

## **LAS CALENTURAS CRIOLLAS. Médicos y curanderos en Cumaná (Venezuela) durante el siglo XVIII.**

**Emanuele Amodio**

Escuela de Antropología. Universidad Central de Venezuela. Caracas – Venezuela  
[[eamodio@reacciun.ve](mailto:eamodio@reacciun.ve)]

### **Resumen**

En el encuentro, más o menos violento, entre sociedades diferentes, las culturas de los grupos sociales sufren modificaciones que afectan todos los aspectos de la vida. Entre éstos, cambian también los conceptos de salud y curación, siendo la sociedad más fuerte la que impone su modelo médico, aunque elementos de los grupos subalternizados pueden ser asumidos por el grupo dominante. Es por esto que, en el caso americano, aunque después de siglos del inicio de la conquista, encontramos múltiples figuras y formas de especialistas médicos provenientes tanto de los grupos subalternos de Europa, como de los pueblos indígenas sometidos. Este proceso de sincretismo médico, que tiene en Cumaná (Venezuela) un ejemplo muy expresivo, continúa hasta el siglo XVIII, cuando la nueva medicina clínica desplaza las viejas prácticas con un nuevo saber y con instituciones de control, como es el caso del Protomedicato, fundado en Caracas en 1777. De estos acontecimientos en Cumaná se intenta una etnografía y algunas avances de interpretación.

Palabras clave: Curanderos, Antropología médica, Cumaná.

### **Abstract**

#### **The Creole fevers: Doctors and quack doctors in Cumaná (Venezuela) during the XVIII century**

In the encounter, more or less violent, among different societies, the cultures of the social groups suffer modifications that affect all the aspects of the life. Among these, they also change the concepts of health and cure, being the society but strong the one that their medical model imposes, although elements of the subordinate groups can be assumed by the dominant group. It is for this reason that, in the American case, although after centuries of the beginning of the conquest, we find multiple figures and specialists' medical coming point of the subordinate groups of Europe forms, as of the subjected indigenous towns. This process of medical syncretic that has in Cumaná (Venezuela) a very expressive example, continues until the XVIII century, when the new clinical medicine displaces the old ones practical with a new knowledge and with control institutions, he/she eats it is the case of the Protomedic, been founded in Caracas in 1777. Of these events in Cumaná an ethnography is attempted and some advance of interpretation.

Key words: Quack doctors, medical Anthropology, Cumaná.

## Introducción

Desde su definitivo arranque, durante el siglo XVIII, el proyecto científico de conocimiento del mundo impulsó la constitución de redes de intercambio de saber que, más o menos acertadamente, Kunh ha llamado “comunidades”. Se formaron redes de intercambio constituidas por expertos en campos específicos del saber, identificados e identificables gracias a su tendencial homogeneidad en cuanto a su intención cognoscitiva y a la forma general (teórica y metodológica) de llevar adelante su tarea. Claramente, se trataba de grupos transversales (es decir, no formaban una comunidad “natural”), pero funcionantes en el marco de una cultura general común (la Occidental, aunque con presencia de sub-culturas particulares en su interior, lo que define de alguna manera el “estilo” de cada sub-comunidad científica).

La conciencia de la formación de “comunidades científicas” estuvo presente ya desde el mismo siglo XVIII, tanto que los mismos campos disciplinares se formaron a través de una doble articulación epistemológica: (a) la ruptura con el pensar “antiguo”, bajo el impulso de los nuevos paradigmas científicos que se estaban volviendo dominantes (“modernos”) y (b) a través de la puesta en práctica de una tensión historiográfica que para definir el “presente” necesitaba, al mismo tiempo, encontrar raíces en el pasado. De esta manera, la negación del “antiguo” paradigma se acompañaba a la identificación de huellas pasadas de las nuevas propuestas. No se trata de una contradicción, sino de una teoría de la producción del saber: las ideas dominantes de una época desplazarían otras que son reprimidas o “ridiculizadas”, aunque “verdaderas”. Cuando finalmente el paradigma científicamente “verdadero” se instaurara, era posible volver al pasado para identificar las raíces lejanas y las subterráneas corrientes de saber que habían llevado a la instauración de la “verdad”. Este tipo de “construcción de pasado”, que continúa en parte activo hasta el presente, se caracteriza por ser un oficio historiográfico producido “desde adentro” de cada campo disciplinar: son los mismos productores del saber específico que se interesan de historiar el campo disciplinar donde operan. En este sentido, estas

historiografías “internalistas” se presentan y funcionan como “relatos míticos” que fundan y justifican, de manera extra-científica, el discurso del presente.

En el caso de la medicina, la constitución de redes de intercambio del saber tiene origen en la Edad Media (por ejemplo, la Escuela de Salerno y sus relaciones con Bologna y París), aunque es en el contexto ilustrado que se registra su definición teórica y experimental. De la misma manera que en otros campos, fueron y son sobre todo los mismos médicos quienes historian su disciplina, produciendo un largo relato evolucionista, marcado por las oposiciones semánticas de oscuridad/luces, error/verdad y, por encima de estas, la de enfermedad/salud. Estas historias generalmente comienzan con las prácticas médicas de los “pueblos primitivos” (acomunando de manera indiferenciada pueblos indígenas contemporáneos y antepasados de los europeos), pasan por Egipto y Grecia; se detienen en Roma, donde finalmente algunas “luces” comienzan a verse en el gran mar oscuro de la “barbarie”; llegando a la Edad Media, con su influencia araba y, finalmente, al siglo XVIII, cuando arrancarían la “medicina científica” (cf. Lain Entralgo, 1984).

Sin embargo, es posible hacer historia de los campos disciplinares nacidos de la ilustración desde perspectivas diferentes, es decir, desplazando el lugar de la mirada hacia el exterior de las “comunidades”, hacia fuera, donde la pregunta esté suficientemente definida por una perspectiva no médica. Esta historia “externalista”, que respondería a las exigencias de una “arqueología del saber no contaminada por el evolucionismo médico, tiene que tener en cuenta no solamente el contexto cultural de la producción de ideas médicas, sino también la existencia de grupos socio-culturales, internos a la misma sociedad occidental, productores de paradigmas no directamente influenciados por la ilustración médica (la medicina clínica, sobre todo). En verdad, se trata de hacer historia desde una perspectiva antropológica y, como es común en esta disciplina, con una fuerte atención a las distintas culturas y, por ende, a las diversas lógicas que los grupos, internos o externos al Occidente, ponen en práctica.

