

ENFERMEDADES QUE DESAPARECEN

RUY PÉREZ TAMAYO

Miembro de El Colegio Nacional

INTRODUCCIÓN

Quiero iniciar esta plática agradeciendo muy cumplidamente a mi buen amigo Alfredo Feria su generosa invitación para presentarla en el seno de este Congreso de Salud Pública del IMSS, en el bello marco de Puerto Vallarta. Cuando Alfredo me llamó para invitarme, le recordé que yo no era ningún experto en salud pública, pero él me señaló que la salud Pública es una rama de la medicina que también tiene que ver con la enfermedad, a cuyo estudio yo he dedicado mi vida profesional, por lo que (dijo): "Tú puedes hablar de lo que quieras". Ante tal apertura no pude menos que aceptar y escogí hablarles de un concepto que todos ustedes seguramente conocen mejor que yo, pero usando ejemplos que, por deformación profesional, posiblemente yo conozca mejor que ustedes. El concepto es la influencia determinante de los factores ambientales (higiénicos, económicos, sociales, culturales y otros más) en la presencia y en la historia natural de muchas enfermedades. Los ejemplos son dos enfermedades históricas, que aparecieron y desaparecieron hace muchos años, y que plantean cuestiones interesantes al concepto mencionado.

UN POSTULADO DE LA SALUD PÚBLICA: LAS CONDICIONES AMBIENTALES INFLUYEN EN LA PATOLOGÍA

Voy a ilustrar este postulado con el ejemplo *princeps*, que todos los epidemiólogos y sanitaristas utilizan para ilustrar la influencia definitiva de las condiciones ambientales en la patología. Se trata de la disminución en la morbilidad y mortalidad de la tuberculosis en varias partes del mundo en los últimos 200 años. La documentación de este fenómeno

existe desde 1810 para Inglaterra y el País de Gales, y sugiere varias cosas interesantes: 1) la morbilidad de la tuberculosis en la época de la revolución industrial era de 118.7 casos por 100 000 habitantes, mientras que 100 años después, antes de la primera guerra mundial, había caído a 21 casos por 100 000 habitantes, y en 1960 se encontraba en 0.3 casos por 100 000 habitantes. En otras palabras, en el lapso mencionado, la frecuencia de la tuberculosis disminuyó de 500 a 1 000 veces.

2) La velocidad con que ocurrió esta disminución en la morbilidad de la tuberculosis fue muy uniforme a lo largo de 200 años. Recordemos que durante este periodo se descubrió al bacilo causante de la enfermedad (1882), se introdujo la vacuna, en forma de BCG (1908) y finalmente se inició el uso de la estreptomycin, el primer antibiótico efectivo en contra del *Mycobacterium tuberculosis* (1943). Ninguno de estos episodios tuvo el menor efecto en la disminución de la frecuencia de la tuberculosis, que se había iniciado casi 100 años antes y que se ha mantenido en ciertos países a la misma velocidad hasta nuestros días.

3) Se ha dicho que esta disminución se debe a la mejoría de las condiciones generales de higiene individual y pública, a la introducción de agua potable y drenaje en las zonas urbanas, a la mejoría de las condiciones higiénicas de los locales de trabajo, a la disminución de las horas de labor, al aumento de las dedicadas al ejercicio y a las diversiones, al reconocimiento del valor de una dieta nutritiva y balanceada, a la pasteurización de la leche, al reconocimiento del carácter contagioso de la enfermedad y el consecuente aislamiento de los enfermos, etcétera.

Es muy probable que todos estos factores ambientales y quizá otros más, actuando aislados o en conjunto, sean los responsables de la disminución en la frecuencia de la tuberculosis registrada en los dos últimos siglos. Pero en realidad no lo sabemos. Simplemente, parece razonable que un cambio en los estilos de vida y en las condiciones ambientales presente problemas distintos al bacilo de Koch, que éste no ha podido resolver. Pero también es posible que haya habido otras causas responsables del cambio y que todo lo demás haya sido pura coincidencia.

El razonamiento de que la asociación repetida de dos fenómenos sugiere una relación causal me recuerda que con frecuencia después de llover aparecen muchos sapos, lo que no significa que los sapos sean la causa de la lluvia y mucho menos que haya llovido sapos. Pero en el caso de la tuberculosis no se trata de una asociación repetida de dos fenómenos: la disminución en su frecuencia ha ocurrido una sola vez, a lo largo de 200 años, durante los cuales a la humanidad le han pasado

muchas otras cosas. Es seguro que muchas de ellas no son relevantes a la disminución en la frecuencia de la tuberculosis, pero ¿cuáles serían los criterios válidos que nos podrían permitir separar las relevantes de las no relevantes?

Mi resistencia para aceptar sin reservas la explicación de los epidemiólogos y sanitaristas para los factores responsables de la declinación de la tuberculosis en los últimos dos siglos no es sólo lógica y pedante; también es histórica. En lo que sigue voy a repasar la historia de dos enfermedades que aparecieron y desaparecieron sin que hasta la fecha se tenga la menor idea del porqué. Advierto que este no es un ejercicio ni anticientífico ni en favor del obscurantismo: yo estoy convencido de que nuestro mundo es racional y de que "Dios no juega a los dados". Pero también estoy convencido de que la realidad es siempre distinta y más compleja que nuestra imaginación, y de que todavía no la conocemos en su totalidad. Por lo tanto, estoy preparado para examinar, y si es el caso, aceptar, otras explicaciones alternativas para la disminución en la frecuencia de la tuberculosis en los dos últimos siglos en algunos países del hemisferio norte.

EL SUDOR INGLÉS O "SUDOR ANGLICUS"

Sin ningún aviso, primero en 1485 y posteriormente en otras cuatro ocasiones (en 1508, 1517, 1528 y 1551) apareció en Inglaterra una enfermedad epidémica caracterizada por instalación brusca de fiebre, sudoración intensa, gran postración, cefalea, exantema (ocasional y no muy aparente), evolución muy grave y extremadamente rápida, de modo que si el sujeto afectado no fallecía en unas cuantas horas, al día siguiente ya se encontraba bien. De las cinco epidemias mencionadas sólo una, la de 1528, salió de Inglaterra y durante dos años asoló a otras partes de Europa, pero sin llegar a Escocia, Irlanda o el País de Gales, o Francia y España.

