

El remedio de las pasiones: la construcción de la persona del médico a finales del siglo XVIII

Guillermo de Eugenio Pérez, Universidad Carlos III de Madrid, España

Resumen: En este artículo se discuten algunos aspectos de la figura del médico en el contexto europeo hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX. Para ello se han escogido dos textos sobre la influencia y tratamiento de las pasiones en relación con las enfermedades, cuyos autores (Clément-Joseph Tissot y William Falconer) usan además el discurso para presentarse a sí mismos en tanto que médicos, como detentadores de una función imprescindible en la regulación ética de los individuos-pacientes. La hipótesis sostenida es que la consolidación del médico a lo largo del siglo XIX como eje central de la sociedad tiene su origen en estos intentos discursivos de extender las prácticas terapéuticas más allá del dominio del cuerpo hacia la vida moral del individuo. Trataremos para ello de dar algunas muestras que ilustren un tramo del proceso genealógico de este tipo particular de persona científica que es el médico en su relación con las pasiones del alma, y veremos cómo este proceso está relacionado con un cierto tipo de conocimiento médico y con la constitución de formas específicas de autoridad y de intimidad entre médico y paciente.

Palabras clave: médico, pasiones, intimidad, autoridad, ética

Abstract: The aim of this article is to discuss some features of the physician's figure in the European context in the late 18th and early 19th Centuries. Thus, two documents have been chosen to be analyzed. They are dissertations dealing on the influence and treatment of passions as phenomena related to illness. Besides, their authors (Clément-Joseph Tissot y William Falconer) use their discourses to present themselves as bearers of a key ethical function, the emotional regulation of (sick) people. The hypothesis sustained on this article claims that these therapeutical practices that unfold the power of the physician beyond the domain of the body reaching moral life have been a crucial element for the understanding of the strengthen of the physician's scientific persona as outcome of a genealogical process. This process implies a set of medical theories about the functioning of the body and the techniques of a scientific beholder, on one side, and, on the other, the constitution of a certain kind of authority grounded on this knowledge and on the growing of a certain kind of intimacy between physician and patient.

Keywords: Physician, Passions, Intimacy, Authority, Ethics

Una mano hábil

Si abrimos el *Dictionnaire des sciences médicales* de Jean-François Delpit (1820) por el artículo "réaction" encontraremos mucho más que una mera descripción de procesos fisiológicos. En realidad, se trata de un texto típicamente decimonónico, con una retórica alambicada y saturada de sobretonos morales, en el que un «recurso poderoso» es «manejado por la mano hábil» del médico, donde «huracanes de emociones morales» son apaciguadas por la voz de un personaje cuyo deber profesional «se funde con la más delicada amistad». El enfermo establece con su médico un tipo particular de intimidad, nos dice Delpit, que actúa como un bálsamo reparador en su alma, facilitando así la labor curativa del médico sobre el cuerpo sometido al rigor de las enfermedades. De este modo, la reacción de lo moral sobre lo físico viene a unirse a la eficacia de otros remedios, como la administración de medicamentos. ¿Cuáles son, pues, los rasgos que definen a este médico, a esta encarnación del ideal hipocrático? Un aire sereno y calmado, unos gestos desprovistos de afectación, cuidados afectuosos, promesas moderadas de recuperación, un hablar razonado y razonable, un discurso del que se ha expurgado todo aquello que de oscuro y severo pueda contener la jerga de la fisiología, y se ha transformado



en la “expresión del corazón” y del interés genuino del médico por el enfermo. Un saber hacer en el que todo en las maneras, las palabras y las acciones del terapeuta debe contribuir a fortalecer esta confianza que se ha trabado entre él y su paciente, en la que reside un poderoso expediente para excitar la economía del cuerpo y disponer soluciones favorables para la enfermedad.

La construcción discursiva del citado artículo nos da una noción bastante precisa de la fusión entre la terminología propia del vitalismo y un conjunto de directrices de tipo ético en que la figura del médico se manifiesta como una presencia paterna, protectora y decisiva en la vida moral del individuo. Este no fue siempre el caso, ya que los médicos en general habían gozado de una fama dudosa hasta una fecha relativamente reciente. No hay más que recordar la prevención de Montaigne respecto a la medicina (y su aborrecimiento declarado hacia los médicos) así como su predilección por la *vis medicatrix naturae*. Podría pensarse, y sin duda es así en cierta medida, que este cambio en la percepción pública del colectivo médico tiene que ver con el salto o modernización de las técnicas y las teorías terapéuticas en las primeras décadas del siglo XIX. El propio término “reacción” forma parte de un programa de investigación muy específico, el vitalismo, que considera el cuerpo y el alma como parte de un mismo objeto terapéutico, defendido por autoridades de la renovación de la medicina (Cabanis, 1802:1-4). Pero también hay otro rastro, uno que tiene que ver con la construcción cultural de lo que llamaremos *persona científica*. “Persona” tiene aquí el sentido de representante, como sucede en el caso del teatro o de la política, significa “estar en el lugar de”, ocupar una posición en que la autoridad no se ejerce a título personal, sino en nombre de un colectivo profesional, de un saber-poder del que uno es depositario.

