medicina. En 1861, Broca creyó haber identificado el lugar específico -cerebral- de la función del habla en los seres humanos: en la circunvolución frontal izquierda inferior, basándose en un caso clínico revisado *post mortem*. Broca estaba convencido de que los hemisferios cerebrales tenían áreas localizadas para funciones específicas [Clarke, 1970].

después escribió sobre la higiene de este ejército, y en 1865 fue nombrado Secretario Honorario de la *Epidemiological Society*, recibiendo posteriormente toda la responsabilidad de los asuntos extranjeros, y en noviembre de 1869, le siguió el cargo de Inspector Sanitario del Consejo Privado del Reino Unido, posible razón de su renuncia al *National Hospital* en febrero de 1870, sucediéndole en el cargo Herbert Tibbits ['Obituary', 1884].

La conformación del personal médico del *National Hospital* a lo largo de su primera década, da cuenta de la posible estructuración incipiente de una red de actores consistente de hospitales, médicos, cirujanos, ciudadanos, vecinos, miembros de la realeza, aparatos, y pacientes, que se extendió en décadas posteriores. Dicha conformación, sin embargo, no estuvo basada enteramente en decisiones médicas, clínicas, experimentales o empíricas: su contingencia puede contar que la disposición del hospital en sus primeros años pertenecía a un entramado mucho más rico que a un *progreso* del conocimiento o prácticas médicas. La búsqueda de espacios educativos, laborales, de prestigio, autoridad, clientes, aprendices, e intereses comunes, parecían ser una parte importante para los médicos y fundadores de la institución, estableciendo una nueva comunidad y un programa disciplinario clínico, anatómico, patológico, enfocado en *enfermedades* relacionadas con el sistema nervioso, en el que la experiencia en medicina hospitalaria y algunas veces, el interés por la fisiología y vivisección, eran elementos fundamentales.

2.3 La búsqueda de la organización: los primeros diez años de la institución y sus enfermedades.

¿Qué fue lo que sucedió en los primeros años de existencia del *National Hospital for the Paralyzed and Epileptic*? ¿Cómo era administrado? ¿Quiénes eran atendidos? Para intentar responder a esta serie de preguntas es necesario retomar algunos elementos que se han visto a lo largo de este capítulo. El Comité, los médicos, cirujanos, enfermeras, farmacéuticos, donadores y donadoras, personal doméstico, voluntarias, pacientes, enfermedades, edificios, utensilios, tratamientos, aparatos, reuniones, conferencias, entre otros, son componentes indispensables en este trabajo para tratar de resolver estos cuestionamientos.

Como se vio con anterioridad, la fundación y manejo de la institución en sus primeros años se encontraba en manos de personas, de cierta manera, ajenas a la comunidad médica: el Comité de Administración. Las decisiones sobre las reglas y el personal fueron suyas en primera instancia, incluso

años después de su fundación. Recién establecido el *National Hospital*, la búsqueda de donadores y donadoras fue de especial importancia para la continuación del proyecto: duques, duquesas, condes, condesas, lores, sires, almirantes, y reverendos, eran algunos de sus títulos, en lo que parecía una promoción de la filantropía, práctica común para la colecta de fondos de estas instituciones. Las firmas de los miembros del Comité fueron enviadas al *Union Bank*, lugar en el que se resguardaría el dinero recaudado para la caridad, y varios anuncios y litografías se mandaron imprimir e insertar en periódicos *provinciales* para solicitar donaciones y suscripciones para la nueva institución [Minutes, 1859-1865: 3]. Para la apertura del *National Hospital* a la recepción de pacientes, poco más de 60 personas eran donadores y donadoras.

El 19 de abril de 1860, el Comité aprobó la admisión de las que fueron, al parecer, las primeras cinco pacientes internas del hospital, todas ellas recomendadas por los Médicos Principales. En la misma reunión se resolvió contratar a una enfermera, siendo despedida una semana después por considerarla "incapaz para el puesto", pero solicitando los servicios de otra [Minutes, 1859-1865: 40]. A finales de ese mismo mes se encargó comprar 8 camas más, y se reafirmó la posición del Comité en cuanto a la definitividad de su resolución para la elección de casos gratuitos y no gratuitos a ser admitidos como internos del hospital. Sin embargo, al mismo tiempo, el Comité no podía tomar decisiones con respecto a los pacientes sin antes consultar a los médicos de la institución.

Dos meses después, a finales de junio de 1860, como se mencionó previamente, la sala destinada a pacientes hombres comenzó su recepción de internos, bajo el visto bueno de los médicos, y la sala de reuniones del Comité se puso a su disposición para efectuar las consultas. También se solicitó a una enfermera para la sala de hombres -que no fuera menor a 45 años-, sin embargo, se hizo una petición a aquellos pacientes que pudieran servirse a sí mismos, para ahorrar el gasto en una enfermera extra. La información sobre los primeros pacientes del hospital durante los tres años siguientes a su fundación proviene de las minutas del Comité, pues las notas de caso más antiguas sobre las que se tiene registro son del año 1863. A pesar de esto, se pueden generar algunas ideas sobre las primeras personas que solicitaron ingreso o tratamiento en el hospital, por ejemplo, maquinistas, obreros, sirvientes domésticos y la esposa de un chofer. Entre los primeros pacientes hombres del *National Hospital*, se encontraba un maquinista de la *Taff Vale Railway Company* proveniente de Cardiff, Gales, y recomendado por Ramskill, ante lo cual, el Comité solicitó una donación a la compañía para la caridad. Los niños, por ejemplo, no eran admitidos por ser considerados muy jóvenes para la sala de un hospital

público.

Personas de las cercanías de Londres eran admitidos como internos, y se hace la suposición de que sucedía lo mismo con los pacientes externos. Por ejemplo, los registros de las minutas indican que pacientes provenientes de Portsmouth y Stevenage -a 90 y 50km de Londres respectivamente- fueron recomendados como internos del hospital. A inicios de octubre de 1860, Ramskill recomendó al Comité dar de alta a tres pacientes, dos mujeres y un hombre, que habían sido internos por más de tres meses. Los criterios para tomar estas decisiones parecen no estar claros en las minutas, pero las notas de caso pueden proporcionar algo de información, como se verá más adelante. Los casos recomendados como internos por personas cercanas a la caridad, era una práctica, al parecer, común en el sistema hospitalario londinense. Para mediados de diciembre de 1860, había en el hospital un total de 17 pacientes internos y un número desconocido de externos, aunque en una publicación en *The Lancet* en la que los hospitales especializados anunciaban su estado, se informaba que había 20 camas y más de 700 pacientes externos bajo tratamiento ['Hospitals and Schools', 1860]. Un año después de haber abierto sus puertas, el número se mantenía: 17 pacientes internos en el hospital, 10 mujeres y 7 hombres. Para este periodo, sin embargo, una espera por lugares vacíos comenzaba a existir: el Comité comenzaba a postergar la admisión de casos hasta que hubiera vacantes; y uno de sus integrantes relataba que un paciente se había "vuelto loco" al saber que no había suficiente espacio para la recepción de su caso [Minutes, 1859-1865: 94].

El funcionamiento del hospital como se ha mencionado, se debía principalmente a las donaciones: aportaciones voluntarias, herencias, y contribuciones por parte del gobierno municipal. Sin embargo, éstas no solo consistían de dinero: durante los primeros meses, la *Religious Tract Society*, editorial de textos religiosos, regaló libros al hospital para los internos, y una pequeña biblioteca se acondicionó en ambas salas; y poco tiempo después, un reverendo y un lector de escrituras se alternarían para dar servicios religiosos los domingos por la tarde. Recurrir al público para apoyar económica y materialmente al hospital continuó a lo largo de esta década. Por ejemplo, se organizaban conciertos en beneficio de la caridad, y en la primavera de 1861, el Comité de las Damas organizó una venta de accesorios, que al parecer estuvo patrocinada por la reina Victoria. En 1862, Johanna Chandler, miembro del Comité de las Damas, escribió una carta al editor del *English Woman's Journal* para ser publicada, en la que solicitaba la ayuda para "una clase de afligidos pobres", refiriéndose a los "paralizados y epilépticos", y exponía algunos casos de mujeres *desesperadas* por ser atendidas -o

algún familiar- en el hospital [Chandler, 1862: 424]. Para lograr esto, continuaba la señorita Chandler, se necesitaban fondos y materiales, por lo que se solicitaban suscripciones, donaciones, y contribuciones de ropa, materiales, botas, y zapatos. A inicios de marzo de 1863, se creó un sub-comité Financiero integrado por los miembros del Comité, Merte, Williams y Chandler, que se encargaría de aprobar todo lo relacionado a los gastos del hospital y a la administración de sus recursos.

El personal doméstico del hospital, es decir, el portero, la cocinera, los sirvientes generales y las enfermeras, estaban a cargo de la enfermera superintendente. Como se mencionó previamente, la señorita Gowers ocupó por primera vez este cargo renunciando poco tiempo después, siendo la Sra. Kitsell su sucesora de entre 9 aspirantes. Sin embargo, parecían haber algunos problemas con el personal, pues las minutas dan cuenta de que el Comité pidió la renuncia de los "inconformes con el procedimiento del hospital" poco después del primer aniversario de la institución. La resolución fue que una persona con experiencia debía ser la matrona y tener el control total de estos empleados. Para lograr este objetivo, se organizó una visita al hospital del *King's College* para conocer los detalles del manejo del personal por parte de la enfermera superintendente de dicho establecimiento, y tal vez, seguir un modelo semejante. Después de dicha visita, el Comité determinó que el hospital no estaba en condiciones de seguir dicho patrón, tal vez por las reglas tan estrictas: que todos estuvieran uniformados, que fueran pertenecientes a la iglesia de Inglaterra -para que fueran de la misma manera de pensar y no hubiera desacuerdos entre ellos-, y que estuvieran educados con principios evangélicos.

La demanda de los servicios ofrecidos por el hospital, es decir, el tratamiento y albergue de personas con alguna condición relacionada con el nombre de la institución, crecía mes con mes. En el verano de 1862, una de las principales contribuyentes del hospital, la Marquesa de Thomond, estaba dispuesta a donar dinero para el amueblado de una nueva sala para la recepción de pacientes, y en febrero de 1863, se revisó la posibilidad de que algún lugar del edificio fuera acondicionado para dichos fines. A finales de abril de 1863, la nueva estancia se nombró *Sala de la Marquesa de Thomond*, y en septiembre del mismo año se anunció en *The Lancet* que el hospital ahora tenía capacidad para 30 pacientes internos, y más de 1000 pacientes externos se encontraban bajo tratamiento ['Hospitals and Schools', 1863]. Un mes después, Johanna Chandler escribió al Comité haciendo una petición para agrandar el departamento de pacientes externos, y al parecer, Ramskill sugirió la compra de la casa contigua para ampliar el hospital, resolución tomada a finales de noviembre de 1864. A inicios de 1865, se organizó una cena en el *London Tavern* con el objetivo de recaudar fondos para la adquisición del

número 23 de Queen Square, y para julio del mismo año, la expansión y remodelación del hospital estuvo bajo la supervisión del comité de construcción y el arquitecto Michael P. Manning, a lo largo de aproximadamente un año.

Dichas obras fueron viables muy probablemente debido a la gran cantidad de dinero que el hospital recibió en junio de 1865 por motivo de una parte de la herencia del Sr. Cuthbert Collings, un comerciante londinense ['Medical News', 1865]. En septiembre de 1867, el hospital publicaba en *The Lancet* que su capacidad para recibir internos era de 60 camas ['Hospitals and Schools', 1867]. En enero de 1868, una publicación en el mismo periódico anunciaba la apertura de dos nuevas salas -con dos camas separadas en otro cuarto para los casos "problemáticos" o "especiales"-, e indicaba que el hospital no debía ser visto como un asilo: la selección de casos "tratables" se llevaba a cabo por parte de los médicos, y existían cinco pensiones para aquellos casos "incurables" ['The National Hospital', 1868: 57]. Existían entonces, al igual que a finales de 1867, 60 camas, sin embargo, en febrero de 1868, el reporte del sub-comité de la Casa indicaba que habían 48 pacientes internos, ordenando a los médicos que debían abstenerse de admitir más pacientes, ya que podían incomodar a los que ya eran internos. En julio del mismo año, un señor llamado Percy Herbert y su esposa expusieron al Comité su propuesta de establecer un Hogar de Convalecencia que fuera parte del hospital, pero en otra ubicación: se cobraría una cuota semanal y se le daría preferencia de admisión a mujeres con epilepsia. Al parecer, el recinto se encontraba cerca del parque Richmond. En septiembre de 1868, el hospital se anunciaba con capacidad para 60 pacientes internos; y un año después, con 73 camas. Ambas publicaciones, en *The Lancet*, se encontraban ahora en el apartado *Metropolitan Hospitals and Medical Schools* (Hospitales Metropolitanos y Escuelas Médicas), y no en la desaparecida sección desde 1867, *Hospitals and Schools for Special Medical Instruction* (Hospitales y Escuelas para la Instrucción Médica Especial) ['Metropolitan Hospitals', 1868; 'Metropolitan Hospitals', 1869].

El equipamiento del hospital merece también la atención en este apartado. Como se había mencionado con anterioridad, a finales de 1860 el Comité había dado órdenes al Secretario de recibir instrucción por parte de Brown-Séquard para la organización de un gimnasio para los pacientes del hospital. Sin embargo, no se encontraron registros sobre la compra de artículos, u otra referencia que diera cuenta de que este objetivo se logró. Hacia finales de octubre de 1863, en cambio, los médicos Ramskill y Radcliffe le solicitaron al Comité la compra de un sistema de aparatos "gimnásticos y galvánicos", sobre los cuales ellos serían responsables de investigar su precio [Minutes, 1859-1865:

337]. Poco tiempo después, Radcliffe aseguró que el precio de una placa cilíndrica galvánica era elevado, a comparación de los aparatos para el movimiento, refiriéndose tal vez a aquellos destinados para el acondicionamiento de un gimnasio. A finales de noviembre de 1866, *The Lancet* dedicó un espacio para hablar sobre el *Electrical Room* (Cuarto Eléctrico) del *National Hospital*. "Modelo" y "único" eran las características atribuidas a dicha instalación, establecida por el "deseo" de sus médicos -Ramskill, Radcliffe, Sieveking, Russell Reynolds, Hughlings Jackson, y Bazire- de dar a los pacientes cualquier "ventaja posible" derivada de la ciencia ['National Hospital', 1866: 576]. J. Netten Radcliffe era el encargado del manejo de este cuarto en cuanto al tratamiento de pacientes, aunque en las minutas se estableció que una enfermera lo hacía tres años antes, en 1863 [Minutes, 1859-1865]. Las terapias consistían en tres tipos de aplicaciones: galvanización o la aplicación de una "corriente continua", faradización o "corrientes inducidas", y electrización o "electricidad estática", para lo cual diversos aparatos eran utilizados ['National Hospital', 1866: 576]. Aquel empleado en la galvanización, continuaba la publicación, había sido arreglada para usos médicos por unos hermanos Elliott, pues era una forma de batería que se usaba principalmente para "propósitos telegráficos" en Inglaterra ['National Hospital', 1866: 576]. Los otros instrumentos utilizados provenían de Dresden -anunciándose en el artículo el representante del fabricante en Londres-, y de Guillaume Duchenne (1806-1875), el médico experimental francés. La "belleza" de los instrumentos los hacía dignos de admiración, y si el público lo deseaba, podía admirarlos las tardes de los lunes, martes, miércoles y viernes, cuando los tratamientos para los pacientes se llevaban a cabo ['National Hospital', 1866: 576]. El cuarto eléctrico se desarrollaba como una "aplicación práctica" de los principios establecidos por Radcliffe en las conferencias dadas ante el *Royal College of Physicians*, de las que se hablará en el siguiente capítulo ['National Hospital', 1866: 576].

Los pacientes y las enfermedades del hospital constituyen la respuesta a la tercera de nuestras interrogantes al inicio de este apartado. Se ha visto hasta ahora que los pacientes eran admitidos bajo recomendación de los médicos, los miembros cercanos a la institución, y el sub-comité de la Casa, con la decisión final estando a cargo del Comité. En las minutas se nombran a algunos de los pacientes aceptados como internos, más no las condiciones que presentaban. La situación es diferente con las notas de caso: los registros existentes, probablemente pertenecientes tanto a pacientes internos como externos, nos dicen un poco más sobre sus estados, edades, sexo y ocupaciones.

Los libros de notas de caso del *National Hospital* proporcionan información relevante para el

desarrollo de este trabajo. Para la primera década existen algunos registros, la mayoría de los cuales tienen el nombre del Dr. Ramskill. Su libro de notas para el periodo de 1863 a 1865 ofrece los primeros datos. Con un total de 364 casos, 157 de los cuales eran mujeres, las enfermedades diagnosticadas en este ejemplar pueden aproximarse a 25, a decir: parálisis de una o varias extremidades, parálisis general, parálisis ligera, parálisis agitante, parálisis infantil, parálisis reumática, parálisis incompleta, histeria, epilepsia, mezcla de epilepsia e histeria, epilepsia histérica, idiota epiléptico, epilepsia con hemiplejía, vértigo epiléptico, corea, paraplejía, hemiplejía, hemiplejía izquierda o derecha, semihemiplejía, ataxia locomotora, vértigo, embolia, hidrocefalia, meningitis, y paresia cardiaca [Ramskill, 1863-1865]. Para el periodo de 1865 a 1867, existen dos libros, ambos del mismo autor. En el primero de ellos, con fechas de 1865 a 1867, el total de casos es de 249, 100 de ellos mujeres, y las enfermedades parecen ser las mismas, pero también hay otras nuevas: epilepsia nocturna, petit mal, ablandamiento del cerebro, doble hemiplejía, reflejo parapléjico, atrofia muscular -progresiva e incipiente-, alcoholismo, parálisis de la vejiga y convulsiones [Ramskill, 1865-1867]. En el segundo, que abarca un periodo de 1866 a 1867, 99 son los casos registrados [Ramskill, 1866-1867]. Las edades de los pacientes iban desde los 2 hasta poco más de 60 años, y sus ocupaciones, por ejemplo: plomeros, un florista artificial, carniceros, un colector de hierbas, tenderos, costureras, trabajadores domésticos, carpinteros, ruederos, un viajero, personas sin ocupaciones, un marinero, un sargento militar, un asistente de papelerero, un chofer, y un ingeniero. Los pacientes del *National Hospital* se podría decir, pertenecían a una clase trabajadora de no muchos recursos económicos. Sin embargo, a finales de 1864, Edward Chandler, miembro del Comité, llamó la atención de éste en relación a la admisión de pacientes: la "buena posición social" debía hacer a las personas no aptas para tal elección [Minutes, 1859-1865: 399]. Probablemente había algunos internos en ese momento que pudieron pertenecer a dicha categoría, por recomendación de los donadores y donadoras de la institución.

Uno de los requisitos de ingreso, como se ha visto, era tener una enfermedad *tratable*, que en algún momento pudiera tener una *esperanza* de cura. Pero no se podía hablar de *curas* para todos los casos, ni con todos los tratamientos. A mediados de marzo de 1861, se escribió en las minutas del Comité, el reporte de cura de una mujer recomendada como interna el 1o de enero del mismo año por el Dr. Ramskill. No se escribió más, como la condición que tenía, o la manera de indicar el nuevo estado, pero se cumplía uno de los objetivos del hospital. De la misma manera, una de las cinco primeras pacientes que habitaron en el *National Hospital* se reportó curada, y agradeció a la institución por los "beneficios recibidos" [Minutes, 1859-1865: 102]. A mediados de junio de 1863, una carta fue recibida

por parte de un paciente agradeciendo haber sido curado de parálisis, y meses más tarde, el padre de un paciente agradecía por haber *restaurado* a su hijo a su "estado previo" de salud, y "liberarlo" de aquellos ataques que "tenía el hábito de tener" [Minutes, 1859-1865: 344]. Un total de cuatro casos registrados sobre una *cura*. Para finales de octubre de 1861, el Comité resolvió que la atención de los médicos debía centrarse en aquellos pacientes que tuvieran más de 6 meses en el hospital, para determinar si era o no recomendable darlos de alta y hacer espacio a los nuevos casos. Los pacientes dados de alta, podían seguir siendo pacientes externos, y al parecer, volver a ingresar como internos del hospital.