Es así, por ejemplo, que sobresale inmediatamente la necesidad de distinguir entre “salud” y “medicina”, aunque claramente relacionados ya que la segunda nace como respuesta a la falta de la primera (la enfermedad).  
Escribe Giorgio Cosmacini:

“Medicina y sanidad no son, obviamente, la misma cosa. Son nombres que designan una realidad compleja, armazones semánticos de esa realidad explorada a dos diferentes niveles. La sanidad o salud -o su contrario, la enfermedad- es un fenómeno natural y social, interfaz de estructuras profundas, biológicas y económicas. La medicina es un epifenómeno, o un fenómeno super-estructural, que se modela sobre el fenómeno anterior, con el cual interacciona, modificándolo. Mutables y modificables en el tiempo, las dos son variables históricas, interdependientes, de la relación natura/cultura, en ámbito individual, y de la relación hombre/sociedad, en ámbito colectivo: relaciones mediatizadas ambas por la técnica, por la ciencia, por la cultura, por la mentalidad, características de cada época” (Cosmacini, 1987: IX).

Mientras que la “medicina” bien podría pertenecer a una historia de las ideas médicas, la “historia de la salud” necesariamente debería pertenecer o ser el objeto de una antropología médica histórica, ya que se trata de la producción de ideas y comportamientos que los grupos culturales producen coralmente para entender las crisis del “equilibrio” mente-cuerpo-sociedad que define, en cada sociedad y con sus características, lo que podemos llamar “estado de salud”. Se trata de dos recorridos paralelos, donde las relaciones recíprocas están marcadas por las condiciones locales de producción del saber (comunitaria o elitista), aunque es necesario subrayar que las “medicinas” no siempre son el resultado de la constitución de grupos especializados del saber médico, sino que la gente misma, por su cuenta, intenta producir “medicinas salvajes” fuertemente relacionadas con su representación cultural del mundo.

Es en este contexto, sobre todo en sociedades estratificadas, que la producción de saber médico especializado es controlada por el grupo social dominante, hasta constituir un “cuerpo médico” de funcionarios al servicio del estado (para el XVIII, el llamado “Despotismo ilustrado”), encargado de velar para la buena puesta en práctica del saber oficial y de la formación de los nuevos “funcionarios médicos” (cf. Amodio, 1998). Negación de saberes “otros” y represión de figuras “alternativas” son las dos constantes en la

historia del Occidente ilustrado, cuando la nueva visión clínica fue asumida por las instituciones del estado del Antiguo régimen (cf. Foucault, 1986; Amodio, 1997). En América encontramos los mismos procesos y no solamente en las metrópolis, sino también en ciudades y pueblos de menor tamaño poblacional y menor importancia política, ya que el nuevo paradigma funciona solo en la medida que se extienda, hasta eliminar completamente los contenidos culturales “otros” que pueden ponerlo en crisis.

De estas conclusiones, nuestro intento de historiar la medicina y la salud de Cumaná (Venezuela) durante el siglo XVIII, con su origen en ámbitos culturales diferentes y su constitución como campo de lucha entre fuerzas políticas diversas y saberes encontrados. Porqué, como escribe J. Leonard, “la medicina-ciencia nunca es una investigación aislable, es la medicina de un contexto cultural. De la misma manera, la medicina-profesión nunca es una realidad neutra, es la medicina de un contexto socio-político” (Leonard, 1981: 8).

## **1. Enfermedades y prácticas curativas en Cumaná durante la época colonial**

Antes de presentar el panorama de las enfermedades presentes en Cumaná durante el siglo XVIII, vale la pena subrayar la diferencia de sentido que las mismas pueden tener en ámbitos culturales diferentes, sobre todo en consideración de los distintos grupos étnicos que componen tanto la ciudad capital como toda la provincia de Nueva Andalucía. El sentido de la enfermedad o, mejor, la definición misma de lo *sano* y lo *enfermo* depende de los contenidos culturales de cada sociedad, ya que es sobre la noción de equilibrio psicofísico que cada cultura construye a sí misma. En el caso de los pueblos indígenas del Oriente de Venezuela es posible detectar una concepción donde las “enfermedades” estaban clasificadas según su origen: enfermedades del cuerpo debidos a accidentes naturales, otras derivadas de la ruptura de algún tipo de regla social, incluyendo las relaciones entre los individuos y, finalmente, otras derivadas de la crisis de la relación con entidades espirituales.

Para cada uno de estos tipos de enfermedad existía un sistema de curación, siendo el más importante el de tipo chamánico, auxiliado por otro de tipo empírico, basado en la utilización de sustancias naturales (sobre todo hierbas) para la curación (cf. Amodio, 1995). Por otro lado, la particular relación entre número de individuos y ambiente, había producido un control en la multiplicación de los integrantes de los grupos indígenas locales, tanto que las enfermedades más agudas o que involucraban a los viejos, raramente eran curadas ya que de esta manera, junto a otros métodos, era posible controlar la multiplicación de la población local y, por ende, el equilibrio con el ambiente. Esto implicó un escaso desarrollo de los sistemas médicos empíricos y un desarrollo de los sistemas rituales destinados a mantener el grupo en equilibrio social. Véase la siguiente descripción de una sesión de curación observada por Girolamo Benzoni en la Isla Española durante las primeras décadas de la conquista:

“En la isla española y en todas las demás, los médicos locales que querían curar a algún enfermo iban a su morada para darle humo, y cuando estaba bien embriagado consideraban hecha la mayor cura; al volver en sí, é decía mil cosas, que habían estado en el consejo de los dioses y habían tenido grandes visiones; luego le daban tres o cuatro vueltas; le frotaban con las manos el cuerpo y los riñones haciéndoles muchas muecas con la cara e introduciéndole en la boca un hueso y una piedra, cosas que luego guardaban las mujeres como sagradas y buenas para hacer parir” (Benzoni, 1967: 98).

En el caso de los españoles que se habían establecido en Tierra Firme, la situación era parcialmente diferente. Por lo que se refiere a los grupos populares, su manera de ver la enfermedad no era muy diferente de la indígena local, así como su mismo sistema médico, en gran parte de tipo ritual. Esta parcial coincidencia entre el sistema médico popular español y el indígena favoreció la creación de sincretismos, tanto que a los pocos años de la conquista, sobre todo en el ámbito urbano, constituían un sistema unitario de teorías y prácticas médicas. Véase por ejemplo la referencia que Humboldt hace al zapatero español de la península de Araya, quien curaba con “plantas medicinales, que él dividía, como todos los colonos desde Chile hasta California, en plantas *calientes* y *frías* ” (Humboldt, I, 1985: 444). Estas concepciones eran, a la vez, de origen indígena local y de

algunas regiones europeas, tanto que una vez fusionadas es difícil saber cual concepción había influido sobre la otra (cf. Foster, 1980).

Diferente es la concepción de los grupos más acaudalados que participaban de un sistema médico oficial de tipo hipocrático y, durante el siglo XVIII, del nuevo sistema clínico. Aquí, la enfermedad era en general producida por un desequilibrio biológico, según las teorías humorales de Hipócrates, y por la concepción de tipo hidráulico del cuerpo que imponían, por ejemplo, las sangrías como método constante de curación. No cabe duda de que, por debajo de estas concepciones, permanecían ideas de tipo religioso, residuos de la Edad Media, cuando un enfermo era substancialmente alguien a quien Dios estaba castigando por alguna falta. Así que, en algunas situaciones especiales, como las epidemias, no era raro ver en todas las ciudades americanas “rogativas” a algún santo para que los liberara del “castigo” de la enfermedad (Santa Rosalía, San Benito, etc.) (cf. Frías Nuñez, 1992: 146-147). Sin embargo, a lo largo del siglo XVIII, estas ideas comenzaron a mermar definitivamente, hasta volverse obsoletas, frente a la naciente epidemiología que, a partir de las concepciones sobre el “mal aire”, entre otras, había ido constituyendo ya un corpus de conocimientos de tipo científico.