Para responder a la pregunta sobre cómo fue posible esta evolución o metamorfosis en el estatus social y la relevancia simbólica del médico en la cultura europea me gustaría seguir ese segundo rastro, el de los discursos y las prácticas relativas al control y gestión de las pasiones en el tratamiento de la enfermedad. Para ello se han seleccionado dos textos como representativos de un tipo de producción en boga durante la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, una aproximación que a menudo formaba parte de las disertaciones de defensa doctoral en las facultades de medicina. Esta construcción no es una mera repetición de las fórmulas hipocrático-galénicas al uso consagradas por la tradición, ni un discurso hueco, sino una auténtica variante del cuidado de sí y de los otros (Foucault, 2008:43-56) como forma de autogobierno y capacitación para la dirección de sujetos a cargo de quien detenta un determinado tipo de conocimiento que es producido en forma de experiencia clínica. Para definir esta producción discursiva que remite a un conjunto de prácticas del cuidado habrá que plantear interrogantes que se refieren a la relación entre el médico y el paciente. Estas preguntas se ubican en tres lugares comunes. El primero es el lugar de la experiencia y la autoridad del médico como profesional y como director de conciencia. El segundo lo ocupa el lugar de la agencia del paciente, quien, sometido a sus propias pasiones y padecimientos, es por tanto el polo “pasivo” de la relación terapéutica. El tercer lugar es el de la relación entre la autoridad y la creación de un espacio de intimidad que proporciona las condiciones idóneas para el trabajo de curación y cuidado (Lain Entralgo, 1983: pp. 25-6).

En el tránsito del siglo XVII al XVIII dejará de hablarse exclusivamente de *pasiones* para referirse a las emociones, y se producirá una deriva hacia una terminología más compleja, la de los “sentimientos” como síntoma de una relación progresivamente matizada con los otros y de manera reflexiva con uno mismo (Pose Varela y Borrell Carrió, 2012: pp. 31-2). De modo similar, ya en el siglo XIX, se conserva el léxico heredado de la teoría humoral (ser melancólico, estar de mal humor, tener un temperamento bilioso, etc.) cuando la teoría que lo sustenta pierde vigencia, y entonces pasa a habitar en el horizonte literario y del lenguaje cotidiano de la descripción psicológica. El nuevo concepto de la vida emocional se despegaba de polaridades absolutas; lo pasivo y lo activo de la vida afectiva aparecen mezclados de manera creciente, *sentimiento y pasión*, traza un panorama gradual que permite la integración compleja de diversos niveles entre razón y emoción (Casado y Colomo, 2006: p. 7). Este vínculo es el lazo que anuda

la emoción con la voluntad del sujeto, a través de prácticas de autocontrol guiado, de conocimiento y dominio de sí. Una parte importante de estas prácticas de cuidado de sí y de los otros reside en este nuevo vínculo entre el médico y paciente que solo es posible desde el momento que se reconoce la competencia del fisiólogo para intervenir en la vida moral, emocional, de quien está a su cuidado.

El cuidado de las pasiones

Pero, ¿qué es exactamente una pasión, y qué es la pasión en la tradición médica? Si seguimos las definiciones al uso en la literatura médico-filosófica de origen galénico, las pasiones son uno de los seis grupos de influencias *no naturales* que el médico debe tener en cuenta para esclarecer la etiología de la enfermedad. Elementos externos (igual que el clima, la dieta o el ejercicio), las pasiones son respuestas a estímulos externos que alteran la economía global del cuerpo y la mente. Se definen como «actos internos u operaciones del alma que bordean con la razón inmaterial por un lado, y con los sentidos materiales por el otro, y persiguen un bien o huyen de algún mal causando por tanto alguna alteración en el cuerpo» (Jackson, 1999: p. 202). Llamadas *pathé* por los griegos, *perturbationes*, *affectus* o propiamente *pasiones* por los escritores latinos, esta variedad terminológica permitía a veces destacar en unos casos el carácter pasivo con respecto a los eventos externos y en otros sus propiedades activas en el equilibrio de fuerzas corporales internas, que se explicaban mediante la teoría de los humores, fluidos que regulan la economía interna del sujeto.

Las pasiones aparecen así como mediadoras entre lo mental y lo físico, y en los tratados médicos aparecen prevalentemente consideradas como origen de estados emocionales y físicos cuyo rasgo principal es el desequilibrio, la disonancia y lo extremo. Son, por tanto, elementos a tener en cuenta tanto para la etiología como para la terapéutica de las enfermedades. Hay que tener en cuenta, además, que al menos hasta el siglo XIX no existe una verdadera especificidad de las enfermedades de la mente, porque ser un enfermo mental hubiera sido equivalente a declararse un «enfermo imaginario», como el personaje de Molière, es decir, un falso enfermo. Por ello debemos pensar en fenómenos como la histeria o la hipocondría, no como enfermedades en el sentido moderno, sino como conglomerados de factores fisiológicos y mentales que se configuran en función de una orientación cultural (e incluso literaria) muy precisa, en la que el término se mantiene pero el contenido se modifica, de manera que a menudo resulta muy difícil adscribirles un carácter concreto. En cualquier caso, y de acuerdo con Galeno, los humores internos configuran el temperamento de cada sujeto. El carácter, por el contrario, está constituido por la reactividad afectiva que corresponde a su estar en el mundo, a su desarrollo psicológico, lo que hacemos con nosotros mismos, la parte por así decir construida o disciplinada de la personalidad.

Es por ello que el control y la dirección de las pasiones desordenadas siempre fue una de las asignaturas destacadas de la filosofía moral, que se ocupa de la formación del carácter o actividad etopoyética. Aristóteles, en su *Retórica*, adopta una actitud instrumental con respecto a las pasiones, ya que estudia el modo en que los estados emocionales del público pueden ser activados o temperados en beneficio del orador. Los estoicos siempre consideraron las pasiones como enfermedades del alma, algo que debería ser erradicado por el bien de la salud del alma, para alcanzar el estado de distanciamiento perfecto, la *ataraxia*. Las expresiones que contraponen la medicina y la filosofía, tan frecuentes en la cultura griega, participan de una estructura metafórica bidireccional en la que, sin embargo, se mantenía la distinción neta entre ámbitos de competencia profesionales. Cuando Sócrates se presenta como “médico de la cabeza” ante el joven Cármides (155b y ss.), incide en la necesidad de considerar al filósofo como médico del alma, pero mantiene el carácter esencialmente metafórico de su discurso. Es decir que no emplea métodos propios del médico, sino solo la ironía dialéctica socrática, aunque a veces juega con la terminología terapéutica al uso.