En el *National Hospital*, la diferencia de ideas sobre las causas y procesos de la epilepsia entre los médicos, parecía no ocasionar discusiones entre ellos. Su entrenamiento, educación y ejercicio profesional eran similares: clínica, anatomo-patología, hospitales generales. El aislamiento del sistema nervioso anatómica y funcionalmente, era elemento común en sus textos e ideas, y su formación e interés en la epilepsia fueron aspectos cada vez más relevantes en la continua tarea de conformar a la comunidad del hospital. Este espacio especializado anunciaba la búsqueda de una *cura* de la epilepsia y la parálisis, motivo por el cual tal vez, sus servicios fueron creciendo en demanda, expandiendo el prestigio de los médicos y el hospital como administradores y responsables del tratamiento y cuidado de personas con estas condiciones. El cuarto eléctrico, por ejemplo, equipado con aparatos adaptados para usos médicos, se anunciaba como una *ventaja* de la ciencia para el tratamiento de los pacientes del hospital, y se invitaba a la comunidad a apreciar su *belleza* y observar su funcionamiento en las instalaciones, dentro de un proceso de distinción de la institución y sus médicos por procedimientos especiales en el manejo de estas enfermedades.

El *National Hospital*, a lo largo de su primera década, estuvo en constante estructuración: la creación y desaparición de cargos, los cambios en las responsabilidades en el manejo de la institución, la modificación de los perfiles, el trabajo educativo y de difusión que Brown-Séguard instauró con las conferencias otorgadas en las instalaciones, el rápido incremento en la demanda de servicios, la heterogeneidad de visiones sobre una enfermedad por parte de sus médicos, los cambios en la infraestructura, los vecinos en desacuerdo, el incremento del ingreso económico del hospital por donadores y herencias, los pacientes, los miembros del Comité, las publicaciones en revistas especializadas. Todos estos elementos permitieron el desarrollo de la institución y de un programa disciplinario. Un conocimiento médico progresivo e inevitable sobre el sistema nervioso, y un proyecto

de investigación y manera de proceder con los pacientes bien definidos, no fueron los principales motivos del crecimiento del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, y muy probablemente, tampoco lo fue el éxito en los tratamientos. El hospital se ubicaba en una ciudad industrializada, en donde la *utilidad* de las personas para el trabajo parecía incrementar su importancia, en donde las *enfermedades incapacitantes* eran indeseables, en donde la fuerza de *voluntad* era fundamental para cumplir con las normas sociales y religiosas, en donde los hábitos, las emociones y las pasiones debían ser regulados. La institución parecía ganar cada vez más pacientes estableciéndose ante el público como la promesa material del dominio de la medicina, e incluso la ciencia, sobre el cuerpo. La cuestión, cuando se toma en cuenta todo esto, se vuelve mucho más compleja, dejando ver que entramados de personas, objetos, y sucesos, que se extienden más allá de los muros del hospital, estuvieron involucrados en la instauración de una institución que años después, se consideraría a sí misma, y por muchos, como uno de los puntos de origen de la neurología inglesa.

Capítulo 3. La constitución de la epilepsia en el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* como una enfermedad curable y tratable del sistema nervioso.

Uno de los temas centrales de este trabajo es la epilepsia. La epilepsia en un espacio, lugar del cuerpo, y periodo de tiempo determinados. Pero como se ha visto hasta ahora, dicha condición no constituía un núcleo inamovible de causas, síntomas y definiciones sobre el cual los médicos del *National Hospital* trabajaran incansablemente hasta encontrar un tratamiento o una cura. Una pequeña parte del proceso mediante el cual dicha condición comienza a *establecerse* como una enfermedad institucional del sistema nervioso capaz de ser sometida a un tratamiento y posible cura, es lo que este trabajo intenta, de alguna manera, reconstruir. Uno de los objetivos del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, como se vio con anterioridad, era precisamente, tratar y curar: esta idea se encontraba ya en la fundación de la institución, posiblemente mostrando la gran importancia de la promesa, el dominio y la autoridad ofrecida por la medicina, los hospitales y la *ciencia* ante los cuerpos humanos, y por supuesto, ante la sociedad inglesa. Pero dicha promesa de cura y tratamiento solo podía tener sentido en una sociedad que quería ser *curada*: como se mencionó en el segundo capítulo, los vecinos del *National Hospital* no deseaban que los pacientes del hospital se sentaran en sus entradas, ni que pasearan por sus jardines, no querían observar el *terror* de los paroxismos, pues la epilepsia podía ser imitada, *incapacitaba* al trabajador a causa de las ausencias o convulsiones, hacía vulnerable a quien la *padecía*, era una consecuencia de la *debilidad*, y estaba estrechamente relacionada con la *voluntad* del individuo, con las emociones. El matrimonio no era *recomendable* para estas personas.

Una esperanza de cura y tratamiento parecían entonces, tal vez, buenas ideas en este contexto. De esta manera, tentativamente, se podría explicar el incremento en la demanda por un lugar dentro del *National Hospital* en sus primeros años, incluso como paciente externo. La epilepsia comenzaba a ser el territorio del hospital especializado, y los médicos con un *especial* interés en el sistema nervioso, los profesionales para estudiarla y tratarla. ¿De qué manera entonces los médicos de la institución configuraron a una de sus enfermedades en la primera década? ¿Qué representaban los pacientes para ellos? En el capítulo anterior, se vieron las concepciones sobre la epilepsia de algunos de los médicos que laboraron en la institución. Las historias clínicas eran una parte fundamental para algunos de ellos, y son de particular interés en este trabajo. Las labores de estas personas permiten comenzar a rastrear uno de los muchos caminos en el desarrollo de una concepción de epilepsia como enfermedad del

sistema nervioso: sus teorías, sus observaciones y, de manera muy importante, sus intervenciones, son elementos indispensables en este estudio.

Con base en los archivos de los primeros años del *National Hospital*, se puede hacer una aproximación a las historias clínicas y prescripciones de los pacientes internos y externos para el periodo comprendido entre 1863 y 1870. Dichos registros proporcionan algo de información respecto al número de pacientes, sus síntomas, diagnósticos, aquello que los médicos consideraban *adecuado* conocer y observar sobre ellos, al tratamiento recomendado, y algunas veces, sobre el seguimiento del casos y exámenes *post mortem*. Estos elementos cobran gran importancia en esta tesis, pues representan una de las vías de posible exploración en el intento de comprender el diagnóstico de los médicos del hospital y su labor con los pacientes, y posteriormente, tratar de entrelazar estas historias clínicas y prescripciones con las publicaciones en revistas especializadas por parte de estos médicos. En este último capítulo, se intenta revisar las diferentes formas de configurar a la epilepsia en el *National Hospital* a través del trabajo de sus médicos, sus pacientes y las interacciones entre ellos.

3.1 La epilepsia en el *National Hospital*: pacientes, síntomas y tratamientos.

Como se ha mencionado anteriormente, existen seis libros de notas de casos y uno de prescripciones en los archivos del *National Hospital* para el periodo de tiempo que este trabajo abarca. Tres libros de historias clínicas pertenecieron a Ramskill, y el resto a Radcliffe, Buzzard y Hughlings Jackson, mientras que el de prescripciones lleva los nombres de Brown-Séquard y Radcliffe. Aunque los registros para la década de 1860 a 1870 están incompletos, los libros disponibles pueden ser de mucha utilidad en este intento de acercarse a los sucesos del hospital, y son tal vez, las fuentes de información más cercanas sobre los pacientes con las que se cuenta en la actualidad. La manera en cómo los médicos del hospital registraron la información de los pacientes se vuelve un recurso valioso en esta historia: las preguntas sobre su identidad, diagnóstico, síntomas y tratamientos, permiten la elaboración de una idea general sobre los procedimientos clínicos en el hospital, y la *utilidad* de estos en la labor de investigación, educación y difusión de la institución durante la primera década.

Como se indicó previamente, el libro de notas más antiguo de los archivos del *National Hospital* es del año 1863, y pertenece a Jabez Spence Ramskill. Los apuntes clínicos, con varios formatos, parecen corresponder tanto a consulta externa como interna, lo cual se especifica en pocas ocasiones.

En sus tres libros, que comprenden el periodo de 1863 a 1867, Ramskill registró un total aproximado de 713 casos, de los cuales cerca de 300 fueron diagnosticados con epilepsia y 11 más con alguna *variación* o relación a ella, por ejemplo: “mezcla de epilepsia e histeria”, “epilepsia histérica”, “idiota epiléptico”, “vértigo epiléptico”, epilepsia con hemiplejia, y “petit mal” [Ramskill, 1863-1865: 15, 125, 199, 337; Ramskill, 1866-1867: 95]. Al parecer, algunos diagnósticos de los pacientes eran previos a la visita al *National Hospital*, probablemente realizados en otra institución, aunque se desconoce si eran canalizados a este hospital especializado. Dicho diagnóstico parecía estar basado en los síntomas considerados *esenciales* de la enfermedad, es decir, los paroxismos y la pérdida de conciencia. Las notas de caso estaban basadas en lo que parece ser el relato de los pacientes bajo el interrogatorio del médico, el cual a su vez, solo escribía lo que consideraba relevante y lo que estaba educado a preguntar. De esta manera, las notas de Ramskill contienen, para los casos de epilepsia, datos como: el nombre del paciente, la fecha de consulta, su dirección, edad, ocupación, enfermedades diagnosticadas, enfermedades y causas de muerte de familiares, la edad de su *primer ataque*, la causa asignada, la frecuencia desde entonces, su estado presente, la duración de los intervalos entre paroxismos, la descripción de los mismos, el estado posterior a ellos, si había o no una *advertencia*, la descripción física del paciente, el estado de sus intestinos, respiración, lengua, apetito, y sueño, la temperatura de manos y pies, y el inicio y regularidad de la menstruación. Así, por ejemplo, Ramskill, sobre el caso de un carpintero londinense diagnosticado con epilepsia en diciembre de 1863, escribió:

“J. H. 39 años. [de] Islington. Carpintero. Soltero. Epilepsia. Sufría de ataques desde la infancia. 10 hermanos y hermanas. Siete viviendo en buena salud. Una de las hermanas murió en la infancia de malformación de la garganta. Una de ... cólicos. Una de un accidente. El abuelo murió de borracho. No hay gota, reumatismo o consunción⁴² en la familia. Un hombre de carácter. Toma 1 cerveza y media al día, rara vez licores. A veces se ausenta del trabajo una semana después de 'ataques'. 'Ataque', la cabeza se siente tan grande como la mesa de consulta y se llena como de notas musicales, no una o dos sino muchas, confundidas y mezcladas, la vista y el oído torpes. Esto continúa 15 o 16 segundos y luego queda inconsciente, de 5 minutos a media hora. No muerde la lengua. Se le ha dicho que convulsiona completamente. Algunas veces los ataques ocurren cada dos semanas, algunas veces cada 4 o 5 semanas. Generalmente cada dos semanas. Tendrá, cuando el paroxismo ocurre 3 o 4 ataques al día por uno o dos días. Ha tenido 8 o 10 ataques en 3 o 4 días. El lado derecho se adormece, muy débil, alfileres y agujas en muslos, piernas y brazo ... Pupilas grandes ... describe su salud general como buena. Sin reumatismo, gota o sífilis. No hay signos de consunción o daño cardíaco. Los ataques ocurren en grupo. Mucho dolor en la cabeza entre los ataques” [Ramskill, 1863-1865: 16].

42 La consunción se refería a enfermedades pulmonares, como el caso de la tuberculosis.

La descripción de los paroxismos y los eventos considerados relacionados por parte del paciente y de las personas allegadas a él, son una pieza fundamental en la constitución médica de la epilepsia: las analogías, sensaciones, estados, intervalos, y causas asignadas, tienen un elemento cotidiano que no se puede ignorar. La epilepsia es, antes que una entidad médica pero dentro de este mismo esquema, una experiencia individual, corporal, familiar y social [Foucault, 2004]. En las notas de caso del hospital, las convulsiones y la pérdida de conciencia eran al parecer los síntomas que indicaban la *existencia* de esta condición en un paciente, sin embargo, en algunos casos se registró que la conciencia se *mantenía* durante los paroxismos, y en otros, que las convulsiones no siempre acompañaban a una *ausencia*. Los pacientes eran individuos con particularidades que debían ser reconocidas, pero la *esencia* de la enfermedad y un comportamiento regular de esta, se buscaban en el interrogatorio médico al cuestionar las condiciones previas a un primer *ataque*, el *estado* de salud del paciente, las causas asignadas a los paroxismos, el aura, la historia familiar, la complexión y los hábitos del individuo.

En algunos casos de Ramskill, aquellos con ausencia de paroxismos en la infancia, el médico exploraba algunas condiciones previas a un primer *ataque*, incluso, con un año de anticipación. Por ejemplo, tener un apetito voraz o no tenerlo en absoluto, presentar *ataques* de fiebre, mareos, palpitaciones del corazón, zumbido en los oídos, pérdida temporal de la memoria, sarampión, púrpura, dolor en la lengua, cabeza y epigastrio, una “extraña sensación” en diferentes partes del cuerpo, cansancio, caídas, golpes, “miedo”, tos convulsiva, dolor reumático, y mojarse, se encontraban entre tales descripciones [Ramskill, 1863-1865: 320; Ramskill, 1865-1867: 241]. Dichos relatos, al parecer, podían relacionarse con el desarrollo de la epilepsia a lo largo de la vida del paciente. Con respecto a las causas de este primer paroxismo -o los siguientes-, Ramskill preguntaba a los pacientes cuál era el motivo que ellos asignaban, obteniendo algunas respuestas como: “exceso sexual”, exceso de trabajo, “ansiedad mental”, tifo, emoción, miedo, *demencia*, duelo por la pérdida de familiares o amigos, cansancio, y en la mayoría de las veces, “sin causa asignada” [Ramskill, 1863-1865: 23, 237, 238]. Estas *causas*, como se ha visto a lo largo de este trabajo, corresponden a aquellas *aceptadas* y, tal vez, difundidas como *inmediatas* a la epilepsia: el diálogo entre médico y paciente era un ejercicio dinámico a través del cual se concebía a la condición para ambas partes. El sistema nervioso y su *desorden* eran ahora una parte de los recursos utilizados para explicar las alteraciones en los cuerpos, y los médicos con intereses especiales y ayuda de los pacientes, eran los nuevos responsables sobre su conocimiento y manejo. El médico no observaba pasivamente al paciente y sus síntomas, sino que participaba activamente en un diagnóstico elaborado a partir de preconcepciones sobre lo que era o no importante

conocer sobre el cuerpo y sus situaciones. Por ejemplo, las preguntas para ambos sexos durante la consulta eran casi las mismas, exceptuando aquellas relacionadas con los ciclos menstruales, los cambios en el estado de ánimo, y la masturbación; la primera era hecha a mujeres, la segunda a ambos, y la tercera únicamente a los hombres. Y aunque entre la mayoría de los médicos que escribían sobre este tema la relación entre el sexo y la epilepsia no era al parecer muy relevante, las *diferentes circunstancias* anatómicas entre hombres y mujeres, por el contrario, sí lo eran para algunos médicos.

En las historias clínicas de Ramskill, por ejemplo, algunos pacientes del sexo masculino negaban o aceptaban la masturbación, fueran sus paroxismos desde la infancia o recientes. De la misma manera, la cantidad de alcohol ingerida era una pregunta frecuente para los hombres, aunque no se relacionara en general con las convulsiones o ausencias. Para las mujeres, la regularidad y abundancia de la menstruación era una parte importante de la historia clínica, estableciendo en algunas ocasiones una presunta relación entre éstas y los paroxismos cuando ocurrían en fechas cercanas o al mismo tiempo, cambiando aparentemente su carácter, por ejemplo, que las convulsiones fueran más severas o frecuentes en ciertos periodos del ciclo. Algunas veces, Ramskill estaba inseguro del diagnóstico entre epilepsia e histeria en mujeres: al parecer, la primera era diagnosticada cuando había paroxismos con pérdida de conciencia, mientras que la segunda cuando existían otros síntomas de *histeria*, como *cambios repentinos* del estado de ánimo, y paroxismos sin pérdida de conciencia.

El *aura* era igual de variable que todos los elementos de la epilepsia en las notas de caso que se han mencionado hasta ahora: algunas veces no había ningún “aviso”, otras sí [Ramskill, 1863-1865: 183]. Estas advertencias eran, por ejemplo, pérdida de fuerza en las manos, *tics*, apetito voraz, dolor en la punta de la lengua, “extrañas sensaciones” en diversas partes del cuerpo para los distintos pacientes -como el ombligo, los dedos, los brazos, el estómago, la garganta-, un “violento” dolor de cabeza, palpitaciones aceleradas del corazón, alegría, un sentimiento de júbilo para lograr grandes cosas, un gran gusto por la comida, una sensación extraña progresiva del sacro a la espalda, o del hipogastrio hacia el tronco, o de la columna a la cabeza, dolor de cabeza palpitante, mareo, temblor en la pierna derecha, un destello ante los ojos, adormecimiento de la cara, un zumbido en la cabeza, y escuchar notas musicales [Ramskill, 1863-1865: 267, 320]. Todos estos *avisos* iban seguidos en diferentes tiempos por un paroxismo, siendo el más frecuente aquel de la *extraña sensación* en alguna parte del cuerpo. Los pacientes compartían sus experiencias mientras que el médico, tal vez, les indicaba también qué aspectos eran significativos, importantes, merecedores de su atención, de su propia

experiencia como pacientes del hospital.

La historia familiar de los pacientes era otro elemento en los registros clínicos: familias *saludables*, sin *ataques*, gota, demencia, epilepsia, reumatismo o consunción; familiares que fallecieron por ellas, o por *miedo*; familiares con *ataques nerviosos*; con o sin convulsiones a partir de las denticiones; el número de abortos de la madre, la esposa o de la paciente. Padres, madres, hermanos, hermanas, tíos, tías, abuelos, abuelas, hijos e hijas, eran al parecer, importantes en todos los sentidos posibles. Por ejemplo, la madre de una niña de 3 años diagnosticada con epilepsia, aseguraba que estaba enferma desde el nacimiento de su hija. Posiblemente el estado de salud de la familia podía dar cuenta de las posibles relaciones entre epilepsia y otras condiciones, sin embargo, esto no queda completamente claro únicamente a través de las notas de caso. De la misma manera, la *complexión* de los pacientes tenía un espacio dentro de las historias clínicas: de aspecto *saludable*, delgados, robustos, delicados, apagados, toscos, de cabello oscuro, y pálidos, eran algunos adjetivos utilizados para describirlos.

Como se ha venido mencionando a lo largo del trabajo, las particularidades del paroxismo representaban la base para un diagnóstico de epilepsia: eran algunos de los síntomas de la *enfermedad* y al mismo tiempo, la enfermedad *misma* [Foucault, 2004]. Los *ataques* relatados por los pacientes parecían ser muy similares entre sí, sin embargo, los *hechos constitutivos* de los paroxismos parecían variar de paciente en paciente. Delimitar y definir estos hechos constitutivos parecía ser la búsqueda de los médicos, quienes pensaban que el conocimiento de la enfermedad era *incompleto* hasta ese momento, y que las variaciones individuales de los pacientes debían categorizarse. Como parte de esta búsqueda, por ejemplo, en 1866 y 1867 formularon una serie de formatos preimpresos de historias clínicas, al parecer exclusivos del hospital, con campos muy específicos para preguntar a los pacientes en una consulta [Ramskill, 1866-1867]. Bajo el apartado V del registro de cada paciente en dicho libro, aquel con el título *Special accounts, &c* (Relatos especiales, etc.), se enlistaban las características preconcebidas sobre el paroxismo dentro del subíndice *Special Account on Convulsion* (Relato Especial de la Convulsión): grito al comienzo, girar la cabeza, color del semblante al inicio, caída, pulso al inicio, localidad de la convulsión, carácter de la convulsión, espuma en la boca, color del semblante durante la convulsión, respiración durante la convulsión, pulso durante la convulsión, estado mental durante la convulsión, morder la lengua, equimosis en párpados, sienes, etc, evacuación de orina, heces, etc. durante la convulsión, duración de la convulsión, estertor después de la convulsión, periodo

de tiempo antes de la recuperación del estado habitual de la mente, estado de la mente después de despertar y antes de recuperar la condición mental ordinaria, número de ataques, presencia o ausencia de advertencias, y naturaleza de las advertencias. Estas características ordenadas en una lista y que se basaban en la dicotomía ausencia-presencia, estaban al parecer organizadas de acuerdo a un cierto orden cronológico, y debían llenarse durante la consulta con el médico o durante la estancia en el *National Hospital*. Sin embargo, todos estos espacios nunca eran llenados por completo para un solo paciente.

