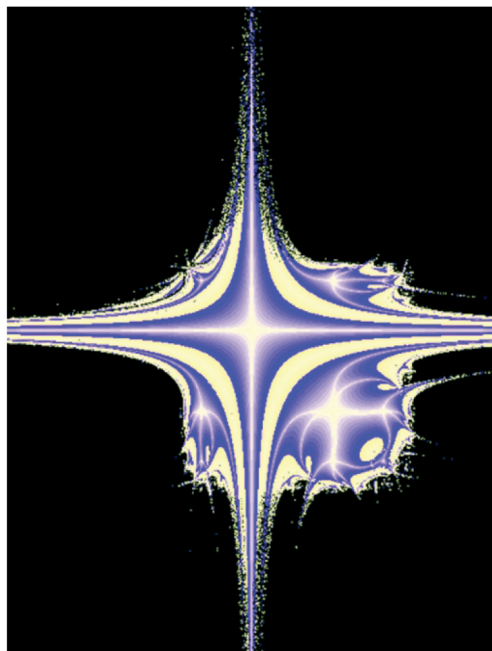


Ana Leonor Pereira
Heloísa B. Domingues
Jão Rui Pita
Oswaldo Salaverry

A Natureza as suas Histórias e os seus Caminhos



(Página deixada propositadamente em branco)

ANA LEONOR PEREIRA
HELOÍSA BERTOL DOMINGUES
JOÃO RUI PITA
OSWALDO SALAVERRY GARCIA

A NATUREZA,
AS SUAS HISTÓRIAS
E OS SEUS CAMINHOS

(Página deixada propositadamente em branco)

(Página deixada propositadamente em branco)

Coordenação Científica da Coleção Ciências e Culturas

João Rui Pita e Ana Leonor Pereira

Os originais enviados são sujeitos a apreciação científica por *referees*

Coordenação Editorial

Maria João Padez Ferreira de Castro

Edição

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: impresauc@ci.uc.pt

URL: <http://www.imp.uc.pt> • Normas de publicação de colecções

Design

António Barros

Pré-Impressão

António Resende

Imprensa da Universidade de Coimbra

Capa

Ernesto Melo e Castro

Sem título, 2003

Fractais originais gerados no Fractint

Tratados no Photoshop 7.0

Col. António Barros, Coimbra

Impressão e Acabamento

SerSilito • Maia

ISBN

978-989-8074-13-3

Depósito Legal

263 187/07

Obra publicada com a colaboração de:



C E I S 3 0
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Obra publicada com o apoio de:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

Programa Operacional Ciência, Tecnologia, Inovação do Quadro Comunitário de Apoio III

© 2006, Imprensa da Universidade de Coimbra

Oswaldo Salaverry Garcia

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

LA MATERIA MEDICA AMERICANA Y SU IMPACTO
EN LA TERAPÉUTICA EUROPEA

Preámbulo

Como Uds. Saben vengo de Perú, un país remoto para muchos de Uds., aún en esta época de viajes y globalización mediática, y digo mediática, pues mucho de lo que se pretende ya globalizado, aun dista mucho de estarlo, por ejemplo, parte de lo que pretendo resumir en esta ponencia se refiere a un aspecto de la actividad sanadora y de la historiografía sanitaria, que se percibe muy diferente en mi país que aquí, en Europa. Si bien trataremos de la materia medica americana, y su impacto en la terapéutica europea, primero debemos distinguir si algo así como «materia medica» era compatible, comparable o siquiera existía entre los conceptos manejados por las grandes culturas americanas, y luego por sus descendientes durante los siglos XVI a XVIII, en que se realiza casi todo el impacto señalado. Debemos considerar si acaso lo que veremos sobre el paulatino y progresivo conocimiento, entendido entonces como descubrimiento, de las plantas de utilidad en América no resulta un artefacto más del «encuentro» de dos culturas. La existencia de una Materia médica americana, – debemos entenderlo así desde el inicio, – es una denominación europea para un conjunto de conocimientos y aplicaciones, en un contexto europeo, de plantas y otros materiales de origen americano; es decir alienándolos de su verdadero contexto.

Veremos que es útil e iluminador considerar los sucesivos intentos de obtener medicamentos a partir de plantas americanas, como una de las formas de un sistema de apropiación colonial, que durante mucho tiempo y en áreas muy grandes, estuvo exento de planificación estatal, y por tanto se efectuó de acuerdo a conceptos populares o al arbitrio de particulares.

Dicho esto, que por cierto no desarrollaré en su aspecto extra sanitario, por no ser motivo de esta exposición, y además exceder largamente mis posibilidades de análisis, esquematizaré lo que voy a exponer, pues un tema tan amplio que merecería una línea propia de investigación de un Departamento Universitario, no puede sino ser solo delineado en esta ocasión.

En primer lugar tocaré aunque sumariamente los primeros contactos entre el universo sanador europeo, visto por sus protagonistas, y el mundo sanador americano, visto también, en la medida de lo posible, por sus protagonistas.

Continuaremos luego con un recuento, no exhaustivo, de los intentos de incorporar, a la medicina oficial u oficiosa europea, los «hallazgos» americanos. Nos detendremos allí brevemente en las posibles causas del itinerario que siguió la materia medica americana, en las fuerzas, todas ellas europeas, que filtraron los conocimientos indígenas y posteriormente también de los criollos¹, para que se incorporaran algunas plantas y otras no. Finalmente compartiremos algunos datos específicos sobre algunas de las plantas que se integraron a la materia medica europea, describiendo lo fundamental de su impacto sanitario.

El encuentro de dos mundos sanitarios

Las ideas médicas en los descubridores y conquistadores:

Condicionantes culturales

Fuentes

Los conceptos populares de la medicina

Sin duda existían enormes diferencias sociales y culturales entre los diversos pueblos americanos y los primeros exploradores europeos, tanto españoles como portugueses que llegaron a América; sin embargo no suele apreciarse suficientemente algunas semejanzas o similitudes: El conocimiento del poder curativo de las plantas era un concepto común entre los primeros exploradores españoles y portugueses de América y de los nativos americanos; sin embargo los conceptos bajo los cuales se interpretaba la acción de estas plantas eran totalmente distintos. Puede parecer evidente, pero la situación es algo más compleja cuando reconocemos que en toda sociedad y en cualquier etapa de su desarrollo coexisten al menos dos medicinas (metodológicamente agrupadas en dos, pues muchos preferirían decir que coexisten múltiples medicinas): Una la oficial, la hegemónicamente establecida y la otra la medicina o medicinas populares, no oficiales o en una sinonimia amplia: Medicina no convencional, medicinas paralelas, medicinas alternativas, etc. Estas medicinas populares pueden divergir entre sí notablemente, siendo en algunos casos, lo único que las une, el común desprecio que sufren de la medicina oficial, que las descalifica con la denominación de charlatanería, o en inglés «quackery». No interesa, para el caso desarrollar este punto, solo señalar que la percepción popular, del hombre común del pueblo, sobre la sanidad, las causas de enfermedad, los remedios, y en general su relación con la salud y la enfermedad se nutre un poco de ambas vertientes, y eso es también cierto para cualquier cultura y en cualquier etapa de su historia.

Porque debe importarnos esta disquisición?, pues porque como lo han demostrado ampliamente diversos estudios, la empresa de la conquista de América fue un desarrollo

¹ Criollo es la denominación con que se reconocía al hijo de padres españoles nacido en América. Se extendía también a los que aun no siendo de primera generación americanos, descendían de españoles sin mezcla con indígenas, negros o las variadas «castas» a que dio lugar el mestizaje.

popular, del pueblo, con una escasa o casi nula planificación o dirección estatal. No hubo una institución encargada de los descubrimientos; la corona española se limitó a dar autorizaciones a particulares, quienes, dentro de normativas diversas organizaban las cosas a su mejor entender, y claro con objetivos crematísticos. No existía ni remotamente en la época algo semejante a la investigación científica pura o no aplicada, y en todo caso la Corona no la impulsaría, sino hasta mediados del XVIII, y entonces por motivos económicos y como parte de la dinámica del absolutismo y del inicio de su decadencia.

Consecuencia importante y que se constata en todas las primeras relaciones de Indias, es que los cronistas fueron en su amplia mayoría, y con algunas escasas, pero destacables excepciones, «amateurs», sin la preparación mínima que hubiera resultado de algún tipo de planificación. Sus escritos se pueden situar en la tradición de los «testigos», personajes que participaban en hechos de importancia, y que luego redactaban «Relaciones de sucesos»²; pero estos cronistas, aun siendo no profesionales, representan, de alguna manera un subgrupo, dentro del total de actores europeos del proceso de encuentro con América. Los cronistas, son los más cultos, con alguna formación básica o aunque sea con el interés espontáneo por la descripción. La amplia mayoría de los demás actores europeos de la conquista, nunca escribieron nada, y si lo hicieron fue seguramente en cartas personales; pero sin duda lo más frecuente fue el relato oral que transmitido por los que regresaban a España³ o entre las distintas regiones americanas paulatinamente se fueron perdiendo tanto en América como en Europa; pero dejándonos lo que podemos llamar una percepción popular de la medicina y por tanto de la terapéutica americana.

En esa visión, que desconocemos y que nos debe hacer recordar siempre nuestras limitaciones al ver el pasado a través del filtro de lo que nos es asequible, está probablemente no solo lo más enriquecedor del contacto cultural, de pueblo a pueblo, sino que también a través de la interacción que realizaron desde el inicio con la metrópoli y con los delegados, luego autoridades delegadas, peninsulares, signaron, lo que sería el intercambio terapéutico y su sentido.

Reiteremos pues, los primeros descubridores y conquistadores, pero no los que los dirigían sino esa amplia pero anónima mayoría que los acompañó, fue la que llevó el peso del proceso, fueron los que tuvieron los primeros contactos con los nativos americanos, y los que en el día a día conocieron su medicina, su terapéutica y además la utilizaron; pero ellos, como cualquier persona tenían un esquema mental formado por ideas, prejuicios y conocimientos diversos sobre la enfermedad; y un concepto preformado de lo que podía ser curativo y porque. Eso les venía de ambas fuentes, de la medicina oficial y de la que no lo era; en ambos caso fragmentaria, incompleta, desarticulada.

² Ver una amplia relación bibliográfica de estas en Agullo y Cobo, Mercedes. «Relaciones de sucesos. I: Años 1477-1619», 1966, Madrid, CSIC.

³ La denominación común dada, en España, a los Españoles que regresaban a la península, generalmente en la vejez, y con cierta riqueza, era «Indianos»; sin embargo también fue común la expresión «Perulero» para los que regresaban de Perú, generalmente muy ricos.

Similar análisis se puede realizar en el área de los nativos, sobretodo en las grandes culturas americanas. Es ampliamente conocido que estaban muy estratificadas con una religión oficial, y una medicina oficial, cuyos practicantes pertenecían a un estrato privilegiado; pero también existía el pueblo llano, el que al igual que el europeo mezclaba las tradiciones populares con la medicina oficial. Y he aquí el punto al cual quiero llegar. El contacto real entre las concepciones medicas europeas y las americanas fue en el campo de las medicinas populares, las no oficiales. Entre el sanador de los estratos inferiores americano y el empírico o «curioso» europeo. Pese a ello, ese es el factor que menos se considera cuando investigamos sobre la materia medica americana o los cambios en la terapéutica europea.