En este panorama deben ser insertados tanto los datos sobre enfermedades en Cumaná, como las prácticas curativas para eliminarlas, incluyendo las nuevas concepciones sobre higiene y hospitales.

Durante los primeros siglos de la conquista, las noticias sobre las enfermedades sufridas por los españoles circularon tanto en España como en América. Entre éstas, a parte de las derivadas de los problemas de alimentación y salubridad en los barcos que realizaban la travesía, se hicieron famosas las “calenturas” que eran atribuidas fundamentalmente al clima tropical. No extraña esta apreciación si consideramos que los españoles tardaron mucho en adaptar su cultura al medio ambiente americano, particularmente al tropical (en el caso andino la situación se presenta diferente). Véase lo que escribe Girolamo Benzoni de una

enfermedad que sufrió en la isla Española de regreso de Paria en esos primeros años de la conquista:

“Además, ya por el cambio de clima y alimentos, ya por el gran calor, el mal dormir y la mucha humedad de la tierra, me enfermé; y no sé cómo habría acabado si no hubiese recibido ayuda de Antonio Castigliani, noble sacerdote francés...” (Benzoni, 1967: 30)

La iconografía de los primeros siglos de la conquista nos presenta a militares y conquistadores, con sus armaduras y fardos de lana atravesando selvas y ríos y, claramente, donde no eran los animales los que estorbaban, eran los insectos y los “calores” que sus ropas producían, con las consecuencias previsibles en términos de enfermedades respiratorias y llagas corporales. El ya citado Benzoni nos ilustra sobre el peligro representado por las niguas:

“Hay algunos pestíferos animalitos llamados niguas, del tamaño de las pulgas, que, sin darse uno cuenta, se le incrustan entre las uñas y la carne, especialmente en los pies; se nutren de polvo, y a veces no se siente ningún dolor, hasta que se ponen del tamaño de garbanzos o lentejas; entonces los extraen llenos de liendres con una aguja o una espina. Este mal se cura con ceniza caliente; mas a numerosos esclavos negros les ha sucedido que por no tener calzado se les ha introducido tal cantidad en los pies, que no ha habido otro remedio que aplicarles hierro candente; algunos se han quedado lisiados” (Benzoni, 1967: 105).

La descripción de Benzoni continúa con la referencia a la sarna que sufrió y de como se liberó de este mal bañándose a menudo y que, añade, “algunos españoles, a los cuales les dio pereza lavarse dos o tres veces al día y asearse, quedaron lisiados” (ídem). Es explícita aquí la dificultad de adaptar la cultura española al nuevo clima y ambiente, ya que lavarse mucho hasta podía, para la cultura médica de la época, generar enfermedades, sobre todo en los climas fríos y en los infiernos europeos. En el Trópico, las condiciones eran otras y, por ende, otras debían ser las prácticas higiénicas, tomando ejemplo de los indígenas que estaban bien adaptados a las tierras tropicales (ir desnudos, bañarse a menudo, etc.).

Estas consideraciones generales adquieren particular importancia cuando de epidemias se trata, ya que muchas veces esas explosiones de enfermedades encontraban en las escasas condiciones higiénicas el caldo de



cultivo idóneo para reproducirse. Es el caso de la viruela, cuya transmisión no necesita vectores, trasmitiéndose a través de la saliva o de fragmentos que se desprenden de las heridas y se depositan en la ropa o circulan por el aire, siendo así ingeridas por los sanos.

## **2. Enfermedades y medicina en Cumaná durante el siglo XVIII**

En el caso de Cumaná, es posible extraer de la obra de Antonio Caulín (1779) una lista de enfermedades particulares de la Nueva Andalucía durante la primera mitad del siglo XVIII, con su respectivo tipo de curación vegetal. Se trata de los capítulos V y VI de la *Historia de la Nueva Andalucía* (1779), titulados “Arboles, Plantas menores medicinales, que la Divina Providencia cría en estos montes para beneficio de los Hombres” y “De las Raíces, Gomas, resinas, y Bálsamos medicinales que se crían en estos montes”, donde Caulín reseña 29 plantas y sustancias de origen vegetal que eran utilizadas para curar algún malestar o enfermedad (cf. Caulín, I, 1987: 55-70).

<b>Sustancia curativa</b>	<b>Enfermedades</b>
Tamarindo	Acrimonia, cólera, exaltación de la sangre, calenturas, ictericia, ardor de estómago, purgante, sedante.
Tuórko	Corroborante, indigestiones y obstrucciones.
Guayacán	Obstrucciones de orina, purificación de la sangre, gota y dolores reumáticos, catarros y flatos, Lúe gálica.
Merey	Diarreas, disenterías, apoplejía, empeines, escabias y ronchas.
Drago	Hemorragias, diarreas, astringente de las encías.
Cañafistola	Pleuresía, dolores de costado, dolores de riñones y vejiga, gonorrea.
Sasafrás	Enfermedades que necesitan sudoración, obstrucciones, enfermedades venéreas.
Má a	Calenturas.
Guarúchi	Venenos coagulantes debidos a mordedura de cascabel, lombrices, dentadura floja.
Corózo	Problemas de menstruación, favorece la fecundidad, calenturas.

Bosúa	Fluxiones oculares.
Palo de Cruz	Disenterías, diarreas, hemorragias de herida.
Ygueréta	Inflamaciones externas, obstrucciones del hígado y bazo.
Piñones	Humores fríos, hidropesía, obstrucciones, dolor de oído y sordera.
Brusca Hedionda	Resfriados, carminante para los intestinos, venéreas y dolos de junturas.
Tuatúa	Indigestiones y calenturas.
Yerba meóna	Gonorrea, purificación de úlceras de los riñones, uretitis y vejiga.
Paja Brava	Dolores nefríticos y de la ijada.
Triquitraque	Gonorrea y problemas menstruales.
Escuerzonera	Atemperar la masa sanguíña
Tusilla (Contrayerba)	Contra venenos coagulantes, diaforética, febrifugo, resfriado del estómago (indigestión), flatulencia, disentería.
Batatilla	Purgante
Zarzaparrilla	Infecciones venéreas, gonorrea, reumatismo, ciática, escrúfulas y lamparones.
Espongilla	Evacuar humores, enfermedades de nervios y articulaciones, obstrucciones de los intestinos, asma, cólicos, flatos, hidropesía, quebrantos, tercianas.
Zécua	Para vomitar tóxicos o venenos, calenturas “ayres nocivos”.
Jenxibre	Resfriados, corroborante del estómago, para excitar el apetito, escorbuto.
Incienso	Humor frío reumático, fluxiones de los ojos, dolores de muelas y cabeza, dislocaciones de las articulaciones, consolidación de los nervios.
Balsamo de Copaiva	Limpieza de heridas, purgante, convulsiones, reumatismo, cólicos, dolor de la ijada, fracturas y, dislocaciones, gonorrea, problemas de menstruación, escorbuto, hidropesía, obstrucciones de vejiga, asma y tisis.
Maguey	Crudezas del estómago, llagas, materias pútridas en el estómago.