De acuerdo con algunos registros de Ramskill, algunas veces los paroxismos en un solo individuo eran constantes en cuanto a que ocurrían en un momento determinado del día, como en la mañana o en la noche, o durante el sueño, a veces con algún *aviso* previo, o con un grito antes de una convulsión. En la mayoría de los casos, la inconciencia era seguida de una caída, luego, una convulsión general o *ligera* en el cuerpo de duración variable, desde los 5 minutos hasta “dos horas o más”; otras veces, la convulsión ocurría con el paciente estando consciente, o bien, sucedía un *ataque de petit mal*, es decir, una ausencia [Ramskill, 1865-1867: 38]. En ocasiones, durante las convulsiones, la lengua era mordida y se expulsaba *espuma* por la boca, también sucedía la evacuación de algunos *desechos* corporales y se agitaba la respiración. Después del paroxismo -de *petit mal*, convulsivo inconsciente, o consciente-, la mayoría de los pacientes dormía por un periodo que iba desde 15 minutos hasta 10 horas, con posterior dolor de cabeza, confusión, y mareos. El intervalo entre los paroxismos era igual de inconstante, yendo desde algunas horas hasta años entre cada uno de ellos. Las *consecuencias* de la epilepsia de acuerdo a los registros clínicos eran, por el contrario, algo uniformes: la *pérdida* de memoria era la característica predominante. Al estudiar estos casos es un tanto claro que el paciente solía responder a una serie de preguntas que los médicos habían formulado de acuerdo a las particularidades entonces vinculadas con la epilepsia, constituyendo a esta condición básicamente a través de *ausencias* y convulsiones generales. Sin embargo, el testimonio y los relatos del paciente y de las personas allegadas a él o ella, era una parte fundamental en la construcción de las historias clínicas como fuente de conocimiento del cuerpo: sus analogías, descripciones y relaciones entre hechos, eran también la manera en la que ellos y ellas experimentaban su condición.

Los registros escritos indican que el siguiente apartado en esta actividad clínica era aquel correspondiente al tratamiento, y también a los resultados del mismo. Las prescripciones farmacéuticas se realizaban en el denominado *sistema de boticarios*, un régimen de medidas y pesos utilizado por

médicos, cirujanos y boticarios para la administración de remedios, con un lenguaje especializado que al parecer, solo ellos estaban preparados para manejar. Las principales sustancias recetadas por Ramskill a los pacientes diagnosticados con epilepsia eran, por ejemplo: *Filix Mas*, la raíz seca del helecho macho del hemisferio norte (*Aspidium filix-mas*) recolectado en verano; *Oleum Ricini* (aceite de ricino) obtenido de las semillas de *Ricinus communis*, que de acuerdo con la *British Pharmacopœia* (*Pharmacopœia Británica*) de 1867, eran importadas principalmente de la India; extractos de *Belladonna* (*Atropa belladonna*) cultivada en Gran Bretaña o importada de Alemania; *Camphora*, el aceite obtenido de *Laurus camphora*, importada de China y Japón, y *purificada* en Inglaterra; píldoras o polvo de alguna preparación de bismuto posiblemente con ácido nítrico; diversos compuestos basados en la gomorresina de *Dorema ammoniacum*, colectada en Persia y Punyab; *Ferri ammonio-citras*, compuesto de persulfato de hierro, amoniaco, ácido cítrico y agua destilada; preparaciones a base de *Aloe* spp., plantas importadas de Barbados y la isla de Socotra; infusiones de la raíz de *Valeriana officinalis*, cultivada en Gran Bretaña; píldoras y mezclas de quinina, extraída de la planta de Bolivia y Perú, *Cinchona calisaya*; la santonina, extraída de *Artemisia* spp., traída de Rusia; el sulfato de magnesio; y los reconocidos bromuro de amonio, bromuro de potasio y yoduro de potasio [General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom, 1867]. Todos estos remedios iban acompañados de indicaciones sobre la dosis y la hora del día en la que debían administrarse. Estas sustancias, como lo indica la *Pharmacopœia*, eran el producto del comercio, transportación, transformación y apropiación de materiales provenientes de muchas regiones del mundo, constituyendo de esta manera una compleja red de relaciones que alcanza a los pacientes, a los médicos y al hospital, y que se extiende más allá de los límites de Gran Bretaña y de este trabajo, pero que deja un rastro que puede ser abordado posteriormente.

El bromuro de potasio, utilizado en los tratamientos prescritos en el *National Hospital* a lo largo de la década de 1860, se introdujo como remedio anti-epiléptico a finales de la década de 1850 principalmente por Edward Sieveking, médico que posteriormente perteneció al *National Hospital* de 1864 a 1867, como se mencionó anteriormente [Temkin, 1971]. En su libro de 1858, *On Epilepsy and Epileptiform Seizures: Their Causes, Pathology, and Treatment*, Sieveking mencionó el uso del yoduro de potasio para los casos de epilepsia ocasionada por “envenenamiento metálico” principalmente por plomo [Sieveking, 1858: 220]. En las líneas siguientes, el autor también hacía referencia a una de sus publicaciones leída ante la *Medico-Chirurgical Society* (Sociedad Médico-Quirúrgica) en 1857, en la que el presidente de dicha organización, el médico Charles Locock, resaltaba un caso de epilepsia

relacionado con la menstruación, que lo había llevado a utilizar bromuro de potasio, dada la observación hecha por un médico alemán de que esta sustancia era capaz de producir impotencia temporal en un paciente. De acuerdo con Sieveking, Locock estableció que había administrado bromuro de potasio en casos de histeria en donde había mucha *excitación sexual*, teniendo el efecto de calmarla “a un grado muy marcado”, fallando únicamente en uno de quince casos [Sieveking, 1858: 222]. Sieveking concluía que desde ese momento había administrado el bromuro a sus pacientes, pero que hasta 1858, no había obtenido “ningún resultado definitivo que pudiera justificar la expresión de una opinión” [Sieveking, 1858: 222]. A pesar de esta declaración, el bromuro de potasio se utilizó extensivamente en el *National Hospital* por lo menos a partir de 1863.

Regresando a las notas de caso de Ramskill, el seguimiento de sus pacientes parece en muchas ocasiones, haberse perdido con el tiempo. Dicho seguimiento podía durar meses, con información sobre el tratamiento y la ocurrencia de paroxismos durante este tiempo, pero pocas veces con una palabra o descripción sobre el *resultado*, aunque los formatos de las notas de caso tenían en su mayoría un espacio denominado *Treatment, Progress, and Result* (Tratamiento, Progreso y Resultado) [Ramskill, 1863-1865]. Por ejemplo, en diciembre de 1863, una nota de Ramskill sobre un paciente con epilepsia tratado con *Filix mas* y aceite de ricino entre otras sustancias, relataba que para mayo del siguiente año, solo había tenido un ataque en seis semanas. De la misma manera, una paciente admitida el 13 de septiembre de 1864 y diagnosticada con histeria, "severos ataques de excitación" y "mucho risa en los paroxismos", se reportaba un mes después como "mucho mucho mejor" [Ramskill, 1863-1865: 218]. La información sobre los casos con algún *resultado*, no era común, al menos con el material con el que se dispone en la actualidad. En algunas publicaciones en periódicos médicos, los miembros del *National Hospital* mencionaban que algunas veces los pacientes dejaban de ir al hospital, pero también que el resultado podía ser muy bueno. En las minutas del Comité de Administración con fecha del 14 de marzo de 1861, está registrado un anuncio sobre dos pacientes mujeres reportadas *curadas*, siendo una de ellas de las primeras admitidas como internas del hospital, al igual que otro paciente -con parálisis- en junio de 1863 [Minutes, 1859-1865]. Estas personas se habían dirigido al Comité a través de cartas para agradecer su nueva condición de *curados*. Dado que las notas de caso para los primeros años no están disponibles, tales entradas son la única información que se tiene sobre estos casos. Por el contrario, en una nota de enero de 1866, una paciente diagnosticada con epilepsia desde dos años y medio atrás -con *ataques* en intervalos de una semana-, no había tenido un paroxismo en seis semanas después de un tratamiento, pero desde su última visita al hospital, habían sucedido de nuevo con la

misma frecuencia [Ramskill, 1865-1867]. Ramskill, quien trabajó en el *National Hospital* desde su fundación y al parecer toda su vida, posiblemente ejerció una labor educativa con el resto de los médicos que pasaron por las salas de la institución en los años siguientes; una educación que tal vez permeó en algunas maneras de conducirse como médicos y ante los pacientes, de ser profesionales en un nuevo hospital especializado, y de manejar, observar y pensar clínicamente a la epilepsia.

No existen registros médicos de Brown-Séquard durante su estancia en el *National Hospital* más que, presuntamente, un libro de prescripciones con pocas entradas, en el que únicamente se indicaba el nombre de las pacientes, algunas direcciones, fechas de admisión, y el seguimiento de sus tratamientos, sin especificación alguna sobre los diagnósticos. Sin embargo, en algunas publicaciones médicas, la práctica de este médico puede, de repente, dejarse entrever. Por ejemplo, para noviembre de 1860, a meses de que la institución abriera sus puertas a la recepción de pacientes, los casos internos y externos de paraplejía bajo el cuidado de Brown-Séquard y de Ramskill eran aproximadamente 100 [Brown-Séquard, 1860, 76 (1941)]. De igual manera, en una publicación de febrero de 1862 titulada *Cases of Epilepsy Successfully Treated (Under the Care of Dr. Brown-Séquard)* (Casos de Epilepsia Exitosamente Tratados Bajo el Cuidado del Dr. Brown-Séquard), se escribía sobre la labor de este médico en el *National Hospital*, quien exponía en la nota su visión sobre el efecto a distancia que ocasionaba una *irritación* en el estómago o en la vejiga sobre la circulación del cerebro, teniendo como consecuencia un paroxismo. Brown-Séquard afirmaba que el uso de belladona, quinina, sulfato de cobre, estriquina y el citrato de hierro durante varias semanas era lo recomendable en estos casos, siendo la primera “uno de los pocos remedios racionales para la enfermedad” [*A Mirror of the Practice*, 1862: 146]. A qué se refería el médico con *racional*, no lo especificó, pero para Brown-Séquard los síntomas conformaban una guía que dirigía a la causa de la enfermedad, y la eliminación de la misma, por ejemplo, de parásitos intestinales, no era suficiente para curar, pues el “hábito enfermo de los nervios” debía ser tratado [*A Mirror of the Practice*, 1862: 146].

En ocasiones, Brown-Séquard pedía a los lectores médicos de *The Lancet* casos clínicos para sus publicaciones, a veces con requisitos muy específicos: casos de paraplejía “originada de enfermedad en los genitales, órganos urinarios o digestivos, u otra causa periférica”, o casos no publicados de “enfermedad del cerebelo” [Brown-Séquard, 1860, 75 (1912): 406; Brown-Séquard, 1861, 78 (1998): 580]. Estos casos eran utilizados por el médico, al parecer, para sus publicaciones sobre *desórdenes* nerviosos en el mismo periódico, y para sus conferencias ante médicos y estudiantes en el *National*

Hospital, en las cuales también solía presentar a algunos pacientes de la institución como ejemplos de casos clínicos [Brown-Séguard, 1868, 92 (2358): 593-596]. Ramskill y Brown-Séguard, como primeros Médicos Principales de la institución, pudieron tal vez haber marcado algunas pautas de conducta profesional al interior de ésta y en el ámbito médico londinense, por ejemplo, el registro de información sobre los pacientes y las conferencias sobre casos clínicos *relacionados* con el sistema nervioso dentro de un espacio hospitalario especializado. Tal vez estas prácticas fueron una parte fundamental en la formación de una especialidad, y de los diversos objetos de estudio que formarían parte del *National Hospital* en las siguientes décadas de su existencia.

Por otro lado, los libros de notas de casos de los médicos Charles Bland Radcliffe, John Hughlings Jackson y Thomas Buzzard, proporcionan información sobre el último año que este estudio comprende, 1870. Los tres ejemplares contienen pocos casos de este año, sin embargo, son muy útiles para esta historia. El Dr. Radcliffe, quien ingresó como Médico Principal del *National Hospital* en 1863 en sustitución de Brown-Séguard, registró 4 casos de epilepsia para 1870. Otros 6 casos fueron diagnosticados con la misma condición, pero no existen datos sobre la fecha. El formato de las historias clínicas de este médico era muy similar al del primer libro de Ramskill, con información como nombre, edad, fecha de consulta, diagnóstico, historia familiar, y las características del paroxismo. Por ejemplo, en un caso de epilepsia, Radcliffe registró a una mujer de 18 años sin antecedentes familiares de la enfermedad, quien hacía 4 años tenía *ataques* de petit mal, y dos años después *ataques severos* sin advertencia que ocurrían diario [Radcliffe, 1870-1877]. Sin “histeria”, “pálida y anémica”, y “nunca ha mordido su lengua”, eran algunas características que Radcliffe resaltaba en la historia clínica de la paciente, así como el hecho de que durante su estancia en el *National Hospital* solo había tenido un ataque en la noche, y que su memoria no era “tan buena” como solía ser [Radcliffe, 1870-1877: 9]. De la misma manera, una paciente de 42 años había tenido su primer *ataque* recientemente, asignado al exceso de trabajo como empleada doméstica. El relato del paciente y la intervención del médico al orientarlo y observarlo, seguían siendo los componentes principales en la objetivización de la epilepsia como parte del cuerpo humano, y su atención en un espacio hospitalario ahora especializado.

Pero Radcliffe no solo entablaba dicho diálogo con los pacientes cuando estaban vivos, pues el interrogatorio clínico continuaba si el resultado de su estancia en el hospital se calificaba como “fatal” [Radcliffe, 1870-1877: 83]. Por ejemplo, una paciente de 73 años diagnosticada con hemiplejia derecha y afasia, falleció después de 15 días de estancia en la institución, y Radcliffe realizó la examinación

post mortem poco después de un día, *encontrando* un corazón “hipertrofiado y dilatado”, y ambos hemisferios cerebrales “marcadamente suave(s)” [Radcliffe, 1870-1877: 83-86]. La enfermedad nerviosa en el hospital entonces, podía algunas veces limitarse a un *daño* orgánico visible, no solo cerebral, sino también de otras regiones corporales. Esta relación entre la *pérdida* de la función y el *daño*, de acuerdo con Brown-Séguar, podía suceder algunas veces sin ser una regla general, enseñanza que probablemente seguía Radcliffe, uno de los admiradores de su trabajo y amigo cercano.

La entrevista con los pacientes, su observación, interrogación, registro, seguimiento, medicación, presentación ante estudiantes y otros miembros de la comunidad médica, e incluso su *examinación post mortem*, van constituyéndose durante la primera década del *National Hospital* como prácticas clínicas adecuadas y heredadas, es la forma de acercarse al sistema nervioso a través de sus enfermedades, dentro de los límites de un espacio socialmente aceptado para tales fines: el hospital. La manera de ser médico en la década de 1860 en Londres, Inglaterra, y la manera de ser enfermo y paciente en el mismo tiempo y lugar, marcan la forma en la que se conoce al cuerpo, en la que se habla y se interviene en él, pues lo que se conoce en el *National Hospital* tiene la particularidad de ser local y regional. El libro de John Hughlings Jackson continúa con esta tradición médica posiblemente establecida en un principio por Ramskill, Brown-Séguar y Radcliffe. Al igual que este último, Jackson tiene pocos registros para el año de 1870: aproximadamente 3, y otros pocos sin fecha establecida. Sin embargo, cabe destacar que el único caso de este año registrado con seguridad es el de un hombre de 33 años admitido como interno en junio de 1870, y que falleció en el hospital dos meses después.

Este caso atendido por Jackson ocupó 36 páginas de su libro de historias clínicas, una extensión extraordinaria en comparación con el resto de las notas de caso del hospital, que generalmente no excedían las 5 páginas. La descripción del médico es detallada: “Un hombre moderadamente alto de complexión rubicunda y barba roja. Habitualmente lleva la cabeza flexionada e inclinada hacia la izquierda y la barbilla un poco girada hacia la derecha [...] De esta posición de su cabeza, él parece ser inconsciente” [Jackson, 1870-1877: 211a]. La visión y el movimiento de los ojos, la sensibilidad de la cara, el oído, el habla, la fuerza, sensibilidad, medidas y nutrición de los brazos, la fuerza de las piernas, la forma de caminar, y la irritabilidad eléctrica, eran algunas observaciones que Jackson registró en la historia clínica. Por otro lado, una escritura irregular y una debilidad en un brazo y pierna, eran los síntomas que el paciente denunciaba ante la autoridad médica, además de antecedentes de hemoptisis ligera y tos severa, cuando fue paciente externo del *Brompton Consumption Hospital*

(Hospital de Consunción de Brompton) varios años atrás. Al parecer, Jackson tomó un interés especial en el caso: el seguimiento del paciente detallado, semanal y algunas veces diario durante su estancia en el *National Hospital*, dan prueba de ello.

El limitado movimiento de los ojos del paciente era una preocupación de Jackson en los días siguientes a su ingreso, así como la diferencia en la sensibilidad entre el lado derecho e izquierdo del cuerpo. A inicios de agosto, el hombre ya no podía sostenerse de pie por sí solo y presentaba dificultad para hablar. Estos eran *hechos* que Jackson observaba, pero que también escuchaba del cuidador, personal al parecer en constante contacto con los pacientes de la institución. El paciente de Jackson perdió progresivamente el habla, la capacidad de leer y de responder preguntas. Jackson escribía que la pierna derecha de su paciente era un poco más delgada que la izquierda; que no había rastro de albumen o azúcar en la orina; que el pulso era débil; y que las temperaturas de ambas axilas eran diferentes. El hombre perdió la conciencia, y murió a los pocos días después. Jackson realizó la examinación *post mortem* horas después, empezando por el cerebro. Su apariencia era, en la gran mayoría de la estructura, “saludable”, excepto por una “leve opacidad de las membranas frente al pons” y un “fluido viscoso café” debajo del aracnoides [Jackson, 1870-1877: 211a-236a]. La base del cuarto ventrículo presentaba vasos sanguíneos dilatados, y su lado derecho, escribía Jackson, estaba “aparentemente normal” [Jackson, 1870-1877: 211a-236a]. Sin embargo, el tercio superior de la base del lado izquierdo era “prominente”, y en la sección superior había una protuberancia “tan grande como una nuez”, que al seccionarla a través del pons, se veía su color amarillo-verdoso y opaco, su capa gris periférica y su cavidad central irregular [Jackson, 1870-1877: 211a-236a]. Los pulmones parecían estar recubiertos por tejido fibroso, con granulaciones grises de varios tamaños y grados de dureza, mientras que el hígado y los riñones estaban “congestionados”, pero saludables [Jackson, 1870-1877: 211a-236a].

Este caso de Hughlings Jackson aparentemente le sirvió para sostener su posición respecto a la localización cerebral del lenguaje humano como se verá en el siguiente apartado. El cerebro se había convertido en la estructura clave para dar respuesta a las preguntas formuladas sobre las funciones *intelectuales* y motoras de los seres humanos, y los médicos en las personas que debían investigarlo. El *National Hospital* era uno de los espacios en el que este proceso podía llevarse a cabo: Jackson asociaba los síntomas de los pacientes durante su estancia en el hospital con las observaciones realizadas en una examinación *post mortem*, estableciendo relaciones anatómicas que daban cuenta de

por lo menos, la afasia, en la Jackson estaba interesado.

El último libro de historias clínicas disponible para el periodo de tiempo estudiado es el del médico Thomas Buzzard, correspondiente al periodo de 1870 a 1877. Aunque la mayoría de los casos no tienen fecha establecida y los casos para 1870 son prácticamente inexistentes, este médico seguía con los mismos patrones de la historia clínica que sus colegas del hospital, y practicaba exámenes *post mortem* a los pacientes cuyos casos terminaban en muerte [Buzzard, 1870-1877].

La admisión de pacientes internos y de consulta externa, el diálogo e interrogatorio médico-paciente, el registro de las historias clínicas, el acotamiento de las características de los paroxismos, la compra, prescripción y administración de sustancias, el seguimiento de los pacientes, las observaciones de los médicos, las descripciones de los pacientes, las conferencias médicas, y las exámenes *post mortem*, son algunos de los elementos que fueron configurando a las enfermedades del hospital especializado, concebidas por algunos médicos como John Hughlings Jackson a finales de la década de 1860, como *problemas* del sistema nervioso principalmente.