Las razones de este encuentro de medicinas y creencias populares, esta dada por un lado por la composición y origen de los conquistadores y primeros inmigrantes a Indias, y por el otro lado por la sistemática ruina del sistema social americano, al menos en las grandes culturas mesoamericana y andina. El descubridor y conquistador, se ha señalado múltiples veces, como un continuador del espíritu de reconquista español, que reemplaza al moro por el «indio», pero esa es una simplificación exagerada, que como todas las simplificaciones extremas solo sirve para rotular crónicas superficiales y ponerse al servicio de otros intereses no históricos. La realidad es mucho más compleja, y en el caso del peninsular, engloba migraciones internas de la península, la crisis de un sistema gremialista que asfixiaba la economía ibérica y una voluntad de expansión muy diferente a la que ocurrió en la parte norte del continente. Allí hubo un trasvase de gente diversa que huía de persecuciones religiosas devenidas en políticas (o viceversa), y buscaban crear un «nuevo mundo». Fue muy diferente en la América hispana y lusa; no solo no hubo jamás voluntad de rompimiento con las tradiciones peninsulares sino que se trató de trasplantar el modelo casi desde los inicios: crear un «nuevo viejo mundo».

Los primeros conquistadores no eran pues una comunidad que huía, eran un sector de la comunidad, los más audaces, los de vocación aventurera, acompañados casi desde el inicio por aquellos que tenían una misión trascendental auto-impuesta: los religiosos y la evangelización. Un subgrupo que no englobaba a profesionales, ni a artesanos, ya cómodamente instalados en la patria y sin interés en correr aventuras; paradójicamente si hubieron, casi desde el inicio, leguleyos o personas realmente versadas en leyes; pues donde hay mucho que repartir siempre habrá lugar para un pleito. No vinieron pues acompañados de médicos, cirujanos, farmacéuticos, exponentes todos de la doctrina oficial de la medicina de la época, pero todos vinieron con sus conceptos o percepciones de ella; y armados con ellas cribaron, filtraron lo que veían y lo interpretaron, pero además con una doble criba, la primera, la más evidente, la de sus conceptos sanitarios y terapéuticos, pero la segunda y en muchos casos la más importante, por sus implicaciones económicas, la que les daba los anteojos de la utilidad o beneficio que podían reportar sus observaciones. Ante un mundo totalmente diferente en patrones sociales, lenguas, cosmología y naturaleza, lo que se puede «ver» y no simplemente «mirar» tiene que cumplir algunos criterios de selección o quedar abrumados. En el caso de los descubridores, el criterio era claro, todo aquello que contribuyera a su consolidación en las nuevas tierras y a obtener beneficio de ellas.

En la parte americana de este encuentro, la realidad no era menos compleja. Tanto el imperio azteca como el Imperio Incaico eran, como su nombre lo dice, Imperios,

es decir comunidades construidas sobre la base de la conquista, y en las cuales por tanto existían vencedores y vencidos. Pero a diferencia de lo que había ocurrido en la península, en que el factor religioso había conducido a la expulsión de los judíos y en poco tiempo a la expulsión de los moriscos; en los Imperios americanos el vencido se había integrado y permanecía como vasallo, cierto que en diferentes condiciones si tratamos el área mesoamericana, donde la dominación se mantenía a sangre, y la andina, donde desde los métodos de conquista, que mas se semejaban a una seducción de las clases dirigentes apoyada en una abrumadora fuerza militar, daba muchos menos resentimientos posteriores.

Lo cierto es que los interlocutores en este diálogo de pueblos y conocimientos populares, en un inicio fueron probablemente los pertenecientes a las clases privilegiadas, pero por el casi inmediato conflicto que se presentó, este contacto no continuó, y en el largo y sangriento período inmediato el contacto se mantuvo pero entre los europeos y sus recién hallados aliados americanos: tribus, etnias o grupos que estaban dominados por los grandes imperios y que se unieron al extranjero para luchar contra Aztecas e Incas. Naturalmente no nos interesa, para efectos de nuestra discusión esos detalles, ni la importancia capital que tuvieron esas alianzas para la conquista del territorio americano, pero si nos interesa tener presente que esos grupos vencidos y por ello aliados de los europeos ante el enemigo común también compartían los conceptos «oficiales» y los populares de la medicina americana; así como la cosmogonía subyacente, al menos algunos de ellos, pero en cambio otros, como vencidos que eran, solo tenían acceso a la medicina popular o en todo caso de segunda clase que se suele disponer para los vencidos en un contexto de conquista imperial. Con ellos se realizó el contacto, lo cual ya introduce un sesgo, en el tipo de conocimientos que pudieron observar con detalle los europeos. Pero aún más decisivo para efectos de la transmisión del conocimiento sanitario americano, debemos recordar aquí la gran mortalidad causada por las nuevas patologías importadas a América por los europeos y que diezmaron a la población en contacto. Recuérdese tan solo como ejemplo la huida de Hernando Cortés, el conquistador de México, de Tenochtitlan, la capital del Imperio, cuando los aztecas se dan cuenta que no son los hijos de Quetzacoal, la serpiente emplumada, y por tanto deciden eliminarlos. La relación de los participantes en esa huida, desde el centro de una ciudad enorme, más grande que cualquiera de las ciudades europeas de la época, a excepción de Londres y París, nos habla de una huida por la noche, llevando sus armas y todo el oro que podían cargar, y que al abandonar la ciudad por todas partes escuchaban los lamentos de la muerte que se cebaba en toda la población. El principal general de la conquista europea fue el «General Epidemia», parafraseando sobre lo que se dice del General Invierno, en las guerras napoleónicas contra Rusia. En muchos casos las enfermedades no solo actuaban durante la invasión, sino que, como en el caso de los Incas, se anticipaban a la llegada de los Españoles y de alguna manera les preparaban el terreno. Recuérdese que el Inca Huayna Cápac muere, aparentemente de Viruela en el norte del Imperio y el problema sucesorio que dejó entre Huascar y Atahualpa, los dos hijos suyos, pero pertenecientes por el lado materno a distintas etnias, fue uno de los factores que mas influyo en la guerra civil incaica, que coincidió con la llegada de los europeos y en gran parte explica su fácil victoria. Una revisión en detalle y de su impacto en la resistencia, sobretudo moral, de los pueblos americanos, se puede observar en la línea de estudios conocida como

«la visión de los vencidos» iniciada en México en los años 50 y que luego ha tenido exponentes, aunque menores también en el mundo andino.

La mortalidad masiva sin embargo ocurrió en las principales concentraciones humanas y naturalmente se inició con los pertenecientes a las clases gobernantes, aquellos a los que les correspondió el contacto. De la parte americana pues debemos señalar que prácticamente todos los poseedores de la interpretación de la acción sanadora, aquellos que detentaban los conceptos y no solo ejercían sus rituales, desaparecieron. Algunos, la mayoría tal vez, por pertenecer, en función de su propio rango a la clase gobernante o noble, que a su vez fue la que diezmó con mayor eficacia la doble guadaña de las nuevas enfermedades y los avatares de una conquista sangrienta, como todas las conquistas.

El panorama se completa así, como un encuentro de dos culturas sanitarias populares, con una epidérmica cultura sanitaria oficial europea en las principales ciudades virreinales y la desaparición y persecución de la medicina oficial precolombina. Según vaya avanzando la consolidación colonial, la medicina oficial europea se instalará cómodamente en sus variantes mas conservadoras y hasta retrógradas, pero con un vasto territorio alrededor, en el cual la medicina oficial jamás tuvo influencia alguna, y continuó sin tenerla hasta épocas tan tardías como las inmediatas posteriores a la independencia, ya en el siglo XIX.

La visión popular: lo útil y lo necesario

Para efectos de lo que estamos tratando, la apropiación de un conocimiento americano y la creación de una materia médica americana, nos interesa la mentalidad popular del conquistador; Pero ¿donde podemos encontrar esta visión «original» de los conquistadores?, ¿Han dejado huellas útiles para el historiador actual?, lamentablemente muy pocas. Una pequeña parte de ellas en la correspondencia que remitieron a sus parientes, y de ella la que se uso posteriormente para demostrar ante el Consejo de Indias, motivos que permitieran obtener el permiso de embarque a las colonias. Allí entre múltiples historias personales, existen pequeñas noticias sobre la visión popular de la medicina nativa, de sus sanadores; no sesgada por conocimientos oficiales, canónicos, de la medicina galénica arabizada medieval, sino con la espontaneidad de un simple usuario, cuando no paciente, en el sentido más propio de la palabra, de la medicina oficial.

Los primeros contactos populares

En las primeras cartas de emigrantes a Indias que publicara Otte⁴ se puede notar el verdadero contacto entre la medicina popular ibérica y la americana. Del total de 650 cartas, que corresponden al periodo entre 1540 y 1616, solo una corresponde a un

⁴ Otte, Enrique.; con la colaboración de Guadalupe Albi. «Cartas privadas de emigrantes a Indias, 1540-1616.» Consejería de Cultura, Junta de Andalucía: Escuela de Estudios Hispano Americanos de Sevilla. Sevilla, 1988.

profesional médico, y por tanto el conjunto si representa adecuadamente la percepción del hombre simple frente a una realidad que lo abrumba y a la cual solo puede enfrentarse con sus esquemas mentales, no estando preparado para «comprender», pues en realidad esta preocupado en primer lugar en «entender» para sobrevivir.

Desde lo primeros viajeros se conocía un conjunto variado de molestias o enfermedades que afectaban a los recién llegados y que popularmente se conocían como la «chapetonada», y que constituía un verdadero riesgo, pues se refiere que causaba una mortalidad que, en algunos casos, llegaba al tercio de los viajeros. Ciertamente es que en ese porcentaje se incluían también las muertes ocurridas durante o a consecuencia del viaje, el cual no solo era penoso sino que por las condiciones en que se hacía y la nula o casi nula presencia de médicos se convertía en una suerte de ruleta rusa.⁵

En esos primeros contactos es notoria la presencia de sanadores nativos, que no solo actuaban como médicos sino simultáneamente como cirujanos según las categorías europeas, pero que no tenían sentido en América donde el oficio de sanador no diferenciaba entre aquellos que solo elucubraban, como los médicos europeos, los que actuaban sobre el cuerpo, como los cirujanos y barberos y aquellos que conocían y preparaban los medicamentos o boticarios. El sanador americano era todo eso al mismo tiempo, y así se evidencia cuando para curar de unas «fiebres», no solo «diagnosticaban» el tipo de enfermedad, en categorías que casi completamente desconocemos, y daban un régimen dietético, sino que preparaban el tratamiento con hierbas que ellos mismos conocían y sabían como preparar, en un equivalente a la conjunción aun muy lejana en Europa a un médico-cirujano con amplios conocimientos farmacéuticos.