De igual modo, cuando un médico como Galeno escribe un tratado sobre la diagnosis y cura de las pasiones del alma (*De Propiorum Animi Cuius Libet Affectuum Dignotione et Curatione*)

no lo hace asumiendo el rol profesional de médico, sino invocando su formación en las distintas escuelas filosóficas. Galeno habla en calidad de alguien educado en el epicureísmo, el estoicismo y las doctrinas platónicas. En este texto, Galeno advierte a un amigo que, si desea mantenerse a salvo de las pasiones y los errores del alma, debe observarse cuidadosamente a sí mismo. Además es bueno que solicite la ayuda de otro, un amigo que ejercerá las veces de médico del alma, ayudándole a perfeccionarse mediante una actitud vigilante y sincera; alguien que no tema señalar los errores del amigo para ayudarle a corregirlos. Sin recurrir en ningún momento a las artes o conceptos propios del oficio, Galeno (1963: pp. 29-41) recomienda a su amigo, quien, en medio de un acceso de ira ha golpeado a un esclavo con una espada, que se modere. No se trata de una crítica humanista motivada por el maltrato del esclavo; la acción es mala por cuanto revela el carácter intemperante del agente. Debe aguardar un tiempo antes de administrar el castigo para ser más equitativo y por tanto alcanzar el dominio de sí. Así pues, en la cultura de la antigua Grecia y Roma la cura del alma era confiada al filósofo y la salud del cuerpo al galeno; un patricio romano sería atendido por ambos, en una situación en que la especialización profesional dejaba poco espacio para el intrusismo. Los tratamientos más usuales para las pasiones eran : a) desplazar la pasión dañina distrayendo la mente del paciente, b) inducir una pasión opuesta para restaurar el equilibrio, siguiendo el *dictum* Hipocrático *contraria contrariis curantur*, y c) sometiendo esa pasión a la fuerza de la voluntad y la razón.

Entre los siglos XVII y XVIII se producen algunas innovaciones de orden teórico que van a modificar sustancialmente esta relación de fuerzas socio-profesionales. Con el auge de las teorías de Boerhave en la escuela de medicina de Leyden y gracias a la importancia creciente de la escuela de cirugía de Montpellier, bajo la autoridad de Pinel, comienza a imponerse un modelo orgánico. El diagnóstico y tratamiento del enfermo deberán ser pues abordados desde la inseparable integración de procesos fisiológicos y mentales. El médico del alma debe ser también médico del cuerpo para poder garantizar un tratamiento holístico del mal concebido como desequilibrio. En tanto que dispositivos causales y explicativos, las pasiones se sitúan ahora a dos niveles: constituyen la instancia paradigmática de una causa, pero alcanzan dicho estatus porque están inmersas en una red de simpatías propia de la lógica de la economía animal. En esta doble etiología de las pasiones, la causalidad circula en ambos sentidos de lo físico a lo moral (o psicológico) y luego de éste a aquél, de modo que todo se explica por la lógica de la simpatía y el principio de sensibilidad de los organismos.

De este modo la teoría médica vitalista había mezclado lo que la Antigua medicina grecorromana había mantenido cuidadosamente separado: los desórdenes físicos y sus tratamientos de un lado, y el “cuidado del alma”, del otro. El médico debe ahora ocuparse del hombre moral y de su cuerpo como un todo, por lo que éstos deben ser considerados como dos grupos de problemas interrelacionados. El tratamiento holístico era, por supuesto, una parte importante de la tradición hipocrática, de la que estos médicos se consideran seguidores, pero el alcance de la actividad profesional del médico se había expandido. «Lo que usualmente se designaba como *médico* —nos dice Philippe Huneman— como los emolientes, los baños o las sangrías, contrapuesto a los auxilios morales, se convirtió en solo una parte de una actitud médica global que incluye la interacción con el paciente, las charlas, intercambios de ideas, exhortaciones morales, pequeñas formas de manipulación, etcétera» (Huneman, 2008: p. 631). Con el apoyo de Cabanis y los *idéologes* la profesión médica se proyecta sobre el ámbito de competencia política: el médico como agente en una compleja red de dispositivos de control destinados a constituir buenos ciudadanos para sociedades moralmente adecuadas y, por tanto, como punto de referencia de la comunidad. Durante y a partir de la Revolución Francesa los deberes éticos y políticos de los médicos alcanzaron un grado de complejidad y relevancia creciente. El objeto de este estudio es determinar mediante el análisis de dos obras de finales del siglo XVIII el modo en que estos discursos referentes a la práctica clínica pudieron contribuir a este cambio.

Observación de casos y personas

La persona en un sentido general es la facultad representativa que tiene el sujeto de cara a la sociedad, su identidad social y cultural en tanto que agente o representante de cierto tipo de agencia, como resultado de un largo proceso de acumulación de propiedades rituales, jurídicas, éticas y reflexivas (Mauss, 1938). Las personas tienen la capacidad de crear nuevas formas de estar en el mundo, modificándolo todo; desde la percepción, al carácter, hasta las estrategias de resolución de problemas, la conducta, la voz o la postura corporal. Persona en latín significa rostro, que es lo que los demás perciben de nosotros, pero en su dimensión formal o convencional significa también que una identidad colectiva es encarnada por un individuo, proyectando un pasado (legendario o histórico) en el presente y el futuro. En un sentido más específico, nos referiremos aquí a la persona científica o *scientific persona* (Daston y Sibum, 2006: p. 3), que se distingue por un conjunto de técnicas, destrezas y recursos discursivos que configuran su capacitación profesional en tanto que poseedor de un conjunto de conocimientos especializados, así como por su pertenencia a un determinado colectivo y una tradición. Por ello resulta importante que la exhibición de estas cualidades se realice en público, de manera que permita el reconocimiento por parte de la comunidad de pertenencia. Asimismo, hay una dimensión históricamente relevante, una ocasión para el conocimiento y un contexto que permiten la emergencia de la persona científica, algo que hemos tratado de retratar muy brevemente en los párrafos anteriores. Las palabras y los gestos, las técnicas del médico, le hacen reconocible para los pacientes, la comunidad de sus colegas y la sociedad en su conjunto. Haciendo uso de las técnicas propias de su profesión, el médico adopta un rol cuasi sacerdotal, valga la analogía; es como si se pusiera la máscara del oficiante que le permite encarnar un personaje, no como quien toma un disfraz, sino como una forma de investidura, la destilación de un *ethos* determinado.