Si consideramos la lista de enfermedades citadas por Caulín como representativa de los malestares que sufrían los habitantes de Nueva PH, 1, enero-junio, 2002, ISSN 1690-4818.

Andalucía, podemos inferir cuales eran las más frecuentes. Sobresalen las referencias a las enfermedades del estómago y de la sangre, seguidos por las calenturas, los dolores de origen variada y las enfermedades venéreas, que debían abundar en esa época.

Por lo que se refiere a las curaciones, llama la atención el gran número de enfermedades que el Bálsamo de Copaiba curaría, verdadero poli-remedio, aunque Caulín es explícito en aclarar que para los varios tipos de enfermedades se utiliza de manera diferente. La conclusión de Caulín es que “de todo hay con abundancia en esta Provincia, donde suple la Divina Providencia con tan usuales medicinas lo que falta de Boticas, y verdaderos inteligentes de la medicina” (Caulín, I, 1987: 70).

Fiebres y resfriados parece que eran muy frecuentes, siendo las primeras una categoría también genérica de malestares de origen muy diferente. Es este el caso en que la enfermedad está definida por el síntoma más que por su causa real. Veamos un par de casos de “fiebre” citados por Humboldt. El primero se refiere al mismo barco en el cual realizó la travesía. El viajero alemán relata que en los últimos días de navegación algunos pasajeros, unos esclavos y dos marineros se enfermaron con fiebres y delirios. Escribe Humboldt: “Los síntomas no eran igualmente alarmantes en todos los individuos, varios de los cuales, sin embargo, y sobre todo los más robustos, entraban en delirio desde el segundo día, y experimentaban una postración total de fuerzas” (Humboldt, I, 1985: 258). Según Humboldt una buena fumigación y un poco de quina, que desde la segunda mitad del siglo XVIII era conocida y utilizada tanto en América como en Europa, hubiera resuelto el problema. Sin embargo, de diferente opinión era el cirujano de a bordo: “un cirujano gallego, ignorante y flemático, recetaba sangrías, pues que atribuía la fiebre a lo que llamaba ardor y corrupción de la sangre” (ídem).

El otro caso de fiebres se refiere a la ciudad de Cariaco cuyos habitantes, a la llegada de Humboldt y Bonpland, estaban tendidos en sus hamacas acosados por fiebres intermitentes. Coherente con las ideas de la época sobre “mal aire” y “miasma”, Humboldt interpreta de esta manera las fiebres:

“Teniendo en consideración la suma fertilidad de los llanos circundantes, su humedad y la masa de vegetales que los cubren, se comprende fácilmente por qué, en medio de tanta descomposición de materias orgánica, no disfrutaban los habitantes de esa salubridad del aire que caracteriza el campo árido de Cumaná” (Humboldt, II, 1985: 138).

Las propiedades nocivas de los gases producidos por la descomposición darían origen a las fiebres y ésta debía ser una idea compartida si los misioneros buscaban para sus pueblos de misión los sitios más ventilados, alejándose del bosque tropical profundo. Se evidencia aquí la superposición entre sistemas médicos diferentes, ya que Humboldt no parece poner en dudas las ideas medievales sobre los efectos del “miasma” y, al mismo tiempo, intenta darle explicación química, dedicándose a una culta descripción de los gases producidos por la descomposición de los vegetales.

Las enfermedades de Cariaco degeneraban con facilidad en fiebres perniciosas y tifoideas, según lo que el mismo Humboldt afirma. La curación, a parte las ya citadas sangrías cuando algún cirujano o práctico estaba disponible, consistía en limonada e infusiones de escobilla (*Scoparia dulcis*). Eran raros los casos de uso de *Cuspare* que, según el científico alemán, era la quina de Nueva Andalucía (cf. Humboldt, II, 1985: 143). Otra cura de las fiebres intermitentes, muy utilizada también en Cumaná, era la llamada *Semilla del Guácharo*: se trata de los residuos de semillas que se encontraban en el estómago de los polluelos del Guácharo, que eran cazados para esta finalidad.

Otra enfermedad frecuente en esos siglos coloniales era la de los ojos que se inflamaban fácilmente. En la época del auge de Cubagua, habiéndose dado con frecuencia una inflamación de los ojos, los españoles habían atribuido su causa al agua que traían del río Manzanares. Más allá de esta explicación, las enfermedades oftálmicas estuvieron frecuentes en Cumaná, tanto que se desarrollaron varias curaciones empíricas, entre las cuales encontramos una bien interesante para expulsar corpúsculos de los ojos. Dejamos a Humboldt describir esta curación:

“De todas las producciones de la costa de Araya la que mira el pueblo como las más extraordinaria, y podría decirse como la más maravillosa,

es la piedra de los ojos. Esta sustancia calcárea es el objeto de todas las conversaciones; y según la física de los indígenas, es a un mismo tiempo piedra y animal. Hállasela en la arena, donde está inmóvil; pero aislada en una superficie lustrosa, por ejemplo en un plato de estaño o de loza, se mueve cuando se la excita con zumo de limón. Colocando el supuesto animal dentro del ojo, se encoge y expulsa cualquier otro cuerpo extraño que en el se haya introducido accidentalmente. En la salina nueva y en la aldea de Manicuares se nos ofrecieron por centenares las piedras de los ojos, y los indígenas se apresuraban en demostrarnos el experimento del limón” (Humboldt, I, 1985: 452-453).

De nada valieron las explicaciones químicas del sabio alemán sobre las reacciones entre un elemento calcáreo y el zumo ácido del limón, los habitantes de Araya se enojaban y hasta querían introducirles arena en los ojos para que los “musius” probaran la eficacia de su remedio tradicional. Un remedio vegetal muy utilizado fue la resina llamada *Sangre de Drago*, que era utilizada para curar enfermedades de la boca, particularmente como astringente para las encías.