Es lamentable que no dispongamos de mejores fuentes para poder conocer como era esa medicina americana, pero podemos asumir que al menos en todos los territorios nuevos y durante todo el siglo XVI, y gran parte del XVII el sistema íntegro de sanidad era de carácter popular, no oficial y descansaba mayoritariamente en los sanadores nativos, que representaban el conocimiento sistematizado, al cual se añadían las prácticas supersticiosas de los europeos, que sin embargo en el discurso de vencedores es hipertrofiada en los relatos de cronistas y por una historiografía hispanista innecesariamente polarizada. Mientras que los sanadores nativos actuaban de un modo organizado y coherente con los principios cosmológicos que los sustentaban pero además amparados en la experiencia práctica y ancestral, los europeos recurrían a prácticas tan poco efectivas como los ensalmos, y cuando eventualmente el paciente se recuperaba, seguramente por obra del azar, lo destacaban extraordinariamente al tiempo que silencian la cotidianeidad con que sus afecciones fueron solo atendidas por los nativos.

⁵ Aunque no son necesariamente fiables, los comentarios de los viajeros, algunos refieren que la escasez de médicos que quisieran realizar el viaje en los barcos obligaba a pagarles sumas exorbitantes, tanto como diez mil pesos por viaje. Estas cifras se conciben con lo que solían ganar ya en tierra, pues como refiere Bernal Díaz del Castillo, con Cortés y sus tropas, fue un barbero: Maestre Juan, que «curaba algunas malas heridas y se igualaba por la cura a excesivos precios con un médico que se decía Murcia, que era boticario y también curaba» según Bernal, las deudas fueron tan grandes que pese al cuantioso botín que recibieron, algunos no podían ni con todo lo recibido pagar lo que adeudaban. Cortés, ante esta situación decidió cortar por lo sano e hizo «borrón y cuenta nueva». Ver Pérez de Barradas, José. 1957. Plantas mágicas americanas. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Instituto Bernardino de Sahagún

La atención medica oficial además de escasa y tardía solo llegaba a las principales ciudades; así en todo el corpus de cartas a que hemos hecho referencia, solo se menciona una vez un hospital, en Lima y tan solo para indicar que se llevo allí un español enfermo que al poco tiempo murió, pues solo para eso podían servir por las limitaciones de la época y su rechazo «oficial» a la medicina de los vencidos.

Si algo debe destacarse en esta época de la terapéutica es que toda la farmacopea indiana fue muy útil para las enfermedades de los conquistadores, para sus heridas y también de sus cabalgaduras, pero en cambio la terapéutica europea que llegaba a aquellos que podían pagarla (solo europeos por supuesto) no tuvo otro impacto que crear fortunas rápidas entre aquellos que hacían el viaje con algún conocimiento medico o quirúrgico, o que en todo caso así lo pretendían. Es frecuente que en las cartas de los primeros indianos se aconseje a cualquier pariente barbero o con estudios médicos que se embarque por que en América podría hacer fortuna rápidamente.

La eficacia de la medicina americana no podía ser utilizada por los conquistadores para conseguir dinero, pues era patrimonio de los sanadores que reconocían las enfermedades y conocían las propiedades de las plantas que usaban en la terapéutica. La materia medica en cambio era susceptible, al menos en teoría de ser rentabilizada. Los primeros intentos de utilizar los recursos naturales americanos para Europa, estuvieron teñidos de la mentalidad galénica y afán mercantilista, se envía lo que se supone valioso para la medicina europea sin reparar en lo que era efectivo pero no conocido. Así un medico, Juan de Godoy envía 130 piedras bezoares, que «*en España valen dineros para muchas cosas como allá se sabrá de los médicos*». Otro, en este caso no medico, también con el mismo afán mercantil, envía a su mujer 12 quintales de cañafístula y recomienda «*si al presente no valiere a buen precio, no la vendáis, sino guardarla, porque me dicen que ha de valer a 130 ducados el quintal*» una verdadera fortuna. Un tercer indiano, más ingenuo tal vez, pero ciertamente más consciente de las nuevas plantas medicinales que no tienen correlato en Europa envía «*no se que yerbas o no se que palos que por acá hay, los cuales son muy apropiados para muchas enfermedades*».⁶

Sin duda el problema de la incorporación de los medicamentos americanos, pasaba por un reconocimiento de sus propiedades, de una mentalidad que superando la doctrina de las cualidades galénicas fuera mas pragmática, solo así se crearía un mercado para ellas en Europa, entretanto aunque se conociera la efectividad de los sanadores americanos estos estaban aislados y su terapéutica no estaba al alcance de Europa. El paralelo desmoronamiento violento de sus sistemas sociales dio lugar a un doble fenómeno que impidió que la enorme riqueza terapéutica americana pudiera incorporarse a la medicina occidental. Por una parte los europeos que podían, con un esfuerzo mental, comprender las propiedades y usos de la terapéutica americana no se desprendían de su mentalidad galénica sino hasta finales del XVIII, tanto en España como en Portugal; y por otro lado la destrucción de las sociedades nativas y su reemplazo por un régimen colonial, convirtió, la que en su momento fue una medicina oficial precolombina, debidamente valorada y protegida, en una actividad furtiva y perseguida tanto por los inquisidores como por los extirpadores de idolatrías, convirtiéndose en una medicina ni siquiera marginal, sino desapareciendo como corpus coherente de

⁶ Otte. *ob. cit.*

conocimientos y tórnase en un conjunto disperso de practicas desconectadas de la cosmología y antropología en la que se había originado.

Observamos pues como de ese encuentro de medicinas populares nace la doble vertiente de la medicina oficial y la popular que hasta hoy sigue actuando en los países latinoamericanos. Una impuesta y mantenida por su vinculación a la esfera de lo oficial, que a su vez connota «bueno», y la otra naciendo de la persecución y destrucción, refugiándose en el mestizaje como disfraz y única alternativa de supervivencia. Nace también la mitología acerca de las propiedades extraordinarias de las plantas «secretas», la mitología de una farmacopea cercana a la panacea, pero asequible solo en el rito de lo no oficial, que pronto deviene en lo esotérico u oculto.

Mas cercano a nuestro intento de análisis, observamos como se genera en los comerciantes peninsulares y luego en los criollos una doble racionalidad, la de lo útil y la de lo necesario. Útil es lo que tiene valor de cambio, puede ser comercializado y rentabilizado, la farmacopea europea tradicional, servida por sus sucedáneos americanos o equivalentes; y la otra, la esfera de lo necesario signada por aquello que su cotidianeidad les muestra como efectivo para la supervivencia pero que por las razones de tratarse de parte de un universo mental indígena no puede ser abordado, la medicina americana, que aunque despojada de su motor de desarrollo deja magníficos restos que son ampliamente utilizados localmente en los sanadores nativos y en diversas plantas que jamás llegan a conocerse y menos comercializarse en Europa.

La medicina oficial

Llamamos Medicina Oficial, y por extensión materia medica oficial a aquella que, bien es utilizada por los sanadores oficiales (entiéndase autorizados), o figura, aun sin utilizarse sino en pequeña escala, en las informaciones de cronistas o viajeros y que son de uso común entre los naturalistas e intelectuales de la época. Dentro de esa área debemos acotar periodos muy diferenciados. El primero, al cual podemos seguir denominando según la terminología usual: la etapa de las descripciones de plantas medicinales en los cronistas; el segundo, el de las expediciones científicas ilustradas de fines del XVIII, que indicaban el interés oficial de la Corona Española pero que fueron realizadas al empuje de expediciones coloniales de las otras potencias coloniales, Inglaterra, Francia y Holanda.

El primer período lo ubicamos temporalmente en el XVI, y por tanto debemos detenernos en la mentalidad médica oficial de la época; como tampoco era uniforme, tomáramos como referente la mentalidad oficial de Nicolás Monardes. Como es bien sabido Monardes es un médico sevillano, nacido aproximadamente en 1510, que jamás viajó a América, pero comerció con plantas medicinales, observando y pidiendo información sobre todas ellas. Su obra *«La Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales»* publicada en tres partes, la primera en 1565, la segunda en 1571 y la tercera, incluyendo a las dos primeras en 1574, fue la que, al difundirse por las traducciones de Clusius difundió mas que cualquier otra la nueva materia medica en toda Europa. Su contacto con los Fugger, poseedores del monopolio del guayaco, el específico contra la sífilis, se realizo precisamente a través del médico y botánico Flamenco Charles de l'Escluse, conocido por su nombre latinizado Carolus

Clusius, quien al traducir las obras de Monardes al latín les dio difusión continental. Ya desde 1551, Monardes que había demostrado inclinación hacia los negocios se orienta al comercio ultramarino; parece claro que no solo negociaba con especias, plantas medicinales sino también esclavos, pero esos aspectos de su biografía no nos interesan, sino su mentalidad medica, pues fue a través de el como se conoció en toda Europa la materia médica americana.

Podemos considerar a Monardes como un representante del galenismo humanista, que reaccionando contra el galenismo arabizado predominante en la península, que ya había recibido ataques de otros médicos renacentistas, postulaba una vuelta a los clásicos, especialmente, en el campo de la farmacopea, a Dioscórides. Galénico al fin cuando describe las plantas americanas lo hace indicando en cada caso la «complejión», «temperatura» y «temperamento» de cada planta y deducía de ello su capacidad curativa, también al modo galénico, con su clasificación de enfermedades de acuerdo a la «calidad» de la enfermedad y la «complejión» del enfermo. Destacaba el lugar de la «experiencia», pero al modo renacentista, es decir aquella que ya no la consideraba solo como «práctica» en la realidad, sino comprobación personal y directa de los hechos. Lo que aplicado a las nuevas medicinas casi le lleva, a opinión de López Piñero, al concepto de progreso. Se encuentra también en Monardes, observador privilegiado en acceso y en perspectiva, una valoración de la medicina indígena que podría, de haberse desarrollado, conducido a una historia totalmente diferente de la materia medica y de la medicina americana.

Dice Monardes respecto a la medicina nativa:

«Tanto género de medicinas como los indios venden en sus mercados o 'tianges', sería cosa de grande utilidad y provecho ver y saber sus propiedades y experimentar sus varios y grandes efectos, los cuales los indios publican y manifiestan con grandes experiencias que ente sí dellas tienen».

El segundo período que debemos reseñar es el de la medicina española del XVIII, pero antes de dar un esbozo, tenemos que señalar que pese a que la Medicina Europea había evolucionado notablemente, en España no ocurrió así. La Medicina española del XVIII aun no había adoptado sino parcialmente los avances y nuevos conceptos. El periodo ilustrado, centrado sobretodo en el reinado de Carlos III, realizó reformas que buscaban institucionalizar la ciencia, pero sus resultados no tuvieron continuidad, la posterior invasión francesa, y después la restauración llevaron al fracaso toda la política científica de la segunda mitad del XVIII, pero si esto ocurrió es porque internamente existían poderosas fuerzas conservadoras.