Curiosamente, la mayoría de los autores contemporáneos coinciden en señalar que la enfermedad atacaba casi exclusivamente a los ingleses, estuvieran en su país o en el extranjero.

Las cinco epidemias de "sudor inglés" estuvieron separadas por periodos interepidémicos de 23, 9, 11 y 33 años. La enfermedad aparecía durante el verano, especialmente en la época de mayor calor, o sea en agosto, y terminaba en forma abrupta en septiembre. Las áreas afec-

tadas eran casi todas rurales, aunque la epidemia alcanzó siempre a Londres y, en varias ocasiones, también a Oxford y a Cambridge. El padecimiento afectaba principalmente a sujetos jóvenes, sanos y fuertes, del sexo masculino y de buena posición económica. Además de los síntomas mencionados, en 1490 Forrestier describió también que el olor que despedían los enfermos era especialmente pestilente y que había enrojecimiento de la cara y de todo el cuerpo, mucha sed y “punzadas en la cabeza”. La gravedad del padecimiento puede estimarse de un solo párrafo del libro de Forrestier: *“Vimos a dos clérigos parados juntos y conversando, y los vimos a los dos caer muertos repentinamente. También al día siguiente vimos a la esposa de un sastre morir súbitamente. Otro hombre joven que iba por la calle caminando, de pronto cayó al suelo muerto. También un caballero que iba saliendo de la ciudad (el 21 de septiembre de 1485) murió en un instante. También muchos otros que fueron afectados hemos sabido que han muerto repentinamente.”*

La mayor parte de los relatos del “sudor inglés” atribuyen el principio de la primera epidemia a la llegada del ejército mercenario francés a Inglaterra, bajo las órdenes de Enrique VII, en la última fase de la guerra de las Dos Rosas, que terminó 21 días después con la muerte de Ricardo III y el triunfo de la casa de los Estuardo sobre la de York. Recordemos que Enrique VII desembarcó en Milford Haven el 2 de agosto y la batalla de Bosworth se realizó el 22 del mismo mes, en 1485. En esos 21 días, el Estuardo agregó a su ejército muchos campesinos ingleses que estaban hartos del sanguinario Ricardo III y dispuestos a pelear en contra de él; se supone que la enfermedad debe haber brotado precisamente en esos días y que al terminar la batalla y Enrique VII dirigirse entonces a Londres para recibir la corona, el ejército, como era costumbre, fue desbandado. Los mercenarios se distribuyeron por todo el país, muchos continuando detrás del nuevo rey para llegar a Londres a disfrutar de los festejos de la coronación.

Según Caius, el “sudor inglés” apareció en Londres el 7 de agosto y duró todo ese mes y el de septiembre; Hecker marca su inicio un poco más tarde y señala que duró hasta diciembre. Como quiera que haya sido, el pánico que desencadenó en Londres fue mayúsculo, al grado que la coronación de Enrique VII y todos los festejos correspondientes tuvieron que posponerse hasta el 20 de octubre. Todavía el 11 de octubre el alcalde de Londres, Thomas Hill, enfermó de “sudor inglés” y murió al día siguiente; su sucesor, William Stokker, nombrado de inmediato para que ayudara con los preparativos de la ceremonia de la coro-

nación, murió en la siguiente semana; en esos días también murieron cuatro miembros del cabildo de la ciudad. Según Polidoro Virgilio, un humanista italiano que llegó a la corte de Enrique VII en 1501 y escribió sobre las epidemias de “sudor inglés” de 1485 y de 1508, de 100 sujetos que enfermaban ni uno sobrevivía.

Sin embargo, en 1981 Wylie y Collier reinvestigaron el problema y concluyeron que el “sudor inglés” no fue importado a Inglaterra por las tropas mercenarias de Enrique VII, sino que ya existía desde antes; el punto es de interés porque se relaciona con la posible naturaleza del padecimiento. La primera referencia sobre el “sudor inglés” en relación con la guerra de las Dos Rosas es de Lord Stanley, quien en esos tiempos se encontraba en sus propiedades de Lancaster y Chester, preparándose para pasarse al lado de los Estuardos, cuando recibió un llamado urgente de Ricardo III para que se incorporara con sus hombres a su ejército. Lord Stanley se disculpó de no obedecer la real orden porque: “...temía haber contraído el sudor inglés”. Este mensaje fue escrito antes de que Enrique VII desembarcara en Inglaterra y mucho antes de que el primer caso de “sudor inglés” apareciera en Londres. Además, Wylie y Collier revisaron los archivos de Pembrokeshire y la Biblioteca Nacional del país de Gales, por donde pasó el ejército de Enrique VII en su camino hacia Bosworth, sin encontrar ningún dato de que la enfermedad haya aparecido en el ejército o entre los habitantes de esa región en los 21 días transcurridos entre el desembarco y la batalla de Bosworth. Basados en éstos y otros datos más, Wylie y Collier proponen que el “sudor inglés” ya existía en el norte de Inglaterra desde antes de agosto de 1485, en algunos pueblos de la costa de Yorkshire y Lincolnshire, que manejaban el comercio con Rusia y Escandinavia.

Los síntomas en los siguientes cuatro episodios de “sudor inglés” fueron muy semejantes, de manera que hay pocas dudas respecto a que se tratara de la misma enfermedad. En 1508 Sir Thomas More, cuya hija se enfermó pero sobrevivió, le llamó la atención al cardenal Wolsey sobre la desastrosa mortalidad producida por el padecimiento entre los estudiantes de Oxford y de Cambridge, un autor señala que en Chester 71 personas murieron en un solo día, de las que sólo cuatro o cinco eran mujeres; otro autor, refiriéndose también a Chester, menciona que en tres días fallecieron 91 hombres jóvenes.