3.2 Publicaciones del personal médico en revistas especializadas: el sistema nervioso y la epilepsia.

Como se ha mencionado con anterioridad, las notas de caso resultan una herramienta muy útil para la obtención de información sobre los pacientes y los médicos del *National Hospital*. De igual manera, los libros y artículos publicados por los médicos de manera previa a su trabajo en la institución, han servido para tener nociones sobre sus conceptos de enfermedad y epilepsia. Debido a que la mayoría de las notas de caso para la primera década del hospital se encuentran extraviadas, las publicaciones en revistas médicas son materiales considerados valiosos para intentar reconstruir las ideas y prácticas de los médicos de la institución. La relación entre las historias clínicas registradas en los límites del hospital y la generación de publicaciones sobre epilepsia es lo que se intentará abordar en este apartado, utilizando las publicaciones de los médicos en periódicos como *The Lancet* y *The British Medical Journal*, vehículos de comunicación entre médicos de Gran Bretaña y Europa, y artífices en la conformación de nuevas comunidades de especialistas.

El *National Hospital* se encontraba dentro del esquema clínico hospitalario, en el que los

pacientes representaban una colección de casos, posibilidades para observar a la enfermedad a través del tiempo, que parecían revelar poco a poco el secreto de la *verdadera* naturaleza de la enfermedad. Al exponer los casos en las publicaciones, los médicos mostraban lo que conocían sobre los pacientes: las historias clínicas, el desarrollo de las enfermedades, los tratamientos administrados, y las anotaciones sobre las exámenes *post mortem* cuando las circunstancias lo permitían. Los periódicos médicos presentaban una oportunidad para dar a conocer los hechos y métodos llevados a cabo en el hospital, y solicitar datos sobre casos similares, sirviendo como vínculo entre médicos.

Como se ha mencionado con anterioridad, Jabez S. Ramskill, el primer Médico Principal del *National Hospital*, que también trabajaba en el hospital *London*, recibió su educación en el hospital *Guy*, fue admitido como miembro del *Royal College of Surgeons* en 1846, adquirió su grado de *Bachelor of Medicine* en 1847, y de Doctor en Medicina en 1850 por la *University of London* ['News of the Week', 1846; 'Medical News', 1847; 'Medical News', 1850]. Los registros sobre la vida de Ramskill son muy limitados, así como sus publicaciones en periódicos médicos durante la década que esta tesis abarca, sin embargo, se puede hacer una breve reconstrucción de su práctica a través de sus escasas publicaciones y las referencias a su trabajo por parte de sus colegas dentro y fuera del hospital. Los escritos de este médico sobre epilepsia son aún más escasos, sin embargo, sus ideas impresas sobre otros temas pueden ilustrar algunas de sus concepciones sobre el sistema nervioso. Por ejemplo, uno de los intereses de Ramskill era, al parecer, la denominada “ataxia locomotriz” o “enfermedad de Duchenne”: una “incoordinación y desorden de los movimientos voluntarios” y “pérdida de poder muscular” de acuerdo con este médico [Ramskill, 1865: 473]. En una publicación en *The Lancet* a inicios de mayo de 1865, la sugerencia de Ramskill sobre el estudio de esta condición estaba basada en la aparente atención que en otros países estaba recibiendo a partir de su descripción por el médico francés Guillaume-Benjamin-Amand Duchenne y por Trousseau. Según Ramskill, en Inglaterra no había registros de tal enfermedad y por consiguiente “nada escrito sobre el tema”, por lo que este médico registró algunos casos del *National Hospital* bajo este diagnóstico [Ramskill, 1865: 473].

Dichos casos publicados mantenían el formato de las notas clínicas del hospital: eran prácticamente una transcripción de ellas. Nombre, edad, ocupación, familia, historia sobre enfermedades, descripción física, "facultades intelectuales", articulación de palabras, oído, respiración, pulso, sonidos del corazón, apetito, digestión, condición de los intestinos, y el estado y temperatura de las extremidades, eran los elementos constituyentes de los casos clínicos publicados, los cuales habían

sido anotados por el Dr. Bazire [Ramskill, 1865: 473, 474]. Entre estos casos por ejemplo, se encontraba el de un hombre que desde 1847, fecha en la que había sido víctima de un atropello, *sufría* dolores, movimientos espasmódicos y pérdida de fuerza y sensibilidad en las extremidades inferiores, sintiendo “nerviosismo” al caminar [Ramskill, 1865: 474]. En 1857 había sido internado en el hospital *St. George*, y posteriormente atendido como paciente externo del *National Hospital* en 1862, en donde se convirtió en interno año y medio después. A partir de ese momento, escribió Ramskill, fue “observado con cuidado”, describiendo lo antes mencionado y algunos datos sobre la orina: “saludable, sin albumen, sin azúcar, sin babeo, sin retención” [Ramskill, 1865: 474]. El *estado* de la sensibilidad era también parte de la historia clínica publicada: sensibilidad al tacto, a las diferencias de temperatura, al dolor, y a una corriente electro-magnética, constituían parte del relato, haciendo público el uso del cuarto eléctrico del hospital mencionado con anterioridad. Un elemento fundamental dentro de esta publicación era la supuesta mejora de los tres casos expuestos como resultado de su estancia en el *National Hospital*, sin embargo, no se hacía mención alguna sobre el tratamiento que siguieron los pacientes durante este tiempo.

La posible estrecha relación laboral y de amistad entre Ramskill y Brown-Séquard se hace manifiesta en las publicaciones de ambos médicos. Por ejemplo, Brown-Séquard hizo referencias a Ramskill en varias publicaciones a lo largo de la década de 1860. En una publicación en *The Lancet* en 1866 -tres años después de que dejara el *National Hospital*-, Brown-Séquard habló de que algunas veces, una irritación externa podía producir un cambio “favorable” en los centros nerviosos, como lo ilustraba el caso de un paciente atendido por Ramskill y Hughlings Jackson en el que los “espasmos tetánicos reflejo extremadamente violentos y frecuentes” en las extremidades inferiores cesaban cuando “el dedo gordo de cualquier pie era sujetado y jalado hacia abajo con fuerza” [Brown-Séquard, 1866, 87 (2215): 139-140]. Brown-Séquard también resaltaba “algún beneficio” con respecto a la alternancia de baños fríos y calientes de extremidades paralizadas que Ramskill realizaba con algunos pacientes: Brown-Séquard seguía esta práctica en caso de neuralgia, basado en la “bien conocida” influencia de estas inmersiones en niños recién nacidos para restaurar la respiración [Brown-Séquard, 1866, 87 (2215): 140]. Ese mismo año, en el mismo periódico, el autor expresó su postura ante el uso de bromuro de potasio en casos de epilepsia, refiriéndose a los días en los que era compañero de Ramskill en el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*,

“Mi capaz colega [el] Dr. J. S. Ramskill, y yo, después de haber intentado el bromuro de potasio en dosis de 10 o 12 granos tres veces al día (como Sir Charles Locock solía hacerlo), encontramos que la dosis debía ser

incrementada a 20 granos o más tres veces al día; y los efectos benéficos de esa dosis en epilepsia pronto se volvieron completamente manifiestos” [Brown-Séguard, 1866, 87 (2219): 250].

Brown-Séguard establecía que el bromuro de potasio inducía el sueño, producía ambliopía, sordera, y disminuía la sensibilidad de la mandíbula, la uretra, la conjuntiva y algunas veces, de toda la piel. Este remedio, según Brown-Séguard, se administraba en dosis no suficientes, por lo que, junto a Ramskill, había incrementado las cantidades para el tratamiento de la epilepsia. Sin embargo, de acuerdo con el mismo autor, el bromuro de potasio también podía ocasionar la muerte, aunque él únicamente fuera testigo de que su administración por periodos prolongados -uno o dos años, casi sin interrumpir- no causaban nada más que “algo de somnolencia, opacidad del intelecto ... y un sentimiento de fatiga” [Brown-Séguard, 1866, 87 (2219): 250]. El bromuro de potasio, según el mismo médico, también era “extremadamente valorado” para tratar la incontinencia de orina nocturna, “pérdidas seminales”, la dismenorrea, “la satiriasis, la ninfomanía”, y otras afecciones nerviosas [Brown-Séguard, 1866, 87 (2219): 250].

En 1868, Ramskill colaboró en la publicación del libro de su colega, John Russell Reynolds, *A System of Medicine* (Un Sistema de Medicina), para el cual escribió un artículo denominado *Vertigo* [Ramskill, 1880]. Para Ramskill, la causa “*directa próxima*” del vértigo parecía ser una circulación cerebral desordenada, en donde los sentidos *enviaban* una *falsa* impresión al sensorium y había una falta de coordinación de acción muscular; las “*causas remotas*”, por otro lado, parecían estar representadas por cualquier “enfermedad aguda” o “perversión repentina” de alguna parte del cuerpo que influyera en el sistema nervioso de manera directa o por acción reflejo [Ramskill, 1880: 691]. El vértigo estomacal, por ejemplo, era causado por la interrupción de la digestión debido a una “emoción cerebral temporal”, ocasionada por hacer transacciones en los negocios o por pensamientos profundos [Ramskill, 1880: 692]. La irritación, efecto de esta interrupción, se llevaba a los vasos sanguíneos del cerebro, produciendo un desorden en la circulación y nutrición de este órgano. En el sistema nervioso, afirmaba Ramskill, una vez inducida una *perversión* de la función, causas más leves volverían a inducirla de manera indefinida.

Los artículos publicados por Ramskill que lo relacionan con el estudio de la epilepsia aparecieron en *The British Medical Journal* en 1867, y en *The Lancet* en 1869. El primero de ellos denominado *Epileptiform Neuralgia: Epileptic Seizures: Improvement Under the Influence of Large Doses of Morphia* (Neuralgia Epileptiforme: Ataques Epilépticos: Mejora bajo la Influencia de Grandes Dosis de

Morfina), relataba el caso de una paciente del *National Hospital*. De acuerdo con Ramskill, la neuralgia y la epilepsia estaban estrechamente relacionadas a partir de la analogía hecha por Trousseau sobre ambas condiciones: lo repentino y violento de los paroxismos en la epilepsia, y del dolor en una neuralgia. En el caso de la paciente, quien atribuía sus dolores y paroxismos al duelo de perder a sus tres hermanas en cortos intervalos, Ramskill había decidido administrar yoduro de potasio sin resultado alguno, por lo que lo sustituyó por bromuro de potasio, que también falló. Ante esto, Ramskill prescribió morfina, que resultó aparentemente en ataques convulsivos menos violentos y menos frecuentes, hasta que estuvo libre de ellos durante una semana. Ante esta situación, Trousseau declaró que este remedio era meramente paliativo y que la neuralgia regresaría [Ramskill, 1867].

En el segundo artículo, bajo el título *On the Use of Brucine in Stomachal Epilepsy* (Sobre el uso de la Brucina en la Epilepsia Estomacal), Ramskill establecía que muchos casos de epilepsia tenían como aura una sensación relacionada con el estómago, por ejemplo, náuseas, en cuyos casos el *ataque*, de acuerdo con él, era seguido de vómito. Al parecer, el origen de estos síntomas en pacientes sin epilepsia radicaba en una alteración de la “función normal” del nervio neumogástrico, cuya causa podía estar en la raíz o en la periferia afectando al resto del nervio, una “expresión natural” [Ramskill, 1869: 76]. Pero en el caso de la epilepsia, dado que los “centros nerviosos” del paciente se encontraban en la “condición usual propia de los epilépticos”, es decir, “no saludables, sino en un estado irritable mórbido”, algún evento temporal, como la presencia de comida sin digerir, causaba una contracción reflejo de los vasos sanguíneos cerebrales por los nervios vaso-motores, situación que se manifestaba como un *ataque* [Ramskill, 1869: 76]. En estos casos de epilepsia estomacal, aseguraba Ramskill, administrar únicamente bromuro de potasio no era recomendable, ya que esta droga producía la denominada “dispepsia del bromuro”, cuyos síntomas eran mal aliento, lengua blanca, languidez, somnolencia y anorexia. La recomendación era entonces, prescribir bromuro de potasio con sales efervescentes y lactato de sodio en una infusión amarga, siendo la única objeción la producción de diarrea. Ya que la intención de Ramskill no era solamente suspender los *ataques* -“la suspensión no es la cura” aseguraba el médico- sino prevenirlos, sus objetivos eran fortalecer al paciente, mejorar la nutrición de los tejidos y de las “masas nerviosas” [Ramskill, 1869: 76]. Para lograrlo, recomendaba el uso de un tónico de efectos similares a la estricnina -droga ampliamente utilizada que algunas veces provocaba síntomas “tóxicos desagradables”-, la brucina, droga que de acuerdo con el autor, no producía efectos adversos si se administraba en grandes cantidades y de manera continua [Ramskill, 1869: 76].

Durante la década de 1860, Jabez Spence Ramskill era el primer nombre encontrado en la lista de los médicos responsables del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* cuando éste se anunciaba en periódicos médicos como *The Lancet*. Debido a los escritos de este médico, se puede decir que sus ideas estaban muy relacionadas con las de Brown-Séguar, al igual que sus prácticas con los pacientes. La epilepsia era una condición propia de los centros nerviosos, un estado no saludable, que debido a una *irritación* en algún lugar del cuerpo, transmitida por los nervios, causaba una contracción de los vasos sanguíneos del cerebro ocasionando un paroxismo. La epilepsia no se localizaba en un espacio determinado, era una propiedad y disposición del sistema nervioso de un individuo. Los casos llevados por Ramskill en el hospital parecen tener algunas veces la función de embajadores de sus teorías; su descripción, seguimiento, tratamiento y cura algunas veces indican un *éxito* de su práctica y lugar de trabajo.

El segundo médico principal del *National Hospital* era Charles Edouard Brown-Séguar, cuyo nombre era, como se ha mencionado, reconocido en la comunidad médica londinense a mediados del siglo XIX. En abril de 1860, cuando el hospital abrió sus puertas a la admisión y atención de pacientes, Brown-Séguar pidió a los lectores de *The Lancet* casos clínicos sobre parálisis -paraplejía- que pudieran enviarle, acción que repetiría a lo largo de su estancia en Londres para diversas *afecciones* [Brown-Séguar, 1860, 75 (1912); Brown-Séguar, 1861, 78 (1998)]. La parálisis sería, al parecer, el principal tema de interés para este médico, quien la explicaba a través de la acción reflejo. Por ejemplo, la parálisis que *afectaba* a las extremidades inferiores se debía a una *irritación* o excitación en la espina dorsal proveniente de un nervio sensitivo en la periferia del cuerpo, que a su vez se *reflejaba* en los vasos sanguíneos, o en los nervios motores. Las exámenes *post mortem*, según Brown-Séguar, mostraban que esta *parálisis reflejo* no dependía de ninguna alteración orgánica definida [Brown-Séguar, 1860, 75 (1912)]. La irritación -causa original de la parálisis- podía provenir de las vísceras, la piel, las membranas mucosas o los *troncos* de los nervios. Las publicaciones de Brown-Séguar en *The Lancet* eran un resumen de las conferencias dictadas en el *National Hospital*, a las cuales asistían médicos y estudiantes, iniciando el mismo año de su apertura. Los casos clínicos de este médico fueron expuestos en publicaciones y conferencias tiempo después de su retiro de la institución. En el periodo de 1860 a 1863, la mayor parte de los casos publicados en periódicos médicos estaban basados en su experiencia previa o en la de sus colegas.

El tratamiento que Brown-Séguard proponía en estas publicaciones consistía en “disminuir la irritación externa que [causaba] la paroplejía”, para lo cual el mejoramiento de la *nutrición* de la médula espinal era fundamental [Brown-Séguard, 1860, 75 (1921): 613]. La belladona la usaba para disminuir el dolor y prevenir la acción reflejo: reducía la cantidad de sangre que llegaba al canal vertebral. Combinada con opio, se usaba para las parálisis iniciadas en el útero, método utilizado por el maestro de Brown-Séguard, Trousseau. La estriocnina, por otro lado, aumentaba la cantidad de sangre en la médula espinal incrementando la nutrición y las “propiedades vitales” de este centro nervioso [Brown-Séguard, 1860, 76 (1947): 606]. Sin embargo, el autor admitía un desconocimiento general sobre el modo de acción de estos remedios.

Brown-Séguard estaba convencido de que el encéfalo estaba dividido en varias partes que debían verse y estudiarse como órganos diferentes; era un conjunto análogo a los diversos órganos de la cavidad torácica. La alteración de, por ejemplo, alguna de estas partes encefálicas no producía *síntomas* específicos: una variedad de ellos podían provenir de la misma región encefálica. De hecho, algunos síntomas podían ser observados sin que se presentara alteración alguna en ninguna parte del encéfalo. Las enfermedades de esta región corporal podían tener, de acuerdo con Brown-Séguard, tres diferentes causas: 1) ser el resultado directo de una lesión o *enfermedad* -la enfermedad de la enfermedad-, 2) ser el efecto de alteraciones en la cantidad o *calidad* de la sangre, y 3) ser la consecuencia de una acción reflejo, cuyo punto de origen era una irritación proveniente de cualquier lugar de la anatomía humana, incluso del mismo encéfalo. La enfermedad cerebral podía tener como consecuencias convulsiones, espasmos, calambres, temblores, rigidez, dolor, parálisis, anestesia, delirio, *insanidad*, o epilepsia. Como parte de las tres principales causas mencionadas, el médico establecía las fuentes de las alteraciones encefálicas: 1) una alteración en la calidad de la sangre, 2) un suministro insuficiente de sangre, 3) un suministro incrementado de sangre, 4) la inflamación del tejido cerebral, 5) alteraciones en las membranas o el cráneo, 6) contusiones y lesiones mecánicas, 7) exceso de acción mental, 8) causas morales, y 9) la influencia de varias partes del cuerpo sobre el cerebro [Brown-Séguard, 1861, 78 (1975)].

Las afecciones convulsivas, como la epilepsia, eran para Brown-Séguard producto de irritaciones, no podía haber la menor duda al respecto [Brown-Séguard, 1861, 78 (1978)]. Por ejemplo, en un caso de epilepsia debido a la existencia de un pequeño tumor en la parte superior del cerebelo, éste no ejercía ninguna influencia directa en las fibras nerviosas motoras, en cambio, se llevaba a cabo una

acción a distancia, una “influencia peculiar”, hasta llegar a las partes del encéfalo en donde existían dichas fibras motoras [Brown-Séguard, 1861, 78 (1978): 79]. Algunas otras convulsiones, pensaba el médico, eran el resultado de la presión ejercida en la médula oblonga y el pons Varolii como consecuencia de una hemorragia [Brown-Séguard, 1861, 78 (1991)]. Esto claramente se oponía a su visión sobre la funcionalidad específica de las diversas partes integrantes del encéfalo.

Siendo integrante del *National Hospital*, Brown-Séguard era ya una “autoridad” en temas relacionados con las afecciones del sistema nervioso: en un reporte de 1862 denominado *The Influence of Railway Travelling on Public Health* (La Influencia del Viaje en Ferrocarril en la Salud Pública), una comisión especial se dedicó a recopilar las opiniones médicas respecto a dichos viajes ['The Influence of Railway', 1862, 79 (2010): 260]. Brown-Séguard estableció que la “ansiedad” -resultado de la preocupación de no perder el tren- era uno de los efectos de viajar constantemente por este medio de transporte, que en ciertas condiciones “no saludables” del corazón podía resultar “fatal” ['The Influence of Railway', 1862: 51]. Por otro lado, la “tendencia a la náusea” se explicaba por la influencia de los movimientos de la máquina en los nervios frénico, vago y esplácnico; la “sacudida” del estómago, separándolo del diafragma era otra explicación del mareo ['The Influence of Railway', 1862, 79 (2002): 51]. El remedio consistía en utilizar un vendaje apretado alrededor del abdomen y tomar cloroformo, remedio que paralizaba parcialmente al nervio vago.

A pesar de la aparente autoridad que Brown-Séguard representaba ante la comunidad médica londinense, sus tratamientos y procedimientos eran, desde luego, criticados. En abril de 1863, pocos meses antes de su renuncia como médico del *National Hospital*, publicó un artículo en el que apoyaba su práctica de trepanación en casos de fractura de la espina dorsal, en la que se removían fragmentos de hueso que podían *presionar* la médula espinal. El médico aseguraba su éxito al establecer que el 25 por ciento de los casos eran salvados a través de esta intervención. Sin embargo, en los casos de fractura de las cervicales, la objeción al método de Brown-Séguard se basaba en la supuesta incapacidad del paciente de sostener la cabeza después de la operación. El autor respondía que la técnica era recomendada por “cirujanos de la más grande eminencia” [Brown-Séguard, 1863: 477].

