

Medicina, enfermedad y muerte en la Italia Tardoantigua: Un acercamiento a través de los *Dialogi* de Gregorio Magno¹

LUIS R. MENÉNDEZ BUEYES

*Departamento de Prehistoria, Historia Antigua y Arqueología
Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Salamanca*

INTRODUCCIÓN

El objeto de este trabajo es elaborar un posible catálogo de patologías en los *Diálogos* de Gregorio Magno en un intento de acercamiento a la realidad de la enfermedad durante la Tardoantigüedad. Se trata de complementar la información ofrecida por las fuentes hagiográficas hispanas a este respecto mediante su comparación con otra que, además de pertenecer a un área geográfica distinta, ha tenido una importante influencia sobre las elaboradas en Hispania durante este período histórico².

¹ Este trabajo ha sido desarrollado dentro del Proyecto de Investigación HAR2010-18327 (La pluralidad social de la Hispania tardoantigua y visigoda a través de la documentación eclesiástica), financiado por la Secretaría de Estado de Investigación, del Ministerio de Ciencia e Innovación.

² Este estudio es continuación de otro más amplio centrado en Hispania: MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua: Un acercamiento histórico a las patologías de las poblaciones de la época tardorromana e hispanovisigoda (siglos IV-VIII)*, Salamanca, 2013. Sobre la literatura hagiográfica en general y en Hispania en particular, VELÁZQUEZ, I.: *Hagiografía y culto a los santos en la Hispania visigoda: Aproximación a sus manifestaciones literarias*, Mérida, 2005. Con respecto a la relación de Gregorio con Hispania: DÍAZ, P.C.:

Las evidencias sobre las prácticas médicas son muy abundantes en los *Diálogos*³. Los médicos son nombrados en varias ocasiones, siendo muchos de ellos monjes. Existen menciones genéricas a medicamentos, instrumental médico o procedimientos como la toma del pulso en el enfermo para diagnosticar la gravedad del mismo, así como el uso de baños termales, incluso por prescripción médica. Igualmente en el decurso de la obra podemos encontrar un gran número de evidencias patológicas, que serán el objeto de análisis del trabajo. De hecho, el médico del siglo VIII, Benedetto Crispo, describió con bastante precisión patologías tales como conjuntivitis, pleuresía, problemas intestinales, locura subsiguiente a complicaciones meníngeas, carbunco, otitis, estreñimiento, esplenomegalia, gota, erisipela (*ignis sacer*), etc.⁴, afecciones que, en buena medida, veremos que aparecen en la obra de Gregorio aquí analizada. Así mismo las enfermerías de los monasterios (*infirmarium domus*) toman cuerpo en la narración. Pero la obra también nos informa de las prácticas alternativas por parte de hechiceros e, incluso, de veterinarios que, en las zonas rurales atenderían las necesidades de la población. Y es que, en relación con ese poder de dios del que el hombre santo es intermediario, existe en la obra una cierta visión negativa de la práctica médica, pues el único que es realmente capaz de curar es el santo⁵. De hecho, en la *Regla Pastoral* (1, 11) Gregorio utilizará una

“Gregorio Magno y el Reino Visigodo. Un conflicto de poderes”, en C. Azzara (Ed.), *Gregorio Magno, L'Impero e i "Regna"*, Florencia, 2008, pp. 59-80.

³ *Diálogos* I, 4, 3 (monjes médicos y hechicero); I, 4, 8 (lanceta para sangrar); I, 10, 2-5 (hechicero); II, 30, 1 (veterinario con sus instrumentos); III, 35, 3-4 (enfermería de un monasterio); IV, 56, 8-9 (monjes médicos y medicamentos); IV, 41, 3 y IV, 57, 3-4 (prescripción de baños termales); IV, 13, 1 (médicos que toman el pulso); IV, 37, 5 (médico y embalsamador en Constantinopla).

⁴ FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, Gorizia, 2008, p. 77.

⁵ BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, Roma, 2011, pp. 280-281. Lo que contrasta con la figura del médico en el mundo que vivió Gregorio, ya que la documentación longobarda los menciona en numerosas ocasiones, presentándolos en un primer plano de la escala social, al igual que ocurrirá en la Hispania visigoda. Así, en el *Edictum Rotharis regis* (c. 643) son mencionados sus servicios en algunos capítulos: LXXVIII, LXXVIII, LXXXII, LXXXIII (lesiones curadas por un médico); LXXXVII, LXXXVIII, XCLIII (compensación al que se fractura un brazo, tibia o un fémur por culpa de otro por la cura del médico); XCV (compensación por la amputación de un pie); CI, CVI (rotura de nariz); CVII, CX (compensación por herida que traspasa un miembro); CXXVIII (sobre quién busca y paga al médico al causar una herida, asignando al médico la decisión sobre la estimación de honorarios). Vid. FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, op. cit., pp. 51-55. La incompetencia médica es un tópico en la hagiografía bizantina: HORDEN, P.: “Saints and Doctors in the Early Byzantine Empire: The Case of Theodore of Sykeon”, *Studies in Church History*, 19, 1982, pp. 1-13; CRISAFULLI, V.S. y NESBITT, J.W.: *The Miracles of St. Artemios. A Collection of Miracle Stories by an Anonymous Author of Seventh-Century Byzantium*, Leiden-Nueva York-Köln, 1997, pp. 44-45; FERNGREN, G.B.: *Medicine and Health Care in Early Christianity*, Baltimore, 2009, p. 151.

simbología médica al exponer las características del buen prelado, dejando a la población cristiana de Europa en manos de una tranquila elite de “médicos del alma”, pues “*se suponía que los encargados de gobernar las almas debían ser personas dotadas del poder casi mágico que tenían los médicos antiguos de “percibir”, con su fino olfato, las enfermedades e infecciones morales ocultas en el individuo*”⁶. En cualquier caso, las prácticas asociadas a la magia y a los amuletos, especialmente en relación con enfermedades epidémicas como la malaria, es algo muy frecuente en Italia y la Europa tardoantigua⁷.