La tercera epidemia se inició en julio de 1517 y, a diferencia de las dos primeras, tuvo una duración de seis meses, ya que no terminó sino hasta diciembre de ese mismo año. Respecto a esta epidemia, el nuncio

papal le escribió desde Londres al marqués de Mantua el 1º de agosto, señalando que hacía un mes había empezado la epidemia de “sudor inglés”; esta vez el cardenal Wolsey enfermó pero logró sobrevivir. La epidemia se registró en Calais, que entonces era posesión inglesa; en este sitio sólo se enfermaron los súbditos del Imperio británico. La cuarta epidemia ocurrió en 1528 y esta vez el “sudor inglés” se extendió por buena parte de Europa, pero se tardó un año en hacerlo.

En 1529 llegó a Hamburgo, procedente de Inglaterra, un barco alemán bajo el mando del capitán Hermann Evers; a bordo de este barco venían 12 pasajeros alemanes enfermos con el “sudor inglés”, algunos de los cuales fallecieron muy pronto después de llegar a puerto. La epidemia se desató en Hamburgo primero y en 22 días murieron 1100 personas. Casi simultáneamente, el “sudor inglés” apareció en ciudades tan separadas como Copenhague, Bremen y Lübeck, de modo que es difícil asociar la epidemia con el incidente de Hamburgo; pronto se generalizó en Alemania y pasó a Holanda y a Suiza; de ahí a Checoslovaquia, a Polonia y a Livonia, para perderse en las inmensidades de la Rusia occidental. Tiene interés que la enfermedad no penetró a Francia o a España, pero estuvo presente en Alsacia.

En aquellos tiempos Felipe, el príncipe de Hessen, había invitado a su castillo en Marburg-an-der-Lahn a las distintas facciones protestantes para discutir sus diferencias teológicas. Estas disputaciones se habían planeado para ocho días, empezando el 1º de octubre de 1529. Ahí llegaron, acompañados por sus respectivas delegaciones, Martin Lutero y Jan Zwinglio, y se enfrentaron llenos de vehemencia y pasión en su diálogo de sordos. En el salón del antiguo castillo de Marburg donde se llevaron a cabo las disputaciones hay un enorme cuadro del pintor August Noack que muestra a los contendientes y a Felipe de Hessen; mientras Lutero y Zwinglio tienen actitudes beligerantes, el landgrave los mira conciliador y un poco resignado. Las disputaciones se suspendieron a los tres días de iniciadas, debido a la llegada del “sudor inglés” a Marburg, según los organizadores, pero basta verles las caras a los contendientes para darse cuenta de que nunca se iban a poner de acuerdo. Hecker investigó la epidemia de “sudor inglés” de octubre de 1529 en Marburg y encontró que sólo hubo un caso registrado, que además se curó.

Con esta cuarta epidemia de “sudor inglés” empezó a cambiar la fisonomía de la enfermedad. Las diferencias con las otras tres fueron que se generalizó en Europa, en lugar de permanecer en Inglaterra, y que duró todo el invierno y el verano del año siguiente, en vez de desa-

parecer a principios del otoño. La última y quinta epidemia de “sudor inglés” se inició en marzo o abril de 1551 y afectó a varias ciudades inglesas solamente, pero con gran furia en Oxford se llevó a 60 estudiantes y en Londres entre el 7 y el 30 de julio murieron 800 personas de las que 600 fallecieron en la semana del 9 al 16. La epidemia se extendió a Cambridge, Bristol, Gloucester, Devonshire, York, Lancashire y Leeds, así como a varias otras localidades en el País de Gales. A finales de agosto el “sudor inglés” ya había disminuido su virulencia y durante el mes de septiembre desapareció para siempre, o por lo menos para no volver hasta el momento presente, casi 500 años después.

Lo anterior debe aceptarse sólo si se excluye otra enfermedad, que apareció en Francia en el siglo XVIII y que se conoce como el “sudor miliar” o el “sudor de Picardía”, aunque no se presenta solamente en la región noreste de Francia sino que también ocurre en Normandía, por el sur llega hasta el mar Mediterráneo y por el este sale de Francia y se encuentra hasta en Bavaria. El “sudor miliar” es mucho menos agudo y mucho menos grave que el “sudor inglés”, como debería ser si se tratara de un sucesor de este último. Además, se comporta como si estuviese endémicamente bien establecido pero sujeto a exacerbaciones epidémicas periódicas.

El “sudor miliar”, tal como lo descubrió Menière en una epidemia ocurrida en 1832, tiene las siguientes características: afecta a sujetos jóvenes y sanos, pero es más frecuente en mujeres que en hombres; el ataque se inicia generalmente de noche y consiste en cefalea, sudoración, disnea, fiebre y pulso débil; entre el segundo y el cuarto día de evolución aparece una erupción cutánea vesicular en cuello, tórax, espalda y el resto del cuerpo; las vesículas son pequeñas (por eso el nombre “miliar”) pero variables y contienen un líquido claro que pronto se hace turbio y blanquecino; la enfermedad dura cinco a seis días y la convalecencia es rápida de modo que el sujeto se recupera por completo en dos semanas; la muerte es excepcional, si es que ocurre. Si recordamos el cuadro del “sudor inglés”, veremos que se distingue del “sudor miliar” en su mucha mayor mortalidad, su menor duración, la ausencia de erupción vesicular cutánea y la falta de endemicidad. Además, el “sudor inglés” no ocurre en Francia y el “sudor miliar” no ocurre en Inglaterra. Aparte de esas diferencias, los dos padecimientos son igualitos.

Ya llegamos al final de la historia del “sudor inglés”. Lo revisamos porque se trata de una enfermedad que apareció cinco veces en el cur-

so de unos 70 años y desapareció, dejando como única huella un suceso mucho menos grave, o quizá sin dejar ninguna huella. Hasta hoy no existe explicación para estos curiosos fenómenos que desde luego no se ajustan a la teoría higienista habitual, de las relaciones entre el nivel y la calidad de vida y las enfermedades infecciosas. Recordemos que el “sudor inglés” afectaba precisamente a los que vivían mejor y eran más saludables, mientras que parecía respetar a los niños, a los viejos y a los pobres.