En julio de 1863, se anunció públicamente la renuncia de Brown-Séguard como médico del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic*, informando que la vacante había sido ocupada por el médico Charles Bland Radcliffe. A pesar de su regreso a Francia, Brown-Séguard al parecer,

mantuvo un continuo contacto con la institución y sus médicos, solicitando casos clínicos para sus conferencias y realizando visitas, incluso cuando fue nombrado Profesor de Patología Experimental y Comparada en la Escuela de Medicina de París ['Medical Annotations', 1869; Bazire, 1865]. Uno de los elementos fundamentales sobre la concepción de las afecciones del sistema nervioso para Brown-Séquard, se encuentra tal vez en la importancia otorgada a los elementos externos a él: la causa de las irritaciones. Éstas, ocasionadas por diferentes agentes en distintas partes del cuerpo, eran la mayor parte de las veces, el punto de inicio en un *ataque* epiléptico, e incluso de parálisis, que se manifestaba como tal debido a la acción reflejo sobre otras localidades del sistema nervioso involucradas con las fibras motoras, sensitivas o vaso-motoras. Era importante también el “grado de excitabilidad” de “todas las partes excitables del sistema nervioso”, el cual, según Brown-Séquard, variaba “en extremos” entre personas, e incluso en un solo individuo “bajo la influencia de muchas causas” [Brown-Séquard, 1866, 87 (2211): 52]. La enfermedad para Brown-Séquard, en términos generales, no estaba constituida por un grupo de síntomas, sino por el mismo tipo de *alteración orgánica* que podía ser encontrada en todos los casos [Brown-Séquard, 1865, 85 (2180)]. La epilepsia entonces, entraba en conflicto con esta definición: era el producto de una irritación ocurrida en algún lugar del cuerpo, irritación que dependía del *grado* de excitabilidad de una región determinada del sistema nervioso, y que se llevaba a cabo debido a algún elemento externo, que por acción reflejo, alteraba los centros nerviosos *causantes* del movimiento muscular. La epilepsia para Brown-Séquard era una “afección funcional”, definiendo a ésta por la causa de su origen, es decir, por “una alteración de la sangre, una irritación de una parte de un nervio centrípeto, por una neuralgia, lombrices, caries, dentición, una herida, quemadura, etc” [Brown-Séquard, 1866, 87 (2213): 85]. Las “enfermedades nerviosas”, por otro lado, eran orgánicas, causadas por “una tendencia especial (heredada o no) a la inflamación, a las alteraciones en los vasos sanguíneos, o a la formación de crecimientos mórbidos” [Brown-Séquard, 1866, 87 (2213): 85]. En las afecciones nerviosas remover la causa era una parte fundamental del tratamiento, mientras que en las enfermedades, a menudo, esto era imposible.

Suprimir las causas o disminuir su intensidad podía llevarse a cabo por ejemplo, aplicando narcóticos -como morfina, codeína, atropina, valeriana, aconita, y bromuro de potasio- en la supuesta causa de la irritación, como una herida en la piel o en la rama de un nervio; seccionar nervios, trepanar el cráneo, y emplear a los pacientes en actividades físicas y *mentales*. Por ejemplo, Brown-Séquard manifestaba que “jóvenes epilépticos” mejoraban “rápidamente” si sus mentes se ocupaban en “horas regulares” del día [Brown-Séquard, 1866, 87 (2213): 87]. Para este médico, otro recurso imprescindible

en el tratamiento de cualquier afección y enfermedad nerviosa era dar “confianza y esperanza” a los pacientes: “una esperanza de cura hará mucho para que la cura funcione” [Brown-Séguard, 1866, 87 (2213): 87]. Para dar esta confianza, bastaba con saber que sus ideas eran “verdad” [Brown-Séguard, 1866, 87 (2213): 87]. Un *cambio* en el sistema nervioso era otro método para evitar un paroxismo: un niño de 7 años de edad quien tenía paroxismos caracterizados por espasmos en algunos músculos de la mandíbula precedidos por una sensación de escozor, se ejercitaba en el columpio y el ataque podía prevenirse. Otros medios de Brown-Séguard para prevenir un ataque consistían por ejemplo, en atar las extremidades en las que un aura comenzaba a sentirse con una ligadura, pues impedía que la sensación se propagara hasta el cerebro en donde era capaz de causar un paroxismo; un pellizco fuerte en la piel; un baño frío en la espalda; la aplicación de una corriente eléctrica interrumpida; la inhalación de cloroformo; o administrar una dosis de quinina una hora antes del ataque esperado [Brown-Séguard, 1866, 87 (2213)].

Con las conferencias de Brown-Séguard en el *National Hospital*, la institución adquirió un papel educativo y demostrativo sobre temas del sistema nervioso ante la comunidad de médicos y estudiantes londinense. El médico, sus casos presentados y sus pacientes, se vuelven representantes de condiciones y espacios; se vuelven artífices y formadores de una manera *especial* de ver, estudiar e intervenir en el sistema nervioso humano.

El tercer médico del *National Hospital*, Charles Bland Radcliffe, fue nombrado Médico Principal en julio de 1863, siendo el sustituto de Brown-Séguard por recomendación de éste mismo y Ramskill. Radcliffe era al parecer, amigo y colega cercano de Brown-Séguard, cuyos resultados experimentales citaba a menudo en conferencias para sostener su teoría de que la sangre contrarrestaba la contracción del *rigor mortis* ['Dr. Radcliffe's Lectures', 1862; Radcliffe, 1860]. En 1865, Radcliffe escribió sobre la ataxia locomotriz -la misma enfermedad que le interesaba a Ramskill-, y expuso un caso atendido por él en el *National Hospital*. La patología de esta afección, decía, aún estaba en su infancia, siendo la relación que se establecía con mayor frecuencia aquella encontrada en las exámenes *post mortem*: la degeneración de las columnas y raíces posteriores de los nervios de la médula espinal. Este hecho se reforzaba con las observaciones en el microscopio de dichas estructuras realizadas por Lockhart Clarke, sin embargo, no era lo único que Radcliffe esperaba encontrar: cambios en algunas partes del cerebro y el cerebelo podían dar cuenta de dicha enfermedad, especialmente aquellas que tenían que ver con la coordinación de movimientos musculares [Radcliffe, 1865]. Este médico pensaba en la especialidad y

en los hospitales como una solución necesaria e idónea en el tratamiento de las enfermedades: la primera indicación era llevar al enfermo a reclusión, en donde se proveerían condiciones favorables como ventilación, calor, limpieza y comida [Radcliffe, 1866, 87].

En mayo de 1866, Radcliffe dio una conferencia ante la *Royal Society* titulada *An Account of Experiments in Some of Which Electroscopic Indications of Animal Electricity Were Detected for the First Time by a New Method of Experimenting* (Un Informe de Experimentos en Algunos de los Cuales Indicios Electroscópicos de Electricidad Animal fueron Detectados por Primera Vez por un Nuevo Método de Experimentación). En esta, Radcliffe describió el uso de dos electroscopios de Saussure cuyas hojas de oro dentro de contenedores de vidrio sugerían la presencia de electricidad *positiva* o *negativa*, de acuerdo a su orientación una con respecto a la otra. Si las hojas divergían, se interpretaba que la electricidad que *percibían* era positiva; y si sucedía lo contrario, se trataba de electricidad negativa. Estos experimentos, de acuerdo con el médico, daban las primeras indicaciones de electricidad en la sangre y el tejido nervioso vivos [Radcliffe, 1866, 15]. El lugar en el que Radcliffe realizó los experimentos no está definido, pero probablemente no fue dentro del *National Hospital*, pues su registro estaría tal vez en las entradas de las minutas del Comité de Administración.

Los materiales que Radcliffe sometió a estas mediciones provenían de diversas fuentes. En la primera serie de sus experimentos puso en contacto con el instrumento diversas partes de su cuerpo y de otras personas, así como partes del cuerpo amputadas obtenidas de los hospitales. Este médico llegaba a la conclusión de que la condición eléctrica del cuerpo vivo era positiva, variando de intensidad en las distintas partes del cuerpo de una persona, de individuo a individuo, y en diferentes tiempos y circunstancias, como la salud y la enfermedad. Estas variaciones eléctricas esperaba Radcliffe, podían dar alguna información sobre los cambios que “continuamente” tenían lugar “en la condición vital del ser humano” [Radcliffe, 1866, 15: 162]. En la segunda serie, las pruebas se realizaron con sangre animal contenida en un recipiente de vidrio con un alambre de platino, el cual hacía contacto con el electroscopio. La sangre provenía de venas y arterias de un burro, un borrego, y un perro, cuyas mediciones resultaron en electricidad negativa, y posteriormente, ningún rastro de ella una vez transcurrido cierto periodo de tiempo después de su extracción: la conclusión que Radcliffe establecía a partir de esto, era que había presencia de electricidad en la sangre viva.

El tejido nervioso fue el componente de la tercera serie de experimentos, atando un lazo de seda a

los tejidos nerviosos que los conectaran con el electroscopio. La médula oblonga de un buey obtenida pocos minutos después de su muerte, indicaba la acción de electricidad positiva; el lóbulo posterior del cerebro de una oveja no indicó electricidad alguna; el cerebelo de otra oveja marcaba la acción de electricidad positiva; y el cerebro de burro daba indicios de electricidad negativa. Pasado cierto tiempo -aproximadamente una hora y media- estos materiales animales no registraban ningún tipo de actividad eléctrica. En la cuarta y última serie de experimentos el tejido muscular era examinado dando como resultado una acción eléctrica positiva, y sin resultado alguno una vez que el *rigor mortis* se había completado. La condición primaria de la electricidad animal era para Radcliffe, estática. Las afecciones convulsivas para este médico como se ha mencionado previamente, eran causadas por estados *débiles* de la circulación, que al no *nutrir* adecuadamente a los tejidos nerviosos, ocasionaban movimientos que se relacionaban con un estado de *rigor mortis*. Esta visión podía articularse bien con sus resultados sobre la presencia de electricidad *positiva* en la sangre, los músculos y los tejidos nerviosos: uno de los tratamientos para la parálisis que Radcliffe recomendaba era la electrificación de la médula espinal con electricidad positiva [Radcliffe, 1865]. De la misma manera, recetaba aceite de hígado de bacalao para mejorar la nutrición del tejido nervioso en algunos casos de convulsiones [Radcliffe, 1880].

John Hughlings Jackson, médico asistente del *National Hospital* desde mayo de 1862, se convirtió en Médico Principal después de la renuncia de Sieveking en 1867. Siendo también médico asistente del *London Hospital* como se ha mencionado anteriormente, una de las primeras tareas en el *National Hospital* era visitar a los pacientes de consulta externa que no pudieran acudir al hospital por algún motivo, y en 1863 se convirtió en miembro del consejo de la *Anthropological Society of London* (Sociedad Antropológica de Londres) ['Front Matter', 1863]. En noviembre de 1864, una reseña del primer volumen del libro *Clinical Lectures and Reports by the Medical and Surgical Staff of the London Hospital* (Conferencias Clínicas y Reportes por el Personal Médico y Quirúrgico del *London Hospital*) hacía referencia a que las contribuciones relacionadas con el sistema nervioso de Hughlings Jackson en los casos clínicos de este libro, se debían “sin duda” a su conexión con el *National Hospital* ['Reviews and Notices', 1864: 525]. El interés de Jackson de acuerdo con esta publicación, estaba enfocado en la pérdida del habla, como también se puede leer en otra publicación del mismo mes y año en la sección *A Mirror of the Practice of Medicine and Surgery on the Hospitals of London* (Un Reflejo de la Práctica de la Medicina y Cirugía en los Hospitales de Londres) del periódico *The Lancet*. El artículo se refería a los comentarios y observaciones en casos de “defectos de la expresión” ['A Mirror of the Practice', 1864: 604].

Esta publicación, que hablaba específicamente del *National Hospital*, comentaba que Jackson hacía referencia a la conclusión de Broca de que la capacidad del habla residía en el hemisferio cerebral izquierdo, basándose en *evidencia* proporcionada por exámenes *post mortem*: Broca creía que la facultad del lenguaje articulado tenía su lugar en el tercio posterior de la tercera convolución frontal izquierda, cerca del cuerpo estriado. Al parecer Jackson había llegado a los mismos resultados a partir de *evidencia* clínica: aproximadamente 70 casos de pérdida o defecto en la expresión⁴³ con hemiplejía derecha, excepto en tres casos. Esta *pérdida* o *defecto* variaba en gran medida, e indicaba “por supuesto” enfermedad del lado izquierdo del cerebro, debiendo siempre distinguir que la *falta* de expresión se debiera a un *problema* intelectual y no motor [‘A Mirror of the Practice’, 1864: 604]. Jackson, sin embargo, solo contaba con los casos clínicos, y resaltaba la importancia de *observar cuidadosamente* a este síntoma sin dejar de lado sus diferencias individuales. Este médico afirmaba que en muchos de estos casos había enfermedad valvular del corazón, llevando a una embolia de la arteria media cerebral izquierda, lo que ocasionaba un daño al sistema nervioso en una región alimentada por uno o más vasos sanguíneos. Las variaciones en los *defectos* de la expresión se debían, de acuerdo con esto, a las diferentes “cantidades” de daño cerebral dependientes del abastecimiento de sangre [‘A Mirror of the Practice’, 1864: 604]. Así, si éste era interrumpido en las cercanías del cuerpo estriado, “el punto de emisión de órdenes de la ‘voluntad’ a los músculos”, el paciente parecía perder el *poder* de la expresión intelectual [‘A Mirror of the Practice’, 1864: 604]. Esto, sin embargo, no era siempre de la misma manera ni para Jackson ni para otros médicos [‘A Mirror of the Practice’, 1864; Bateman, 1865; Fox, 1866].

Con el paso del tiempo, Jackson fue realizando cada vez más exámenes *post mortem*, tanto en el *London Hospital* como en el *National Hospital*, y las observaciones con microscopio de tejido nervioso de sus casos comenzaron a llevarse a cabo por Lockhart Clarke [Clarke et al, 1865]. Las ideas localizacionistas de Jackson parecían guiar sus observaciones: las convulsiones, por ejemplo, representaban para este médico un síntoma de “gran interés”, y creía que la palabra epilepsia tenía un “significado suelto”, pues era discutido si ésta causaba hemorragia cerebral o viceversa [‘London Hospital’, 1866: 606]. Sin embargo, este médico deseaba utilizar el término para “implicar la condición

43 Jackson a diferencia de Broca, prefería utilizar la palabra “expresión” a “habla”, pues el desorden iba más allá de la mera articulación de las palabras impidiendo que el paciente pudiera expresarse de cualquier manera, como a través de señas, escritura, etc. *Expresión*, según Jackson, definía menos pero abarcaba más. Sin embargo, esto era provisional, pues cuando se hubiera aprendido “más claramente la naturaleza real” de este defecto, habría términos más definidos [‘A Mirror of the Practice’, 1864: 604].

del tejido nervioso en una pérdida repentina y temporal de sus funciones”, no solo motoras como en el caso de una convulsión, sino también sensoriales, mentales y físicas [Jackson, 1866; Beigel, 1868: 793].

Las convulsiones para Jackson, eran un síntoma que indicaban una “descarga ocasional, excesiva y desordenada del tejido nervioso en los músculos” ocasionada por cambios en dicho tejido, y particularmente se interesaba en aquellas que iniciaban en una determinada parte del cuerpo y se diseminaban a las vecindades de dicho lugar⁴⁴ [James, 1866; 'Reviews and Notices', 1870: 672]. Por las afinidades clínicas entre la corea, epilepsia y parálisis, su estudio para este médico, estaba relacionado desde tres puntos de vista: los tejidos afectados y su naturaleza, los órganos lesionados y las funciones *desordenadas*. De la misma manera, el autor comentaba que a través de la investigación se encontraría que no existían barreras entre los síntomas físicos y mentales, dándole al tejido nervioso toda la funcionalidad de los seres humanos. Jackson también estaba de acuerdo con las ideas de Radcliffe: al parecer, los espasmos eran resultado de un decremento del vigor del sistema nervioso [Jackson, 1866]. Jackson, en una reunión de la *Harveian Society*, opinaba que estos desórdenes del sistema nervioso no eran transmitidos de generación en generación, no pertenecían a las *unidades patológicas* hereditarias propuestas por Herbert Spencer. Jackson creía que se transmitía una tendencia a los cambios en los tejidos, más no daños en órganos particulares, ni desórdenes de funciones especiales [Ballard, 1866].

Jackson hacía una analogía de la tarea de los médicos en la clasificación de enfermedades, con aquella de los zoólogos en la clasificación de animales. Con respecto al ornitorrinco y refiriéndose a las convulsiones, por ejemplo, escribió:

“El zoólogo está más ansioso por saber qué tipo de vertebrado es este animal, que de decidir si es un mamífero o ave. Así nuestra ansiedad debe ser, no ver qué tanto un caso se parece más a esta o aquella enfermedad, descrita por hombres distinguidos, sino aprender cuando podamos, de qué manera, y en qué grado, los síntomas se desvían de la salud” [Jackson, 1866: 329].

Jackson decidía entonces utilizar términos temporales para describir y clasificar enfermedades, con la idea de que algún día llegaría a encontrar hechos reales sobre tales desórdenes. Por ejemplo, para este médico morder la lengua no debía considerarse un síntoma de la epilepsia, pues esto podía ocurrir en convulsiones que no correspondían del todo con el resto de los fenómenos identificados con ella

⁴⁴ Este interés temprano daría como resultado años después, la descripción de un tipo particular de epilepsia por parte de Jackson, conocida actualmente como “Crisis epiléptica parcial (focal)” o “Crisis epiléptica Jacksoniana”.

[Jackson, 1870]. Una de las maneras de lograr un *verdadero* conocimiento sobre las enfermedades era, según Jackson, a través de las sociedades científicas, en donde el intercambio de información entre profesionales provenientes de diversos lugares, enriquecía las prácticas y los puntos de vista de sus integrantes [Ballard, 1866]. Por este motivo tal vez, formó parte de la fundación de la *Clinical Society of London* (Sociedad Clínica de Londres) en 1867, que tenía entre sus objetivos coleccionar reportes de casos médicos de interés para la comunidad ['The Clinical Society', 1867].

Jackson, quien trataba a la epilepsia con bromuro de potasio, cloruro de potasio y digitalis, “nunca” se *aventuraba* a decirle a un paciente que estaba “curado” de esta condición ['Reports of Medical', 1870: 32]. Pensaba que era imposible en cualquier caso, “hacer esta predicción con certeza científica” encontrando que los ataques regresaban una vez que el tratamiento era abandonado ['Reports of Medical', 1870: 32].

Edward Henry Sieveking, médico principal del *National Hospital* en 1864, quien renunció en 1867 por pertenecer al hospital *St. Mary*, estaba interesado en otra perspectiva de las enfermedades nerviosas. Presidente de la *Harveian Society of London* en 1861, poco después de la publicación de su libro del que se habló en el capítulo anterior, Sieveking resaltaba los números en una condición como la epilepsia: incidencia en hombres y mujeres; causas hereditarias, desequilibrio uterino, excesos venéreos (incluyendo masturbación), miedo, exceso de trabajo, ansiedad, dispepsia, dentición, fiebre escarlata, meningitis, anemia, y desarrollo de la pubertad; y síntomas, indicando que el tratamiento debía consistir de elementos morales, de régimen y diferentes sustancias. Así, de 52 casos diagnosticados y observados por el autor, aseguraba haber curado a 8 y *beneficiado* a 15 ['Medical News', 1861, 1 (2); Sieveking, 1861].

Sieveking, quien había introducido el bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia como se mencionó previamente, hablaba sobre su uso en una publicación de 1865, momento en el que ya era médico en ordinario del príncipe de Gales [Sieveking, 1865]. De acuerdo con él, se debía ser escéptico en cuanto a la afirmación o negación rotunda sobre la eficacia de una droga empleada en el tratamiento de cualquier enfermedad. La historia familiar, los hábitos personales, las influencias sociales, el clima, las condiciones sanitarias, la edad, el sexo y la dieta, moldeaban a los pacientes de maneras muy individuales, y la variabilidad de fenómenos mórbidos era manifiesta en estas particularidades. Dado que la epilepsia para Sieveking no era una “perversión simple de una función normal o una lesión

singular bien definida”, no podía ser tratada por un solo “antídoto” establecido cuya acción en el sistema nervioso era más bien desconocida [Sieveking, 1865: 250]. A pesar de esto, Sieveking afirmaba que el bromuro de potasio curaba y detenía la enfermedad en algunos casos, sin embargo, continuaba, la epilepsia no debía tratarse como una unidad nosológica, sino considerada en diversos aspectos [Sieveking, 1865].