En el presente texto nos centraremos en dos disertaciones médicas con acercamientos similares al tema de las pasiones, ambas publicadas en la década de 1780. Clément-Joseph Tissot (1747-1826) se dirige a la Academia Francesa de Cirugía en 1783 mediante una disertación titulada *De l'influence des passions de l'ame dans les maladies*, que le proporcionaría un discreto reconocimiento y sería reeditada en varias ocasiones. A lo largo de su carrera como cirujano militar, Tissot vivió los tiempos turbulentos de la Revolución Francesa, el Imperio y la Restauración; una carrera accidentada en pos de la gloria, puntuada por éxitos ocasionales y frecuentes reveses de la fortuna (Gerard, 1974; Pagella, 1977). En otro orden de cosas, desarrolló su práctica terapéutica en la línea del higienismo, publicando en 1780 su obra más famosa, *Gymnastique médicinale et chirurgicale*.

La otra obra que interesa a este estudio es la disertación *On the Influence of the Passions upon the Disorders of the Body*, escrita en 1788 por William Falconer (1744-1824) que ganó la medalla Forthergill de la Medical Society de Londres en 1796. Fue admitido en el Colegio Real de Médicos en 1767 y en la Royal Society en 1784, trabajó en el hospital de Chester en la década de 1760, desde donde se trasladó a la ciudad de Bath en 1770. Allí, Falconer publicó varios trabajos sobre los usos terapéuticos de las aguas de dicho balneario en el tratamiento de enfermedades reumatoideas (Borsay, 2004).

Ambos autores, aunque de distintas nacionalidades, eran contemporáneos, y resulta evidente que sus respectivos intereses y carreras fueron notablemente divergentes: una es la historia de un militar, un hombre de acción en un período turbulento de la historia de Francia; la otra, la pacífica vida de un médico de provincias y balnearios. No obstante, los dos comparten un conjunto de rasgos relevantes: ambos fueron figuras médicas de cierta relevancia, ni oscuras ni estelares, que publicaron regularmente un considerable volumen de obras, en un esfuerzo permanente por obtener reconocimiento profesional. Los dos fueron formados en la práctica clínica de hospital, en un contexto en que cirugía y enfermería se encontraban más próximas que en ningún período anterior; pero también habían recibido una copiosa educación humanística. Además forman parte de una corriente antropológica emergente dentro de la medicina que podríamos definir como la consideración unitaria del hombre como un compuesto de procesos

reactivos y retroalimentación en los que las funciones físicas y psicológicas formaban parte de un sistema global. Asimismo, estaban familiarizados con las teorías del vitalismo y la neurología, que se habían extendido considerablemente a lo largo del siglo XVIII. En resumen, estos dos personajes han sido escogidos como *personae*, como figuras representativas para este estudio, no debido a las particularidades individuales que presentan sus biografías, sino precisamente por la razón contraria, porque representan los conocimientos característicos y rasgos típicos que podían encontrarse en un médico de finales del siglo XVIII.

Las disertaciones que aquí se analizan fueron concebidas para ser discutidas *inter pares*, dirigidas a un público de profesionales, un auditorio de colegas dotados de la autoridad para legitimar o deslegitimar el discurso y a su portador. He aquí nuestro primer caso de autoridad: la autoridad médica que se conceden entre sí los actores. Para obtener este tipo de autoridad-reconocimiento, se hace referencia constante a un conjunto de experiencias y conocimientos médicos compartidos. Un elemento de este trasfondo compartido de la literatura médica está relacionado con el uso del concepto *observación*. Esta referencia a un historial de casos médicos, una «casuística» que diríamos en lenguaje jurídico, sirve para ejemplificar el tipo de tratamiento recomendado. Como ha mostrado Gianna Pomata (2005: pp.106-46), existe un largo repertorio terminológico desde la Edad Media y el Renacimiento: *experimenta*, *consilia* o *curationes* son los antecedentes de las observaciones de los siglos XVII y XVIII. Este último término incluye diversos significados, entre ellos la descripción de un efecto sin elucidación de la causa y el uso de casos particulares para probar teorías de índole general, pero también puede ser el epítome de la singularidad, y finalmente, en el sentido empirista, «conocimiento a través de los sentidos»; pero en conjunto todas las definiciones coinciden en la importancia del elemento testimonial. El registro de los testimonios médicos referentes a casos concretos se basa en un doble modelo de autoridad. Por un lado se trata de una estrategia auto-apologética del médico que pronuncia el discurso o redacta el libro, una especie de *marketing* que recurre al testimonio de clientes satisfechos y curas milagrosas realizadas con éxito. Por otro lado se recurre a la prestigio de los grandes nombres del pasado: Hipócrates, Galeno, Celso, Areteo... De este modo, tenemos dos formas de validación de la práctica médica: la *autopsia*, el testimonio en primera persona del autor-orador que se presenta como testigo o presenta el testimonio (favorable) de sus pacientes, y la *historia*, un sistema más complejo de crítica textual en el que los casos presentados por varios autores del pasado se confrontan entre sí y son cribados o sintetizados.