Pero no puedo terminar este relato con un misterio, sobre todo en vista del artículo ya mencionado de Wylie y Collier. Porque estos autores presentan una hipótesis que me parece muy razonable sobre la naturaleza del “sudor inglés”: sugieren que se trata de una enfermedad causada por un arbovirus, transmitida por algún artrópodo como mosquito, pulga o mosca, y cuyo reservorio sería un mamífero pequeño o algún pájaro. Si al mismo tiempo se acepta que la población afectada no había tenido contacto previo con el arbovirus, muchas piezas de este rompecabezas empiezan a caer en su sitio. En efecto, la afección de sujetos adultos y jóvenes sanos, en lugar de niños, viejos, mujeres o individuos desnutridos o débiles por otras causas ha sido observada en otras epidemias producidas por virus, como el sarampión en Inglaterra en el siglo XVII o en Australia en 1913, o la poliomielitis entre los esquimales en 1949, cuando la enfermedad es “nueva”; de hecho, uno de los datos en favor de que la población ya ha tenido contacto con el virus es precisamente que el sector más afectado sean los niños y las personas más débiles.

La relación estacionaria tan clara del “sudor inglés” sugiere que en el verano se conjuntan los distintos factores de temperatura, humedad y multiplicación de roedores en el campo, que favorecen el desarrollo explosivo de sus parásitos artrópodos; un arbovirus que infecta a alguno de estos roedores, como el virus de la fiebre amarilla lo hace con la rata, puede ser transmitido de un animal a otro a través de algún artrópodo, otra vez como el mosquito lo hace con el virus de la fiebre amarilla. Pero cuando el número de roedores aumenta rápidamente y de pronto prevalecen los que nunca han sido infectados por el arbovirus, sobreviene una epizootia que disminuye rápidamente el reservorio y al mismo tiempo obliga al artrópodo parásito a buscar otra fuente de alimento, que puede ser otro roedor o el hombre. Pero al mismo tiempo, la epizootia es también la razón por la que la epidemia termina repentinamente, pues se agota el reservorio para el arbovirus y éste desaparece

al terminarse la vida de los artrópodos transmisores. Otro dato a favor de la hipótesis de Wylie y Collier es la sugestión de que el “sudor inglés” ya existía en el norte de Inglaterra antes de la primera epidemia, en los puertos que realizaban la mayor parte del comercio con escandinavos y rusos. Porque hoy existen por lo menos dos enfermedades debidas a arbovirus cuyos reservorios son pequeños roedores campestres y que son transmitidas por pulgas y garrapatas, en Rusia occidental, Crimea, Polonia, Rumania, Hungría, Dinamarca y Finlandia; estas enfermedades son la encefalitis del grupo B y la fiebre hemorrágica de Omsk. El cuadro clínico semeja, hasta cierto punto, al del “sudor inglés”: instalación aguda de fiebre, sudoración profusa, cafalea, náuseas, vómitos y fotofobia; la presencia de exantema y lesiones hemorrágicas en mucosas es constante, pero no se opone a la comparación, a pesar de que tales manifestaciones no se mencionan más que ocasionalmente en las descripciones clásicas del “sudor inglés”. Los autores de aquel tiempo preferían mantenerse lo más lejos posible de los enfermos, quienes además incluían en su tratamiento meterse de inmediato en la cama sin quitarse la ropa.

LA COREOMANÍA O “ENFERMEDAD DE LA DANZA”

Mi segundo ejemplo de las enfermedades que desaparecen no es un padecimiento aparentemente infeccioso, como el “sudor inglés”, sino una alteración de la conducta, o sea una enfermedad mental. En el mes de julio de 1374 (la fecha es importante, por lo que veremos en un momento) aparecieron en Aquisgrán varios grupos de hombres y mujeres, campesinos casi todos ellos y provenientes de otros sitios de Alemania, que tanto en las calles como en las iglesias se tomaban de las manos formando círculos y bailaban durante horas en forma exaltada y delirante, sin hacer caso de otras personas que los miraban o pretendían calmarlos, hasta que caían agotados al suelo.

Un contemporáneo, fray Pedro de Herental, quien fue testigo ocular de uno de estos episodios, dejó una descripción que dice lo siguiente: *“En esa época... una secta extraña, formada por mujeres y hombres de varias partes de Alemania llegó a Aachen (Aquisgrán) y de ahí siguió hasta Hennegau y a Francia. Su estado era el siguiente. Tanto hombres como mujeres habían sido tan ultrajados por el diablo que bailaban en sus casas, en las iglesias y en las calles, tomados de la mano y saltando en el aire. Mientras bailaban gritaban los*

nombres de algunos demonios, como Friske y otros, pero no tenían conciencia de esto ni tampoco prestaban atención al pudor, aunque hubiera otras personas viéndolos. Al final de la danza tenían tales dolores en el pecho que, si sus amigos no los apretaban con trozos de tela enredados en su cintura, gritaban como enloquecidos que se estaban muriendo. En Lieja, los libraron de sus demonios por medio de exorcismos como los que se usan antes del bautismo. Los que se curaron dijeron que les parecía haber estado bailando en un río de sangre y que por eso saltaban continuamente. Pero la gente de Lieja dijo que habían sido atacados de esa manera porque no estaban verdaderamente bautizados, debido a que la mayoría de los curas tenían concubinas. Por esta razón la gente profuso que el pueblo se levantara contra los curas, los matara y tomara sus propiedades, lo que hubiera ocurrido si Dios no hubiera proporcionado un remedio eficaz a través de los exorcismos. Cuando la gente vio esto su furia disminuyó al grado que los clérigos fueron tratados con todavía mayor reverencia que antes.”