Respecto a esto, Sieveking dio una serie de conferencias ante el *Royal College of Physicians* en 1866 bajo el título *Croonian Lectures on the Localisation of Disease* (Conferencias Croonian sobre la Localización de la Enfermedad). Este médico estaba de acuerdo en la especialización de la función de los “organismos superiores”, y destacaba la importancia de que conforme se *ascendía* en la *escala de la creación*, las relaciones entre los varios elementos del cuerpo eran mutuas y sus afinidades más íntimas [Sieveking, 1866, 1 (273): 300]. Sieveking insistía en que los fenómenos del cuerpo eran el resultado de las interacciones de las unidades de Virchow, cuya existencia dependía de la combinación en un todo, en un individuo. Los médicos para él, se equivocaban en seguir la dirección de localizar o limitar las operaciones de la acción mórbida. La localización no era un programa adecuado para explicar los fenómenos de la salud y la enfermedad [Sieveking, 1866, 1 (273)]. La causa última de las enfermedades para Sieveking, consistía siempre de un trastorno en la nutrición, el cual dependía de las circunstancias y hábitos del individuo [Sieveking, 1866, 1 (277)].

Pero la estandarización era para este médico, una necesidad. Los sentimientos subjetivos de los pacientes, de acuerdo con él, no podían ser un indicador regular: debían ser considerados solo hasta que se contara con los métodos adecuados para medirlos, por ejemplo, el termómetro [Sieveking, 1866, 1 (279)]. El conocimiento sobre la acción de los tratamientos en las enfermedades nerviosas y en general, era cuestión de tiempo y del desarrollo de *leyes* más generales sobre los cuerpos. El modo de proceder de la medicina era para Sieveking, sobre hechos prácticos, sobre drogas que él creía influenciaban directa o indirectamente la nutrición, y con esto, sus relaciones con el resto de los sistemas y enfermedades particulares [Sieveking, 1866, 1 (279)].

John Russell Reynolds, médico principal del *National Hospital* de 1864 a 1869, publicó en 1866 *A System of Medicine* (Un Sistema de Medicina), una serie de artículos editados por él y escritos por varios médicos en tres volúmenes. Los colaboradores de la obra incluían entre otros, a sus colegas del hospital: Ramskill, Radcliffe, Hughlings Jackson, Buzzard, Bastian y Netten Radcliffe. Reynolds

escribió el capítulo referente a la epilepsia, a la cual definía como una enfermedad crónica cuyo síntoma característico era una pérdida o *problema* repentino de la consciencia, algunas veces seguido de una contracción muscular, un espasmo parcial o una convulsión general.

La pérdida de consciencia era para Reynolds, el síntoma esencial de la enfermedad y sus causas podían ser numerosas. Una de ellas era la “contaminación hereditaria”, que sucedía en un tercio de los casos que este médico había revisado para este artículo [Reynolds, 1880: 763]. La mejor manera de investigar esta causa, decía, era su estudio entre la clase *alta* de la sociedad londinense, que se encontraba libre de los factores que podían constituir una causa posible de la enfermedad, como la ansiedad, la alarma y la necesidad, situaciones comunes entre la clase de pocos recursos. La frecuencia entre los sexos tampoco podía establecerse con claridad: existían numerosos elementos que afectaban los resultados, por ejemplo, la edad y situación sentimental de un médico podían influir en la cantidad de hombres y mujeres que atendían a consulta. La mayor abundancia de hombres que de mujeres con epilepsia en los asilos, explicaba Reynolds, se debía a que ellos, debido a la enfermedad, estaban impedidos de hacer su trabajo, situación que no imposibilitaba las labores domésticas que realizaban las mujeres [Reynolds, 1880].

Las causas de la epilepsia variaban en su origen: emociones, irritaciones, cambios en el cuerpo y lesiones físicas eran las categorías que Reynolds establecía, siendo las más comunes aquellas de naturaleza psíquica. De acuerdo con este médico, las mujeres y niñas se referían a las emociones con mayor frecuencia cuando se les preguntaba el origen de sus ataques. La epilepsia era para Reynolds, una enfermedad “funcional” de la médula oblonga, pues la investigación anatómica había fallado en explicarla [Reynolds, 1880: 777]. El trastorno consistía de una disposición *pervertida e incrementada* de la acción de este centro nervioso y del sistema de nervios vaso-motores, una concepción muy parecida a la de Brown-Séquard. La contracción de los vasos que abastecían de sangre al cerebro y algunos músculos, daban origen a la interrupción de dicho suministro y consecuentemente, a la pérdida de consciencia y las convulsiones.

La enfermedad, afirmaba Reynolds, podía en algunos casos ser fingida, pudiendo descubrir al farsante por su sobre-actuación y una duración más larga del supuesto paroxismo. Pero cuando era verdadera, la terapia debía consistir en mitigar los síntomas y evitar la condición *esencial* de la enfermedad, para lo cual recomendaba la administración de opio, cloroformo, sales de zinc, y por

supuesto, bromuro de potasio. El paciente debía también ingerir comida digerible, hacer ejercicio al aire libre, y mantenerse ocupado. Reynolds mencionó un remedio que era utilizado algunas veces para detener la epilepsia: la circuncisión y la clitoridectomía, cuyo éxito era dudoso. Dichos procedimientos podían actuar ocasionando una fuerte impresión en la mente o un cambio violento en el cuerpo, lo que favorecía que los ataques epilépticos cesaran, sin embargo, afirmaba, si éste era el objetivo, la localización de la operación podía cambiar [Reynolds, 1880].

Thomas Buzzard, asistente médico del *National Hospital* y Médico Principal en 1869, como se ha mencionado previamente, estaba involucrado en el sistema nervioso desde un punto de vista más social. A inicios de 1869, meses antes de que fuera nombrado Médico Principal de la institución, publicó en *The Lancet* un artículo con el título *A Medico-Legal Case of Injury to the Nervous System* (Un Caso Médico-Legal de Lesión al Sistema Nervioso), en el que relataba su experiencia como consultor médico del caso de un señor de 50 años atropellado por un furgón tirado por caballos en la ciudad de Londres. Herido en la cabeza del lado izquierdo e incapaz de mover y sentir la mitad derecha de su cuerpo, la víctima había decidido emprender acción legal en contra de los dueños del carruaje, para lo cual se necesitaba que un médico *experto* pudiera decir que los daños ocasionados eran reales [Buzzard, 1869]. Para esto, Buzzard necesitaba algo más que su testimonio: debía comprobar si decía la *verdad*. El médico entonces decidió someter a la víctima a una corriente eléctrica ejercida por una máquina Stöhrer, que de acuerdo con él, era sumamente dolorosa. Al colocarla en la pierna derecha del demandante, éste no sintió nada, pero al hacerlo en la pierna izquierda, el dolor fue tan intenso que casi se cae de la silla, según el relato de Buzzard. Después de esta *prueba*, el médico llegó a la conclusión de que el paciente no estaba mintiendo y podía entonces continuar con la demanda [Buzzard, 1869].

Los médicos del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* parecieron legitimar a la institución durante su primera década de existencia. Desde su fundación, el hospital comenzó a crear un lugar dentro de la sociedad londinense como institución especializada tal vez, no por el éxito definitivo en sus tratamientos y el cumplimiento de la promesa de cura, pues no se encontraron indicios de ello en los materiales disponibles, sino más bien, a través de la práctica médica institucionalizada: las entrevistas y formatos particulares de las historias clínicas que pretendían estandarizar y categorizar las experiencias de los pacientes; la pertenencia de los médicos del hospital a diversas sociedades médicas, científicas, y a otros hospitales generales; el establecimiento de conferencias otorgadas en las instalaciones y su labor de difusión y entrenamiento; los casos atendidos en consulta externa e interna y

la comunicación a la comunidad sobre sus particularidades; las observaciones realizadas *post mortem*; los resultados de *experimentos* en fisiología animal sobre el sistema nervioso, que al parecer no se llevaban a cabo en las instalaciones del *National Hospital*, y que se relacionaban con los procesos en el desarrollo de la epilepsia; los materiales y el sistema de medición y dosificación utilizados en los tratamientos; y las publicaciones médicas sobre el sistema nervioso y sus afecciones en medios convencionales, por mencionar algunas. La epilepsia en el *National Hospital* se va construyendo como una enfermedad delimitada y perteneciente a los médicos especializados en un espacio adecuado para ello.

3.3 La especialidad médica y la epilepsia a través del trabajo en el hospital.

A inicios de la segunda mitad del siglo XIX, los médicos del *National Hospital for the Paralyzed and Epileptic* comenzaron a ser conocidos y a reconocerse a sí mismos, como especialistas y miembros de un hospital especializado en parálisis y epilepsia, enfermedades que se relacionaron cada vez más con el sistema nervioso. A lo largo del tiempo, estos médicos se desarrollaron como autoridades a consultar en temas de salud, desarrollo urbano, y legalidad, al participar y ser nombrados en reportes sobre el impacto de los ferrocarriles en los sistemas nerviosos, y al establecer la veracidad del testimonio de un accidentado. Esta especialización, reconocimiento y autoridad, resultaron probablemente, no de una simple obviedad y necesidad del desarrollo y especialidad del conocimiento médico sobre el cuerpo humano, sino de un complejo proceso de interacciones: el espacio institucional, la estructura de las *artes curativas* londinenses en la primera mitad del siglo XIX, la educación médica, la observación del cuerpo desde una perspectiva anatómo-patológica, el método clínico, las publicaciones, y los pacientes. La epilepsia, se propone aquí, constituye a la especialidad, al espacio especializado, y viceversa.

La epilepsia como entidad nosológica del sistema nervioso no era algo invariable y dado, se construye como tal a través de las prácticas de quienes formaban parte de ella: las instituciones, los médicos, los pacientes, el Comité de Administración, las publicaciones médicas, y la sociedad londinense. La epilepsia tiene un significado en la especialidad médica y en un espacio especializado cuando las personas se lo dan. Las relaciones entre estos elementos dan a esta condición una localidad manifiesta: los pacientes trabajadores, el desarrollo de la vida urbana, el surgimiento de espacios hospitalarios especializados, la educación de los médicos, la fisiología experimental, y el comercio con

materias primas para la elaboración de remedios, son algunas piezas fundamentales en las concepciones de epilepsia en este lugar y periodo de tiempo. El *National Hospital* se vuelve un centro generador de enseñanza y prácticas, de ajustes y estabilización, pero también un lugar en el que el consenso sobre el funcionamiento del sistema nervioso y sus afecciones no es evidente.

Como se ha visto a lo largo del trabajo, la epilepsia no era al parecer, una entidad uniforme, inamovible y preestablecida, incluso dentro de los límites del hospital. La pérdida de conciencia, por ejemplo, aunque en la mayoría de los casos aceptada como síntoma *esencial* de la enfermedad, no era estrictamente característico e indicativo de ella. Tampoco los paroxismos. El criterio personal, la mirada del médico, los diagnósticos previos, y las descripciones del paciente -o de terceras personas-, eran las bases para indicar su *existencia*: los pacientes no eran entonces, elementos pasivos que se encontraban bajo la atención y observación médica, sino actores dinámicos que también moldeaban a la enfermedad a través de su experiencia y subjetividad. Los médicos por su parte, modificaban las dosis de los remedios, y guiaban su observación dependiendo de su tradición educativa.

El *National Hospital*, durante su primera década, es un lugar en el que la epilepsia no es la misma para todos los médicos, sin embargo, estas visiones distintas sobre su origen, procesos, síntomas y remedios, están al mismo tiempo conformando a la especialidad y estableciendo una comunidad. Las irritaciones a distancia, la acción reflejo, lo orgánico y lo funcional, las tradiciones experimentales, las tradiciones clínicas, la localización anatómica de funciones, la medición de la experiencia subjetiva, el uso del cuarto eléctrico, la nutrición de los tejidos, el uso del bromuro de potasio, la falta de *vitalidad*, los movimientos similares al *rigor mortis*, el *desorden* de los nervios vaso-motores, las emociones, los procesos intelectuales, y hasta los hábitos, se materializan y objetivizan en el sistema nervioso humano, y desde luego, se vuelven el territorio de la especialidad que lo crea.

La promesa de una cura, establecida desde la fundación del hospital, se cumplió en muy pocas ocasiones, y los motivos de tales *éxitos* no están del todo claros, sin embargo, parece que estos casos fueron uno de los elementos utilizados en constituir a la institución como la entidad responsable de manejar, observar y tratar a la epilepsia en Londres. Esta condición, con múltiples descripciones, procesos, síntomas y tratamientos, se estableció como curable y tratable, no a partir de la iniciativa de médicos o fisiólogos, sino a partir de la propuesta del primer presidente del Comité de Administración, David W. Wire. Las concepciones anatómo-patológicas sobre la epilepsia en el *National Hospital*,

limitaron en cierta medida a la enfermedad a un espacio determinado en el cuerpo: el sistema nervioso, por estar relacionado con la pérdida de la conciencia y el control de la voluntad. La patología del sistema nervioso tenía que *remediarse* en los casos posibles: los tratamientos se basaban en el uso de sustancias y aparatos que ejercían un efecto sobre este sistema y en el cambio de hábitos y voluntades. El bromuro de potasio, así como el uso del cuarto eléctrico, fueron utilizados extensamente en el hospital, contribuyendo a articular características de la epilepsia dentro de una práctica y un espacio especializados. Las miradas, comparaciones e intervenciones de los médicos en los pacientes, estaban respaldadas y justificadas por instituciones educativas: escuelas, universidades, sociedades, publicaciones y hospitales, que proveían a los estudiantes de lenguaje y discursos sobre la manera de establecer *verdades* sobre el cuerpo [Foucault, 2004].

Conclusiones

El *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* se fundó en Londres, Inglaterra, en 1859, una ciudad en donde los médicos, cirujanos y boticarios, con sus respectivas diferencias sociales y económicas, continuaban estableciéndose como los principales responsables del *bienestar* del cuerpo. Las universidades, los hospitales y algunas escuelas privadas, eran los espacios de educación y entrenamiento para estos profesionales, y los hospitales en particular, para el ejercicio del aprendizaje. La estandarización en la educación y la práctica a inicios del siglo XIX, mediante exámenes y acreditaciones por los cuerpos colegiados como el *Royal College of Physicians*, el *Royal College of Surgeons* y la *Society of Apothecaries*, así como la promulgación de la *Medical Act* y la *Apothecaries Act*, daba cuenta de un monopolio económico en el ejercicio de las profesiones, concedido a aquellos respaldados por instituciones reconocidas. Los hospitales eran los lugares legítimos para aprender y practicar la clínica: educar la mirada, examinar al paciente, registrar sus detalles, y relacionarlos con posibles explicaciones.

Los hospitales especializados surgen en este contexto. Productos de la falta de oportunidades laborales en hospitales generales para algunos médicos, de la inconformidad con la asignación de lugares dentro del sistema médico londinense, de la enseñanza clínica, de la visión anatómo-patológica del cuerpo, de la concepción inglesa de la división del trabajo, y como nuevas estructuras empresariales, los hospitales especiales eran los nuevos rivales de los hospitales generales: los recursos económicos no serían suficientes para ambos, y la visión estrecha que a veces ofrecían los nuevos recintos no era característica de un *buen* ejercicio médico. Estos hospitales especializados habían encontrado un lugar al proveer cuidados para enfermedades que no tenían sitio en los hospitales generales, y muchas veces, no correspondían completamente con las especialidades médicas, siendo éstas últimas desarrollos de intereses quirúrgicos potencialmente lucrativos, y resultado de la influencia francesa en la educación médica inglesa.

La epilepsia junto con la parálisis, como consideraron los hermanos Chandler, carecían de un espacio que brindara atenciones *adecuadas*, y la fundación de un lugar como el *National Hospital*, parecía responder a esta necesidad. Sin embargo, la experiencia familiar de la enfermedad iba siendo controlada por los médicos y los hospitales, extendiendo sus dominios y haciendo de estos espacios

medidas inevitables de protección de la comunidad y de los enfermos. La iniciativa de establecer el *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* provenía de intereses privados, y la participación de John Zachariah Laurence, médico interesado en cirugías oftálmicas y fundador de un hospital especializado años atrás, puede dar cuenta de esta creciente autoridad médica sobre diversas enfermedades. El *National Hospital* entonces, se funda en medio de estos procesos. El primer presidente del Comité de Administración del nuevo recinto añadió a los objetivos de la institución la cura de estas enfermedades. El cuidado y la cura se van formando como parte del hospital, haciendo del nuevo espacio especializado una construcción compleja que no se puede simplificar a un mero proceso de desarrollo del conocimiento médico.

En el caso del *National Hospital*, la especialidad le sigue al establecimiento del lugar especializado. La epilepsia en este espacio y entre estos actores no era una *entidad* sobre la cual hubiera un consenso o un programa de investigación definido: sus causas y modo de acción eran diferentes para quienes reflexionaban sobre ella. Sin embargo, la pérdida de consciencia y las convulsiones, parecían ser los distintivos identificados como esenciales de la enfermedad, aunque no en todos los casos. Los objetivos de *tratar* y *curar* las enfermedades a las que se refiere el nombre del hospital, solo tienen sentido en un colectivo de individuos que lo ven como una necesidad, como algo de lo cual se debían *librar*. La epilepsia como impedimento para trabajar requería una *solución* y el *National Hospital* era la institución que aparentemente la ofrecía, reforzando la figura de poder y autoridad que los médicos habían comenzado a formar de sí mismos algunos siglos atrás; materializando tal vez, la manipulación de los cuerpos y poniéndolos al servicio de las comunidades. Dentro de este esquema, el hospital especializado tenía una ventaja en la clínica anatómica que algunos médicos, incluso lo que se oponían a estos establecimientos, podían apreciar: permitía la reunión de casos similares y posibilitaba su seguimiento y comparación bajo el escrutinio educado. Los primeros médicos del *National Hospital* fueron nombrados tal vez, por su cercanía con la familia, por su trabajo en hospitales generales o por su renombre en la tradición clínica y experimental. Poco tiempo después de que la institución abriera sus puertas al público en 1860, la demanda de admisión y atención se incrementó rápidamente, abriendo un nuevo espacio para una necesidad creada: la de estar curados en una institución pública.

Los médicos que laboraron en el hospital parecían buscar las *leyes* que regían a la epilepsia, y consecuentemente, a la conciencia, emociones, pasiones, y voluntades humanas. El cerebro, la médula oblonga, la médula espinal, la sangre, y los músculos, eran elementos del cuerpo relacionados con estos

procesos, y las formas de acción podían variar de acuerdo a cada uno de estos profesionales. Para Jabez Spence Ramskill, primer médico de la institución, la epilepsia era una condición no saludable *propia* de los centros nerviosos, un estado irritable mórbido, que ante algún evento externo, principalmente relacionado con la nutrición, causaba una contracción reflejo en los vasos sanguíneos cerebrales, situación que se manifestaba como un ataque. La administración de bromuro de potasio, junto con elementos que fortalecieran y mejoraran la nutrición de los tejidos y las masas nerviosas, era el tratamiento recomendado. Para el francés Charles Edouard Brown-Séquard, médico experimental, las afecciones convulsivas como la epilepsia, eran producto de *irritaciones* a distancia, generalmente por agentes externos, y que ejercían un efecto en los centros nerviosos relacionados con el movimiento muscular. Este efecto dependía en gran medida del grado de excitabilidad de cada persona. Para este médico, la epilepsia no dependía de una *tendencia* de los centros nerviosos a la alteración o formación de crecimientos mórbidos. Los tratamientos que Brown-Séquard proponía estaban basados en el uso de sustancias y en intervenciones físicas, como la sección de nervios, ataduras, y aplicación de corrientes eléctricas. De igual manera, la ocupación de los pacientes en actividades físicas y mentales parecía ser parte integral de la recuperación.