Sin embargo, las enfermedades más temidas eran las epidemias que periódicamente azotaban el Caribe y la Tierra Firme. Muchas veces de nada servían las medidas preventivas que se aprontaban, como los controles en los barcos que atracaban en los puertos. Para tener una idea de este control citamos el caso de unos enfermos de sarampión que desde Cumaná llegaron a La Guaira en 1621. Ricardo Archila cita el *Acta del Cabildo* de Caracas del 15 de junio de ese año:

“Y por cuanto en una fragata que vino de Cumaná ha benido una mujer que se dise trae dos criaturas con sarampión, que también es contagioso, mayormente de aquella parte donde se an muerto y mueren mucha personas,, como lo an avisado a esta ciudad vecinos de Cumaná, por cuya rasón el alcayde de la fuerza no a dejado en el dicho puerto que la dicha mujer esté en tierra con sus hijos, y porque es bien se prevenga con tiempo el remedio necesario, en este caso como de los demás se mandó que el dicho procurador general se ynforme del dicho alcayde lo que en esto pasa y así mismo vea la dicha mujer y personas, y procure ynformarse de todo para que con los demás, se haga relación en este cavildo y se provea lo que más conbenga a la utilidad pública” (en Archila, 1961: 129).

Descubrimos así que (a) había en ese año una epidemia de sarampión en Cumaná y (b) que las comunicaciones oficiales sobre el tema entre

funcionarios de distintas ciudades no eran tan fluidas. Tal vez cabe aquí la posibilidad de que un anuncio de ese tipo hubiera podido bloquear los tráficos comerciales desde y para la ciudad afectada por la enfermedad contagiosa.

Otra epidemia de sarampión, esta vez mucho más grave, se desató en 1692 llegando a todos los pueblos de la provincia, como se lee en la *Relación al Rey del gobernador de Cumaná Gaspar del Hoyo y Solórzano del 19 de setiembre de 1695* (AGI, Santo Domingo, 189). Los pueblos de indios fueron alcanzados más gravemente, tal vez por no haber desarrollado las mismas defensas biológicas que los europeos, ya que se trataba al fin y al cabo de una enfermedad para ellos nueva. Es Caulín quien nos da una descripción de los estragos causados por la enfermedad en el Pueblo de Misión de Nuestra Señora del Amparo de los Pozuelos, cerca de Barcelona, después que habían sido atacados por los piratas:

“Apenas tenían el suficiente abrigo, quando les sobrevino un terrible sarampion en que murieron muchos, quedando el Pueblo tan desconcertado, que no se encontraban maridos con mugeres, ni padres con hijos...” (Caulín, II, 1987: 125-126).

Una de las primeras epidemias de peste bubónica se extendió por el Caribe en 1648, alcanzando Margarita y Cumaná. La noticia llegó rápidamente también a Caracas, donde se refirió al Cabildo que “en la isla de Margarita havia mal de peste tan biolento que apenas dejaba recibir los divinos Sacramentos”. Inmediatamente se mandó bloquear el desembarque de un navío proveniente de la isla y se ordenó “que no se dejara entrar de ninguna manera bajel grande ni pequeño de la dha. isla Margarita, Cumaná ni Cumanagoto” (Cabildo del 9 de septiembre de 1648; en Archila, 1961: 120). De nada valieron estas medidas, ya que la ciudad fue rápidamente contaminada y los muertos fueron abundantes. La misma peste, aunque con menor virulencia, golpeó en 1679 la provincia de Cumanagoto, haciendo estragos entre la población indígena, tanto que desde Caracas se mandó cortar los caminos por temor a que se extendiera hasta la capital como había sucedido en 1648.

En 1679 una falsa alarma de una epidemia de viruela se difundió por las regiones orientales, tanto que el gobernador de Cumaná mando cortar los caminos que llevaban a Píritu por miedo a que la epidemia llegase a la capital de la gobernación. Esta ordenanza fue levantada solamente un año después cuando se averiguó que no había viruela en las misiones indígenas. Sin embargo, no pasó lo mismo en 1695, cuando esas mismas misiones fueron atacadas por la enfermedad, tanto que el gobernador Gaspar del Hoyo, informó al Consejo de Indias de que de los siete pueblos habían quedado solamente cinco y éstos casi despoblados.

El siglo XVIII, en Tierra Firme, puede considerarse un período de epidemias debidas, entre otros factores, al cambio progresivo que involucra las ciudades: de pequeñas aldeas se vuelven cada vez más pobladas, con algunos casos de hacinamiento como en Caracas. Es esta una situación favorable al desarrollo y propagación de algunos particulares tipos de enfermedades. Otro factor importante a tener en cuenta es el aumento extraordinario de los viajeros y la transferencia de gran número de individuos de un lugar a otro, detrás del auge mercantil que, rompiendo las barreras proteccionistas impuestas por la corona española, enlazaba mares y tierras americanas en una red de rutas y recorridos.

Veamos algunas epidemias menores, antes de considerar las más graves y extensas. Ya citamos la presencia de enfermedades respiratorias debidas en gran parte a la no correcta adaptación de los españoles al clima tropical. Sin embargo, junto a estos malestares, que con facilidad se trasformaban en neumonías y toses persistentes, hay que considerar también toses de tipo contagioso, como es el caso de la tos ferina. No se tienen muchos datos sobre este tipo de infección, tanto por la escasa definición clínica de las enfermedades en esa época, como por el poco interés que ha despertado este tema en los historiadores de la medicina en Venezuela. Archila, refiriendo un dato de Enrique Bernardo Nuñez, hace referencia a las toses persistentes que podían ser originados por contaminación de tos ferina en 1760 en Caracas.

El bocio existió en la Venezuela colonial, pero circunscrito a regiones particulares, como la de Trujillo, y no se tienen datos sobre esta enfermedad en las regiones orientales del país. Un poco diferente es el caso de la buba que, históricamente, ha sido considerada la enfermedad de los esclavos y, por ende, presente con diferentes grados de intensidad en varias regiones del país, sobre todo en las zonas costeras. En consideración que la buba se presenta como un tumor blando en las regiones inguinales, axilas y cuello, puede ser considerada asociada o determinada por la sífilis.

Un poco más complejo es el caso de los enfermos de tuberculosis, los llamados *éticos*, enfermedad que fue tempranamente identificada y producidos algunos sistemas de control, como el de aislar a los pacientes en un cuarto especial de los hospitales y quemar las ropas de los muertos. Ejemplos de edictos tempranos sobre estas acciones profilácticas los encontramos en Caracas desde final del siglo XVII y, en el XVIII, uno de los más importantes fue el del gobernador José Solano en 1769, donde imponía la quema de las ropas de los enfermos infectados. A final del siglo, cuando ya había sido creada la Capitanía General, el capitán Juan Guillelmi proclamó un *Bando* en 1795, donde el artículo 17 rezaba:

“Mediante a ceder en grave perjuicio de la salud pública el pernicioso abuso de arrojar a las quebradas que se hallan entre la ciudad y las inmediaciones, la ropa y muebles del servicio y uso de los Enfermos contagiados &, mando que ninguna persona de cualquier estado, calidad o condición que sea, puede arrojar ni arroje a las quebradas que se hallan dentro de la población o en sus contornos, ropas y muebles de los enfermos, basura ni otra inmundicia alguna, sino que la boten a bastante distancia de la ciudad y sin fabricas, en donde quemarán la ropa contagiada, siendo obligación de los médicos y Sirujanos que asisten estos enfermos, darne cuenta inmediatamente que fallezcan, para tomar la providencia conveniente” (en Archila, 1961: 353).