La mayor parte de los participantes eran gente pobre, como campesinos y jornaleros, artesanos, como zapateros o sastres, criados, amas de casa, mendigos y desocupados; sólo excepcionalmente había ricos o curas. Cuando los sujetos afectados bailaban se ponían coronas de plantas en la cabeza y a veces llevaban ramas de árboles en la mano. Aunque durante el baile alcanzaban un estado de trance, en que parecían no percibir nada de lo que les rodeaba, había dos cosas que no toleraban: el color rojo y unos zapatos puntiagudos que algunas personas usaban en esa época. Si entre el público había alguien con una prenda de vestir de color rojo, se enfrentaban a ella sin dejar de bailar pero hacían gestos amenazadores y gritaban hasta que la persona ocultaba el color o se alejaba de los danzantes; en varias ocasiones en que esto no ocurrió los bailómanos atacaron al público a patadas y arañazos; algo semejante se cuenta de los zapatos puntiagudos. Cuando los bailómanos llegaban al trance, mostraban otros tipos de fenómenos motores: algunos caían al suelo y se arrastraban de espaldas, otros perdían el conocimiento y echaban espuma por la boca, y otros tenían convulsiones y contracciones irregulares de las extremidades. Aunque, una vez que había pasado el episodio, la mayor parte de los afectados no recordaba nada de lo ocurrido, algunos describían visiones celestiales.

El número de participantes en la coreomanía era variable; Hecker señala que en Colonia bailaron 500 personas y en Metz 1 100. Además, los enfermos iban de un pueblo al otro y se mantenían como grupos bien consolidados durante semanas. El episodio más intenso duró aproximadamente cuatro meses y empezó en Aquisgrán el 15 de julio de

1374, de ahí los bailarines se fueron a Colonia, donde permanecieron entre agosto y principios de septiembre, para ir después a Maastricht, Tongeren, Harstal, Lieja y Trier hasta fines de septiembre, y llegar a Gante en octubre.

En 1931, Libscher publicó una serie de mapas trazando las migraciones de los bailómanos y demostró que habitualmente fueron de este a oeste, abriéndose en abanico hacia el norte y el sur. Este comportamiento pudiera explicarse como lo hace Backman, quien señala que la epidemia de coreomanía de 1374 incluyó un gran número de peregrinos provenientes de Hungría, quienes de acuerdo con una antigua costumbre viajaban a Aquisgrán y a Colonia, de ahí al noroeste de Alemania, a Holanda, a las provincias del sur del Rin y a Trier.

Recordemos que las tribus alemanas habían emigrado hacia Europa central en los albores de la Edad Media y que la migración aumentó durante el siglo XII, con la apertura de la minas en Bohemia y todavía más al sur, en Hungría. Pero los emigrantes conservaron su arraigo por sus antiguos lares y periódicamente hacían peregrinaciones hacia las provincias del Rin y de Westfalia; la primera de estas peregrinaciones ocurrió en 1221 y la última en 1769. Al llegar a sus antiguas tierras y santuarios, los peregrinos daban las gracias tocando música y bailando.

Esta antigua tradición se relaciona con el edicto publicado el 18 de noviembre de 1374 por los magistrados de Maastricht, donde se prohíbe a todo el que sufra de coreomanía que baile en la iglesia o en la calle; el único sitio en donde se le autoriza a bailar es en su casa. De todos modos, las migraciones de los afectados por la enfermedad de la danza seguían los caminos de peregrinaciones antiguas y tenían fuertes conexiones religiosas. Como si la coreomanía fuera una representación exagerada de una vieja tradición religiosa.

La epidemia de coreomanía de 1374 no fue la primera, aunque sí es la más conocida; según Backman, existen noticias de episodios semejantes a partir del siglo VII. En 1027, en la iglesia del convento de Kölbig, en las vecindades de Bernburg, el servicio religioso de la noche de Navidad fue interrumpido por un grupo de 18 campesinos que se pusieron a bailar ruidosamente en el jardín de la iglesia. Para castigarlos, el sacerdote (cuyo nombre era Knecht Ruprecht, el mismo que todavía figura en algunas canciones infantiles alemanas) los maldijo, condenándolos a bailar y gritar sin reposo durante todo un año. Según la leyenda, la maldición se cumplió pero al final del año los pobres campesinos ya habían escarbado

unos hoyos en la tierra en donde se metían hasta las rodillas; además, no habían comido nada durante todo ese tiempo. Conmovidos por su suerte, dos obispos rezaron para que fueran perdonados y, al lograrlo, les llevaron comida. La leyenda termina diciendo que al acabar de comer los campesinos durmieron durante tres días y que cuatro de ellos murieron de inmediato, mientras que los demás quedaron sufriendo de temblores de las piernas todo el resto de sus vidas.

Otra epidemia interesante fue la de los niños, en 1237. En este episodio más de 100 niños fueron afectados por la coreomanía en Erfurt y se fueron bailando y brincando por el camino hasta Arnstadt, cerca de 25 kilómetros; cuando llegaron a esta población cayeron rendidos al suelo y cuando sus padres los llevaron de regreso a sus casas muchos murieron y otros quedaron sufriendo de temblores toda su vida. Otra epidemia más con un final trágico es la ocurrida el 17 de junio de 1278 en la ciudad de Utrecht, en el puente sobre el río Mosela, donde se congregaron 200 coreómanos y no detuvieron sus danzas y saltos hasta que un sacerdote pasó por ahí, llevando la Divina Presencia a un enfermo; en ese momento, según Hecker, “como en castigo a su crimen”, el puente se derrumbó y todos los coréomanos se ahogaron.

La coreomanía también se conoció como el “baile de San Juan” o el “baile de San Vito”. Con respecto a San Juan, recordemos que en ese día se celebraban, desde tiempo inmemorial, algunas fiestas paganas como el “Noxdfy”, en que se encendía un círculo de fuego y todos los hombres y animales que lo pasaban estaban protegidos contra las enfermedades por un año; en estas celebraciones también se bailaba ferozmente y se bebía homéricamente. Las fiestas tenían tal arraigo entre los alemanes de principios de la Edad Media que San Bonifacio tuvo que prohibirlas (gracias a lo cual sabemos un poco más acerca de ellas). Pero la asociación del baile con el día de San Juan puede haber sido una de las razones por las que los bailómanos de 1374 en Aquisgrán cantaban una canción que decía: “*Here Sent Johan, so, so, vrisch ind vro, here Sent Johan*”, lo que significa “Señor San Juan, así, así, rápido y alegre, señor San Juan”.