Veamos que había ocurrido con la medicina durante el XVII y había conformado el XVIII. Especialmente en referencia a la materia medica. El galenismo arabizado había recibido primero el embate de los humanistas renacentistas, devenidos en los ya señalados galenistas humanistas; pero luego había ocurrido, ya en el XVII la des-sustanciación de la especie morbosa con la obra de Sydenham, continuada por Boerhaave, y con desarrollos en Cullen, Stahl y otras figuras destacadas. Aunque variaban profundamente el concepto de enfermedad preparando el camino hacia la medicina del XIX, en el aspecto farmacológico los cambios no fueron espectaculares, lo más importante fue que se desterró las absurdas discusiones entre la aplicación de los conceptos galénicos

a los simples y su comprobada acción que dio lugar, como veremos después, a no usar por ejemplo la Quina porque aunque era demostradamente efectiva contra las fiebres, según su «calidad», es decir teóricamente, no debía ser efectiva contra ellas. La situación absurda se semejava a cuando se usaba la Anatomía galénica como artículo de fé y luego al disecar y encontrar una discrepancia en el cadáver con lo que indicaba Galeno, se decía que el cadáver estaba equivocado. Sin embargo en los siglos XVII y XVIII no hubo notables incorporaciones a la materia médica, ni tampoco variaciones notables sobre la interpretación de su acción.

Sin duda el principal cambio fue que, al no ceñirse a la determinación de sus cualidades para determinar su uso, se tuvo una nueva mirada sobre los mismos medicamentos. Esa es la mentalidad imperante entre la elite ilustrada española y criolla americana en el XVIII, pero debemos recordar que, sobretudo en la península, fue una minoría muy frágil, poco institucionalizada y que medró solo al amparo de los Borbones Ilustrados, principalmente Carlos III y en menor grado Carlos IV; por lo tanto su acción no tuvo continuidad, y los frutos de las expediciones defines del XVIII, fueron, paradójicamente, a beneficiar a las otras potencias europeas a las cuales se intentó contrarrestar con esas mismas expediciones.

Las primeras noticias de la materia medica americana

La primera etapa del conocimiento de las plantas americanas de uso medico, la observamos en las fuentes colombinas, pero debe señalarse aquí lo que es ampliamente conocido, que Cristóbal Colón fue un gran propagandista de sí mismo, y que todos sus escritos iban en esa dirección, en segundo lugar que su interés en toda la expedición siempre fue económico y por tanto cree ver lo que buscaba, es decir especias.⁷ Su interés en la materia medica era mínimo y en todo caso solo como parte de su estrategia en describir las riquezas a una corona reacia a dar recursos que no generen inmediatos beneficios tangibles en oro o valiosas mercancías. Una Corona finalmente desagradecida. En tercer lugar, existen otras fuentes denominadas colombinas pero que no son de mano del Almirante, entre ellas la carta de Chanca al cabildo de Sevilla⁸, también es evidente la intención de rápida rentabilización de los productos americanos.⁹ Como

⁷ La mas conocida de sus interesadas confusiones es la de la pimienta, denominación que mantiene hasta su ultimo viaje en que ya reconoce que es una planta diferente y le da su nombre autóctono «axi». Pero aun en ese momento no puede con su vocación de promotor de entusiasmos y dice: «también hay mucho axí, qu'es su pimienta, d'ella que vale mas que pimienta, y toda la gente no come sin ella, que la halla muy sana, puédense cargar cincuenta carabelas cada años en aquella Española» Citado en Pardo Tomás, José y López Terrada, María Luz. 1993, *ob. cit.*, pág. 45.

⁸ El Doctor Chanca viaja con Colon en el segundo viaje, el mejor dotado por la corona, con el cargo específico de Medico de la expedición, era integrante de la Real Cámara, pero solo deja un escrito, aparentemente con intención de que sea publicado: una carta dirigida al Ayuntamiento de Sevilla, de donde se sacan todas las informaciones.

⁹ Chanca además de ser el primer médico que realiza una descripción profesional de América, destaca por que fue el primero que a su regreso establece una empresa para comerciar con América que le reportó una fortuna.

veremos esa es la razón por la cual la materia medica americana oficial, se interesó según una clasificación, que utilizaremos más adelante y ya ensayada por Pardo Tomas y López Terrada, por las «viejas plantas medicinales» y «Los nuevos remedios viejos»; más que por «Las nuevas medicinas».

El aspecto mercantilista fue determinante desde los inicios de la ocupación geográfica americana y por tanto no se prestó atención oficial a los medicamentos nativos ni a las practicas sanadoras en tanto no eran rentalizables, y se sumieron así en un uso y consumo local por razones prácticas, de mayor eficiencia y cercanía, pero sin ingresar sino muy tardíamente en la medicina oficial. Los primeros observadores, a los cuales se puede aplicar la máxima Goethiana de «solo vemos lo que conocemos» vieron y encontraron plantas medicinales europeas, y en segundo lugar plantas de igual actividad, pero nunca estuvieron en capacidad de absorber la verdadera materia medica americana, tarea a la que ahora se dedican con interesado entusiasmo las grandes corporaciones farmacéuticas. Solo que con la desventaja de haber transcurrido siglos que hicieron perder casi todo el conocimiento racional que se tenia de ellas restando solo vestigios mínimos en las practicas folclóricas que en su amplísima mayoría son practicas mestizas y ya no guardan ninguna relación con las practicas curativas originales.

Las plantas americanas, de uso medicinal, que corresponden a la etapa colombina son solo tres de las cuales solo una, el tabaco mantendría cierto uso continuo, las otras dos se perdieron para la materia medica europea por no encontrarse una forma de integrarse en el esquema galénico arabizado en que se encontraba España a fines del XV.

La descripción del tabaco hecha por el Almirante, en el diario de su primer viaje fue probablemente la primera descripción e introdujo el error de denominación al dar el nombre del utensilio para aspirar el tabaco como nombre de la planta. Luego se descubriría su amplia difusión y los distintos nombres que tenía según la zona geográfica.¹⁰ Aunque luego tendría muchísimos detractores y defensores en la llamada polémica del tabaco y su uso medicinal, si fue utilizado en forma practica como medicamento durante el XVI en diversas formas, una vez mas asimilando modos de obrar y conceptos populares de la medicina galénica en la practica con otras enfermedades, con otra farmacopea y en otras condiciones de actuación. Mas adelante nos detendremos un poco mas en este punto; pero ya que hemos introducido el tema de las denominaciones señalaremos que no es problema menor, sino por el contrario, fundamental y causa de que a pesar de la abundancia de trabajos sobre la descripción de materia medica americana el tema diste mucho de estar completamente conocido.

Al respecto me limitare a una cita de esta vasta bibliografía:

«La cuestión terminológica es, si duda, el problema esencial. Los autores partieron de unos términos castellanos que habitualmente se usaban para designar determinadas especies, determinados simples o determinados remedios de uso común en la medicina española de la época y no siempre diferenciaron con claridad entre un producto extraído de determinadas plantas y el nombre concreto de estas, o entre una denominación popular y otra más técnica, referidas a un mismo simple. Para complicar aún más estas confusiones termino-

¹⁰ Pixet, parece el más común.

lógicas, las denominaciones latinas, procedentes del mundo de los boticarios y herbolarios más que de la esfera puramente médica, surgen a veces en los textos, y no siempre con la precisión que sería deseable. Por ejemplo cuando Oviedo hablaba de la Cataputia mayor, estaba empleando una denominación latina transcrita sin más a la ortografía castellana, tomada de la jerga de los boticarios y que estos emplearon para designar al ricino común (Ricinus officinalis L.), pero el nombre de ricino no aparece en la obra, sino que habla en todo momento de 'higueras del infierno', que es una denominación popular de tal planta, aunque aquí se este empleando para designar una especie botánica americana distinta, probablemente la euforbiácea Jatropha curcas L.»¹¹

Como vemos la confusión incorporada, precisamente por que los cronistas y descriptores no eran profesionales es mayúscula y complica extremadamente la definición de que plantas americanas eran utilizadas efectivamente como medicamentos, y cuales se incorporan finalmente a la materia medica europea.

La otra planta de acción medicinal que describe es la cohoba, la cual no pudo incorporarse en la materia medica europea y una resina medicinal de la que hablaremos luego.

Los usos terapéuticos americanos

Un ejemplo notable del sincretismo terapéutico de los europeos lo tenemos en a descripción que hace Bernardo de Vargas Machuca, de las curas realizadas en el sur del virreinato del Perú, en lo que hoy es Chile, en su libro *«Milicia y descripción de Indias»*.

Vargas Machuca, no es un cronista, no tiene interés particular en la flora o fauna, ni tampoco en la medicina o terapéutica, es un soldado y por tanto lo que le preocupa es la tropa. Su descripción de las practicas terapéuticas es iluminadora. Para las heridas simples, es decir las producidas por armas *«sin veneno»*, *«se quemaban con bálsamo, sebo o aceite»*; pero si eran profundas y originaban hemorragias se hacia una masa con harina de maíz tostado, pólvora, sal y ceniza, la que se colocaba dentro de la herida y se vendaba luego. Señala también que se usaba tabaco verde machacado. *«Y si cayera pasmo en la tal herida la foguearan...» «y si el tal pasmo siguiera delante, el enfermo beberá azufre molido, una cucharada en miel, vino, chicha o en un huevo.»*¹².

Que observamos; pues que desde una perspectiva popular, práctica, sin médicos oficiales, sigue actuando la mentalidad galénica en su versión medieval. Existen armas con veneno y sin él; pero no se refieren a los venenos, que por cierto en flechas y dardos fueron una de las pocas armas eficaces que dispusieron los americanos, sino que las heridas de arma de fuego, eran consideradas también envenenadas, en este caso por pólvora. La cura inicial era con principios europeos, aunque probablemente alguno

¹¹ Pardo Tomás, José. López Terrada, María Luz. 1993. Las primeras noticias sobre plantas americanas en las relaciones de viajes y crónicas de Indias, (1493-1553), Valencia, pág. 197.

¹² Pérez de Barradas, José. Plantas mágicas americanas. 1957. CSIC, Madrid, págs. 5-6.

ya de origen americano: bálsamo, sebo o aceite. El bálsamo como lo detallaremos mas adelante era un medicamento totalmente americano, pero que encajó, en una categoría de la materia médica europea y por tanto no se considera un nuevo medicamento; solo un origen diferente, pero como veremos luego, ese es otro artefacto de la mirada. La ínter cambiabilidad entre sebo y aceite seguramente apuntaba a la dificultad de conseguir aceite en las empresas conquistadoras, en cambio el sebo, pero no de res ni cordero, sino de camélidos americanos: llamas o alpacas, era de muy fácil adquisición en todo el mundo andino. Un reemplazo no estricto, pero practico.

Es más notable lo mencionado sobre el tratamiento cuando la herida era más grave o hemorrágica, entonces se usaba el concepto medieval del principio galénico del envenenamiento y la practica quirúrgica en boga de introducir una masa medicamentosa en la herida, vendarla y dejar actuar los principios de curación del envenenamiento además de realizar una empírica contención mecánica de la hemorragia. Pero en este caso la masa medicamentosa es una extraordinaria muestra de sincretismo terapéutico: se usa harina de maíz tostado, un producto exclusivamente americano, mezclado con pólvora, de origen europeo, y sal y ceniza, asequibles en ambos continentes. Señala pues una alternativa terapéutica totalmente americana, basada en moldes europeos. Debemos tener en cuenta que es descrita en Chile, a miles de kilómetros del caribe; el uso del tabaco verde machacado. El tabaco pues es una de las plantas americanas, que de mano de los soldados mas rápidamente se incorpora al arsenal terapéutico popular. En la metrópoli hay un largo proceso para su difusión y uso; largas discusiones para determinar sus propiedades (finalmente se asimilan como de calidad caliente en el modo galénico, y por tanto utilizable en enfermedades frías), pero en América se convierte rápidamente en un producto terapéutico común.