Las observaciones son, por supuesto, más descriptivas y prescriptivas que explicativas. Normalmente, el médico opera mediante principios básicos (usar una pasión para neutralizar otra o bien corregirla mediante el uso de drogas, dietas, ejercicio, etc.). Estos métodos terapéuticos son una forma de gobierno regulado por la moderación y el buen sentido del médico, su *instinto profesional* por así decirlo. Este instinto reposa en última instancia en sus habilidades para observar y actuar en consecuencia, ya que, como nos advierte Falconer, «muchas dificultades pueden producirse en el control de las pasiones, esos instrumentos precarios, ya que sus efectos no pueden ser establecidos cualitativamente, y menos todavía en grado. Lo que puede estimular y levantar el espíritu y las facultades en una constitución, puede tener la tendencia opuesta en otra, más débil». (Falconer, 1788: p. 21)

En cuanto a la segunda dimensión de las observaciones, los casos históricos de la antigüedad hasta nuestros días, aparecen como un depósito de experiencia al que recurrir. El médico aparece no sólo como una especie de filósofo práctico, moral, sino también como un *historiador* en el sentido del Renacimiento, alguien capaz de extraer de un caso cierto tipo de experiencia intersubjetiva que puede ser extrapolada a otro caso distinto (uno actual) y así dar sentido práctico al archivo que posee en común con los otros médicos. Obviamente, estos registros eran misceláneas al estilo de la modernidad temprana, distantes aún de resultar reconocibles por nosotros como datos objetivos o útiles en un sentido estadístico. Una *observación* no contiene la causa del mal, sino solo el efecto y las circunstancias. Sin embargo, puede ofrecer una pista valiosa si se contrasta con los testimonios de otros y es incorporada en su

experiencia personal. No podemos olvidar que la publicidad y la existencia de una comunidad de expertos fueron fundamentales para el desarrollo contemporáneo de la práctica médica.

Otro rasgo importante de estas observaciones es su ejemplaridad. En el caso de Falconer los estados febriles son considerados paradigmáticos para el estudio de las pasiones, ya que en ellos se manifiesta ante los ojos del médico la conexión entre las fluctuaciones físicas y morales. De un modo similar, algunos espacios médicos se presentan como entornos experimentales privilegiados: los hospitales clínicos y militares, en particular, presentan las características ideales para la experiencia médica. En el caso de los soldados suizos, que padecen de un tipo de enfermedad llamada *nostalgia*, y si escuchan una canción de su patria caen inevitablemente enfermos, la solución es prohibir bajo pena de muerte que se canten o toquen esas canciones en los campamentos militares. Tissot señala la influencia nociva en el ánimo o disposición moral de los enfermos ocasionada por la macabra visión de cadáveres amontonados al lado de los convalecientes en las enfermerías de campaña. Esto es lo que se refiere a la experiencia personal y cotidiana del médico-autor, pero también hay otro tipo modélico de experiencia, el de las historias que se repiten de un manual a otro. Una de ellas, presente en muchos textos médicos sobre las pasiones, presenta el asedio de Breda en 1625 como el ejemplo perfecto de los efectos beneficiosos de la persuasión que el médico puede llegar a ejercer sobre sus enfermos. En pleno brote de escorbuto, el Príncipe de Orange asegura haber recibido una poción tan potente que con sólo verter algunas gotas dentro de enormes tanques de agua, todos aquéllos que bebieran de esa agua serían curados. Tres viales de medicamento fueron entregados a cada médico, y el placebo fue administrado en público, a la vista de todos. Por supuesto, el remedio no revestía ninguna eficacia real, pero parece que la representación fue sorprendentemente exitosa, ya que consiguió levantar el espíritu de la tropa. Este es el segundo caso de autoridad que vamos a estudiar a continuación, el del poder del médico sobre el enfermo.

La voz del médico

Los médicos realizan sus obligaciones en tanto que guardianes y gestores de la salud, ya que se trata de una cuestión de estabilizar o recuperar el equilibrio de la economía orgánica de otra persona, regulando *inputs* y *outputs*. Esta función implica que el profesional cualificado desarrolla un tipo especial de mirada penetrante, y que se presenta como alguien que observa y registra su experiencia para el uso de otros. Al menos en uno de los dos manuales tratados, el de Tissot, la palabra *observación* aparece como epígrafe debajo de la categoría correspondiente a cada una de las pasiones analizadas en función de sus efectos sobre diversas enfermedades. En este apartado encontramos a menudo expresiones del tipo «la observación siguiente me fue confiada por un colega digno de fe...» Esta y otras formulaciones similares enfatizan no sólo el valor del testimonio ocular, siempre encarecido en la tradición galénica, sino el de la propia persona del médico como alguien de confianza, con un acento particular sobre el modo en que la destreza como observador del médico se manifiesta en los casos concretos y se refiere a un tipo particular de experiencia clínica.

De acuerdo con Tissot y Falconer, el médico no sólo debe juzgar el temperamento natural (melancólico, colérico, flemático...) de su paciente, sino también su carácter (cultural, resultado de la educación) para aprender a gestionarlo. El primero de los cuidados que le competen, se nos dice, es juzgar su modo de ser para conocer sus vicios y debilidades, y en consecuencia juzgar si los accidentes que se encuentran presentes en una enfermedad son el efecto de una causa moral habitual o accidental, antigua o reciente. Así se establece la regla de su conducta para saber qué debe decirse o prescribirse al paciente. La variedad de recursos de que dispone el médico para regular el equilibrio emocional de su paciente y reconducir su imaginación dentro de los límites de lo razonable es de lo más variado. Para casos de melancolía, considerada como una enfermedad física y no meramente mental, se recomienda viajar, tomar baños, escuchar música o ir al teatro, siempre que las obras representadas respeten debidamente la moralidad y el buen gusto. Un viaje para tomar las aguas de Bath es altamente recomendable, como no deja de señalar Falconer, no sólo por las virtudes curativas de los minerales contenidos en ellas, sino por

la agradable distracción que supone el viaje. Es una medida ideal para escapar de las obsesiones hipocondríacas ya que introduce “una variedad gradual e interesante de objetos y sujetos de atención, que resultan tanto más agradables cuanto que no parecen haber sido introducidos intencionalmente” (Falconer, 1788: p. 78).