Por otro lado, Charles Bland Radcliffe, médico recomendado por Brown-Séquard, consideraba a la epilepsia como una consecuencia de estados *débiles* de la circulación y la sangre, que al nutrir deficientemente a los tejidos nerviosos, ocasionaban movimientos que se relacionaban con un estado de *rigor mortis*. El tratamiento para Radcliffe consistía en aplicar electricidad al cuerpo, debido a que sus resultados experimentales indicaban la presencia de esta característica en la sangre, así como la administración de aceite de hígado de bacalao para mejorar la nutrición del tejido nervioso. John Hughlings Jackson, miembro que en años posteriores sería un médico emblemático de la institución y la investigación en epilepsia, estaba interesado en el fenómeno de la pérdida de las habilidades de comunicación y en su correspondencia anatómica cerebral. Para Jackson, la palabra *epilepsia* era un término muy laxo que denotaba desconocimiento sobre sus causas, sin embargo, la describía como una afección en la que el tejido nervioso tenía una pérdida repentina y temporal de sus funciones motoras, sensoriales, físicas y mentales. Las convulsiones eran un síntoma que indicaba una *descarga* ocasional, excesiva y desordenada del tejido nervioso en los músculos, debido principalmente a un decremento del vigor del sistema nervioso. Para este médico, la tendencia a los cambios en los tejidos era hereditaria, más no los desórdenes de funciones especiales. El tratamiento estaba basado en la administración de sustancias como el bromuro de potasio. Para Edward Henry Sieveking, los números

de la enfermedad eran valiosos para su estudio. Utilizó el bromuro de potasio por primera vez como tratamiento para la epilepsia, y no consideraba a esta condición como producto de una lesión singular ni como una unidad nosológica. Para Sieveking, era un error localizar y limitar las operaciones de la acción mórbida, y la causa de esta condición era principalmente un trastorno en la nutrición, dependiente de las circunstancias y hábitos del individuo. Para John Russell Reynolds, el único síntoma característico de la epilepsia, una enfermedad crónica, era una pérdida o problema repentino de la conciencia, a veces seguido de contracciones musculares, espasmos parciales o convulsiones generales. Siendo una enfermedad funcional y no anatómica de la médula oblonga, la *contaminación* hereditaria era una de sus causas, así como las emociones, irritaciones, cambios en el cuerpo, y lesiones físicas. El tratamiento, al igual que el prescrito por sus colegas, se basaba en bromuro de potasio, y recomendaciones sobre las actividades del paciente.

La epilepsia en la primera década del *National Hospital* es tal vez, una entidad plástica. Los médicos que la investigaban, la observaban y reflexionaban sobre ella, no veían los mismos límites, los mismos síntomas, las mismas causas. Eran de cierta forma, distintas epilepsias que se reunían en un hospital, y que a través del trabajo que se realizaba sobre ellas y que ellas mismas definían, constituyeron a la especialidad médica en el sistema nervioso. A lo largo de esta primera década, un consenso de la enfermedad no era tangible y no parecía ocasionar problema alguno. Los médicos del hospital, sin embargo, sí estaban de acuerdo en algunos puntos: su pertinencia en el sistema nervioso, el uso del bromuro de potasio, el uso del cuarto eléctrico, enfrentarse al hecho de que no existía una cura definitiva para todos los casos, y el énfasis en los hábitos, emociones y pasiones. Las diferentes ideas, personal, médicos, pacientes, remedios, aparatos, y publicaciones, irían dándole a la institución un lugar dentro de la sociedad londinense, al presentarse como un espacio y una comunidad especializada que llevaba a cabo actividades clínicas, y que podía ser legítima dentro de la comunidad médica. El crecimiento del dominio médico para devolver al cuerpo el estado de *salud*, va extendiéndose a todos los aspectos de la vida de los pacientes: protegerlos de fuertes emociones, cambiar sus hábitos, regular sus excesos, disminuir la intensidad de sus excitaciones con bromuro de potasio.

Los pacientes del hospital pertenecían en su mayoría, a la clase trabajadora de la ciudad y los alrededores. Hombres y mujeres de todas las edades, excepto niños y niñas, eran parte del *National Hospital*. La epilepsia era tal vez, la condición más común de la institución, y la selección de pacientes internos era recomendada por los médicos. Sin embargo, el Comité de Administración tenía la última

palabra: la admisión no se basaba únicamente en elementos médicos. Los médicos del *National Hospital for the Paralysed and Epileptic* parecieron legitimar a la institución durante su primera década de existencia. Desde su fundación, el hospital comenzó a crear un lugar dentro de la sociedad londinense como institución especializada, e incrementó su capacidad y personal poco años después de su apertura, tal vez no debido al éxito definitivo en sus tratamientos y el cumplimiento de la promesa de cura, pues no se encontraron indicios de ello en los materiales disponibles, sino debido, por ejemplo, a la práctica médica institucionalizada: a las entrevistas y formatos particulares de las historias clínicas que pretendían estandarizar y categorizar las experiencias de los pacientes; a la pertenencia de los médicos del hospital a diversas sociedades médicas, científicas, y a otros hospitales generales; al establecimiento de conferencias otorgadas en las instalaciones y su labor de difusión y entrenamiento; a los casos atendidos en consulta externa e interna y la comunicación a la comunidad sobre sus particularidades en medios convencionales; a las observaciones realizadas *post mortem*; a los resultados de *experimentos* en fisiología animal sobre el sistema nervioso, que al parecer no se llevaban a cabo en las instalaciones del *National Hospital* y que se relacionaban con los procesos en el desarrollo de la epilepsia; a los materiales y el sistema de medición y dosificación utilizados en los tratamientos; y al establecimiento de conferencias otorgadas en las instalaciones y su labor de difusión y entrenamiento, por mencionar algunas. La epilepsia en el *National Hospital* se va construyendo como una enfermedad delimitada y perteneciente a la especialidad en un espacio adecuado para ello. En este proceso, los médicos, respaldados por instituciones y autorizados a intervenir, van asumiendo una postura normativa en la que dictan las instrucciones para una vida *saludable*, cubren necesidades creadas de atención, y regulan las actividades y relaciones físicas y morales de los pacientes [Foucault, 2004].

La epilepsia es una entidad dinámica, que se va definiendo por los agentes que son parte de ella: educación clínica, médicos, miradas, diálogos, formatos de historias clínicas, espacios físicos, pacientes, descripciones subjetivas, sustancias, aparatos, *resultados* experimentales, publicaciones. El sistema nervioso se vuelve agente de la epilepsia debido al desarrollo de la enfermedad como localidad específica en el cuerpo, a las estructuras educativas y a los espacios de ejercicio médico. De la misma manera, el rechazo de los vecinos de *Queen Square* al libre tránsito de los pacientes por sus entradas y el jardín, ponía de manifiesto esta necesidad creada de proteger a la comunidad de las enfermedades, y el *National Hospital* es entonces también, un espacio que estigmatiza [Foucault, 2004].

La institución, a través de todos los elementos previamente mencionados, va creando una

comunidad especializada y una identidad social, y se va convirtiendo en un sitio de coordinación y materialización de habilidades [Lenoir, 1997]. La epilepsia en este sentido, no es una entidad corporal *naturalmente* dada, sino el resultado de la articulación de actores, educación, prácticas, programas disciplinares y materiales, que la dotan de significado, hechos y acciones. La epilepsia en esta institución no puede, tal vez, ser la misma epilepsia que en otro hospital. El carácter de especializado, sus procedimientos internos, sus miembros, sus pacientes, sus instalaciones y sus tratamientos, le proporcionan particularidades que edifican la manera de ver, describir y tratar al objeto de estudio, conformando un proceso de formación de herramientas cognitivas y de comunicación [Lenoir, 1997].

Bibliografía

'A Mirror of the Practice of Medicine and Surgery in the Hospitals of London. Hospital for the Paralysed and Epileptic. Cases of Epilepsy Successfully Treated (Under the Care of Dr. Brown-Séguard)'. 1862. En: *The Lancet*, 79 (2006): 145-146.

'A Mirror of the Practice of Medicine and Surgery in the Hospitals of London. National Hospital for Epilepsy and Paralysis. Clinical Remarks on Cases of Defects of Expression (by words, writing, signs, etc.) in Diseases of the Nervous System, (Under the care of Dr. Hughlings Jackson)'. 1864. En: *The Lancet*, 84 (2152): 604-605.

"Aletes". 1847. "On the Comparative Merits of London and Provincial Schools". En: *The Lancet*, 49 (1225): 213-214.

Aminoff, M. J. 2011. *Brown – Séguard: An improbable genius who transformed medicine*. Oxford University Press. EUA.

Archives in London and the M25 Area (AIM25). 2010. *Matthew Baillie*. Consultada el 15/05/2010. http://www.aim25.ac.uk/cgi-bin/search2?coll_id=7094&inst_id=8

Armstrong, D. 1976. "The Social Space of Illness" En: Porter, D. (ed). 1997. *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*. Pp 165-174. Rodopi. PB.

Baars, B. J. y Gage, N. M. 2010. *Cognition, Brain, and Consciousness. Introduction to Cognitive Neuroscience*. Segunda edición. Elsevier, Academic Press. EUA.

Baillie, M. 1808. *The Morbid Anatomy of Some of the Most Important Parts of the Human Body*. Segunda Edición. Walpole. EUA.

Ballard, T. et al. 1866. "Reports of Societies. Harveian Society of London" En: *The British Medical Journal*, 2 (308): 586-593.

Bastian, H. C. 1865. "On the Anatomy and Physiology of the Nematoids, Parasitic and Free: with Observations on their Zoological Position and Affinities to the Echinoderms [Abstract]" En: *Proceedings of the Royal Society of London*, 14 (1865): 371-374.

Bastian, H. C. 1867. "Case of 'Red Softening' Of the Surface Of The Left Hemisphere Of The Brain: With Sudden Loss Of Speech And Hemiplegia" En: *The British Medical Journal*, 2 (363): 544-546.

Bateman, F. 1865. "On Aphasia, or Loss of the Power of Speech; with Remarks on our Present Knowledge of its Pathology" En: *The Lancet*, 85 (2177): 532-533.

Bazire, P. V. 1865. "On a Case of Partial Disease of Left Half of the Spinal Cord, Causing Anaesthesia on One Side, and Paralysis of Movement on the Other; with Remarks on the Transmission of Sensitive Impressions in the Spinal Cord" En: *The Lancet*, 86 (2187): 116-118.

Beigel, H. 1868. "On the Pathology and Treatment of Epilepsy" En: *The Lancet*, 92 (2364): 793-794.

Bell, C. 1834. "On the Functions of Some Parts of the Brain, and on the Relations between the Brain and Nerves of Motion and Sensation" En: *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 124: 471-483.

Bell, C. 1840. "On the Nervous System" En: *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 130:

245-254.

Berrios, G. E. 1996. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press. EUA.

Bevan, P. G. 1981. "Generalism and Specialisation in Surgery" En: *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 63(6): 383-385.

Bird, G. 1854. *Lectures on Electricity and Galvanism, In Their Physiological and Therapeutical Relations. Delivered at the Royal College of Physicians, Revised and Extended*. William H. Hazzard. Filadelfia, EUA.

Bladin, P. F. 2008. "Edward Henry Sieveking and the Demise of Essential Epilepsy" En: *Journal of Clinical Neuroscience*, 15 (4): 382-388.

Bland-Sutton, J. 1923. "The Hunterian Oration on John Hunter (1728-1793): His Affairs, Habits, and Opinions. Delivered at the Royal College of Surgeons, February 14th, 1923" En: *The British Medical Journal*, 1(3242): 267-273.

Bloor, D. U. 1978. "The Rise of the General Practitioner in the Nineteenth Century" En: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 28(190): 288-291.

Brodie, B. C. et al. 1860. "Special Hospitals" En: *The Lancet*, 76 (1945): 574-575.

Brown-Séguard, C. E. 1856. "Correspondence: The Discoveries of Sir Chas. Bell and M. Brown-Sequard in the Nervous System" En: *The Lancet*, 67 (1704): 465-466.

Brown-Séguard, C. E. 1858. "Course of Lectures on the Physiology & Pathology of the Central Nervous System. Lecture I" En: *The Lancet*, 72 (1818): 1-4.

Brown-Séguard, C. E. 1858. "Course of Lectures on the Physiology & Pathology of the Central Nervous System. Lecture XI" En: *The Lancet*, vol 72 (1840): 571-573.

Brown-Séguard, C. E. 1858. "Course of Lectures on the Physiology & Pathology of the Central Nervous System. Lecture XII" En: *The Lancet*, 72 (1843): 651-653.

Brown-Séguard, C. E. 1860. "Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Princial Forms of Paralysis of the Lower Extremities. Lecture I (Part I)" En: *The Lancet*, 75 (1912): 389-390.

Brown-Séguard, C. E. 1860. "Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Principal Forms of Paralysis of the Lower Extremities. Lecture IV (Part III) General Conclusions of the Course" En: *The Lancet*, 76 (1941): 451-452.

Brown-Séguard, C. E. 1860. "Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Principal forms of Paralysis of the Lower Extremities. Lecture IV (Part IV) General Conclusions of the Course" En: *The Lancet*, 76 (1947): 605-607.

Brown-Séguard, C. E. 1860. "Reflex paraplegia" En: *The Lancet*, 75 (1912): 406.

Brown-Séguard, C. E. 1861. "Disease of the Cerebellum or Crura Cerebelli" En: *The Lancet*, 78 (1998): 580.

Brown-Séguard, C. E. 1861. "Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Various Forms of Paralytic, Convulsive, and Mental Affections, Considered as Effects of Morbid Alterations of the Blood, or of the Brain or other Organs. Lecture I. Part I. On the Mode of Origin of Symptoms of Disease of the Brain" En: *The Lancet*, 78

(1975): 1-3.

Brown-Séguard, C. E. 1861. "Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Various Forms of Paralytic, Convulsive, and Mental Affections, Considered as Effects of Morbid Alterations of the Blood, or of the Brain or Other Organs. Lecture I. Part IV. On the Mode of Origin of Symptoms of Disease of the Brain" En: *The Lancet*, 78 (1978): 79-80.

Brown-Séguard, C. E. 1861. "Lectures on the Diagnosis and Treatment of the Various Forms of Paralytic, Convulsive, and Mental Affections, Considered as Effects of Morbid Alterations of the Blood, or of the Brain or Other Organs. Lecture III. Part I. Diagnosis of Hæmorrhage in the Cerebellum" En: *The Lancet*, 78 (1991): 391-392.

Brown-Séguard, C. E. 1863. "Correspondence. Trephining in Cases of Fracture of the Spine" En: *The Lancet*, 81 (2069): 477.

Brown-Séguard, C. E. 1866. "Excitability of the Nervous System" En: *The Lancet*, 87 (2211): 52.

Brown-Séguard, C. E. 1866. "Lectures on the Recent Advances of our Knowledge in the Diagnosis and Treatment of Functional Nervous Affections. Lecture I. General Remarks on the Causes, Diagnosis, and Treatment of Functional Nervous Affections" En: *The Lancet*, 87 (2213): 85-87.

Brown-Séguard, C. E. 1866. "Lectures on the Recent Advances of our Knowledge in the Diagnosis and Treatment of Functional Nervous Affections. Lecture I. General Remarks on the Causes, Diagnosis, and Treatment of Functional Nervous Affections" En: *The Lancet*, 87 (2215): 139-141.

Brown-Séguard, C. E. 1866. "Lectures on the Recent Advances of our Knowledge in the Diagnosis and Treatment of Functional Nervous Affections. Lecture I. General Remarks on the Causes, Diagnosis, and Treatment of Functional Nervous Affections" En: *The Lancet*, 87 (2219): 247-250.

Brown-Séguard, C. E. 1868. "Lectures on the Physiology and Pathology of the Nervous System; and on the Treatment of Organic Nervous Affections. Lecture I. On Spinal Hemiplegia" En: *The Lancet*, 92 (2358): 593-596.

Buzzard, T. 1865. "Shock to the Nervous System" En: *The Lancet*, 86 (2198): 443.

Buzzard, T. 1866. "Shock to the Nervous System" En: *The Lancet*, 87 (2210) : 23.

Buzzard, T. 1866. "Shock to the Nervous System" En: *The Lancet*, 87 (2216): 186.

Buzzard, T. 1867. "On Cases of Injury from Railway Accidents; Their Influence upon the Nervous System, and Results" En: *The Lancet*, 89 (2274): 389-391.

Buzzard, T. 1867. "On Cases of Injury from Railway Accidents; Their Influence upon the Nervous System, and Results" En: *The Lancet*, 89 (2282): 623-625.

Buzzard, T. 1869. "A Medico-Legal Case of Injury to the Nervous System" En: *The Lancet*, 93 (2366): 6-7.

Buzzard, T. 1870-1877. *Case Book National Hospital for the Paralyzed and Epileptic, Queen Square*. The Queen Square Archives and Museum. Londres, G.B.

Bynum, W. F. 1994. *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge University Press. EUA.

- Chandler, Johanna. 1862. "To the Editors of the English Woman's Journal" En: *English Woman's Journal*, 9 (54): 424-425.
- Clarke L., y J. H. Jackson. 1865. "On a Case of Disease of the Posterior Columns of the Cord-Loomotor Ataxy (?)" En: *The Lancet*, 85 (2180): 617-620.
- Clarke, E. 1970. "Paul Pierre Broca" En: Gillispie, C. C. (Ed.). *Dictionary of Scientific Biography*. Vol. II, 477-478. Charles Scribner's Sons. Nueva York, EUA.
- Coleman, W. 1985. "The Cognitive Basis of the Discipline: Claude Bernard on Physiology" En: *Isis*, 76 (1): 49-70.
- Cooke, A. M. 1982. "Queen Victoria's Medical Household" En: *Medical History*, 26 (3): 307-320.
- Cooper, S. 1829. *The Study of Medicine, by John Mason Good. Containing all the Author's Final Corrections and Improvements*. Tercera edición. Vol. IV. Thomas and George Underwood. Londres, GB.
- Copland, J. 1844. *A Dictionary of Practical Medicine: Comprising General Pathology, the Nature and Treatment of Diseases, Morbid Structures, and the Disorders Especially Incidental to Climates, to the Sex, and to the Different Epochs of Life; with Numerous Prescriptions for the Medicines Recommended, a Classification of Diseases According to Pathological Principles, a Copious Bibliography, with References; and an Appendix of Approved Formulæ: the Whole Forming a Library of Pathology and Practical Medicine, and a Digest of Medical Literature*. Vol I. Longman, Brown, Green, and Longmans. Londres, GB.
- Cormack y Semple. 1851. The Hospitals of London. En: *London Journal of Medicine*, 3(25): 82-90.
- Cormack y Semple. 1851. The Hospitals of London No. II. En: *London Journal of Medicine*, 3(26): 181-188.
- Critchley, M. 1960. "The Beginnings of the National Hospital, Queen Square (1859-1869)" En: *The British Medical Journal*, 1(5189): 1829- 1837.
- 'Daniel Hack Tuke, M.D., LL.D., F.R.C.P.'. 1895. En: *The British Medical Journal*, 1 (1784): 565-566.
- D'Hombres, E. 2012. "The 'Division of Physiological Labour': The Birth, Life and Death of a Concept" En: *Journal of the History of Biology*, 45(1): 3-31.
- 'Dr. Radcliffe's Lectures at the Royal College of Physicians of London'. 1862. En: *The Lancet*, 80 (2050): 658-659.
- Echeverría, M. G. 1870. *On Epilepsy: Anatomico-Pathological and Clinical Notes*. William Wood & Co., Publishers. Nueva York, EUA.
- Fair Minutes National Hospital. 1865-1875. The Queen Square Archives and Museum. Londres, GB.
- Fleck, L. 1986. *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Introducción a la Teoría del Estilo de Pensamiento y del Colectivo de Pensamiento*. Alianza Editorial. Tr. Luis Meana. Madrid, España.
- Foucault, M. 2004. *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica*. Tr. Francisca Perujo. 21 edición. Siglo Veintiuno Editores. México.
- Fox, E. L. 1866. "Aphasia Associated with Right Hemiplegia" En: *The Lancet*, 88 (2241): 145-146.
- General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom. 1867. *British Pharmacopœia*.

Spottiswoode & Co. Londres, GB.

'Front Matter'. 1863. En: *Transactions of the Anthropological Society of London*, 1 (1863): xxiv-xxv.

Geyer Kordesch, J. 1995. "Comparative Difficulties: Scottish Medical Education in the European Context (c. 1690 - 1830)" En: Nutton, V. y R. Porter. 1995. *The History of Medical Education in Britain*. Clio Medica 30. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Ed. Rodopi, B. V. Amsterdam.

Good, J. M. 1825. *The Study of Medicine*. Vol. I. Segunda edición. Baldwin, Cradock, and Joy. Londres. GB.

Good, J. M. 1826. *The Study of Medicine*. Vol I. Cuarta Edición. Wells and Lilly. EUA.