Otro detalle ilustrativo es la intercambiabilidad que se introduce entre el uso del vino y la chicha, producto de la fermentación del maíz en cualquiera de sus variedades y que da lugar a distintos tipos de chicha, pero que en todo caso se refiere a lo que sería en una clasificación de bebidas alcohólicas como semejante a una cerveza.

La materia medica americana

Debemos recordar que la medicina oficial peninsular era a fines del XV y durante casi todo el XVI, una fiel seguidora del galenismo arabizado medieval, y pese a que el Renacimiento había desarrollado una nueva mirada regresando al hipocratismo en sus fuentes, el tradicionalismo de la Universidad Española no dejaba lugar a estas corrientes. Esto tiene importancia capital en la descripción de la materia medica que se buscó y que se obtuvo de las «Indias».

Los problemas sanitarios que se enfrentaban, determinaban, cribados por la terapéutica oficial en cada caso, el ámbito de los medicamentos de posible rentabilidad. Aunque sin entrar en el problema de jerarquizar la problemática de salud publica de la época podemos identificar las causas de mortalidad más importantes. En primer lugar las enfermedades infecciosas, sea en su forma endémica como epidémica; en segundo lugar las heridas sean de origen bélico o no. En tercer lugar los Síndromes generales, expresión de diversos padecimientos o enfermedades que la medicina de la

época aun no identificaba como entidades nosológicas individuales, tales como fiebres, hidropesía y similares.

De acuerdo al uso de la materia médica americana en Europa, una clasificación útil es la de Pardo Tomás y López Terrada, que las divide en

- Las viejas plantas medicinales
- Los nuevos remedios viejos
- Los nuevos medicamentos

Veamos algún detalle

Las viejas plantas medicinales

Al llegar a América se creyó ver desde el inicio las mismas plantas que en Europa, muestra de eso es hasta el título de un capítulo de Historia General de Oviedo: *«de las yerbas que ay en esta isla española que son como las de España: las quales aca son naturales desta tierra»*. Una revisión cuantitativa de las descripciones de plantas medicinales de Indias nos muestra que más de la mitad eran plantas que supuestamente existían en Europa, y se encontraban también en América; la realidad es que en la mayoría de los casos eran confusiones producto de la escasa preparación botánica de los Cronistas y también de su afán de ver cosas útiles para rentabilizar. En otros casos efectivamente se trata de especies cosmopolitas que tienen representantes americanos y europeos. Al no tratarse de nuevos medicamentos, y además ser plantas de relativo poco valor terapéutico solo mencionaremos algunas.

El cronista que mas plantas medicinales describe es sin duda Fernández de Oviedo, que alcanza 32 plantas medicinales¹³, de las cuales 20 solo las describe él, y a ese número debe añadirse dos plantas no descritas por Oviedo ni por otro cronista mas que López de Gomara, quien como se sabe es un cronista a partir de noticias que le llegan a diferencia de Oviedo que si estuvo en América.

Especie	Descrita por:
Bledo	Oviedo y otros
Helecho	Oviedo y otros
Hierbas de mar	Oviedo y otros
Junco	Oviedo y otros
Zarzas	Oviedo y otros
Salvia	Oviedo y otros
Verdolaga	Oviedo y otros
Ajenjo	López de Gomara
Escarzonera	López de Gomara

¹³ Pardo Tomás, José y López Terrada, María Luisa. 1993, *ob. cit.* pág. 200.

Los nuevos remedios viejos

Con esta denominación, y de acuerdo a la propuesta de Pardo Tomás y López Terrada, nos referimos a medicamentos nuevos pero que son asimilados como sucedáneos de medicamentos de la farmacopea tradicional. Este mecanismo muestra claramente la falta de apertura a nuevos medicamentos, en tanto permanece la mentalidad galénica arabizada, y luego cuando la que la reemplaza, el galenismo humanista, sigue aferrada a criterios de cualidades y complejiones.

Al ya estar incorporado en la materia medica europeos se da el paradójico caso de nuevos medicamentos, que deben vestirse de viejos ropajes para poder ser aceptados. La clasificación más útil será pues la de los usos que tuvieron.

Las Resinas medicinales

Hemos comentado ya, en el panorama sanitario, la preocupación por las enfermedades infecciosas, sea en su forma endémica o epidémica, muy temidas sobre todo en esta segunda forma. La explicación de la medicina oficial era que las infecciones se producían por una corrupción del aire; que cuando alcanzaba grandes proporciones causaba las epidemias, esto se desarrollaría luego como la teoría miasmática. La prevención por consiguiente podría efectuarse purificando el aire con diversas sustancias aromáticas. Su uso, muy extendido se basaba casi exclusivamente en diversas resinas procedentes de Oriente y que por tanto se constituían en mercaderías muy valiosas, por su pequeño volumen y alto precio. Eran un continuo egreso tanto para los de mayores recursos como para los emergentes costos de la atención sanitaria a la Corona.

Estas mismas resinas por ser, de acuerdo a la teoría de las cualidades galénica, de naturaleza cálida, actuaban también en las enfermedades o procesos causados por frío. Es decir que tenían una doble demanda y sin duda si se creía haber llegado a las Indias, eran productos de elección para ubicar y comercializar.

A pesar de entusiasmos iniciales pronto fue claro que no se había llegado a las Indias, pero pese a ello el hallazgo de plantas y productos que eran aparentemente idénticos a los medicamentos que se traían de Oriente alentó la comercialización. Cuando posteriormente fue evidente que no eran los mismos productos ya se había comprobado que aunque diferentes botánicamente tenían propiedades terapéuticas idénticas o superiores a los simples ya conocidos, y se mantuvo su comercio, que en algunos caso fue muy considerable.

En las resinas aromáticas de uso médico encontramos un claro problema de identificación. Al ser productos que se pensaba conocer y eran «hallados» en Indias, no se describe los árboles originales ni los nombres nativos, más aún se utiliza ampliamente la sinonimia no farmacéutica sino popular con que estas diversas resinas se conocían en la península, por lo que poco se conoce de los productos originales y nada de su forma de uso entre los aborígenes. Pueden agruparse en algunas denominaciones generales en que cada una reúne diversos productos americanos pero que se identificaron con un solo producto o familia de simples europeos:

Almáciga

La almáciga clásica es una resina producto de varias especies de Pistáceas, fundamentalmente de la *Pistacia lentiscus* L. Originaria de Quíos, en su forma latina se le llamó Therebintus, que pasó al castellano como Trementina. Aunque la resina

original tenía aplicación médica la que se encontró en América solo se utilizó en emplastos y también para barnices.

Anime

Es un término genérico para diversas resinas procedentes de Arabia, utilizadas como sahumerios y también en enfermedades «frías». Su equivalente americano procede del *Hymenae courbaril* L., y otros árboles del mismo género. En muchas ocasiones se confundió este término con el Copal, otra planta esta sin equivalente europeo, y utilizada por la medicina nativa, que sin mayores disquisiciones se incorporó, para efectos de su comercialización, en el anime, o si había demanda específica se vendía con su nombre original.

Tacamahaca

Es un término de origen náhuatl, y ya usado como medicamento en la medicina americana, agrupó a diversas resinas obtenidas del *Elaphrium tecomaca*, pero luego se extendió para denominar otras resinas obtenidas de especies del género *Icica*.

Caraña

También término náhuatl es el correspondiente a la resina que se obtiene del género *Icica*. Procedente de Tierra Firme, según Monardes. Al igual que las anteriores se mantuvo en la medicina europea, con poca importancia, como irritante o vesicante hasta comienzos del siglo XX en aplicaciones tópicas¹⁴; sin embargo su uso desplazó a los originales asiáticos, y su escasa importancia se debe más a los cambios en la terapéutica que a sus propiedades.

Estoraque

El estoraque es a diferencia de las anteriores la resina que probablemente tuvo el mayor éxito comercial. El estoraque clásico es la resina extraída del *Liquidambar orientalis*. Miller, árbol nativo de Asia menor, de amplio uso como sahumerio y en aplicaciones locales en procesos de causa fría, pues según Monardes era caliente «casi en el tercero grado». El comercio de esta resina era mucho más abundante entre Europa y Asia, y el hallazgo de *Liquidambar styraciflua* L en América, con idénticas propiedades y aún mejores por su mayor calidad cálida, reemplazó totalmente al comercio asiático.

Igual que en los casos anteriores de menor éxito, este no se debió a las cualidades del producto americano, sino a los cambios en la terapéutica en los siglos siguientes. El impacto pues de esta confusión científica pero hallazgo comercial, fue un desplazamiento del comercio y la creación de rápidas fortunas.

Sangre de Drago

La famosa «sanguis draconis» era un término también genérico para diversas resinas, de color rojo, que se obtenían de especies con una diversidad geográfica amplia que va desde las especies indias, otras en Java; Sumatra y Borneo, hasta la de Canarias,

¹⁴ López Piñero, José María 1989 Introducción a «La Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias occidentales (1565-1574) de Nicolás Monardes. Madrid, pág. 37.

donde el «draco» es el árbol emblemático. El género americano: *Croton*, tiene diversas especies distribuidas en la zona andina como *C. Draco*, y *C. Hibiscifolium*. Descritos ya los equivalentes americanos por Monardes, reemplazaron el comercio asiático e incluso el canario.

El bálsamo del Perú

El bálsamo es el mejor ejemplo de un medicamento americano que inicialmente confundido con otro conocido en Europa, no solo lo reemplazó con éxito sino que lo aventajó. En las descripciones clásicas de Dioscórides encontramos la referencia a un bálsamo, sustancia que se elaboraba aparentemente a partir del jugo de un árbol originario de Egipto y Oriente medio: *Commiphora opobalsamun* Engl, y que tenía extraordinarias aplicaciones, pero siendo la principal la de cicatrizante, o como se indicaba en la terminología de la época, era un vulnerario. Para la época ya había desaparecido de la farmacopea disponible, pero sus virtudes habían superado su inaccesibilidad y se habían buscado y aparentemente encontrado diversos sucedáneos en la baja edad media, ninguno de ellos por cierto con las virtudes atribuidas al original. La necesidad, en una época tan violenta y convulsa, de un específico para heridas abiertas era tanta que se mantenía tanto en la farmacopea como en el imaginario de boticarios y pacientes. Encontrar un sustituto americano fue un hallazgo extraordinario, y seguramente una gran alegría para los primeros europeos, pero además sus propiedades extraordinarias han hecho que se continúe su uso hasta la actualidad tanto en su forma original de Bálsamo del Perú o en su variante el Bálsamo de Tolú.