No sabemos si este bando fue leído también en Cumaná, aunque tratándose de un edicto del Capitán General es posible avanzar la hipótesis que sí lo fue. De cualquier manera, el ejemplo sirve para percibir la conciencia del contagio de esta y otras enfermedades y, por ende, la necesidad de medidas preventivas para salvaguardar la población no infectada.



De las *calenturas* hemos ya hablado como de una categoría polisémica que incluía, para el enfoque moderno, varios tipos de enfermedades. La importancia de citarlas aquí nuevamente estriba en el hecho de que también las fiebres palúdicas pueden considerarse nombradas bajo la misma definición de *calentura*. Prácticamente, no hubo expedición al Orinoco que no sufrió de estos males, como en el caso de la expedición de límites al Orinoco (1754), cuando Solano se quedó con solamente 12 hombres de los 325 que eran, en su recorrido hasta San Fernando de Atabapo, y él mismo sufrió de terciarias convulsivas.

Entre los varios tipos de calentura, encontramos también la fiebre amarilla bajo los nombres de calentura amarilla, calentura pajiza, vómito negro, vómito prieto, calentura de Barbados, etc. Mientras en Caracas, después de la epidemia de 1694, la enfermedad se produjo solamente en 1756, en las restantes provincias hubo brotes de fiebre amarilla en abundancia. Difundida era la costumbre, en estos casos, de realizar rogativas a Santa Rosalía. No sabemos a ciencia cierta que brotes de fiebre amarilla sufrió Cumaná a lo largo del siglo, a parte de la de 1798, cuando ejercía la medicina en ese lugar el doctor Francisco Xavier Balmis, del cual volveremos a tratar más adelante.

La enfermedad epidémica que produjo más estragos en la Venezuela colonial fue sin duda la viruela, tanto que para ese siglo se puede considerar endémica. La enfermedad parece que no excusaba a nadie, sin importar la raza o el estamento social: indígenas, negros esclavos, españoles y criollos sufrieron de las varias epidemias y, cuando sobrevivían, las huellas de la enfermedad los marcaban de manera definitiva. Humboldt refiere que en el Orinoco, hasta los lejanos indios salivas de las misiones fundadas por los jesuitas habían sido diezmados o marcados por la enfermedad.

Encontramos brotes o verdaderas epidemias de viruela en Cumaná en 1739 y en 1767, la misma que había comenzado en 1764 en Caracas, donde se calcula que mató a más de trece mil personas en toda la provincia. Otros brotes de viruela en Cumaná se registran durante el año 1776, en la época del gobernador Diguja; y en 1771, con la llegada de un barco de esclavos

infectados. Finalmente, es Humboldt quien nos informa, una vez más, de la situación de la viruela en Cumaná a final del siglo:

“En la provincia de Cumaná, donde las comunicaciones con Europa son menos frecuentes, no se tenía en mi tiempo un solo caso de viruela desde hace quince años, mientras que en Caracas esta cruel enfermedad era de continuo temida, porque ella se mostraba siempre allí esporádicamente en varios puntos al mismo tiempo; digo esporádicamente, porque en la América equinocial, donde los cambios de atmosfera y los fenómenos de vida orgánica parecen sujetos a una periodicidad notable, la viruela, antes de la introducción tan benéfica de la vacuna, no ejercía sus estragos (si se puede dar fe a una creencia muy difundida) sino cada 15 o 18 años” (Humboldt, II, 1985: 311).

La referencia del viajero alemán a la vacuna tiene que ser ampliada. Durante la segunda mitad del siglo XVIII, en varias regiones de Europa y América, se empezó a experimentar con la inoculación partiendo de la observación de que quienes habían sobrevivido a la enfermedad no volvían a enfermarse. De aquí la intuición de que una exposición disminuida al mal pudiera preservar de otros contagios. La inoculación consistía en poner a contacto la sangre de los sanos con un poco del fluido de la pústula de un enfermo.

En Venezuela el primero en introducir la inoculación antivariólica fue el médico Juan Perdomo, en Caracas, hacia el año 1769. Sin embargo, el protagonista de la llegada de la vacuna a América fue el médico Francisco Xavier Balmis, quien había ejercido su profesión en Cumaná en 1798, durante la epidemia de fiebre amarilla. Balmis, de regreso a España, presentó al Consejo de Indias el proyecto de organizar una expedición a América y Filipina para llevar la vacuna, es decir, individuos que habían sido vacunados y que podían servir de receptáculo viviente del fluido (no había otra manera, ya que el fluido no se mantenía activo a temperatura ambiente). Una vez aprobado el proyecto, se organizó un navío donde viajaría el equipo médico conformado por Balmis, más una veintena de niños expósitos que habían sido ya inoculados y servirían para llevar el fluido. El barco llegó a Puerto Cabello en 1804 e inmediatamente se constituyó en Caracas una Junta de la Vacuna, de la cual formaba parte el Protomédico Tamariz. Con la llegada de la vacuna a la Capitanía de Venezuela, los

médicos tuvieron finalmente un arma decisiva para combatir el mal (cf. Díaz de Yriola, 1948).

### **3. Médicos y curanderos en Cumaná**

A lo largo de nuestro recorrido sobre enfermedades y epidemias en Cumaná hemos hecho algunas referencias a la presencia de médicos y cirujanos que ejercían su profesión en Cumaná. En verdad, se trata de una presencia escasa a lo largo de los tres siglos de dominación hispana, aunque se fue incrementando durante el siglo XVIII. Más escasas aún son las referencias a curanderos locales, tanto de origen indígena como español. Esta ausencia de datos no debe ser considerada como inherente a la realidad local, ya que es evidente que los indígenas, aun los que vivían en los arrabales cumaneses, es decir, con un grado suficientemente alto de transculturación, continuaban manteniendo sus sistemas de curación, así como sabemos que pasaba en otras ciudades, como Caracas o Valencia (cf. Amodio, 1997).

Ya hicimos referencia a las noticias que Benzoni nos proporciona sobre las curaciones de los indígenas de Paria al comienzo del siglo XVI. Por lo que se refiere al siglo de nuestro interés, la fuente más interesante sobre el tema resulta la obra de Caulín (1779), quien dedica algunos capítulos de su *Historia de la Nueva Andalucía* a las curaciones vegetales y rituales de la población indígenas, especialmente de lo que llama “brujos”. Entre otras referencias, para demostrar la existencia de curanderos indígenas que curaban también a españoles, citamos una consideración de Caulín sobre el tema:

“Antes de concluir esta materia, quiero hacer mencion de una vanisima, y pernicioso observancia, en que se hallan generalmente comprehendidos, no solamente los Indios Infieles, y Chistianos, sino muchos de los Españoles Americanos, que deberian enseñar á los Indios con el desprecio de sus supersticiones, y secuela de nuestra catholicas verdades. Luego que el Indio, u otra persona, de los que viven entre ellos, adolece de alguna enfermedad extraordinaria, ó dolor vehemente, hacen juicio, que es maleficio, ó veneno, que le ha dado algún brujo, que por estas Provincias llaman Piaches. Aumentase la dolencia por falta de medicina, y verdaderos Médicos, que hay en esta tierra; y luego, sin mas consulta, hacen diligencia de un brujo, para

que los cure, prometiéndoles la correspondiente gratificación, si dán al enfermo libre de la enfermedad ó dolencia” (Caulín, I, 1987: 156).