Entre las producciones literarias de este período encontramos una novela realmente fascinante que ilustra este tema. En *La expedición de Humphry Clinker* (1770), Tobias Smollet nos presenta un intercambio epistolar que se produce entre un médico y su paciente, mientras éste viaja con su familia por Inglaterra visitando los lugares conocidos por sus cualidades curativas e infraestructuras turísticas *avant la lettre*. Este documento es además un ejemplo perfecto del tipo del proceso por el que el médico cura a su paciente, no mediante el uso de medicinas, sino con una escucha cuidadosa y comprensiva del turbulento flujo emocional de su paciente, el señor Bramble. Este corresponsal, aquejado de diversas dolencias y dotado de un carácter malhumorado e hipocondríaco, responde, sin embargo, a los *toques* sabiamente administrados por su galeno particular, en quien se funden las funciones de un buen amigo dotado de gran tacto, un consejero particular y un profesional acreditado. Los consejos están matizados por un *ethos* filosófico no autoritario, que representa por así decirlo la autoridad de la que está investido en tanto que persona médica (Still, 2001: p. 13).

Volviendo a los tratados o disertaciones que estamos analizando, el médico llega en ellos a recomendar todo un régimen de los afectos. En un tono paternal se advierte al enamorado del peligro que comporta librarse a las caricias del objeto amado, prescribiéndole cerrar los ojos ante novelas de contenido lascivo o pinturas de desnudos demasiado voluptuosos. Incluso se le conmina a evitar pensamientos impuros, espectáculos o conversaciones mundanas, en que el pudor se ve inmolado, a no ver, dentro de lo posible, más que objetos de su propio sexo y no frecuentar otra compañía que la de personas de carácter grave y sensato. Este tratamiento moral destinado a evitar los efectos negativos del amor corresponde en parte al tipo de discursos del moralista o el pastor religioso, siempre vigilante respecto de la salvación espiritual de su rebaño, sólo que en este caso la salud del alma se concibe como un todo con la salud del cuerpo.

En la tercera parte de su discurso, dedicada a los medios de corregir los malos efectos de las pasiones en el alma, Tissot despliega todo un programa en el que la observación del médico se muestra claramente integrada con su función como director de conciencia. Primero, para identificar la pasión que se encuentra en la raíz de la enfermedad que aqueja al paciente, el médico debe llevar a cabo una investigación, interrogando al paciente, a sus amigos y parientes, y examinando escrupulosamente sus respuestas. En este caso la relación del enfermo con sus propias pasiones lo sitúa en una posición pasiva con respecto a aquello que le afecta, y el rol activo del médico consiste primero en desentrañar la verdad que se oculta tras sus palabras y reacciones. Como un detective, el médico se detiene en aspectos que van más allá del contenido del testimonio; se pondera el tono de las respuestas y los gestos que la acompañan, así como los intentos de eludir ciertas cuestiones, incidiendo en las cuales consigue el científico penetrar en la mente del otro para revelar una verdad orgánica subyacente. Asimismo, el médico traza un cuadro patognomónico a través del cual se interpreta la sintomatología de las pasiones: el color de la piel, la expresividad del rostro, la curva de las cejas, el brillo de las pupilas, la comisura de los labios, la tensión muscular, la energía que se imprime a los gestos y la vivacidad de las sensaciones... son todos ellos signos por los que se delata la ira, la pena, el amor o el miedo patológicos. Todos ellos son cuidadosamente descritos por el médico, a fin de sustraer al enfermo el secreto que le atormenta y que puede conducirlo a la tumba (Tissot, 1798: p. 13).

Una vez que la pasión dominante y su objeto han sido identificados, se da curso al tratamiento, que generalmente puede encuadrarse dentro de los tres tipos siguientes: 1) Primero, aunque no necesariamente más importante, aparecen los medicamentos, como la quinina, y los cordiales, como el vino o el opio, cuyos efectos pueden beneficiar el equilibrio general ayudando a regularlo, pero que pueden también tener efectos adversos, por lo que se recomienda cautela en su aplicación. 2) Luego vienen los cuidados que comprende la vieja tradición hipocrática de los

seis no naturales: cambios en la orientación o la ventilación de la habitación del paciente, la luz, el aire, la comida, el ejercicio e incluso el uso de música armónica, sedativa o alegre, viajes o una vista agradable desde la ventana pueden obrar verdaderos milagros en el paciente melancólico, iracundo o temeroso. 3) Finalmente aparece lo que se llaman *auxilios morales*, la domesticación de las pasiones que el médico opera fundamentalmente a través del discurso que dirige al paciente. Este último tipo de cuidados tienden a establecer, como objetivo secundario, un tipo de relación terapéutica de confianza entre el cuidador y quien se encuentra sometido a su cuidado. Estos tres tipos de remedios pueden y deben combinarse entre sí según las circunstancias y la naturaleza del enfermo lo requiera.