El Bálsamo del Perú, se obtiene, como es conocido, del *Miroxylum balsamum* (L.) Harms y era ya utilizado como cicatrizante y en otras aplicaciones por los méxicas y en la región andina. El primer contacto fue en México donde se copió su uso de los sanadores nativos. Quien primero señala su uso es Fernández de Oviedo quien con su conocida displicencia hacia los nativos americanos habla de un «Bálsamo artificial» el cual «*en llagas y desgarraduras, aunque faltare carne en la herida restaña la sangre cura las llagas maravillosamente (...) quando duele el vientre o otra parte de la persona, si es de frialdad, beviendo algunos tragos del agua que dicho que se saca deste árbol o planta, luego se quita e se siente, a lo menos, mucha mejoría; e continuándolo, en pocos días se quita todo el frío e humor e dolor causado de frío*»¹⁵ No indica sin embargo ningún nombre nativo.

López de Gómara habla de «*xilo*» del cual dice «*otro árbol de que sacaban lo indios el licor que los nuestros llaman bálsamo*»¹⁶ es pues López de Gómara el primero en indicarnos el nombre nativo. Luego Nicolás Monardes describe el bálsamo e indica que era conocido «*casi desde que se descubrió y ganó la Nueva España*». El término xilo

¹⁵ Fernández de Oviedo, G. (1535): La historia general de las Indias, Sevilla, en la imprenta de Juan Cromberger, 97r. Citado en Pardo Tomás, José y López Terrada, María Luz. 1993, *ob. cit.*, pág. 216.

¹⁶ López de Gómara, F. (1946): Hispania Victrix. Primera y segunda parte de la Historia General de las Indias, con todo el descubrimiento, y cosas notables que han acaecido desde que se ganaron hasta el año 1551; con la conquista de México y de Nueva España. En : Historiadores primitivos de Indias, 5, Madrid. Atlas; págs. 156-455. Citado en Pardo Tomás, José y López Terrada, Maria Luisa. (1993) *ob. cit.*, pág. 215.

corresponde al vocablo náhuatl con el que se designaba si bien no a la planta, si al jugo de esta y que era el usado como bálsamo.

El éxito del Bálsamo se debió a su identidad con una necesidad latente en Europa, aunque ahora sabemos que no era el bálsamo clásico, pero también refleja la búsqueda de vulnerarios entre los europeos, por ser un artículo fácilmente comercializable y rentable. No estuvo exento este hallazgo de efectos negativos para la materia medica, pues ya desde antes se había descrito otro bálsamo en el Caribe. La historia es interesante y la relata Fernández de Oviedo. La planta, dominicana, o Taína, denominada Goacanax, era usada entre los Taínos supuestamente para hacer teas con sus ramas desprendiendo un olor que refiere Fernández de Oviedo como muy desagradable para los Taínos pero agradable para los Españoles. Atribuye a un medico veneciano, Micer Codro o a un castellano Antón de Villasanta, el haber descubierto que el bálsamo que se producía de la corteza de este árbol tenía efectos curativos en «*heridas frescas*» así como en «*otras grandes e graves enfermedades de las que se suelen tener por incurables*». Cuando el bálsamo del Perú alcanzó hegemonía comercial, el bálsamo de Goacanax, aparentemente de una especie no relacionada con el Miroxylon, fue olvidado. Nuevamente lo comercial, lo rentabilizable primó sobre el interés terapéutico.

Los purgantes

Si las resinas aromáticas tuvieron aplicación según los conceptos médicos de la época en la purificación del aire, y en enfermedades «frías»; los purgantes encajaban perfectamente en los tratamientos expulsivos de la medicina renacentista que retomaba los conceptos hipocráticos. La purga como se sabe era junto con la sangría los dos recursos mas ampliamente utilizados por la Medicina entre el XVI y el XVII.

Su amplia difusión como terapéutica los hacía muy conocidos.

El mechoacan

Se vera al hablar de los nuevos medicamentos.

La cañafistola americana

El medicamento original solo fue conocido en Europa en la alta edad media a partir de la medicina clásica india, botánicamente es la legumbre de *Cassia fistula* L. Su comercio era relativamente abundante, pero la abundancia del sucedáneo en América (*Cassia grandis* L), fue conocida desde los viajes colombinos, pues crecía en el Caribe. Monardes señala su abundancia diciendo. «*viene de las islas de Santo Domingo y de San Juan de Puerto Rico mucha cantidad de cañafistola, y es tanta que no solo se provee della toda España, pero toda Europa y casi todo e mundo, porque a Levante, do ella solía venir, van mas naos cargadas dela que viene hierro de Vizcaya*»¹⁷.

Vemos así que este producto revertió totalmente e sentido del comercio y marco no de los impactos que se achacan a todo el comercio proveniente de América, que con su abundancia y calidad echó por tierra los precios.

¹⁷ Monardes, Nicolás, 1580, Primera, segunda y tercera partes de la Historia Medicinal: de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales, que sirven en Medicina. Tratado de la piedra Bezaar, y de la yerva Escuerçonera. Diálogo de la grandezas del Hierro, y de sus virtudes Medicinales. Tratado de la Nieve y del beber Frío. Hechos por...Sevilla en casa de Fernando Díaz, F. 20

El ricino americano

El ricino era y continuó siendo uno de los purgantes mas utilizados, conocido por su nombre popular de «Higuerillas del infierno»; procedía de unas Euforbiáceas del género *Ricinus*, siendo el más utilizado el Ricino asiático (*Ricinus communis* L) el sucedáneo americano no es del mismo género pero tambien es una Euforbiacea; la *Jatropha curcas* L, muy semejante.

Purgantes diversos

Se describen diversos purgantes conocidos como «Avellanas purgativas», «Piñones purgativos»; «Habas purgativas» y «Leche de pipinichi». La primera se le llamo también «ben», un nombre con el cual se designaba a otro purgante que se obtenía de la *Moringa oleífera*, un árbol eurasiático.

Los Nuevos Medicamentos

Los nuevos medicamentos han recibido mucha más atención pero aun en ellos con las excepciones que señalaremos oportunamente también encontramos que se busca aquello que encaja en la mentalidad galénica se interpreta su acción según la misma mentalidad. En aquellos caso en que por la naturaleza que se le atribuía no deberían tener el efecto que se observa, el modo de pensar entraba en conflicto con la experiencia y daba lugar a largas polémicas, como las que se dieron con el tabaco y la misma quina. Son sin embargo algunos productos nuevos de características tales que fácilmente encajaban en el esquema interpretativo galénico y por tanto sus uso se difundió tan rápidamente como las otras pero no desataron polémica alguna.

El mechoacán

Este es un buen ejemplo de un medicamento nuevo, pero con una acción ya conocida, solo que en este caso el producto era notablemente mejor que los existentes medicamentos utilizados en la época. El mechoacán es un purgante, que Nicolás Monardes considera perfecto, por la facilidad de sus uso, por que no provoca dolores ni es violento como otros en uso.

«Dase en todo tiempo y en toda edad; hace su obra sin molestia y sin aquellos accidentes que las otras medicinas solutivas suelen hacer. Es medicina fácil al tomar, porque no tiene gusto. Solo tiene el sabor de la cosa con que se toma, porque es de suyo insípida y así es fácil para los niños, porque la toman sin sentir lo que es; es asimismo para las personas que no pueden tomar medicinas, porque esta no tiene olor ni sabor. Yo he purgado a ella muchos niños y a muchos últimamente viejos, porque la he dado a hombres de mas de ochenta años, y hacer en la obra muy buena y segura, sin ninguna alteración ni pesadumbre y sin quedar debilitado ni enflaquecido».

Guayacán

La sífilis que se comenzó a difundir paralelamente a los primeros contactos americanos, tuvo también desde la misma época un específico de extraordinaria importancia, el guayaco, que es una delas medicinas nuevas. Descrita por las fuentes colombinas en la primera década del XVI, su comercio monopolizado por la familia

Fugger, se popularizó por la obra de Ulrich von Hutten «De guaiaci medicina et morbo gallico» de 1519. Sin embargo autores tan conocidos como Paracelso dudaron de sus propiedades.

El *Guaiacum officinale*, y su variante el *Guaiacum sanctum* o Palo Santo, sustentaron la idea del origen americano de la sífilis, pues Dios habría colocado la enfermedad y su cura en el mismo lugar.

China

La China (*Smilax china*) no es una planta americana, en realidad es asiática pero muy tempranamente fue traída para cultivarla en Nueva España, seguramente pensando en la feracidad del suelo y la mayor facilidad de comerciarla en un entorno colonial. Existía en América sin embargo una especie semejante (*Smilax pseudo china*) que fue la que finalmente se comercializo reemplazando, pero con el mismo nombre a la original.

Zarzaparrilla

El caso es similar al anterior, la zarzaparrilla europea (*Smilax aspera*) se conoce desde Dioscórides, y en América se encontraron varias especies similares, descritas por Monardes y que corresponden a otras especies del mismo género: *S. medica*; *S. utilis*; *S. officinalis* y *S. syphilitica*. Su popularización en América fue tal que se decía que no había casa donde no se encontrara en la forma de agua de zarzaparrilla.

Tabaco

Ya hemos señalado que el tabaco fue descrito por el propio Colón, pero su aspecto terapéutico fue muy discutido durante el XVI y el XVII, la forma de aspiración, que rápidamente tomo mucho auge, nunca fue la indicación terapéutica, la *Nicotiana tabacum* y la *N. Rustica*, ambas especies descritas ya en Monardes, solo se indicaban como opíltorios, es decir aplicadas topicamente, bien en emplastos o calentadas para afecciones tan diversas como dolores de cabeza, estomago, ijada, muelas y otras partes del cuerpo. También en heridas recientes, para lombrices y solo esporádicamente para las «pudriciones del pecho» Fue conocido sin embargo el uso como narcótico y planta ritual, lo cual fue considerado pernicioso.

Coca

La coca era tal vez la planta mas conocida como médica entre los pobladores andinos, sin embargo su uso ritual y su uso comohierba para evitar el cansancio fue lo único que vieron los europeos, quienes establecieron un comercio interior muy prospero, pues monopolizaron su venta al minoréo a los indígenas, es decir que rentabilizaron la planta sin darle uso medicinal propio con lo cual sus diversas propiedades narcóticas y anestésicas, solo fueron descubiertas en el XIX.

Sasafrás

Sasafras albidum, utilizado como sudorativo, antídoto y depurativo estomacal hasta el siglo XX, es también una de las nuevas plantas medicinales. Fue originalmente descrita por los franceses en Florida, pero luego descrito en casi toda América. Su nombre nativo era «paume», pero también se uso el nombre saxifragia.

Cebadilla

La cebadilla o *Schoenocaulon officinale* antihelmíntico interno y cáustico aplicado tópicamente tuvo aplicación hasta el siglo XX.

La difusión de la Materia Médica Americana

Solo esquemáticamente diremos que la difusión de la materia médica americana en Europa tuvo su más destacado representante en Nicolás Monardes, a quien ya hemos mencionado. Su obra traducida al latín por Clusius, tuvo además, solo e vida del autor diecisiete traducciones seis en italiano, cinco en latín, tres en francés, y tres en inglés; en el siguiente siglo otras catorce: siete en italiano, tres en francés, dos en latín una en inglés y una en alemán.