La epidemia de 1418 en Estrasburgo es de interés por su relación con el otro nombre de la coreomanía, que es el de “baile de San Vito” (entre los alemanes de ese tiempo se usaba como maldición el dicho: *Das dich Sanct Vitstanz ankomme*, o sea: “Que te dé el baile de San Vito”). Una semana antes de la fiesta de Santa María Magdalena una mujer empezó a bailar y al cabo de cuatro días el alcalde la envió en un carruaje a la

iglesia de san Vito en Hohlenstein, donde al llegar al altar se curó instantáneamente. Pronto aparecieron otros coreómanos y el número creció con rapidez hasta que, según las crónicas de la época, cerca de 400 personas bailaban y brincaban en las calles y jardines de las iglesias de todo el pueblo. Los miembros del cabildo de la ciudad decidieron ponerle fin a la epidemia y dividieron a los danzantes en dos grupos, a cada uno le proporcionaron unos músicos y un director, y los llevaron bailando y cantando a las iglesias de San Vito, la de Hohlenstein y otra cercana, en Rotestein. En ambas el santo repitió el milagro de curarlos a todos con rapidez y sin problemas, excepto por algunas recaídas al cabo de un año; en algunas iglesias la recaída anual era la regla y Hecker cita el caso de dos mujeres que acudían a la iglesia de San Vito en Drefelhausen, cerca de Ulm, una durante 20 y la otra durante 32 años consecutivos, para su cura anual.

San Vito nació a fines del siglo II en Sicilia, probablemente en Mazara; cuando era muy joven fue con Crescencia, quien era probablemente su nana, y con su amigo Modesto, a Lucania, en donde en el año 303 d. C. fueron alcanzados por los soldados pretorianos de Diocleciano y decapitados por negarse a abjurar su religión. San Vito fue enterrado en Florencia pero era tan milagroso que su fama se extendió por toda Italia y en el año 672 fue transferido a Apulia y enterrado ahí con gran pompa. Pero en el año 836 el papa le concedió el honor de cuerpo a la iglesia de Saint Denis y posteriormente a la de Covey, ambas en París, en donde san Vito descansa hasta hoy. Al principio su fama de santo milagroso abarcaba a todas las enfermedades, pero poco a poco se fue especializando en rabia y posesiones demoníacas. En la época en que su capacidad para curar a los enfermos de coreomanía empezó a generalizarse, se corrió el rumor de que, cuando el santo iba a presentarle el cuello a la espada, le pidió a Dios que le permitiera proteger de la enfermedad de la danza a todos aquellos que conmemoraran el día de su martirio y ayunaran esa noche, y que entonces se escuchó una voz que venía del cielo y dijo: "Vito, tu petición ha sido aceptada."

La presencia constante de músicos se observó desde las primeras epidemias de coreomanía, quizá porque una forma de iniciar el ataque de una o más personas era precisamente tocándoles música para que bailaran; después los propios peregrinos llevaban a sus músicos consigo y algunas ciudades contrataban músicos cuando se aproximaban las fiestas del día de san Juan o de san Vito, para que tocaran mientras los danzantes bailaban. De esta música no se conserva ninguna melodía pero se

sabe que alternaban ritmos movidos y alegres con otros más lentos, ya que durante los periodos más tranquilos algunos danzantes lograban romper el trance y salirse del baile, con lo que estaban curados; en cambio, la letra de algunas de las canciones que cantaban sí se ha conservado y generalmente hace alusiones al mar, a las aves o al movimiento; otras son grotescamente obscenas y reflejan el nivel de enajenación que permeaba cada episodio, incluyendo tanto a los danzantes como al público que los contemplaba. Los instrumentos que tocaban eran laúdes, flautas, gaitas y tambores, todos pequeños y ligeros, ya que había que caminar con ellos cargados al lado de los danzantes y tocándolos por todo el camino.

Existe un dibujo de un episodio de coreomanía llamado *Los peregrinos danzantes de Muelebeek*, un suburbio de Bruselas, realizado en 1564 por Brueghel el Viejo, aunque algunos críticos se lo atribuyen mejor a Brueghel el Joven, quien posiblemente copió un original (hoy perdido) de su padre. Otros artistas también lo copiaron y en 1642 Hondius lo grabó y lo reprodujo muchas veces. El dibujo muestra cinco personas atacadas de coreomanía, todas ellas mujeres, cada una de ellas acompañada y, en algunos casos, sostenida o reprimida, por dos sujetos, todos ellos hombres. A primera vista parece que se trata de una representación del baile dos-en-uno, popular entre los campesinos del norte de Europa en esa época, y la presencia de los dos músicos tocando la gaita lo apoya. Pero el dibujo también se conoce como *Las mujeres epilépticas de Muelebeek*, y aunque es poco probable que se juntaran cinco epilépticas con gran mal simultáneamente (y lo primero que le pasa a un sujeto con una crisis convulsiva epiléptica es que se cae al suelo) basta con verles la cara a los miembros de ese grupo para darse cuenta de que no están de fiesta sino que algo muy grave y doloroso les está pasando. Pero Brueghel escribió de qué se trata su dibujo: *“Estos son los peregrinos que iban a bailar el día de san Juan en Muelebeek en las afueras de Bruselas y cuando hayan bailado pasando sobre un puente y saltado muchas veces estarán limpios y libres por todo el año de la enfermedad de san Juan.”*

Paracelso escribió varias crónicas sobre la coreomanía en forma contradictoria, como era su costumbre. En la introducción de uno de sus trabajos nos recuerda al autor hipocrático que escribió sobre la epilepsia, negando que fuera una enfermedad divina. Paracelso dice: *“No admitiremos que los santos tienen el poder de producir enfermedades, y que éstas deben recibir sus nombres, aunque hay muchos que, en su teología, hacen gran hincapié en tal suposición, atribuyéndoselas más a Dios que a la natu-*

raleza, lo que es totalmente falso. Nos disociamos de esos chismes sin sentido, que no están apoyados por síntomas sino sólo por la fe, algo que no es humano y a lo que los dioses mismos no conceden ningún valor.”