La voz tranquila y segura del médico aparece como un elemento fundamental, incluso y precisamente en los últimos momentos del enfermo, con el fin de inspirar dignidad al moribundo en esa crítica situación. Al delinear así la actitud y responsabilidades del médico, esos discursos definen de hecho el tipo de autoridad que se le confía. Para mantener esta necesaria influencia, nos informa Falconer, es necesaria una gran prudencia, templanza y autodominio, que sin embargo está lejos de ser incompatible con la simpatía y ternura manifestadas hacia el enfermo. Así pues, quien se domina a sí mismo podrá dominar a los otros que son incapaces de hacerlo por sí mismos, pero debe ser capaz también de empatizar, de mostrarse flexible y amable. Por supuesto, la dulzura del doctor es de un carácter paternalista y conserva un innegable aire de superioridad, evitando un exceso de familiaridad que podría minar su autoridad. Se trata sobre todo de que la acción y el discurso se manifiesten sutilmente, y es de vital importancia que el control ejercido mediante el tono prescriptivo no exceda las conveniencias sociales. La presencia del médico debe ser constante, pero casi imperceptible, ya que el hecho de que cada circunstancia de la vida esté regulada por directrices médicas tiene el efecto de evocar a cada instante ideas de enfermedad y desazón en la mente del paciente, emponzoñando la vida, perjudicando así el espíritu y la salud, nos recuerda Falconer. Por otro lado, si el terapeuta usa de su autoridad como un acto de fuerza, con prepotencia, corre el riesgo de que este abuso provoque la reacción opuesta, la pérdida de confianza del enfermo y reduciendo al médico a una figura impotente.

La intimidad perfecta que debe idealmente crearse entre esta pareja supone también que el médico, en tanto que custodio de los secretos físicos y morales de su paciente, tiene que cultivar una discreción escrupulosa. ¿Qué debería contarle a su paciente y qué debería callar? ¿Cómo responder a las preguntas del enfermo? Cualquier momento de hesitación podría debilitar la confianza de este en el saber del galeno y sus habilidades, pero un exceso de jerga técnica o predicciones ominosas sobre el posible desenlace de la enfermedad provocaría el miedo; ambos casos son negativos para la curación y por tanto deben ser evitados. En el caso de las pacientes femeninas, además, viene a sumarse la exigencia de un tacto extremado a la hora de interrogarlas sobre sus dolencias o de efectuar reconocimientos, de acuerdo con la moral sexual de la época, que dificultaba notablemente el diagnóstico. En cualquier caso, el médico parece ya lo que será en el siglo XIX, un padre amante y autoritario que se muestra dulce ante los retoños dóciles, pero debe saber usar mano firme, ser grave, serio y severo frente a los enfermos indóciles y obstinados, a fin de que se haga lo que más les conviene. En ocasiones puede ser útil saber servirse de pequeñas dosis de ironía que, aplicada con moderación puede aliviar al enfermo, siempre que no hiera su sensibilidad. Esta relación emocionalmente tan compleja aparece como una innovación con respecto a un pasado en que primaba la relación mercantil de intercambio de bienes y servicios, donde el enfermo consideraba al médico como poco más que un vendedor o asalariado. Por supuesto, esta relación continúa más vigente que nunca en el siglo XVIII, pero comienza a adoptar todos los sobretonos afectivos mencionados, que la hacen mucho más interesante.

Estas indicaciones no deben ser entendidas como rasgos idiosincráticos de los autores; de hecho, tanto Tissot, como Falconer mostraron en ocasiones cierta rudeza en el trato con sus pacientes. Se trata más bien de una formulación ideal de los deberes del médico, unas directrices deontológicas mediante las cuales se construye la nueva, compleja relación médico-paciente. Al describir el tipo de palabras que debe emplear el médico, el tipo de auxilios morales que puede proporcionar, estos autores nos presentan el modelo de una persona que guía al otro a través de

su propio *pathos*. Hacen, por así decirlo, un retrato del arquetipo ético del médico, un *memento*: «Nunca debe olvidarse que la firmeza de carácter y presencia de espíritu son los requisitos indispensables para el médico» (Falconer, 1788: p. 95).

Conclusiones

La figura del médico hacia finales del siglo XVIII resulta de crucial importancia para comprender el cambio que su *ethos* profesional en tanto que experto va a experimentar con el paso a las primeras décadas de la centuria siguiente. Como hemos visto, modelar una nueva persona científica o transformar profundamente una identidad ya existente requiere maniobrar en un delicado equilibrio entre lo antiguo y lo nuevo. La producción creciente de disertaciones académicas sobre la influencia de las pasiones en las facultades de medicina con motivo de la concesión del título de doctor puede integrarse en un conjunto de prácticas de auto-reconocimiento entre los miembros de la comunidad médica. El vínculo entre la enfermedad y los estados mentales y afectivos es precisamente el punto en el que se insertan y articulan las nuevas pretensiones éticas del médico en su relación con el paciente y en su función representativa de cara a la sociedad. Esta forma de eticidad, que es también una forma de hacer política, moral e ideológica, viene encuadrada en un marco teórico proporcionado por las teorías vitalistas de la economía animal, holística, con un énfasis particular en la interacción mente-cuerpo, pero también legitimada por una tradición de prácticas médicas que se remontan a Hipócrates y Galeno. Una novedad con respecto a éstas es la no separación entre las funciones del filósofo y las del médico, ya que ahora los remedios del alma y del cuerpo deben, venir de la mano del mismo hombre.

Esta forma de integrarse en los mecanismos psicológicos y sociales de su cultura exige al médico que domine un modo específico de investigar y resolver problemas, que hemos denominado observación y estudio de casos, y que constituye, además, un primer lugar desde el que se ejerce la autoridad médica, la autoridad-experiencia que se centra en la figura del terapeuta. El segundo nivel tiene que ver con el carácter pasivo de las pasiones, la incapacidad del paciente para diagnosticarse y curarse a sí mismo estas *enfermedades del alma* como suele llamárselas en clara alusión a las doctrinas estoicas, y su necesidad de una mano suave pero firme que lo guíe hacia la salud. En un tercer nivel, el más relevante desde el punto de vista de este estudio, es el de la intimidad que se establece dentro de la relación médico-paciente. Se trata de una intimidad plagada de rasgos paternos y sobretonos morales que pueden resultar antipáticos al lector moderno, pero que son parte de uno de los pasos fundamentales que van a transformar la percepción de la importancia radical del rol terapéutico en el caso del médico. Este elemento afectivo que incluye la creación de un espacio de cercanía y sintonía moral no debe ser, sin embargo, confundido con una relación simétrica, ya que la asimetría en la relación de poder se hace patente en la distancia profesional que debe, pese a todo, separar a ambos, médico y enfermo, para que el diagnóstico y el tratamiento resulten efectivos.