GREGORIO MAGNO

La personalidad y la obra de Gregorio Magno (540-604), elegido papa en el 590, es la de un hombre complejo en múltiples aspectos. Tal vez el más conocido sea el hecho de que bajo su mando se alcanzó el apogeo de la faceta religiosa de la aristocracia senatorial romana. Por lo tanto, en Gregorio Magno se enlazan en perfecta armonía la vía religiosa y la vía culta aristocrática, tal y como sus sermones ponen en evidencia en unos contenidos cargados de un neoplatonismo pasado por el tamiz agustiniano. Su austeridad y sobrio sentido de la autoridad episcopal, mostrado en el *Cuidado Pastoral*, así como la sensibilidad evidenciada en todo momento para con la devoción popular –de la que es muestra los *Diálogos*–, son buena prueba de ello⁸. Faceta popular que se proyecta más allá de sus escritos pues, como señala A. Grabar, los orígenes de la manera occidental de comprender la iconografía cristiana se remontan a finales del siglo VI, cuando el papa Gregorio Magno definía el papel de la imagen cristiana como la *escritura de los iletrados*. Es

⁶ BROWN, P.: *El primer milenio de la cristiandad occidental*, Barcelona, 1997, p. 127; BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., p. 281.

⁷ STOCLET, A.J.: “*Consilia humana, ops divina, superstitio*. Seeking Succor and Solace in Times of Plaga, with Particular Reference to Gaul in the Early Middle Ages”, en LITTLE, L.K. (Ed.), *Plague and the end of Antiquity. The Pandemic of 541-750*, Cambridge-Nueva York, Cambridge University Press, pp. 2007, pp. 147-149; SALLARES, R.: “Ecology, Evolution, and Epidemiology of Plague”, en L.K. LITTLE (Ed.), *Plague and the end of Antiquity. The Pandemic of 541-750*, Cambridge-Nueva York, 2007, p. 234.

⁸ BROWN, P.: *El mundo de la Antigüedad tardía. De Marco Aurelio a Mahoma*, Madrid, 2012, pp. 130-131; GOFFART, W.: *The Narrators of Barbarian History (A.D. 550-800)*. *Jordanes, Gregory of Tours, Bede and Paul the Deacon*, Notre Dame, 2009, pp. 143-145.

decir, una interpretación de la imagen como un medio de conocimiento con valor pedagógico, especialmente para la religión y sus misterios⁹.

Es en su registro epistolar donde mejor pueden evidenciarse las preocupaciones de Gregorio con respecto a un mundo que estaba a punto de desaparecer, desarrollándose a partir de entonces un *nuevo escenario*, que será fruto tanto de una estrategia política como de un nuevo y original proyecto religioso y eclesiástico a largo plazo, basado en el protagonismo político mediante la identidad eclesiástica, en oposición a otra romanidad de carácter militar encarnada por el aparato bélico bizantino¹⁰.

Un buen ejemplo del protagonismo papal de Gregorio, siguiendo su tradición familiar y aristocrática, es el conocido episodio de su intermediación para evitar el ataque del rey Agilulfo contra Roma mediante un compromiso de entrega de un tributo, asumiendo así la defensa de la población y el papel de guía. Esta actitud le costó a Gregorio recibir las críticas del exarca y aún del mismo emperador, quienes le reprochaban el que se plegase ingenuamente ante los bárbaros, si bien, en realidad, lo que temían era su dinamismo y autonomía de acción¹¹. En definitiva,

⁹ GRABAR, A.: *Las vías de la creación en la iconografía cristiana*, Madrid, 1985, pp. 62, 94 y 167.

¹⁰ BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., pp. 21-32, 44-52 y 114-124; MARKUS, R.A.: *Gregorio Magno e il suo mondo*, Milano, 2001, pp. 114-136 y 189-190; PIETRI, Ch.: “La Rome de Gregoire”, en *Gregorio Magno e il suo tempo. I. Studi Storici*, Roma, 1991, pp. 9-32; ZURUTUZA, H.: “La Roma de Gregorio Magno entre identidades y alteridades”, *Anales de Historia Antigua, Medieval y Moderna*, 40, 2008, pp. 1-14; MOREAU, D.: “La relazioni diplomatiche tra i re barbari e il vescovo di Roma”, en J.-J. Aillagon (Ed.), *Roma I Barbari. La nascita di un nuovo mondo*, Milán, 2008, pp. 398-399; WICKHAM, C.: *Una historia nueva de la Alta Edad Media. Europa y el mundo mediterráneo, 400-800*, Barcelona, 2009, pp. 247-248, 253 y 308-310.

¹¹ Sobre las actuaciones de Gregorio como papa y aristócrata: MARKUS, R.A.: *Gregorio Magno e il suo mondo*, op. cit., pp. 106-129; AZZARA, C.: *L'Italia dei barbari*, Bologna, 2002, pp. 36, 128, 99-102 y 113-119; AZZARA, C.: *Las invasiones bárbaras*, Granada, 2004, pp. 67 y 99-100; JARNUT, J.: *Storia dei Longobardi*, Torino, 2002, pp. 41-46; BROWN, P.: *Povertà e leadership nel Tardo Impero Romano*, Roma-Bari, 2003, pp. 89-94; ARNALDI, G.: *L'Italia e i suoi invasori*, Roma-Bari, 2004, pp. 40-44; BROWN, P.: *El primer milenio de la cristiandad occidental*, op. cit., p. 132; CHRISTIE, N.: *I Longobardi. Storia e Archeologia di un Popolo*, Génova, 1997, pp. 89-92 y 162-164; CHRISTIE, N.: *From Constantine to Charlemagne. An Archaeology of Italy ad 300-800*, Aldershot, 2006, pp. 39-42; CAMERON, A.: *El mundo mediterráneo en la Antigüedad Tardía, 395-600*, Barcelona, 1998, pp. 54-55, 103 y 135-136; RICCI WALLRAFF, C.: “Gregorio Magno e la nuova Europa”, en J.-J. Aillagon (Ed.), *Roma I Barbari. La nascita di un nuovo mondo*, Milán, 2008, pp. 548-549; WICKHAM, C.: *Una historia nueva de la Alta Edad Media*, op. cit., pp. 361-427; BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., pp. 21-32 y 102-109; GASPARRI, S.: *Italia longobarda. Il regno, i Franchi, il papato*, Roma-Bari, 2012, pp. 9-12, 75-79 y 91.

se trata de un autor capital para la historia del pensamiento teológico en la Edad Media, siendo una de sus principales aportaciones haber mostrado la estrecha relación existente entre el conocimiento de dios por la escritura y la práctica de la virtud¹².