Para Caulín, es la escasez de médicos la que produce el auge de estas prácticas, aunque ya en su época había algunos que ejercían en Cumaná la profesión. Sin embargo, éstos se dedicaban probablemente a quienes podían pagarlos, es decir, los funcionarios españoles, militares y criollos acaudalados. Para los otros estamentos, quedaban las prácticas populares y la auto-curación con sustancias vegetales.

En el siglo XVII, cuando todavía había soldados en el castillo de Araya, se tienen noticias de un cirujano de la tropa de nombre Pedro Vasquez, licenciado, quien prestó su servicio desde 1622 hasta 1650 (AGI, Santo Domingo, 27 B). En 1649 propuso de construir un hospital en la ciudad para los enfermos de la Provincia, incluyendo los militares de Araya, que sin embargo no fue atendida. Era común que en ausencia de médicos, los cirujanos de la tropa prestaran servicio también a la población civil, sobre todo en casos urgentes y de gravedad.

Con el siglo XVIII las referencias documentales a médicos y cirujanos que trabajaron en Cumaná aumenta paulatinamente, aunque manteniéndose escasa. La presencia de médicos extranjeros, sobre todo franceses, con o sin carta de naturalización, la encontramos en todas las regiones de Tierra Firme, con un alto número en Caracas. En Cumaná profesaba la medicina en 1766 el médico francés Francisco Cabrillac de Fontaines, quien se casó con la cumanesa María del Rosario García de Urbaneja en diciembre de ese año. El padre, don Luis Beltrán García de Urbaneja, era tío de doña Josefa Margarita García de Urbaneja, esposa en 1741 de don Antonio de Sucre, abuelo del Gran Mariscal. La historia de este matrimonio merece ser citada, también por los datos que nos suministra tanto sobre la vida cotidiana de la población cumanesa, como de la consideración en la cual eran tenidos los médicos.

“Vivía Don Luis Beltrán García de Urbaneja en la plaza de Santo Domingo de Cumaná, en una casa separada de la sacristía de la iglesia por un estrecho callejón, y tenía una hija llamada María Rosario, a quien obsequiaba el doctor Don Francisco Cabrillac de Fontaines... Don Luis no creía que Cabrillac fuese digno de su hija y rechazaba

tenazmente las pretensiones del doctor. El francés, hombre pundonoroso, sintió cruelmente herido su amor propio, y no pudiendo resignarse a soportar aquel desaire, procuró no economizar esfuerzos por llegarse a casar con la joven. Hacía a la sazón del obispo Martí la visita a estos lugares, y el doctor Cabrillac, tratando de obviar inconvenientes, logró que su Señoría, después de hechas las correspondientes justificaciones, dispensase las proclamas y le ordenase al cura proceder al matrimonio; pero como la resistencia de Don Luis era invencible, se ocurrió a un expediente singular. Se facultó a un fraile dominico para presenciar el matrimonio, y una noche (diciembre de 1766) burlando la vigilancia de sus padres, de dentro de la casa se asomó la joven a una de las ventanas laterales que daba al callejón, estando por fuera el sacerdote, el novio y los testigos; y así ligeramente se celebró el matrimonio, encontrándose Don Luis al siguiente día con que su hija era la Señora de Cabrillac” (en Carrocera, 1930: 254-255).

Otro francés, con una historia un poco diferente de la anterior, fue el practicante Juan Buscat, quien llegó a Cumaná en 1778. Decía ser un médico laureado en Toulouse, pero sus títulos nunca fueron confirmados. En 1800 trabajó en Barcelona, formulando también el pedido al Protomédico Tamariz para que lo autorizase a ejercer la medicina. El permiso nunca fue concedido, aunque el francés reiteró su solicitud hasta después de 1810, argumentando que había servido a la causa independentista envenenando al jefe español Gorrin en 1815, a quien fingía curar. Fue esta misma argumentación la que generó la condena de su actividad en 1835 por parte de la Facultad Médica, que había substituido al Protomedicato.

Los momentos decisivos para la profesión médica durante el siglo XVIII fueron la creación de la Cátedra de Medicina en la Universidad Santa Rosa de Lima de Caracas y la creación del Protomedicato en 1777. Estos dos acontecimientos influenciaron el ejercicio de la profesión médica en todas las provincias, sobre todo después de la creación de la Capitanía General en 1777 (cf. Amodio, 1997). En 1764 estudiaba en la citada universidad, siguiendo las clases de don Lorenzo Campins y Ballaster, el cumanés Francisco Rangel, quien resistió en el curso hasta el final mientras otros abandonaron antes. Sin embargo, solamente cuatro estudiantes llegaron a las clases finales y ninguno se presentó para la graduación.

Por otro lado, el hecho de que había sido creado el Protomedicato en Caracas, no fue una decisión aceptada tranquilamente en las otras ciudades cabeceras de provincia, ya que implicaba una dependencia que ignoraba y anulaba los permisos de ejercer la medicina que emitían los gobernadores y/o los Cabildos. En Cumaná, a partir del ejemplo de otras regiones americanas donde hubo varios Protomedicatos a la vez, se intentó crear un Protomedicato autónomo, cuando Don Joseph Castelar y Saez solicitó la respectiva patente que, sin embargo, le fue denegada (cf. Archila, 1961: 421). Era éste un médico y cirujano de la tropa veterana de Cumaná, quien ejerció la profesión hacia 1780 y tuvo también un hijo médico, Castellar y Salaverría, activo en la ciudad hacia 1820. De la misma época de Castellar, y junto a éste, prestaba servicio como cirujano de la tropa, José Justo de Aranda (cf. Silva Alvarez, 1985: 160).

Merece ser citado aquí también Francesco Isnardi, un italiano de Torino, quien vivió en Nueva Andalucía en los años finales del siglo XVIII. Entre otras profesiones, ostentaba la de haber ejercido la medicina como cirujano de la Marina en Trinidad cuando ésta era todavía española, y probablemente continuó curando también en Nueva Andalucía (cf. Gabaldón Marquez, 1973). Más datos sobre actividades relacionadas con la salud las tenemos del médico malagueño Joseph María Herrera, quien se había graduado en Sevilla y prestado servicio con la tropa en Canarias en 1775. Este médico también ejerció su profesión en Trinidad como cirujano del Batallón de Barlovento; pasó a Cumaná en 1797, de donde salió hacia La Guaira en mismo año. Vargas escribió un elogio de este filántropo, citando su testamento donde ofrece a sus colegas médicos la utilización de su cuerpo para estudios después de su muerte (cf. Archila, 1961: 286).