Este giro dentro de la evolución de la persona del médico, que implica reivindicaciones de tipo agencial sobre el cuerpo y el alma de las personas a su cuidado fue exitoso al proporcionar al profesional un lugar más prominente y más estable dentro de la sociedad. Pero la hegemonía del médico en la producción de los discursos sobre las pasiones será efímera; con la llegada de la especialización de la psiquiatría y la psicología se cubrirá un hueco que, sin embargo, no habría sido posible sin la dignificación previa del médico. Tampoco pueden interpretarse correctamente estos procesos históricos sin tener en cuenta las transformaciones, matices y contenidos con que se va incrementando el vocabulario cultural sobre emociones, sentimientos y pasiones. En esta transformación de la persona médica en el pilar de la sociedad decimonónica que será el médico hay, implícita y a veces explícitamente formulada una apropiación de las competencias y modos de actuación que caracterizan a la filosofía práctica, la ética y el dominio de las pasiones, puesto

que ser pasivo con respecto a uno mismo significa serlo también con respecto a la enfermedad, tanto del alma como del cuerpo.

REFERENCIAS

- Borsay, A. (2004). "Falconer, William (1744-1824)". *Oxford Dictionary of National Biography*. Oxford University Press.
- Cabanis, P. J. G. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: Badouin.
- Casado, C. y Colomo, R. (2006). "Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la filosofía occidental". *A Parte Rei. Revista de Filosofía* 47, 1–10.
- Daston, L. y Sibum, O. H. (2003). "Introduction: Scientific Personae and their Histories". *Science in Context* 16 (1/2), 1–8.
- Delpit, J. F. (1820). *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 47 [article "reaction"].
- Falconer, W. (1788). *A Dissertation on the Influence of the Passions upon Disorders of the Body*. London: C. Dilly and J. Phillips.
- (1795). *An Account of the Use, Application and Success of the Bath Waters in Rheumatic Cases*. London: W. Meyler.
- Foucault, M. (2008). *Le gouvernement de soi et des autres: Cours au Collège de France (1982-1983)*. Paris: Gallimard.
- Galeno. *De propiorum Animi Cuius Libet Affectuum Dignotione et Curatione*. [Trad. ingl. (1963). *Galen on the passions and errors of the soul*. Ohio: Ohio State University Press]
- Gérard, A. (1974). *La carrière mouvementée d'un officier de santé: Clément-Joseph Tissot (1747-1826)*. Paris: Société Française d'Histoire de la Médecine.
- Hegel, G. W. F. (1977). *Lecciones sobre historia de la filosofía*. México: FCE.
- Huneman, P. (2008). "Montpellier Vitalism and the Emergence of Alienism in France (1750-1800), The Case of the Passions". *Science in Context* 21 (4), 615–47.
- Jackson, S. W. (1999). *A History of Psychological Healing*. New Haven/London: Yale University Press.
- Lain Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza.
- Mauss, M. (1938). "Une catégorie de l'esprit humain: La notion de personne. Celle de 'moi'. Un plan de travail". *Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 68, 236–81.
- Pagella, P. (1977). "A Physician in Search of Glory: Joseph Clement Tissot (1747-1826)". *Ann Osp Maria Vittoria* 20 (1-6): 84–90.
- Platón (2008). *Cármides*. [Trans. cast., *Diálogos I*. Madrid: Gredos, 327–68]
- Pomata, G. (2005). "The uses of Historia in Early Modern Medicine", en Pomata, G. y Siriasi, N. (eds.), *Historia: Empiricism and Erudition in Early Modern Europe* (pp. 105–46). London: The MIT Press.
- Pose Varela, C. A. y Borrell Carrió, F. (2012): "Evaluación de tecnologías sanitarias: factores emocionales en la toma de decisiones", *Revista Internacional de Humanidades Médicas* 1 (1), 29-40.
- Smollett, T. (1993). *The Expedition of Humphry Clinker*. University of Georgia Press.
- Sill, G. (2001). *The Cure of the Passions and the Origins of The English Novel*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tissot, C. J. (1798). *De l'influence des passions de l'âme dans les maladies, et des moyens d'en corriger les effets*, Paris/Strasbourg: Amand-Koenig.

SOBRE EL AUTOR

Guillermo de Eugenio Pérez: Doctor por la facultad de Humanidades, Filosofía y Literatura, defendió en 2011 su tesis doctoral sobre las formas de presentación de la persona en los espacios públicos en la cultura del siglo XVIII, una investigación sobre las formas éticas y estéticas de

conceptos tales como la máscara, el cosmético o el decoro. Ha realizado estancias de investigación en prestigiosas instituciones europeas como el Centre Edgar Morin (EHESS) de París o el Instituto Max Planck de Historia de la Ciencia, en Berlín, y forma parte del grupo de investigación del proyecto I+D “Encrucijadas de la subjetividad: memoria, experiencia e imaginación” un grupo mixto que aúna investigadores españoles y norteamericanos. Además ha participado en diversas publicaciones, como por ejemplo “La muñeca de cera, o el sueño de la asepsia” (en Fernando Broncano ed. *De Galatea a Barbie*, Lengua de Trapo, Madrid, 2010, pp. 137 y ss.) o “El cuerpo como artefacto” (en *El cuerpo en mente*, Mireia Calafell y Aina Pérez eds., UAB-UOC, Barcelona, 2011). Actualmente sus intereses como investigador se centran en la historia cultural, la construcción de la subjetividad en espacios públicos y la historia de la ciencia, especialmente medicina y anatomía.