LOS DIÁLOGOS Y SU INTENCIONALIDAD

El título completo de esta obra, compuesta entre 593-594, es el de *Diálogos sobre los milagros de los padres de Italia*, en clara referencia a la forma dialogada entre Gregorio y el diácono Pedro que la caracteriza formalmente y por su contenido. Las historias de milagros que constituyen los *Diálogos* de Gregorio Magno son una versión latina del fenómeno griego de las hagiografías, pudiendo percibirse en ellas el último reflejo del Senado romano¹³. En efecto, en los *Diálogos* se recogen las obras, hechos, prodigios y milagros de una serie de santos y santas de la Italia del siglo VI especialmente, como ya lo habían hecho antes Agustín y Sulpicio Severo entre otros. En cuanto al carácter popular de la obra, viene marcado –además de por su temática– por la utilización de un registro lingüístico absolutamente apropiado a las circunstancias, consiguiendo un equilibrio entre la oralidad del testimonio, el refinamiento de su cultura y lo comprensible del mensaje: de esta forma, la obra se constituye como un preciso instrumento de la pastoral, destinado en primer lugar al clero y, mediante su intermediación, a un público de amplio espectro y socialmente diferenciado¹⁴.

El propio Gregorio nos explica que lo que le llevó a escribir la obra fue la reiterada petición realizada por una serie de monjes cercanos a su persona para que pusiera por escrito los milagros de los padres de

¹² RECCHIA, V.: *Gregorio Magno: Papa e esegeta bíblico*, Bari, 1996, pp. 355-404; MEIS, A.: “La influencia de Gregorio Magno en Alberto Magno. *Super Dionysii Mysticam Theologicam et Epistolas*”, *Teología y Vida*, LI (3), 2010, pp. 345-364.

¹³ BROWN, P.: *El mundo de la Antigüedad tardía*, *op. cit.*, p. 171.

¹⁴ BRUZZONE, A.: “Sulla lingua dei Dialogi di Gregorio Magno”, *Studi latini e italiani*, V, 1991, pp. 197-198; BELTRÁN CORBALÁN, D.: “Aproximación a los Dialogi del Papa Gregorio Magno, a propósito de los sustantivos *vir, homo, virtus*”, *Antigüedad y Cristianismo*, XII, 1995, p. 262; MARKUS, R.A.: *Gregorio Magno e il suo mondo*, *op. cit.*, pp. 70-79; BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, *op. cit.*, pp. 84-85, 154-158 y 231-232; GOFFART, W.: *The Narrators of Barbarian History (A.D. 550-800)*, *op. cit.*, pp. 267-268.

Italia¹⁵. Si bien la auténtica finalidad de la obra ha sido discutida, y sin desdeñar por ello la intención hagiográfica y didáctica-moralizante, sería –como señalamos anteriormente– la de dotar a Italia de una obra equiparable a las que ya existían desde el siglo IV en Oriente y en la Galia. Se cumple así una cierta finalidad “historiográfica” al dejar de esta forma constancia de esos héroes y de sus gestas para las futuras generaciones de cristianos, pues en estos autores hagiografía e historiografía se confunden. Y es que la obra contiene una mezcla de historia y de leyenda, de hechos reales e imaginarios, lo que nos ubica por tanto ante un momento de reflexión moral y teológica sobre el tema de la santidad. En definitiva, nos encontramos ante un modelo mezcla de biografía individual y de conjunto de biografías basado –sobre todo– en la obra de Sulpicio Severo, pasando del subgénero de las *Vitae* al de los *Miracula*¹⁶.

El protagonista de la obra es el *vir*, un varón piadoso, humilde, temeroso de dios y bueno. Todos estos calificativos con connotaciones morales, todas estas cualidades, definen al *vir* como un nuevo héroe, un modelo a seguir. Y es en virtud de esas cualidades por lo que estos héroes se encuentran bajo una gracia divina que les permite realizar milagros muy variados, desde la curación de enfermedades hasta exorcismos. Por ello se erigen en líderes espirituales de sus comunidades. Esta situación se verá reforzada por la exhibición de un extraordinario poder que procede de dios, y que les permitirá llevar a cabo proezas como la humillación de bárbaros de la más alta dignidad¹⁷.

¹⁵ Reg. V, 50. Véase a este respecto JUAN GALÁN, P.: “Introducción”, en *Gregorio Magno. Vida de San Benito y otras historias de santos y demonios. Diálogos*. Introducción, traducción y notas de P. JUAN GALÁN, Madrid, 2010, p. 15.

¹⁶ BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., pp. 155-158 y 17; VOGÜÉ, A. de: *Grégoire le Grand. Dialogues. Vol. I*, París, 1978, p. 140; JUAN GALÁN, P.: “Introducción”, op. cit., pp. 15-16 y 21-23; VELÁZQUEZ, I.: *Hagiografía y culto a los santos en la Hispania visigoda: Aproximación a sus manifestaciones literarias*, op. cit., pp. 26-32. En general, DUVAL, Y.-M.: *Histoire et historiographie en Occident aux IV^e et V^e siècles*, Aldershot, 1997; GOFFART, W.: *The Narrators of Barbarian History (A.D. 550-800)*, op. cit.; FONTAINE, J.: *Isidoro de Sevilla. Génesis y originalidad de la cultura hispánica en tiempos de los visigodos*, Madrid, 2002, pp. 162-177.

¹⁷ BELTRÁN CORBALÁN, D.: “Aproximación a los Dialogi del Papa Gregorio Magno, a propósito de los sustantivos *vir*, *homo*, *virtus*”, op. cit., pp. 263-264; VOGÜÉ, A. de: *Grégoire le Grand. Dialogues*, op. cit., pp. 98-99; BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., pp. 197-198.

LA ENFERMEDAD EN LOS *DIÁLOGOS*

Pero frente a ese *vir* protagonista de los *Diálogos*, también nos encontramos al *homo*, al hombre común, consciente de su debilidad y limitaciones¹⁸ sobre el que se producen las acciones milagrosas, y que es el que nos interesa aquí, como paciente, a la hora de sondear la salud de estas poblaciones de la Italia tardoantigua.