Paracelso clasificó el baile de san Vito en tres grupos. El primero es el que se deriva de la imaginación y es la coreomanía original, bautizada por Paracelso como *corea imaginativa* o *estimativa*. El segundo grupo es la coreomanía asociada con deseos sensuales y depende de la voluntad, llamada por Paracelso *corea lasciva*. El tercer grupo es el que depende de causas corporales, al que llamó *corea naturalis*. Para explicar esta última propuso que ciertos vasos poseen una susceptibilidad especial que les hace producir risa, con lo que hay una alteración de los espíritus vitales que resulta en alegría intoxicante y deseos de bailar. Esto sugiere que Paracelso había visto casos de coreomanía diferentes a los uniformemente trágicos y frecuentemente letales descritos en el siglo XIV. En lugar de los saltos, los gritos incontrolados, los trances y el agotamiento, ahora los sujetos afectados bailaban y reían con mayor tranquilidad, y hasta podían seguir las órdenes que se les dieran, como por ejemplo que dejaran de bailar. En esa época empezaron a hacerse menos frecuentes los episodios de coreomanía grave y a verse más y más otros de enfermedad de la danza que podríamos llamar benigna, aunque todavía capaz de producir ciertos estragos.

Después del siglo XIV la coreomanía se hizo cada vez más rara, hasta que desapareció en el siglo XVII; quizá el último testigo presencial de un episodio masivo fue Horst, en 1623. Con la excepción del tarantismo, del que hablaremos a continuación y que la mayoría de los autores coinciden en considerar como una forma especial de coreomanía, esta enfermedad desapareció para siempre, o por lo menos no ha vuelto a presentarse en los últimos tres siglos. En 1844, al cerrar su estudio sobre la coreomanía, Hecker, el gran historiador de la medicina, propone lo siguiente: *“Si el baile de san Vito ya se encontraba en plena disminución a principios del siglo XVII, los acontecimientos subsecuentes fueron totalmente adversos para que continuara apareciendo... La superstición, en su forma antigua, no volvió a aparecer nunca, y la creencia en el dominio de los espíritus, que prevaleció durante la Edad Media, perdió para siempre su antiguo y formidable poder.”*

TARANTISMO

Para terminar, haré un resumen de algunos aspectos del tarantismo, otra enfermedad que surgió *de novo* en el siglo XIV, se desarrolló con el

tiempo hasta afectar simultáneamente a muchos miles de personas y después desapareció por completo. Mientras la coreomanía afectó principalmente al norte y al centro de Europa, el tarantismo se concentró en el sur de Italia. Otras diferencias entre las dos enfermedades son que en el tarantismo la iniciación del padecimiento se asociaba siempre con la picadura de una tarántula, la terapéutica era esencialmente musical y muy eficiente, la tasa de recurrencia periódica (casi siempre anual, aunque a veces con mayor frecuencia) era muy elevada, el padecimiento era raras veces letal y la epidemia iniciada en el siglo XIV no terminó sino hasta el siglo XVIII, o sea que duró más que la coreomanía centro-europea. Pero las semejanzas entre las dos enfermedades son sorprendentemente numerosas: el padecimiento afectaba a todas las edades pero era más frecuente en el sexo femenino, los síntomas eran una gran inquietud, malestar general y melancolía, que desaparecían rápidamente al escucharse un tipo específico de música, la tarantela, una danza rápida y rítmica, un poco a la turca, con lo que el sujeto afectado se animaba inmediatamente y empezaba a bailar con gran alegría durante horas y horas, hasta que el cansancio lo hacía perder el conocimiento y desplomarse en el suelo. Al despertar de ese colapso, el paciente se encontraba curado de ese ataque y con gran frecuencia por todo el año, pero al siguiente verano (pues ésta era la época en que la enfermedad adquiría carácter de epidemia) volvía a tener los mismos síntomas.

El tarantismo parece haberse iniciado en el sur de Italia, en la región antiguamente conocida como Apulia. En esa zona abunda un tipo de arácnido, *Lycosa tarantula*, que es perfectamente inocuo a pesar de su gran tamaño, su color negro y su aspecto velludo. También existen otros muchos arácnidos, que se encuentran en otras regiones calurosas y húmedas del sur de Italia, entre ellos *Latrodectus mactans*, la famosa “Viuda Negra”, y *Latrodectus malminette*, otra variedad de “Viuda Negra”. Pero en Apulia no hay más arácnidos venenosos que en otras partes de Italia; lo que sí hay es mucho más calor, especialmente en el verano, cuando la temperatura sube tanto que la gente empieza a hacer cosas muy raras.

En la Edad Media, la ciudad más importante de Apulia era Taranto, la Tarentum romana, y el río principal es el Tara. Naturalmente, la asociación onomatopéyica con tarántula es inmediata y automática, pero desafortunadamente no viene de ahí, sino de *terrantola*, el nombre que los italianos le dieron a la lagartija, que los romanos llamaban *stellio*.

Entre los romanos existía la superstición (una entre muchas) de que este tipo especial de lagartija (la fabulosa lagartija estrella) no sólo era venenosa sino que además era extraordinariamente inteligente pero de manera criminal, al grado que el adjetivo de los juristas para un fraude sutil y complejo era *stellionatus*. La autoridad responsable de que la araña en cuestión se llame lagartija es Nicolás Perotti, un distinguido humanista y filósofo que nació en 1430 y murió 50 años después. Perotti hizo la primera descripción del tarantismo y dijo que se debe a la picadura de la *terrantola*, a la que procede a identificar como una araña grande, negra y peluda muy común en Apulia, “que los romanos llamaban *stellia*”. ¿Es posible que los humanistas del siglo XIV no hayan podido distinguir entre una araña y una lagartija? Mi respuesta a esta pregunta es que es perfectamente posible, y no sólo en el siglo XIV.