Gridgeman, N. T. 1970. "Charles Babbage" En: Gillispie, C. C. (Ed.). *Dictionary of Scientific Biography*. Vol. I, pp 354-356. Charles Scribner's Sons. Nueva York, EUA.

Grmek, M. D. 1970. "Claude Bernard" En: Gillispie, C. C. (Ed.). *Dictionary of Scientific Biography*. Vol. II, pp 24-34. Charles Scribner's Sons. Nueva York, EUA.

Grmek, M. D. 1970. François Magendie. En: Gillispie, C. C. (Ed.). *Dictionary of Scientific Biography*. Vol. IX, pp 6-11. Charles Scribner's Sons. Nueva York, EUA.

Guy, W. A. 1856. "On the Nature and Extent of the Benefits Conferred by Hospitals on the Working Classes and the Poor" En: *Journal of the Statistical Society of London*, 19(1): 12-27.

Hall, M. 1852. "On Apoplexy and Epilepsy; and on an Hospital for Epileptics. Being an Outline of the Croonian Lectures, Delivered at the Royal College of Physicians in 1852" En: *The Lancet*, 59 (1498): 461-462.

Holloway, S. W. F. 1966. "The Apothecaries' Act, 1815: A Reinterpretation" En: *Medical History* 10(2): 107-129.

'Hospital Distress'. 1860. En: *The British Medical Journal*, 1(181): 458-459.

'Hospitals and Schools for Special Medical Instruction in the Metropolis'. 1860. En: *The Lancet*, 76 (1935): 319-321.

'Hospitals and Schools for Special Medical Instruction in the Metropolis'. 1863. En: *The Lancet*, 82 (2090): 354.

'Hospitals and Schools for Special Medical Instruction in the Metropolis'. 1867. En: *The Lancet*, 90 (2298): 349-350.

Hunter, R. A. y L. J. Hurwitz. 1961. "The Case Notes of the National Hospital for the Paralysed and Epileptic, Queen Square, London, Before 1900" En: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 24(2): 187-194.

Jackson, J. H. 1866. "On a Case of Loss of Power of Expression; Inability to Talk, to Write, and to Read Correctly After Convulsive Attacks (Continued)" En : *The British Medical Journal*, 2 (299): 326-330.

Jackson, J. H. 1870-1877. *Case Book National Hospital for the Paralysed and Epileptic, Queen Square*. The Queen Square Archives and Museum. Londres, G.B.

Jackson, J. H. 1870. "Reports of Medical and Surgical Practice in the Hospitals of Great Britain. Remarks on Tongue-biting in Convulsions" En: *The British Medical Journal*, 1 (486): 409.

Jacyna, S. 1995. "Theory of Medicine, Science of Life: The Place of Physiology in the Edinburgh Medical

- Curriculum, 1790-1870” En: Nutton, V. y R. Porter. 1995. *The History of Medical Education in Britain*. Clio Medica 30. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Ed. Rodopi, B. V. Amsterdam.
- James, R. 1866. “Illustrations of Hospital Practice: Metropolitan and Provincial. Birmingham General Hospital. Epileptiform Attacks Apparently Involving the Medulla Oblongata Only” En: *The British Medical Journal*, 2 (290): 65-66.
- Jellinek, E. H. 2000. “Dr. H. C. Bastian, Scientific Jekyll and Hyde” En: *The Lancet*, 356 (9248): 2180-2183.
- 'John Hughlings Jackson, M.D., F.R.C.P., F.R.S., Consulting Physician to the London Hospital and to The National Hospital for the Paralyzed and Epileptic.' 1911. En: *The British Medical Journal*, 2 (2650): 950-954.
- Kruta, V. 1970. “Marie-Jean-Pierre Flourens” En: Gillispie, C. C. (Ed.). *Dictionary of Scientific Biography*. Vol. V, pp 44-45. Charles Scribner's Sons. Nueva York, EUA.
- Laporte, Y. 2006. “Charles-Édouard Brown-Séquard: an Eventful Life and a Significant Contribution to the Study of the Nervous System” En: *Comptes Rendus Biologies*, 329(5-6): 363-368.
- Laurence, J. Z. 1855. *The Diagnosis of Surgical Cancer*. John Churchill. Londres, GB.
- Lawrence, S. C. 1985. “Incommunicable Knowledge: Science, Technology and the Clinical Art in Britain 1850-1914” En: *Journal of Contemporary History*, 20(4): 503-520.
- Lawrence, S. C. 1995. “Anatomy and Address: Creating Medical Gentlemen in Eighteenth-Century London” En: Nutton, V. y R. Porter. 1995. *The History of Medical Education in Britain*. Clio Medica 30. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Ed. Rodopi, B. V. Amsterdam.
- Lenoir, T. 1997. *Instituting Science: The Cultural Production of Scientific Disciplines*. Stanford University Press. EUA.
- 'London Hospital. Case of Disease of the Left Side of the Brain, Involving the Corpus Striatum, etc; the Aphasia of Trousseau; Clinical Remarks on Phychicophysical Symptoms (Under the Care of Dr. Hughlings Jackson)'. 1866. En: *The Lancet*, 88 (2257): 605-606.
- López, M. M. 2009. “El Dr. Manuel González Echeverría en la Historia de la Epilepsia” En: *Neurocuba*, 2009: 108-119.
- MacAulay, J. 1875. “Vivisection” En: *The British Medical Journal*, 2 (774): 569-570.
- Manuel, D. E. 1980. “Marshall Hall, F.R.S. (1790-1857): A Conspectus of His Life and Work” En: *Notes and Records of the Royal Society of London*, 35(2): 135-166.
- Medical Act. 1858. Extraída de la Office of Public Sector Information (OPSI) Gobierno del Reino Unido. 2010. http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1858/pdf/ukpga_18580090_en.pdf
- 'Medical Annotations'. 1869. En: *The Lancet*, 93 (2374): 300-307.
- 'Medical News'. 1856. En: *The Lancet*, 67 (1704): 469-470.
- 'Medical News'. 1860. En: *The Lancet*, 75 (1897): 22-24.
- 'Medical News'. 1860. En: *The Lancet*, 76 (1946): 599-601.

- 'Medical News'. 1861. En: *The British Medical Journal*, 1 (2): 53-54.
- 'Medical News'. 1861. En: *The British Medical Journal*, 1 (25): 676-679.
- 'Medical News'. 1865. En: *The Lancet*, 85 (2179): 609
- 'Medical News'. 1868. En: *The Lancet*, 91 (2317): 147-149.
- 'Medical News: The University of London'. 1850. En: *The Lancet*, 55 (1392) : 552.
- 'Medical News: University of London, Second Examination for the Degree of Bachelor of Medicine'. 1847. En: *The Lancet*, 50 (1263): 532.
- 'Metropolitan Hospitals and Medical Schools'. 1868. En: *The Lancet*, 92 (2350): 365-368.
- 'Metropolitan Hospitals and Medical Schools'. 1869. En: *The Lancet*, 94 (2402): 391-394.
- Minutes of the Committee of the Hospital for the Paralysed & Epileptic 1859-1865. The Queen Square Archives and Museum. Londres, GB.
- Moore, N. 1908. *The History of the Study of Medicine in the British Isles. The Fitz-Patrick Lectures for 1905-6, Delivered Before the Royal College of Physicians of London*. Oxford, Clarendon Press. Inglaterra.
- 'National Hospital for the Paralysed and Epileptic. The Electrical Room'. 1866. En: *The Lancet*, 88 (2256): 576-577.
- 'News of the Week: Royal College of Surgeons'. 1846. En: *The Lancet*, 47 (1177): 348.
- 'Notices to Correspondents. Dr. Brown-Sequard's Lectures'. 1858. En: *The Lancet*, 71 (1813): 547.
- 'Obituary. Charles Bland Radcliffe, M.D., F.R.C.P.'. 1889. En: *The British Medical Journal*, 2 (1488): 46-47.
- 'Obituary. Henry Charlton Bastian, M.A., M.D.Lond., F.R.C.P., F.R.S., Emeritus Professor of Medicine and Clinical Medicine, University College, London.' 1915. En: *The British Medical Journal*, 2 (2865): 795-796.
- 'Obituary. John Netten Radcliffe, M.R.C.S.'. 1884. En: *The British Medical Journal*, 2 (1238): 588.
- 'Obituary. P. Victor Bazire, M.D.'. 1867. En: *The British Medical Journal*, 2 (346): 141.
- 'Obituary. Sir J. Russell Reynolds, M.D., F.R.C.P., F.R.S., President of the British Medical Association; Late President Of The Royal College Of Physicians; Emeritus Professor Of Medicine In University College.' 1896. En: *The British Medical Journal*, 1 (1849): 1422-1425.
- 'Obituary. Thomas Buzzard, M.D., F.R.C.P., Consulting Physician, National Hospital for the Paralysed and Epileptic.' 1919. En: *The British Medical Journal*, 1 (3028): 59-60.
- Oppert, F. 1867. *Hospitals, Infirmaries, and Dispensaries: Their Construction, Interior Arrangement, and Management, with Descriptions of Existing Institutions, and Remarks on the Present System of Affording Medical Relief to the Sick Poor*. John Churchill and Sons. Londres, GB.
- Organización Mundial de la Salud. 2009. Epilepsia. <http://www.who.int/es/>

- Page, W. B. 1846. "Cumberland Infirmary, Carlisle. Case of a Traumatic Tetanus Successfully Treated by Aconite" En: *The Lancet*, 47 (1179): 394-397.
- Peachey, G. C. 1928. "The Homes of the Hunters" En: *The British Medical Journal*, 1(3502): 276-277.
- Penfield, W. 1936. "The Cerebral Cortex and Consciousness" En: Wilkins, R. H. 1965. Neurosurgical Classic XXX. *Journal of Neurosurgery*, 22 (2): 201-218.
- Pickering, A (ed.). 1992. *Science as Practice and Culture*. The University of Chicago Press. EUA.
- Porter, R. 1995. *Disease, Medicine and Society in England, 1550 - 1860*. Segunda edición. Cambridge University Press. GB.
- Porter, R. 2001. *Bodies Politic: Disease, Death and Doctors in Britain, 1650 – 1900*. Cornell University Press. EUA.
- Power, D. 1886. *Memorials of the Craft of Surgery in England, from Materials Compiled by John Flint South*. Cassell & Company, Limited. Inglaterra.
- Radcliffe, C. B. 1850. *The Unity of Nature*. John Churchill. Londres, GB.
- Radcliffe, C. B. 1851. *The Philosophy of Vital Motion*. John Churchill. Londres, GB.
- Radcliffe, C. B. 1858. *Epilepsy and Other Convulsive Affections; Their Pathology and Treatment*. segunda edición. John Churchill. Londres, GB.
- Radcliffe, C. B. 1860. "Gulstonian Lectures for 1860. On the Theory & Therapeutics of Convulsive Diseases, especially of Epilepsy. Lecture I" En: *The Lancet*, 75 (1906): 237-239.
- Radcliffe, C. B. 1865. "Clinical Lectures on Cases Calculated to Illustrate the Diagnosis & Treatment of Paralysis" En: *The Lancet*, 86 (2190): 195-197.
- Radcliffe, C. B. 1866. "An Account of Experiments in Some of Which Electroscopic Indications of Animal Electricity Were Detected for the First Time by a New Method of Experimenting" En: *Proceedings of the Royal Society of London*, 15 (1866-1867): 156-167.
- Radcliffe, C. B. 1866. The Treatment of the Cattle Plague. En: *The Lancet*, 87 (2210): 22-23.
- Radcliffe, C. B. 1870-1877. *Case Book National Hospital for the Paralyzed and Epileptic, Queen Square*. The Queen Square Archives and Museum. Londres. GB.
- Radcliffe, C. B. 1880. "Chorea" En: Reynolds, J. R. (ed) 1880. *A System of Medicine. Vol. I. General Diseases and Diseases of the Nervous System*. Henry C. Lea's Son & Co. Filadelfia, EUA. pp 696-718.
- Ramskill, J. S. 1863-1865. *Case Notes. National Hospital for the Paralyzed & Epileptic*. The Queen Square Archives and Museum. Londres, GB.
- Ramskill, J. S. 1865-1867. *Medical Case Register. National Hospital for the Paralyzed & Epileptic*. The Queen Square Archives and Museum. Londres, GB.
- Ramskill, J. S. 1865. "Cases of Progressive Locomotor Ataxy, or 'Duchenne's Disease'; with Remarks on its Varieties and Complications". En: *The Lancet*, 85 (2175): 473-476.

- Ramskill, J. S. 1866-1867. *Case Book. National Hospital for the Paralysed & Epileptic*. The Queen Square Archives and Museum. Londres, GB.
- Ramskill, J. S. 1867. "Reports of Hospital Practice: Metropolitan and Provincial. National Hospital for the Paralysed and Epileptic: Epileptiform Neuralgia: Epileptic seizures: Improvement Under the Influence of Large Doses of Morphia" En: *The British Medical Journal*, 1 (314): 9-10.
- Ramskill, J. S. 1869. "Abstract of a Lecture: On the Use of Brucine in Stomachal Epilepsy" En: *The Lancet*, 93 (2368): 75-76
- Ramskill, J. S. 1880. "Vertigo" En: Reynolds, J. R. (ed) 1880. *A System of Medicine. Vol. I. General Diseases and Diseases of the Nervous System*. Henry C. Lea's Son & Co. Filadelfia, EUA. Pp 690-696.
- 'Reports of Medical and Surgical Practice in the Hospitals of Great Britain. Hospital for Epilepsy and Paralysis.' 1870. En: *The British Medical Journal*, 1 (471): 32.
- 'Reviews and Notices of Books. Clinical Lectures and Reports by the Medical and Surgical Staff of the London Hospital. Vol. I'. 1864. En: *The Lancet*, 84 (2149): 525-526.
- 'Reviews and Notices of Books. A study of Convulsions. John Hughlings Jackson'. 1870. En: *The Lancet*, 96 (2463): 672-674.
- Reynolds, J. R. 1861. *Epilepsy: Its Symptoms, Treatment, and Relation to Other Chronic Convulsive Diseases*. John Churchill. Londres, GB.
- Reynolds, J. R. 1880. Epilepsy. En: Reynolds, J. R. (ed) *A System of Medicine*. Vol. I. Henry C. Lea's Son & Co. Philadelphia, EUA.
- Risse, G. B. 1970. "Moritz Schiff" En: Gillispie, C. C. (ed). *Dictionary of Scientific Biography*. Vol. XII, pp 164-165. Charles Scribner's Sons. Nueva York, EUA.
- Royal College of Surgeons of England. 1900. *Souvenir of the Centenary of the Royal College of Surgeons of England, 1800-1900*. Ballantyne, Hanson & Co. Inglaterra.
- Ruch, T. C. 1946. "Charles Edouard Brown-Séguard, 1817-1894" En: *Yale Journal of Biology and Medicine*, 18 (4): 227-238.
- Sander, J. W. A. S., J. Barclay y S. D. Shorvon. 1993. "The Neurological Founding Fathers of the National Society for Epilepsy and of the Chalfont Centre for Epilepsy" En: *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 56 (6): 599-604.
- Sieveking, E. H. 1858. *On Epilepsy and Epileptiform Seizures. Their Causes, Pathology and Treatment*. John Churchill. Londres, GB.
- Sieveking, E. H. 1861. "Reports of Societies, Royal Medical & Chirurgical Society. Analysis of Fifty two Cases of Epilepsy Observed by the Autor" En: *The British Medical Journal*, 1 (9): 240.
- Sieveking, E. H. 1865. "A Word Concerning the Use of Bromide of Potassium" En: *The British Medical Journal*, 1 (227): 450-451.
- Sieveking, E. H. 1866. "Croonian Lectures on the Localisation of Disease" En: *The British Medical Journal*, 1 (273): 299-302.

Sieveking, E. H. 1866. "Croonian Lectures On the Localisation of Disease. Lecture II. (Concluded)" En: *The British Medical Journal*, 1 (277): 403-405.

Sieveking, E. H. 1866. "Croonian Lectures on the Localisation of Disease. Lecture III. Continued" En: *The British Medical Journal*, 1 (279): 457-459. 458.

Singer, C. y S. W. F. Holloway. 1960. "Early Medical Education in England in Relation to the Pre-history of London University" En: *Medical History* 4(1): 1-17.

Society for Improving the Condition of the Insane. 1851. *Rules and List of the Present Members of the Society for Improving the Condition of the Insane and The Prize Essay Entitled The Progressive Changes which Have Taken Place since the Time of Pinel in the Moral Management of the Insane and the Various Contrivances which Have Been Adopted Instead of Mechanical Restraint by Daniel H. Tuke, M. D.* John Churchill. Londres. GB.

Sorsby, A. 1932. "John Zachariah Laurence: A Belated Tribute" En: *The British Journal of Ophthalmology*, 16 (11): 727-740.

'Special Hospitals'. 1860. En: *The British Medical Journal*, 2(187): 582-584.

Star, S. L. 1986. "Triangulating Clinical and Basic Research: British Localizationists, 1870-1906" En: *History of Science*, 24 (1): 29-48.

Steele, J. C. 1877. "The Mortality of Hospitals, General and Special, in the United Kingdom, in Times Past and Present" En: *Journal of the Statistical Society of London*, 40(2): 177-261.

Sutherland, F. M. 1957. "The Royal Eye Hospital: 1857-1957" En: *The British Medical Journal*, 2 (5050): 937-938.

Temkin, O. 1971. *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. Segunda edición. The Johns Hopkins Press. EUA.

'The Clinical Society of London'. 1867. En: *The British Medical Journal*, 2 (361): 508.

'The Influence of Railway Travelling on Public Health, Report of the Commission'. 1862. En: *The Lancet*, 79 (2002): 48-53.

'The Influence of Railway Travelling on Public Health, Report of the Commission'. 1862. En: *The Lancet*, 79 (2010): 258-260.

'The Lancet'. 1856. En: *The Lancet*, 67 (1700): 348-349.

'The Lancet'. 1856. En: *The Lancet*, 67 (1701): 376-379.

'The Lancet '. 1858. En: *The Lancet*, 71 (1803) :293-296.

'The Medical Celebrities of Edinburgh'. 1875. En: *The British Medical Journal*, 2(761): 137-139.

'The National Hospital for the Paralysed and Epileptic'. 1868. En: *The British Medical Journal*, 1 (368): 57.

'The Royal Society.' 1868. En: *The British Medical Journal*, 1 (384): 461.

Thomson, J. (ed) 1827. *The Works of William Cullen, M.D. Professor of the Practice of Physic in the University of Edinburgh; Containing his Physiology, Nosology, and First Lines in the Practice of Physic: with Nomerous*

Extracts from his Manuscript Papers, and from His Treatise of the Materia Medica. Vol I. William Blackwood, Edimburgo, GB.

Thomson, J. (ed) 1827. *The Works of William Cullen, M.D. Professor of the Practice of Physic in the University of Edinburgh; Containing his Physiology, Nosology, and First Lines in the Practice of Physic: with Nomerous Extracts from His Manuscript Papers, and from His Treatise of the Materia Medica.* Vol II. William Blackwood, Edimburgo, GB.

'Transmission of Impressions by the Spinal Marrow'. 1851. En: *The Lancet*, 57 (1433): 184.

Trousseau, A. 1868. *Clinique Médicale de L'Hotel-Dieu de Paris.* Tomo primero. Tercera edición. J.-B. Baillière et Fils. París, Francia.

Turkington, S. I. 1938. "The Historical Development of the Resident Pupil System" En: *Ulster Medical Journal*, 7 (4): 241-250.

Underwood, E. A. 1948. "The Centenary of British Public Health: Rise of Health Legislation in England and in London" En: *The British Medical Journal*, 1 (4557): 890-892.

Warner, J. H. 1995. "American Doctors in London during the Age of Paris Medicine" En: Nutton, V. y R. Porter. 1995. *The History of Medical Education in Britain.* Clio Medica 30. The Wellcome Institute Series in the History of Medicine. Ed. Rodopi, B. V. Amsterdam.

Weisz, G. 2006. *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization.* Oxford University Press. EUA.

Weisz, G. 2003. "The Emergence of Medical Especialization in the Nineteenth Century" En: *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3): 536-575.

Wiglesworth, A. 1856. "Deaths from Chloroform" En: *The Lancet*, 67 (1691): 107-108.

'Wilder Penfield, O.M., C.C., C.M.G., M.A., M.D., D.S.C., F.R.C.S.C., F.R.S.C., F.R.S.' 1976. En: *The British Medical Journal*, 1 (6017): 1079.