Los milagros realizados por los santos de los *Diálogos* pueden estructurarse en tres grandes categorías: operativos, cognitivos y, finalmente, sueños y visiones¹⁹. De ellos, son los operativos (que se desarrollan fundamentalmente a lo largo de los tres primeros libros de la obra) los que arrojan una mayor carga informativa para nuestro propósito, pues se incluyen en esta categoría la curación de enfermedades (dieciséis milagros). La curación se realiza sobre una amplia gama de patologías y mediante una intervención del santo –la oración, lágrimas, la señal de la cruz, agua bendita, la eucaristía, imposición de manos– que evidencia la voluntad divina. En la misma línea, las expulsiones demoniacas (doce veces), pueden resultar de utilidad a la hora de acercarnos a ciertas patologías mentales. Finalmente, y en menor medida, las resurrecciones de muertos, que pueden evidenciar diversas afecciones que producen estados comatosos.

Gregorio vivió una vida marcada por la enfermedad y el dolor. A lo largo de sus obras y escritos abundan las alusiones a sus problemas físicos, especialmente sus dolores de estómago. Este dolor físico, unido al dolor social de la época que le tocó vivir, explica el talante deprimido y pesimista ante las cosas y las personas. Su alimento durante la vida monástica consistía en verduras crudas, lo que parece que resintió su salud, pues comenzó a padecer una fuerte molestia de estómago y de vientre a la que alude con frecuencia²⁰. Como el propio Gregorio cuenta

¹⁸ BRUZZONE, A.: “Sulla lingua dei Dialogi di Gregorio Magno”, *op. cit.*, p. 228; BELTRÁN CORBALÁN, D.: “Aproximación a los Dialogi del Papa Gregorio Magno, a propósito de los sustantivos *vir*, *homo*, *virtus*”, *op. cit.*, p. 265.

¹⁹ JUAN GALÁN, P.: “Introducción”, *op. cit.*, pp. 40-44. Para un estudio de la estructura de la obra con otros planteamientos, BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, *op. cit.*, pp. 232-236.

²⁰ ANDRÉS, M.: “Introducción General”, en *Obras de San Gregorio Magno*. Traducción castellana por P. GALLARDO. Introducción general, notas e índices de M. ANDRÉS, Madrid, 2009, pp. 4 y 9. Su registro epistolar es buen ejemplo: *Reg.* I, 538; II, 249. Además, en 601, Gregorio envía una carta de confortación a Venantius, afectado por su propia enfermedad, y en febrero de 603, envía otra carta de consuelo a Rusticiana por el agravamiento de enfermedad que padecía (gota):

en su obra *Cuarenta Homilías sobre los Evangelios* (Hom. 22, 1), “*El estómago, debilitado por una larga enfermedad, me ha impedido durante mucho tiempo dirigiros la palabra [...] porque hasta la voz ha perdido la fuerza para hablar alto*”²¹. Esta enfermedad incluso estuvo a punto de conducirle a la muerte en alguna ocasión (*Diálogos*, III, 33, 7-9), produciéndole síncope, es decir, pérdida de conocimiento, así como una fiebre persistente: “*ha pasado ya el curso de muchos años y sigo sufriendo constantemente frecuentes dolores de entrañas. Estoy agobiado en todo momento y en todas horas a causa de las perturbaciones de mi estómago; me encuentro oprimido por una fiebre, suave, sin duda, pero continua*”²².

El concepto de enfermedad que tenía Gregorio aparece nítidamente perfilado también en la *Regla Pastoral* en el contexto de cómo debe de exhortarse de forma diferente a los sanos y a los enfermos (3, 12): “*Se debe aconsejar a los sanos que ejerciten la salud del cuerpo en procurar la salud del alma, no sea que vengan a hacerse peores si emplean para el mal la gracia de la salud que han recibido y merezcan después más graves castigos [...]. Pero a los enfermos, por el contrario, se les debe exhortar a que se tengan por hijos de Dios, precisamente porque los flagela con el azote de la corrección, pues si no determinara dar la herencia a los corregidos no cuidaría de enseñarlos con las molestias*”²³.

El estudio de las afecciones que aparecen a lo largo de los *Diálogos* nos permite una clasificación por grandes grupos patológicos (Figura 1).

1) PATOLOGÍAS DEL APARATO DIGESTIVO

El caso de la enfermedad de Gregorio es interesante. Gregorio nos informa en primera persona (*Diálogos*, III, 33, 7-9), pues, cuando aún se hallaba en el monasterio sufría “*fuertes cólicos en mis partes vitales y aproximándome por momentos a la muerte en medio de reiteradas*

Reg. II, 18; Reg. XIII, 26. Vid. ZURUTUZA, H.: “La Roma de Gregorio Magno entre identidades y alteridades”, *op. cit.*, pp. 5 y 11.

²¹ Traducción de GALLARDO, P.: *Obras de San Gregorio Magno*. Traducción castellana por P. GALLARDO. Introducción general, notas e índices de M. ANDRÉS, Madrid, 2009, p. 638.

²² Como él mismo señala en la *Carta de introducción a los Morales*, 5 escrita hacia 595-596: DOMÍNGUEZ DEL VAL, U.: *Leandro de Sevilla y la lucha contra el arrianismo*, Madrid, 1981, p. 425; HENNE, Ph.: *Gregorio Magno*, Madrid, 2011, p. 41.

²³ GALLARDO, P.: *Obras de San Gregorio Magno*, *op. cit.*, pp. 166-167.

*angustias –malestar al que los médicos con un vocablo griego llaman “síncope”–, de forma que si los hermanos no me reponían las fuerzas con frecuentes alimentos mi aliento vital parecía extinguirse inevitablemente”*²⁴. Parece que se nos está describiendo un posible síncope vasovagal, que se produce en personas de sistema vaso motor inestable. Una fuerte emoción o la presión del vago producen un descenso de la presión sanguínea y lentitud del pulso. En esta afección parece que existe un componente genético importante, si bien predominan los elementos multifactoriales, pues participan simultáneamente factores genéticos, psicológicos y ambientales. Entre estos últimos predominan los agentes infecciosos, medicamentos, factores nutricionales, toxinas y estrés²⁵. Esta patología pudiera estar relacionada o no con la enfermedad principal de Gregorio. Las principales enfermedades del aparato digestivo son los trastornos del desarrollo; las enfermedades inflamatorias, en general relacionadas con infecciones, o de origen desconocido –como la enfermedad inflamatoria intestinal–; trastornos funcionales que afectan a la digestión, la absorción de los nutrientes o la motilidad intestinal; trastornos circulatorios y tumores²⁶. La asociación entre cambio de vida y de alimentación al entrar en la vida monástica parece apuntar a una posible enfermedad intestinal, que puede causar obstrucción, diarrea, malabsorción y hemorragia. Los síndromes de malabsorción caracterizados por esteatorrea se pueden deber a enfermedades del intestino delgado, como la enfermedad celíaca, la enfermedad de Whipple o la deficiencia de lactasa. En cuanto al síndrome de malabsorción, se caracteriza por una alteración intestinal de los nutrientes y otras sustancias del intestino. Las secuelas incluyen deficiencias nutricionales, pérdida de peso y diarrea osmótica (que cesa en cuanto se deja de tomar la sustancia que la produce)²⁷.