De acuerdo con Perotti: “*La enfermedad aparecía en el pico máximo de calor del verano, en julio y agosto, y especialmente en los días más agotadores. Las gentes afectadas, estuvieran dormidas o despiertas, repentinamente daban un salto provocado por un dolor agudo, como la picadura de una abeja. Algunos podían ver a la araña, otros no, pero todos sabían que era la tarántula. Corrían entonces a la calle o al mercado, bailando con gran excitación. Pronto se les reunían otros que, como ellos, acababan de ser picados por la araña, o bien habían sido picados en años anteriores, porque esta enfermedad nunca acababa de curarse del todo.*”

Pero ésta no era la única reacción a la primera picadura de la tarántula. En otros casos, el cuadro era diferente: “*...la enfermedad no adoptaba un giro tan alegre. Los pacientes lloraban todo el tiempo, como si estuvieran sufriendo terriblemente por un deseo insatisfecho, y pasaban sus días en la mayor ansiedad y miseria. De la misma manera, otros pacientes sufrían crisis mórbidas de amor y dirigían sus fervientes miradas a las mujeres, e incluso se habla de algunas muertes ocurridas en medio de algún paroxismo de risa o de llanto*”.

A finales del siglo XV el tarantismo ya había rebasado las fronteras de Apulia, a otras regiones del sur de Italia, junto con el miedo de ser picado por la tarántula. En el verano, pueblos y ciudades resonaban con la alegre música de la tarantela y grupos cada vez mayores de tarantistas bailaban incesantemente; a estos grupos se sumaban otras personas que habían sido picadas por otros insectos, o que creían que alguna vez podían haber sido picadas por la tarántula pero no estaban seguras, y otras más que simplemente se contagiaban de la alegría y después del frenesí de la danza interminable. En esa época se creía que con el baile el veneno de la tarántula se distribuía por todo el cuerpo y se eliminaba

por la piel, con el sudor; pero si al final quedaba todavía algo de veneno en el cuerpo, aun el menor vestigio, se transformaba en un germen permanente de la enfermedad, que entonces recaía cada verano, cuando empezaban el calor y la música. De esta manera el tarantismo se estableció como una fiesta regular anual del populacho, que la anticipaba y la disfrutaba con gran gusto.

Aun en el siglo xiv el tarantismo empezó a mostrar nuevos aspectos. Con frecuencia, los danzantes bailaban blandiendo espadas con tal energía que amenazaban al público, a otros tarantistas y hasta a sí mismos; los que no tenían espadas se excitaban de la misma manera con objetos que brillaran en forma metálica. Como en la coreomanía centroeuropea, los tarantistas mostraban preferencias por ciertos colores y rechazo de otros, que expresaban con vehemencia exagerada y no pocas veces violenta. Baglivi, quien describió extensamente la enfermedad en el primer tercio del siglo xvi, dice que un color favorito era el rojo (en diferencia con los afectados por el baile de san Vito, que lo detestaban), pero también el verde y el amarillo; en cambio, no toleraban el negro y su simple presencia los alteraba profundamente, persiguiendo y amenazando a los espectadores que tuvieran una prenda de vestir de ese color. Se había desarrollado también gran gusto por ramas verdes, preferentemente de vid, y por estanques con agua, alrededor de los cuales bailaban durante horas, sumergiendo los brazos y la cara en el agua de cuando en cuando. Finalmente, todos ingerían grandes cantidades de vino durante el episodio pero, según Baglivi, sin que a nadie le hiciera el menor efecto.

También se habían desarrollado diferentes tipos de tarantelas, para tocarse según los ánimos de los danzantes: una era el "Panno rosso", la más rápida y apasionada, que se tocaba para los danzantes más fogosos; otra era el "Panno verde", un poco más relajada, que permitía canciones en las que se hacía referencia a campos idílicos y prados sombreados y frescos; otra más se conocía como "Cinque tempi" y otra más era la "Moresca". La letra de las tarantelas que se cantaban era variable pero muchas de ellas hacen referencia al mar, como en el siguiente ejemplo:

Llévame al mar si deseas curarme
Al mar, al mar, así es como me ama mi amado
Al mar, al mar, mientras yo viva te amaré...

Respecto a la duración del tarantismo en Italia, Hecker dice lo siguiente: *"El tarantismo alcanzó su máximo desarrollo en Italia en el siglo XVII,*

mucho tiempo después de que el baile de san Vito había desaparecido de Alemania. No eran solamente los nativos los únicos afectados por la enfermedad, sino también extranjeros de cualquier color y de cada raza, negros, gitanos, españoles y albanos la padecían de la misma manera. Tampoco la juventud o la edad protegían contra los efectos producidos por la picadura de la tarántula o por la visión de los enfermos, de tal forma que viejos de noventa años tiraban sus muletas al escucharse la tarantela, y como si una poción mágica capaz de restaurarles su juventud y vigor estuviera circulando por sus venas, se unían a los bailarines más extravagantes. Ferdinando vio a un niño de cinco años atacado por el tarantismo, como consecuencia de la picadura de la tarántula, y lo que es casi increíble, si no estuviese apoyado por el testimonio de un testigo presencial tan confiable, incluso los sordos no estaban excluidos de esta enfermedad, debido a la potencia del efecto que producía la vista de los afectados, aun en ausencia de las exhilarantes emociones producidas por la música.”

Naturalmente, había algunos escépticos que negaban que la tarántula de Apulia fuera venenosa y consideraban a la enfermedad, que cada año conmocionaba a toda Italia, como una forma de melancolía dependiente de la imaginación. Incluso el obispo de Foligno, don Juan Bautista Quinzato, aceptó el reto de dejarse picar por la tarántula para demostrar que era inerte, pero inmediatamente después de la picadura empezó a sentirse tan mal que hubo que traer a toda prisa unos músicos que le tocaran la tarantela para que se aliviara bailando.

COMENTARIO FINAL

Aquí termina mi repaso de algunas enfermedades que, a lo largo de la historia de la humanidad, aparecieron y desaparecieron, sin que los episodios relatados puedan explicarse con comodidad dentro del concepto higienista prevalente, de la influencia de las condiciones ambientales o externas en la determinación de la patología. Mi último comentario es que yo estoy convencido de que el concepto higienista mencionado es correcto, siempre y cuando no reclame que su enunciado agota y sustituye a todas las otras explicaciones posibles de todos los distintos fenómenos que cubre. Como dice Shakespeare: *“Hay más mundos en el cielo, Horacio, que los que sueña tu filosofía.”*

Muchas gracias