La Quina

La polémica de su descubrimiento

Aunque ampliamente conocida, para efectos de situarnos temporalmente, recordaremos la versión oficial del descubrimiento de la Quina y sus propiedades. En la jurisdicción de Loja, en el Virreinato del Perú, hacia 1630, un jesuita es curado por el cacique de Malacatos con la quina, y este jesuita a su vez cura al corregidor de la provincia, Juan López de Cañizares enfermo de «fiebres». Cuando al poco tiempo este corregidor se entera que la esposa del Virrey del Perú, el conde de Chinchon, a su paso por Panamá ha contraído fiebres, decide enviarle al Dr. Juan de la Vega, médico de cámara del Virrey los polvos, que de allí toman el nombre de «polvos de la condesa».

La difusión de la quina es rápida, en 1638 el agustino Fray Antonio de Calancha describe el árbol de la quina, y dice de él que es ampliamente utilizado tanto en América como en Europa, pidiéndolo incluso desde Roma. Lo concreto es que la orden jesuítica, asentada en la región de Maynas contribuyo mucho a su difusión remitiendo a su casa central en Roma cantidades crecientes de cascarilla, de allí la sinonimia de «polvo jesuítico» con que se conoció también en su difusión europea inicial. Es conocido el episodio en que el cardenal Mazarino recibió de Roma el polvo de los jesuitas para curar a Luis XIV.

Sin duda la versión mejor escrita de esta saga virreinal de los polvos de la condesa novelada en las Tradiciones Peruanas de Ricardo Palma, escritor peruano del XIX, que contribuyo como pocos a difundir esta versión romántica.

Pero observemos con algún detalle, esta historia fundacional. Lo que esta claro es que no fueron los criollos o los españoles los que descubren las propiedades febrifugas de la cascarilla o Quina, solo reciben el conocimiento, pero mas de un siglo después de haber ocupado los territorios. La historiografía española se ha cebado (especialmente en la tradición de José de Acosta) en la «mala voluntad» de los naturales para darles sus conocimientos secretos terapéuticos, pero para el XVII ya hace mucho que ha ocurrido el fenómeno que describimos anteriormente de eliminación de las élites andinas,

incluyendo a los sanadores; solo queda una sanidad popular, siempre temerosa de ser considerada idolatría por los religiosos «extirpadores de idolatrías» La versión pues de que los nativos americanos no conocían las propiedades de la corteza son absurdas, no solo la conocían sino que lo utilizaban en forma tan amplia que un cacique, es decir no un sanador, es el que la hace conocer a los jesuitas. Como veremos a continuación el descontrol que se produjo sobre el uso de la Quina es una historia más en la que los criollos y peninsulares, una vez descubierta una posible fuente de rentabilidad dejan de lado los conocimientos y modos indígenas de obrar y se abocan al modo europeo, lo que en este caso específico condujo a un auge de la cascarilla en el XVII, una desvalorización y polémica en el XVIII, y finalmente a fines de este y el XIX un uso racional del específico americano.

Luego de 1630, en las siguientes décadas se produce una rapidísima difusión de la cascarilla, sin duda las epidemias de paludismo que asolaban extensos territorios peninsulares así como su acción sobre el signo y no sobre el proceso subyacente necesariamente, le daba un amplio abanico de posibilidades terapéuticas. En 1663, Sebastián Badó publica en Génova su obra *Anastasis corticis peruvianaese seu chinae chinae defensio*.

Sydenham la consideró útil para las tercianas y cuartanas. Sin embargo la opinión médica estaba dividida. La Quina fue identificada como poseedora de propiedades cálidas según la teoría de las cualidades galénica y eso ponía un freno teórico para su empleo en las fiebres. Otros médicos como Stahl, que ya dejando las concepciones galénicas estaban formando la medicina moderna, y ya en 1700, consideraba que la fiebre es un estado positivo de la naturaleza que así se defiende de una agresión y que no debía tratarse con antifebriles. Además la cascarilla no era de carácter purgante, emética ni diaforética, mecanismos que según la renovada medicina hipocrática eran los permitían la recuperación del paciente, así que su uso era discutido. A estas discusiones sobre su utilidad en un período de cambio de paradigmas médicos se añade el pésimo manejo que se hizo de su distribución.

Los bosques de Loja en el norte del virreinato del Perú fueron rápidamente presa de los «cascarilleros» como se auto denominaban, que querían ganancias rápidas y destruían todos los árboles de cáscara amarga fueran o no cinchona. Los cajones de corteza eran mezclados sin distinguir las mas efectivas de las que lo eran menos. El prolongado e inadecuado almacenamiento reducía su efectividad y es que la quina es un ejemplo de la mentalidad rentalizadora con que se enfrentó toda la empresa americana. Naturalmente esta irregularidad en la calidad del abastecimiento a Europa apoyaba a aquellos que desconfiaban de sus propiedades. La corona española no actuó sino hasta el XVIII e inicialmente solo para asegurarse un suministro de calidad para la Botica Real.

La descripción botánica de la Quina no se realizó sino en 1737, por la Condamine jefe de la expedición científica Franco-Española destinada a medir el meridiano terrestre y determinar la forma de la tierra. Pero La Condamine no era botánico y confundió la quina roja con la quina blanca y este error fue acogido por Linneo que en *Genera Plantarum* de 1742 introduce el género Cinchona, según la descripción y las imágenes del expedicionario francés.. En *Materia Médica*, de 1749 añadió algunos datos medicinales, también referidos pues no contaba con ninguna muestra pero seguía manteniendo el error de La Condamine. En el intervalo Joseph Jussieu,

otro de los integrantes de la expedición francesa hizo una correcta definición de la Quina, pero nunca publicó su memoria, que solo en 1936 tuvo su primera edición. En el intervalo, Linneo había entablado contacto epistolar con José Celestino Mutis quien le envió en 1764 una muestra de la Cinchona, con lo cual en la edición de 1767 de *Sistema Naturae* la especie descrita por Linneo se corresponde a la que le había enviado Mutis y es la *Cinchona cordifolia*, reemplazando a la de La Condamine ó *Cinchona lancifolia*.

El estanco de Quina

Analizar el destino de la Quina y su comercialización en Europa desde las colonias americanas es material para una verdadera saga de intriga en la que se mezclan intereses comerciales, enemistades personales, contrabando, luchas por el poder y solo muy en el fondo verdaderos intereses científicos. Tal vez donde pueda verse mejor estas características es en el relato del frustrado Estanco de la Quina que se intento establecer en Nueva Granada, con la discutida participación de José Celestino Mutis¹⁸.

Mutis había logrado de su protector el Virrey-Arzobispo Caballero, la organización de una expedición botánica, en 1782, pero que se realizara en Mariquita, lugar hacia donde se había trasladado e instalado Mutis a explotar unas minas. En 1785 basándose en unas pruebas de la Quina que había remitido Mutis a la Real Botica y que habían sido considerada de buena calidad, y basándose en la Real orden del 21 de agosto de 1784, ratificada por la del 22 de Abril de 1785, se daban los primeros pasos para el establecimiento de un estanco de Quina, ya que se indicaba que se acotara para su explotación tanto los árboles de Quina meridionales como los septentrionales, clasificación de la cual hablaremos mas adelante.. En 1786, desde Mariquita Mutis propone la creación del Estanco, que incluía el monopolio de la comercialización de la quina pero considerando zonas exclusivas de la Quina de Santa Fe el mercado europeo y peninsular a partir de 1791; y en cambio dejando la de Loja para el comercio con Asia.

Desde 1785 Mutis había contratado cosecheros y tenia a su disposición 200.000 libras de quina como producción anual, y al poco de proponer el estanco en 1786 hace un primer embarque. Nuevos embarques se realizan en 1787, y se sabe por una carta del Virrey Caballero que tenía almacenadas 500.000 libras más. Todo parecía

¹⁸ Mutis nace en Cádiz en 1732, obtiene el bachillerato en Medicina en la Universidad de Sevilla en 1755 posteriormente en el jardín Botánico de Madrid y bajo a dirección de Miguel Barnades estudió Botánica entre 1757 y 1760. en ese mismo año, a los 28 años, embarca como médico de cámara del recién nombrado virrey de Nueva Granada. Fue catedrático de matemáticas en 1762, y desde 1764 establece relación epistolar con Linneo. De 1766 a 1770 trabajo en las minas de Montusa. Regresa a Bogotá y en 1772 se ordena de sacerdote a los 40 años, permanece hasta 1777 practicando la medicina. Desde ese año hasta 1782 regresa a las minas de del Real del Sapo cerca de Ibague, pero abandona la mina y en 1782 propone al virrey, su decidido protector, una Expedición Botánica en Mariquita donde se establece y al tiempo que herboriza explota minas. Se hace muy rico. En 1791 retorna a Bogotá y se enzarza en su polémica con Hipólito Ruiz y José Pavón sobre la primacía en el descubrimiento de la Quina. Luego se ha visto las inconsistencias de las clasificaciones botánicas de Mutis. Su figura aunque encomiada en demasía por la historiografía arroja muchas dudas sobre el equilibrio entre sus intereses científicos y económicos, especialmente en el laboreo de minas y el pretendido estanco de la Quina.

listo para una operación política comercial de gran envergadura, pero en ese momento todo comenzó a fallar. El embarque de 1787, que llega en la «Santa María» y consiste en 435 cajones es inmovilizado en Cádiz y sometido por el protomédico a análisis por distintos médicos de la ciudad. Los resultados no fueron de los mejores; de 12 muestras analizadas 3 fueron eficaces, 7 fueron útiles, y 3 inútiles. Se ordenaron nuevos análisis pero la carga recibida, así como las sucesivas que llegaban, y que eran procedentes de la parte septentrional del virreinato de Nueva Granada, fueron retenidas, sumando más de 1123 cajones que finalmente se decidieron vender en el extranjero, y usarlas en la península solo si llegaba a escasear la Quina de Loja.

Una muestra de Quina de la zona de Santa Martha, en el litoral atlántico, y que había sido también considerada por Mutis como de excelente calidad, es llevada por el propio virrey a la península pero examinada en 1788, es rechazada por la Real Botica. A comienzos de ese año ya se había dispuesto por Real Orden que se suspendieran los acopios de Quina de Santa Fe, hasta nuevas experiencias, pero a lo largo del año disposiciones contradictorias que luego solicitan la mayor cantidad posible de Quina septentrional nos indican los intereses diversos que se movían detrás del comercio de la Quina. El siguiente año, 1789 es de normas todas contrarias a la importación de Quina de Santa Fe, por los malos informes de calidad. Además diversas voces en la «mesa sobre la Quina» indican su preocupación por los intereses que podría tener Mutis en la explotación y en el establecimiento del Estanco.

En 1790 el 7 de Septiembre se ordena descartar ya el establecimiento del estanco de la Quina, y se da carta libre al comercio. La medida es complementada en Diciembre de ese mismo año indicando que la Quina de Loja será la única que se enviará a la Real Botica, y que la que se obtenga de otros lugares pueda ser vendida libremente en plena libertad de comercio.