En este sentido, no debemos olvidar que la dieta de estas poblaciones se basaba esencialmente en el consumo de cereales²⁸. Ello propiciaría la aparición el desarrollo de afecciones como la enfermedad celiaca,

²⁴ Traducción de P. JUAN GALÁN, al que seguiremos en las citas de los *Diálogos* en este trabajo.

²⁵ Recordemos que Gregorio escribe sobre una fiebre continuada: GONZÁLEZ-HERMOSILLO, J.A.: “Avances en síncope vasovagal: De la genética a la clínica”, *Archivos de Cardiología de México*, 77 (S2), 2007, pp. 32-36.

²⁶ DAMJANOV, I.: *Patología*. Barcelona, 2010, p. 235.

²⁷ DAMJANOV, I.: *Patología*, *op. cit.*, pp. 249 y 251.

²⁸ Como sería la Italia longobarda: FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, *op. cit.*, pp. 65-68.

de las que existen posibles indicios en las poblaciones de Hispania²⁹. Y una dieta compuesta principalmente de uno o varios cereales puede causar patologías debidas a las deficiencias de proteínas, vitaminas y minerales. Así, por ejemplo, todos los cereales contienen fitato, que contribuye al raquitismo porque obstaculiza la absorción de calcio³⁰.

Por otro lado, esta patología puede estar en relación con una infección, y en este sentido, se ha propuesto que la enfermedad que sufrió Gregorio era la malaria por el detalle de la fiebre intermitente, patología muy frecuente en el mundo romano y de la que el propio papa relata una posible epidemia en Roma en 599 (*Reg.* II, IX, 232)³¹.

2) PATOLOGÍAS ENDOCRINAS

Una interesantísima referencia es aquella sobre una posible patología endocrina femenina: “*como ella fuera de temperamento corporal muy ardiente, los médicos empezaron a decirle que si no volvía a los brazos de un hombre, a causa de su excesivo ardor le saldría barba, en contra de su naturaleza femenina, cosa que después efectivamente ocurrió*”, muriendo años más tarde de un cáncer de pecho (*Diálogos* IV, 14, 2-3). Parece que nos encontramos ante un caso de hirsutismo, caracterizado por la aparición de exceso de pelo en una zona andrógeno-dependiente (cara, triángulo púbico superior, el tronco y las orejas). Se produce como consecuencia de una excesiva actividad androgénica, debida al exceso hormonal o por sensibilidad aumentada del tejido diana³². El síndrome de ovarios poliquísticos es la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad reproductiva, caracterizándose por hiperandrogenismo (acné, hirsutismo, alopecia, etc.), disfunción menstrual (amenorrea u oligomenorrea con ciclos que pueden ser anovulatorios) y ovarios con morfología poliquística. La importancia de este síndrome se debe no solo a su frecuencia, sino también por ser la causa más frecuente de infertilidad anovulatoria y de hirsutismo, pudiendo conducir

²⁹ GREEN, P.H., CELLIER, C.: “Celiac disease”, *The New England Journal of Medicine*, 357, 2007, pp. 1731-1743. Los datos para Hispania en MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit.

³⁰ McKEOWN, Th.: *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Madrid, 2006, pp. 71-72.

³¹ SALLARES, R.: *Malaria and Rome. A history of malaria in ancient Italy*, Oxford, 2009, p. 230.

³² LASO GUZMÁN, F.J.: *Diagnóstico diferencial en medicina interna* (2ª. edición), Barcelona, 2009, pp. 411-416.

con el tiempo a diabetes mellitus 2³³. Ahora bien, el dato de que la mujer murió debido a un cáncer de pecho puede ponernos en la pista de que nos encontramos ante una consecuencia provocada por la enfermedad, si bien en estos casos suelen ser neoplasias ováricas o suprarrenales cuando el hirsutismo es de aparición súbita³⁴. El incremento de la libido, que es una de las manifestaciones clínicas del hirsutismo³⁵, es evidente en la referencia sobre su *temperamento corporal muy ardiente*.

3) PATOLOGÍAS METABÓLICAS

La *podagra* o gota aparece mencionada dos veces de una forma muy expresiva al referirse al obispo de Ancona, Marcelino, “*a quien una podagra que le causaba grandes dolores le había limitado la capacidad de andar, de modo que sus allegados, siempre que era necesario, lo llevaban en brazos*” (I, 6, 1); o al conde Teófanos, que al ser desnudado tras su muerte se pudo comprobar que “*sus manos y sus pies, hinchados por los humores de la gota, se habían convertido en llagas en carne viva que supuraban*”, pero ahora estaban curados milagrosamente (IV, 28, 3).

Las artritis microcristalinas –reconocidas desde la antigüedad (podagra, gota)³⁶– son causadas por el depósito intraarticular de cristales de urato monosódico (aunque el espectro de deposiciones cristalinas es mucho más amplio), lo que conduce al desarrollo de sinovitis. La gota es un trastorno hereditario poligénico del metabolismo del ácido úrico, caracterizado por la presencia de hiperuricemia, y clínicamente

³³ GARCÍA CUARTERO, B.: “Pubarquía. Adrenarquía. Hirsutismo”, *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, XI (Supl. 16), 2009, pp. 143-154; LEVENS, E.D. y DECHERNEY, A.H.: “Endocrinología de la función reproductora en la mujer adulta”, en N. Lavin (Ed.), *Manual de endocrinología y metabolismo* (4ª edición), Barcelona, 2010, pp. 257-268; LOMBARDÍA PRIETO, J., FERNÁNDEZ PÉREZ, M.: *Ginecología y Obstetricia* (2ª edición), Madrid, 2009, p. 41.