En estos años, encontramos en Cumaná el ya citado médico Francisco Xavier Balmis, quien ejerció en Cumaná en 1798 durante la epidemia de fiebre amarilla. Balmis, de regreso en España, organizó la expedición de la vacuna contra la viruela que vino a América a comienzo del siglo XIX.

Para terminar este rápido recorrido sobre la profesión médica en Cumaná, citamos el caso del curandero José Zibico, en cuya historia

encontramos reflejados los procesos fundamentales de la formación de la profesión médica en Venezuela durante el siglo XVIII. Había sido barbero y, como se usaba en la época, se interesaba en medicar tanto que lo encontramos en Carúpano, en los primeros años de la década final del siglo, ejerciendo también como cirujano de navíos de corso. En 1795 se transfirió a Cumaná, donde en ese momento no había médicos. Los conflictos surgieron muy tempranamente con el gobernador Vicente Emparan, a quien había pedido una autorización para ejercer la medicina (AGI, Caracas 385). Finalmente, en 1802, con la llegada del médico gaditano don Luis Alonzo Moreno, llamado por Emparan para servir de médico del hospital mandado construir por don Patricio de Alcalá (AGI, Caracas, 385), el gobernador pudo definitivamente negarse, ya que ahora el curandero no podía justificar con la ausencia de médicos su pretensión.

Sin embargo Zibico no se dio por vencido y en ese mismo año consiguió en Caracas que el Protomédico Tamariz lo examinase y, superado el examen, le entregara el título de “Médico y Cirujano Romancista” (es decir: que no hablaba latín). De vuelta a Cumaná presentó su título al gobernador, quien sin embargo continuó en su negativa, insinuando la falta de formación del mismo Tamariz. Zibico recurrió a la Real Audiencia, pero sin éxito, mientras que Emparan continuará teniendo problemas con Tamariz una vez transferido a Caracas (cf. AGI, Caracas, 415).

No hubo hospitales fijos en Cumaná hasta final del siglo XVIII. Para emergencias se utilizaron casas privadas o se construyeron caneyes de bahareque. De la misma manera, hacia final del siglo había una casa que servía de refugio y hospital para los lazarinos. Otro espacio para enfermos estaba representado por la “Casa del Rey”, construida primeramente como depósito de aguardiente y que, hacia mitad del siglo XVIII, fue utilizada como cuartel de infantería y artillería, depósito de pertrechos y hospital.

Un primer intento de construir un hospital para la ciudad fue hecho en 1780, pero no tuvo éxito. El primer hospital de Cumaná fue el resultado de la obra caritativa del Padre Patricio de Alcalá, quien formuló su propuesta a final de 1788 al Gobernador de Cumaná don Antonio de Pereda. Este

hospital fue terminado durante el Gobierno de Emparan. Finalmente, es importante citar también un pedido del 8 de marzo de 1805 de don Diego Fermín Alegría, un vecino de la ciudad, para la construcción de una casa-hospital para los lazarinos (AGI, Caracas, 132), cuya construcción se llevo a cabo en los años siguientes

De manera que, a final de la época colonial, había en Cumaná dos hospitales, el de la Caridad, para enfermos de todo tipo, incluyendo tuberculosos; y el de los Lazarinos, especialmente destinado a los leprosos y otras enfermedades que de alguna manera eran asociadas a ese mal, como es el caso de los enfermos de elefantiasis. Es en este hospital que estaba internado en 1814 Vicente de Sucre y Alcalá, hermano del Gran Mariscal, cuando fue asesinado por los hombres de Boves que invadieron Cumaná.

La referencia a los hospitales nos permite concluir que la situación de la profesión médica en Cumaná había ya entrado en su fase mayor de estructuración, poniéndose las bases para la constitución de un cuerpo médico autorizado por el Estado para ejercer y formado en las universidades, y la delimitación de un espacio de la salud de tipo institucional (los hospitales). De aquí en adelante, a parte tal vez del paréntesis de la guerra de Independencia, para los prácticos, curiosos y curanderos se restringirán los espacios de actividad, tanto que en buena parte se volverán clandestinos y, la mayoría de las veces, perseguidos por la “policía médica” del estado republicano.

## **Notas y biblihemerografía**

Amodio E. (1995): “Los nombres del cuerpo. Contribución a la construcción de un modelo para la interpretación de los sistemas médicos indígenas de América Latina”. En *Revista venezolana de economía y ciencias sociales*, 1: 119-146, Caracas.

Amodio, E. (1997):: “Curanderos y médicos ilustrados. La creación del Protomedicato en Venezuela a finales del siglo XVIII”. En *Asclepio*, XLIX (1): 95-130, Madrid.

Amodio, E. (1998): “La tal apetecible profesión de médico. De Campins a Vargas: la constitución de la élite medica en Caracas, 1750-1850”. En *Tierra firme*, 62: 293-321, Caracas.



- Archila, R. (1961): *Historia de la medicina en Venezuela época colonial*. Ed. Ministerio de Sanidad, Caracas.
- Benzoni, G. (1967): *La historia del Nuevo Mundo*. Ed. Academia Nacional de la Historia, Caracas.
- Carrocera, C. (1930): *Memorias para la historia de Cumaná y Nueva Andalucía*. Caracas.
- Caulín, A. (1987): *Historia de la Nueva Andalucía*. Ed. Academia Nacional de la Historia, 2 Tomos, Caracas.
- Cosmacini, G. (1987): *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Ed. Laterza, Bari.
- Dauxion Lavaysse, J. J. (1967): *Viaje a las islas de Trinidad Tobago, Margarita y diversas partes de Venezuela en la América Meridional*. Ediciones del Rectorado Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Díaz de Yriola, G. (1948): *La vuelta al mundo de la expedición de la vacuna*. Ed. Escuela de Estudios Hispanoamericanos, Sevilla.
- Foster, G M. (1980): "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana". En Michael Horney y Jesús M. de Miguel (ed.), *La antropología médica en España*. Ed. Anagrama, Barcelona.
- Foucault, M. (1986): *El nacimiento de la clínica*. Ed. Siglo XXI, México.
- Frías Nuñez, M. (1992): *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen*. Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
- Gabaldón Marquez, J. (1973): *Francisco Isnardy (1750-1814)*. Ed. Ministerio de Educación, Caracas.
- Humboldt, A de (1985): *Viaje a las regiones equinociales del Nuevo Continente*. Ed. Monte Ávila Editores, 5 Tomos Caracas.
- Lain Entralgo, P. (1984): *Historia de la medicina*. Ed. Salvat, Barcelona.
- Leonard, J. (1981): *La médecine entre les pouvoirs et le savoir*. Ed. Aubier, París.
- Silva Alvarez, A. (1985): *Situación médico-sanitaria de Venezuela durante la época del Libertador*. Ed. Academia Nacional de la Historia, Caracas.

**Leyenda:**

AGI: Archivo General de Indias, Sevilla.