La cantidad de Quina que se envió desde Santa Fe entre 1787 y 1789 sumó 4324 cajones con un total de 1.106.712 libras. La oposición marcada a su aceptación por los Boticarios de la Real Botica mezcla intereses comerciales sobre el monopolio que quería establecer Mutis y que despertó ambiciones, con falta de técnicas para determinar la calidad de la quina. Cabe señalar sin embargo que Mutis siempre atribuyó el fracaso de sus gestiones a la influencia de Hipólito Ruiz y José Pavón, a quienes consideraba con gran influencia en la corte, seguramente extrapolando sus propias influencias en el gobierno del Virrey Caballero. Lo que queda claro es que los grandes acopios realizados por Mutis, sin la debida calidad, apuntaban a una empresa comercial que sería muy beneficiada con el establecimiento del Estanco, y que al llegar a Cádiz, despertó molestias por la limitación que produciría a la Quina del Perú y además intereses en controlar al menos parte del negocio que se presentaba en ciernes. Naturalmente todo se sustentaba en la mala calidad de al menos parte de los envíos de Mutis y que fueron hábilmente utilizados por sus detractores y competidores.

La Quina de la Real Botica

La Real Botica hasta 1768 se aprovisionaba de Quina Americana a través de la compra a particulares. En ese año, según un Real Orden enviada el 24 de marzo a los virreyes de Perú, Nueva Granada y Nueva España, se ordenaba, que, con cuenta a la Real hacienda remitieran varios géneros y frutos a fin de tener bien abastecido

el Real Servicio.¹⁹ Era el inicio del intento de establecer un estanco para la Quina, al modo que ya se tenía para otras plantas, si bien en ningún caso de aplicación médica y tan enraizada en el comercio privado.. La finalidad de la Corona era específicamente económica; se esperaba ahorros considerables para las crecientes compras oficiales (como efectivamente sucedió), pero también el disponer de quina seleccionada y obtener beneficios de su comercialización por parte del estado.

La Quina en esa época aun no estaba muy difundida en Europa y solo se usaba con frecuencia en España, aunque existía un notable contrabando que la llevaba a todo el resto de Europa. Aunque era conocida como un simple, en realidad existían diversas especies e incluso géneros comercializados bajo ese rubro, lo que condujo a numerosas disputas para determinar cual era la más adecuada y cuales eran, entre las que se enviaban a España las verdaderas Cinchonas. Esta disputa entre Comerciantes, Autoridades naturalistas y boticarios, más de una vez se desligó totalmente del aspecto científico desnudando intereses económicos y personales.

A efectos de los envíos a la Real Botica, que naturalmente exigía la más alta calidad, se dio la Real Orden por la que se establecía los envíos, que eran certificados según su calidad por el Boticario Real. De acuerdo a la experiencia acumulada y utilizando en forma práctica el puerto de embarque, las quinas para la Real Botica se clasificaban en dos tipos, las meridionales y las septentrionales. Las meridionales se referían a las recogidas en la Audiencia de Quito, que desde la época de Imperio Incaico formaba unidad con Perú, (era el llamado Contisuyo) y que luego con el resto de los territorios del centro y norte del actual Perú, formaba el Bajo Perú, para diferenciarse del Alto Perú correspondiente a la meseta del Collao, región actualmente compartida por Perú en su extremo sureste y toda la República Boliviana. Por entonces una reciente nueva demarcación del virreinato de Perú, segregó temporalmente la Audiencia de Quito del virreinato del Perú, anexándolo al de Nueva Granada. Era una situación artificial pues el conjunto de territorios formaban una unidad biológica y geográfica además de los lazos históricos y geográficos muy intensos.

Sus quinas eran consideradas las de mejor calidad y a pesar de tener una denominación común de Quinas existían tres clases bien diferenciadas.

Quinas del Perú.- recogida en los centros de Loja, Cuenca y Jaén, era la de mas alta calidad y también la sometida a una mayor explotación.

Quinas de Quito.- Acopiada en los alrededores de Quito, era de menor calidad a la del Perú, por la cual algunas veces se solía suplantar.

Quina Calisaya.- Otra denominación de menor calidad y que ante la escasez de las otras Quinas se acopió.

El sistema utilizado para la recolección era nombrar una comisión, las que siempre mantuvieron la diferenciación entre las correspondiente entre Quinas meridionales y septentrionales. El comisionado era siempre un corregidor de la ciudad de Loja. Este se trasladaba a la zona, contratava unos cosecheros y acopiaba lo obtenido en la ciudad mas cercana, finalmente se acopiaba toda en Loja, donde se encajonaba y trasladada a

¹⁹ Ver Andrés Turrión, María Luisa de. Y Terreros Gómez, María Rosario. 1997, Organización administrativa del ramo de la quina para la Real Hacienda Española en el Virreinato de Nueva Granada. En Riera Palmero, Juan. (coord.). Medicina y Quina en la España del siglo XVIII, Universidad de Valladolid, Valladolid, págs. 37

Guayaquil donde era embarcada hacia el Callao, de donde finalmente era embarcada hacia Cádiz. En los últimos años este viaje también se realizó con un primer embarque en Piura y el embarque hacia la península desde Paita, ambos puertos peruanos.. Se han registrado 19 remesas en la Real Botica de esta variedad de Quina.

La quina septentrional, mucho menos solicitada por su inferior calidad solo se conoce de tres envíos que recolectados en las proximidades de Santa Fe, fueron embarcados hacia Cádiz desde Cartagena de Indias.

La quina una vez llegada a Cádiz recibía un tratamiento especial, pues liberada de todo impuesto era trasladada hasta la Real Botica donde quedaba a cargo del Boticario mayor y el primer ayuda, quienes la limpiaban y pesaban, luego era sometida a análisis organolépticos y se clasificaba en tres calidades: de primera suerte, de segunda suerte y de tercera suerte.

La de primera suerte era destinada a la Familia Real y también como regalo a cortes extranjeras; la de segunda suerte era para uso de la Real Botica, que la utilizaba en el numeroso personal de la corte, la de tercera suerte era usada para limosnas. La progresiva falta de calidad de los envíos obligo a la creación de una cuarta suerte que también fue destinada a limosnas. Las remesas con la situación de insurgencia en América comenzaron a escasear y a partir de 1808 casi cesaron. Los registros de la Real Botica, muy estrictos por cierto, indicaban lo contenido en almacén, los ingresos y cada salida. A partir de 1808 solo hay egresos, pero la gran cantidad almacenada y su posterior reemplazo por otros antifebriles en la terapéutica mantuvo existencias hasta 1942, cuando los restos que quedaban fueron derivados, en pleno gobierno de Franco, y en un gesto nostálgico imperial, a la Dirección General de Marruecos y Colonias.

Materia medica y las expediciones del siglo XVIII

Durante el siglo XVIII se pueden distinguir dos períodos, el primero va de desde inicios del siglo hasta la muerte de Felipe V en 1746, se ha llamado a este período «preilustrado», y se caracteriza por individualidades que difunden las ciencias, pero se carece aun de instituciones que los respalden, paralelamente crece la centralización del poder en el monarca. El segundo período, que se extiende para efectos prácticos hasta 1808, es propiamente ilustrado y se realiza un esfuerzo para europeizar a España. Es durante esta etapa que se realizan las expediciones científicas a América, la mayoría organizadas durante el reinado de Carlos III, aunque algunas de las mas importantes se iniciaron y/o continuaron durante el reinado de Carlos IV. Los propulsores y los integrantes de estas expediciones conformaban una minoría intelectual que produjo un reformismo moderado y minoritario, lo que explica que a partir de 1812 con la restauración, el declive de la ciencia española fuera tan marcado. La institucionalización de la ciencia, plasmada en fundaciones y reformas se extendió a las colonias americanas, pero estas, sobretodo en la segunda mitad del XVIII, ya habían adquirido una dinámica propia, también minoritaria por contacto directo con los autores mas modernos franceses y realizaron sus propias institucionalizaciones, las que en muchos caso no solo no recibieron apoyo central, sino que el conflicto entre criollos y peninsulares se traslado también al campo de la ciencia, limitando el desarrollo, como por ejemplo hemos visto en el caso de Balmis, siendo notables otros ejemplos como el de Alzate en México.

Las expediciones científicas fueron sin duda un esfuerzo de la corona, pero debe entenderse su génesis, sus objetivos y sus limitaciones. Que son émulas de las expediciones de otras potencias europeas que así avanzaban a una mas moderna forma de imperio es evidente, pero los objetivos de la corona española, no coherentes necesariamente entre las diversas administraciones que intervenían en la organización de las expediciones fueron no tan claros como los de otras potencias coloniales. En las expediciones españolas el lastre de una administración colonial y de una política errada durante muchos años lleva a que se espere obtener de estas expediciones no solo frutos científicos, sino beneficios concretos inmediatos, los que al no conseguirse fueron uno de los factores por los que se les retiró el apoyo. Las limitaciones de las expediciones son las de la ciencia española de la época: insuficiente institucionalización, escasos participantes, intensa oposición y finalmente no menos importante, cierta tendencia a no exceder en los alcances del cambio, buscar un equilibrio entre tradición y modernidad, imposible de conseguir en los términos en que se planteaba.

Las expediciones científicas

A mediados del XVIII, y hasta comienzos del XIX se realiza una fase exploratoria, de la historia natural americana. Es la etapa de las expediciones científicas ilustradas, iniciadas por impulso exterior, fundamentalmente planificadas y ejecutadas durante el Reinado de Carlos III, y que corresponden a una expresión del absolutismo borbónico, guardan estrechas relaciones con el reformismo de esta casa gobernante, pero además no pueden desligarse del contexto del inicio de la decadencia del imperio español. Por todo lo señalado, los frutos de ese esfuerzo, no tan grande como pretende la historiografía española, no existen, ni en América ni en España. En todo caso, en las nacientes repúblicas americanas coincidió, que no generó, con un proceso de desarrollo científico autóctono que luego también se frustraría pero por razones muy diferentes al caso metropolitano.

En el período entre 1735 y 1835 se realizan 63 expediciones.

El carácter expedicionario es variado, la mayoría tenían carácter geográfico y complementariamente botánicas, algunas, las menos, tuvieron un carácter más botánico o de clasificación, pero dentro de ellas están las más importantes por su impacto posterior: la de La Condamine, a Perú, en la que estuvo representada España por Jorge Juan y Antonio Ulloa, y que la historiografía española llama la expedición de Juan y Ulloa, aun cuando es claro que la expedición era francesa con unos añadidos españoles.

Conclusiones

El encuentro de las concepciones populares médicas está aun pendiente de estudio.

Los factores económicos determinaron la adquisición de la materia medica americana, en calidad y cantidad.

El tardío acercamiento a la medicina americana impidió su aprovechamiento como corriente renovadora. El impacto de la materia medica americana se diluyó por la política colonial española.

Las colonias americanas mantuvieron un doble sistema sanitario, con predominio del no oficial.

El auge de los conocimientos sobre materia médica se inserta en la dinámica de la decadencia del Imperio Español. La Historia no es una ciencia predictiva, pero si es una ciencia consejera. Mirar atrás y discernir, en medio de un aparente progreso lineal las múltiples influencias, todas extracientíficas, que signaron algo tan cercano como la terapéutica, nos debe hacer pensar en los procesos que hoy se están desarrollando a nuestro alrededor, y en los cuales, probablemente sigan actuando fuerzas similares.