³⁴ ROZMAN, C.: *Medicina Interna* (4ª edición), Barcelona, 2010, pp. 618-619.

³⁵ FAUCI, A.S., BRAUNWALD, E., KASPER, D.L., HAUSER, S.L., LONGO, D.L., JAMESON, J.L., LOSCALZO, J.: *Harrison Manual de Medicina* (17ª edición), Madrid, 2010, p. 955.

³⁶ ORTNER, D.J.: *Identification of pathological conditions in human skeletal remains (Second edition)*, San Diego, 2003, pp. 583-584. El fresno se utilizó en este período para su tratamiento, así como para ciertas formas de hidropesía: FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi, op. cit.*, pp. 23-24. Esta afección parece ser que fue una de las grandes enfermedades de las clases altas durante el período: GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, Roma-Bari, 2007, p. 474. Buena prueba de ello es que la padecían personajes como el propio Gregorio o su amigo el obispo Leandro de Sevilla, como Gregorio manifiesta en una de sus cartas al hispalense (*Reg. IX, 121*).

heterogéneo. Su espectro clínico abarca por lo menos seis situaciones principales, no necesariamente secuenciales: hiperuricemia asintomática, artritis gotosa aguada, gota intercrítica, gota tofácea crónica, nefrolitiasis y urolitiasis, así como nefropatía gotosa con insuficiencia renal crónica. La manifestación clínica inicial más frecuente es la artritis aguda que por lo general afecta en principio a una articulación, pero puede ser poliarticular en los episodios subsiguientes. La primera articulación metatarsofalángica (*podagra*) suele ser afectada. La crisis aguda puede ser desencadenada por exceso de alimentos, traumatismo y enfermedades graves como infarto de miocardio y accidente vascular cerebral, entre otras menos comunes en la Antigüedad³⁷. La gota se produce sobre todo en varones en la etapa pospuberal y algunas veces en mujeres menopáusicas. Su prevalencia varía notablemente por grupos étnicos (en Europa 0,3%). A menudo se acompaña de otras alteraciones metabólicas, entre las que cabe destacar obesidad, diabetes mellitus e hipertrigliceridemia, así como hipertensión y arteriosclerosis³⁸.

4) PATOLOGÍAS INFECCIOSAS

La aparición de fiebre como síntoma de enfermedad grave es una de las referencias permanentes en los *Diálogos*³⁹. Habitualmente la causa de la fiebre es una infección (bacteriana, vírica, parasitaria o fúngica), si bien otros muchos procesos, como ciertas neoplasias, trastornos inmunológicos, endocrino-metabólicos, etc., se incluyen entre las po-

³⁷ En este sentido es muy significativo que los dos casos se correspondan con personas pertenecientes a los grupos dirigentes de la sociedad –un obispo y un conde–, con acceso a una mayor variedad alimentaria –posiblemente sobrealimentados– que la mayoría de la población sujeta a malnutrición. Tampoco podemos desdeñar en esta época la posibilidad de que el agente desencadenante sea el ligero saturnismo provocado por los recipientes de terracota: GRMEK, M.D. (ed.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., p. 450. La posibilidad de que determinadas condiciones medioambientales así como algunos hábitos culturales puedan producir intoxicación por plomo se ha propuesto como explicación de ciertas lesiones óseas en esqueletos del período altoimperial en Italia y bizantino en Grecia: PAINE, R.R., VARGIU, R., SIGNORETTI, C. y COPPA, A.: “A health assessment for Imperial Roman burials recovered from the necrópolis of San Donato and Bivio CH, Urbino, Italy”, *Journal of Anthropological Sciences*, 87, 2009, pp. 201-202; lo mismo ocurre con la polución en el interior de las casas a consecuencia de las combustiones, provocando afecciones respiratorias: CAPASSO, L.: “Indoor pollution and respiratory diseases in Ancient Rome”, *The Lancet*, 356, 2000, p. 1774.

³⁸ RAMOS NIEMBRO, F.: *Enfermedades Reumáticas. Criterios y Diagnóstico*, México, D.F., 1999, pp. 473-476; FAUCI, A.S. et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., p. 903.

³⁹ I, 4, 4-5; II, 37, 2; III, 23, 2-3; IV, 49, 3; IV, 49, 7; IV, 12, 3-5; IV, 17, 2; IV, 18, 1-3; IV, 36, 2.

sibilidades etiológicas⁴⁰. La duración de la fiebre puede ponernos en la pista de un diagnóstico diferencial. Si el cuadro febril dura menos de una semana, sin datos de focalidad infecciosa ni de gravedad, obedece generalmente a un proceso vírico, tendiendo a desaparecer espontáneamente. Por otra parte se encuentra la fiebre que persiste durante más de 2-3 semanas, siendo de carácter desconocido. Además existen numerosas causas que pueden producir fiebre asociada con exantema, que dependerá en el diagnóstico del tipo de erupción.

Ahora bien, una de las más frecuentes causas de fiebre de duración intermedia es la brucelosis⁴¹. Se trata de una antropozoonosis endémica en el área mediterránea. Nos encontramos ante una enfermedad crónica –de escasa letalidad– en aquellas áreas en donde se consume leche cruda o se emplea para la elaboración de quesos y productos derivados. Durante el período medieval su presencia es habitual, aunque también se postula que pudo ser una enfermedad endémica en el mundo romano⁴². La asociación en algunos de los casos⁴³ mencionados en los *Diálogos* entre fiebre, delirio y fatiga con debilidad en los miembros, en personas de medio fundamentalmente rural, puede ponernos en la pista de esta patología, pues la evidencia paleopatológica es abundante tanto en Hispania como en la Galia durante la Tardoantigüedad⁴⁴.

Los microorganismos *Brucella* son parásitos intracelulares de un género que incluye cuatro especies principales: *B. melitensis* (adquiridos de ovejas, cabras y camellos), *B. suis* (de cerdos), *B. abortus* (de ganado o búfalos) y *B. canis* (de perros). La brucelosis se transmite por ingestión, inhalación, o por exposición mucosa o percutánea. Tras un período de incubación de una semana a varios meses se desarrolla fiebre ondulante (que puede aparecer bruscamente), episodios de diaforesis, apatía, fatiga y anorexia crecientes, así como síntomas inespecíficos (cefalea, mialgias y escalofrío) e, incluso, el desarrollo de espondilitis (osteomielitis vertebral). La infección por *Brucella* puede llegar a

⁴⁰ LASO GUZMÁN, F.J.: *Diagnóstico diferencial en medicina interna*, op. cit., pp. 3-9.

⁴¹ ESPINOSA, N., CAÑAS, E., BERNABEU-WITTEL, M., MARTÍN, A., VICIANA, P. y PACHÓN, J.: "The changing etiology of fever of intermediate duration", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28 (7), 2010, pp. 416-420.

⁴² ORTNER, D.J.: *Identification of pathological conditions in human skeletal remains*, op. cit., pp. 215-217.

⁴³ Especialmente significativos los narrados en *Diálogos* I, 4, 4-5 y II, 37,2.

⁴⁴ MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 91-92 y Gráfico 8.

causar linfadenopatía, hepatoesplenomegalia, epididimitis con orquitis, daño neurológico y abscesos focales. Las complicaciones neurológicas producen un cuadro clínico muy variable: participación meníngea casi constante de forma aislada o acompañando a encefalitis, manifestaciones vasculares, mielitis, radiculitis, neuritis y manifestaciones psiquiátricas. En el estadio agudo –que es raro que se produzca– son frecuentes las cefaleas, dolores generalizados, insomnio, irritabilidad, depresión y delirio, pudiendo llegar a ser potencialmente mortal⁴⁵.

Pero la mayor parte de los casos descritos pudieran tratarse de fiebres recurrentes, dolencia epidémica causada por los piojos del cuerpo y garrapatas (especialmente del cerdo), siendo transmitida por el género *Borrelia*. Produce fiebre como síntoma primordial, caracterizándose por la alternancia cíclica de fiebre y apirexia. Los escalofríos y la fiebre elevada se pueden asociar a cefalea, vómitos, mialgias y fotofobia –a veces delirios–. Son frecuentes la sufusión conjuntival, petequias y molestias abdominales con hepatoesplenomegalia. Los períodos de fiebre duran 3-6 días y los de apirexia 7 a 10 días, siendo el paso de uno a otro brusco⁴⁶.

Los *Diálogos* también mencionan en numerosas ocasiones episodios epidémicos que se vinculan con la peste y que, como señalan numerosas fuentes en otros lugares del Mediterráneo, suelen asociarse con otros factores, tales como plagas y catástrofes naturales, teniendo como consecuencia períodos de hambruna al provocar malas cosechas de cereal, en una agricultura que, además, ya tendría de por sí bajos rendimientos⁴⁷. Las menciones a la peste en los *Diálogos* parecen hacer referencia a la peste bubónica⁴⁸, de hecho se llega a emplear la expre-

⁴⁵ SILLERO, I. y SILLERO, J.M.: “Brucelosis multifocal”, *Seminario Médico*, 48 (1), 1996, pp. 131-135; FRANCH UBIA, O. y PORTERA SÁNCHEZ, A.: “Infecciones del sistema nervioso central”, en E.J. Perea Pérez (Ed.), *Enfermedades Infecciosas*, Barcelona, 1991, p. 338; FAUCI, A.S. et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., p. 523; MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, Oviedo, 2010, pp. 252-254.

⁴⁶ ROZMAN, C.: *Medicina Interna*, op. cit., pp. 695-696; MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, op. cit., pp. 233-234.

⁴⁷ Hambrunas (II, 21, 1; 28, 1; III, 37,4); inundaciones (III, 19, 2); diversos episodios de peste (IV, 19, 1-5; 27, 4-5; 27, 6; 27, 10; 27, 13; 37, 3; 40, 3-4. Vid. CHRISTIE, N.: *From Constantine to Charlemagne. An Archaeology of Italy ad 300-800*, op. cit., pp. 484-487 y 500-504. Para Hispania, MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 58-65.

⁴⁸ La *Historia de los longobardos* la caracteriza por fiebre alta y muerte a los tres días, pudiendo sobrevivir los que superaban esta fase. Se trataba mediante diuréticos activadores del metabolismo de recambio. Ahora bien, de las descripciones de esta obra se puede deducir que en el período longobardo se conocían distintos tipos de fiebres, para las que los francos usaban la edera terrestre. Estas epidemias se extenderían en un período entre 526-533 y 590. Sobre estas cuestio-

sión *tumor inguinal* (IV, 40, 3-4). En efecto, la *Yersina pestis* presenta su forma más frecuente como *peste bubónica*, causada por la mordedura de una pulga infectada⁴⁹. Tras un período de incubación de dos a seis días, aparecen escalofrío, fiebre, mialgias y artralgias, cefalea, debilidad y signos de toxemia. En menos de 24 horas hace su aparición una adenopatía (un ganglio crecido o bubón doloroso) cercana al sitio de inoculación y rodeado de edema. A partir de aquí el enfermo sufre letargo, convulsiones, choque, insuficiencia orgánica y muerte en un 50% si no hay tratamiento⁵⁰.

Ahora bien, aunque existen evidencias de la peste bubónica en la Antigüedad, en muchas ocasiones se ha relacionado con ella cualquier referencia de las fuentes a una plaga, sin que esa identificación automática sea siempre justificable⁵¹. De hecho, muchas de las epidemias constatadas en la Antigüedad posiblemente lo fueron de viruela, sarampión, tífus exantemático y otras afecciones que presentan exantemas, y que desde el siglo VI ya cuentan con descripciones más o menos claras⁵². En los *Diálogos*, la casi continua referencia a la presencia de alucinaciones en los enfermos de la peste podría inclinarnos hacia la caracterización del sarampión –una patología producida por un morbilivirus–, que tiene su complicación más grave en relación con el sistema nervioso central: encefalitis aguda (cefalea, somnolencia, coma, convulsiones, retraso mental, epilepsia, etc.); riesgo de encefalitis letal progresiva entre uno y seis meses después de la infección en pacientes inmunodeprimidos; así como panencefalitis esclerosante subaguda, con demencia progresiva a lo largo de varios meses⁵³. Las referencias a enfermos de pestilencia

nes, FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, *op. cit.*, pp. 43-47; GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, *op. cit.*, pp. 460-474; LITTLE, L.K.: “Life and Afterlife of the First Plague Pandemic”, en L.K. LITTLE (Ed.), *Plague and the end of Antiquity. The Pandemic of 541-750*, Cambridge-Nueva York, 2007, pp. 3-32. *Vid.* Figura 2.

⁴⁹ Fundamentalmente por la *Xenopsylla cheopis*, la pulga de la rata negra, roedor que ha sido documentado en numerosos yacimientos de época romana, por lo que los brotes de peste pudieron existir. Sobre estas cuestiones y el mecanismo de transmisión de la zoonosis: BENEDICTOW, O.J.: *La Peste Negra (1346-1353). La historia completa*, Madrid, 2011, pp. 29-39, 41-44 y 88-89; SALLARES, R.: “Ecology, Evolution, and Epidemiology of Plague”, *op. cit.*, 268-269.

⁵⁰ FAUCI, A.S. et alii: *Harrison Manual de Medicina*, *op. cit.*, pp. 525-526; ROZMAN, C.: *Medicina Interna*, *op. cit.*, pp. 661-662.

⁵¹ NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, Abingdon, Oxon, 2005, pp. 322, nota 44 y 323, nota 54.

⁵² GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, *op. cit.*, pp. 467-470; MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, *op. cit.*, pp. 48-55 y 62.

⁵³ FAUCI, A.S. Et alii: *Harrison Manual de Medicina*, *op. cit.*, pp. 584-585; GALERA, H., MATELLA, A., GONZÁLEZ CÁMPORA, R. y ORTEGA, I.: “Anatomía patológica general de las enfermedades

que antes de morir sufren episodios de locura autolesionándose (IV, 27, 13) o a los que mueren y resucitan contando que han tenido una visión (IV, 37, 7) –posible episodio de coma–, pudieran avalar este diagnóstico diferencial de sarampión, aunque no podemos descartar el tifus exantemático⁵⁴.

En los *Diálogos* existen dos referencias a la lepra que presentan descripciones de la enfermedad. En el primero de los pasajes (II, 26), se nos informa de los síntomas de la lepra contraída por un criado: “*tras habersele caído ya el pelo, la piel se le hinchaba y no podía ocultar un creciente pus*”. En el segundo (III, 15, 7) se dice que cuatro monjes que habían matado a un oso “*contrajeron al punto la enfermedad de la lepra, alcanzando la muerte en medio de la putrefacción de sus miembros*”.

La lepra lepromatosa (*Mycobacterium leprae*), o enfermedad de Hansen, cursa con una reacción granulatosamacrofágica. Los ganglios linfáticos regionales son afectados así como los nervios. También pueden aparecer lesiones nodulares con granulomas macrofágicos en la mucosa nasal, la orofaringe, otros territorios de las vías aéreas superiores y en vísceras y tejidos, como el hígado, bazo, médula ósea, pulmones, etc. En las extremidades la neuropatía provoca insensibilidad, formándose úlceras, traumatismos, infecciones secundarias y en ocasiones un proceso osteolítico profundo. En la nariz se produce congestión nasal crónica, epistaxis, destrucción del cartílago con deformidad en silla de montar o anosmia. En los ojos, traumatismos, infección secundaria, úlceras corneales, opacidades, uveítis, cataratas, glaucoma y ceguera. Otras complicaciones frecuentes se producen en los testículos, con orquitis, azoospermia, impotencia e infertilidad. Se trata de una infección crónica no letal que se asocia a pobreza y vida rural. Aunque se desconoce la vía de trasmisión, las teorías más aceptadas postulan que se produce por gotitas de secreción nasal, contacto con tierra infectada o insectos vectores⁵⁵. Será precisamente a partir del siglo IV d. C. cuando comienzan a encontrarse en Europa restos óseos con lesiones indicativas de lepra, y a partir del VI cuando la documentación evidencie una

infecciosas”, en E. J. Perea Pérez (Ed.), *Enfermedades Infecciosas*, Barcelona, 1991, pp. 157-158.

⁵⁴ MARADONA HIDALGO, J. A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, op. cit., p. 95. Sobre la dificultad de identificar la enfermedad concreta de estas plagas y la problemática general: SALLARES, R.: “Ecology, Evolution, and Epidemiology of Plague”, op. cit., pp. 231-289.

⁵⁵ GALERA, H. et alii: “Anatomía patológica general de las enfermedades infecciosas”, op. cit., p. 146; FAUCI, A.S. et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., pp. 542-546.

gran preocupación por esta patología⁵⁶, si bien en muchas ocasiones las referencias de nuestras fuentes sobre esta enfermedad pueden estar relatando diversas afecciones de la piel⁵⁷. De hecho, su prevalencia parece que debió de ser baja hasta que aumenta entre el año 1000 y el 1400; por ejemplo, en la Hispania Tardoantigua únicamente podemos encontrar dos casos más o menos claros en yacimientos arqueológicos⁵⁸. Es posible que el hecho de que esta patología casi deje de ser mencionada a partir del siglo XV y que, en cambio, parece que es sustituida por la tuberculosis, esté en relación con una inmunidad cruzada entre ambas enfermedades⁵⁹.

En este sentido, el episodio de los monjes que mataron un oso y que como castigo contrajeron la lepra con resultado mortal, por la sintomatología referida –muerte con putrefacción de sus miembros–, podría estar haciendo referencia a un caso de ergotismo, una intoxicación por *Claviceps purpurea* (el cornezuelo del centeno) debida a la ingesta de harina contaminada tras el verano, que entre otros síntomas cursa con vesículas, gangrena seca con desprendimiento de los miembros y muerte⁶⁰. Conocido en el pasado como *fuego sagrado*, se documentan

⁵⁶ GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., pp. 467-468; MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, op. cit., p. 55. Los estudios paleopatológicos identifican la presencia de lepra a nivel del esqueleto cuando las lesiones faciales y las de las partes acras de las extremidades están presentes: ORTNER, D.J.: *Identification of pathological conditions in human skeletal remains*, op. cit., pp. 263-271.

⁵⁷ NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, op. cit., pp. 29-30 y 325, nota 104. Una afección de la piel con la que la lepra se puede confundir es la erisipela: DAMJANOV, I.: *Patología*, op. cit., p. 395. En los *Diálogos* (III, 6, 1) se menciona una anécdota en la que el rey godo Totila cree que el obispo Casio es un alcohólico debido a su rostro rojo, que Gregorio aclara que es causado por su temperamento corporal. Queda abierta la posibilidad de que nos encontremos ante algún grado de desarrollo de una afección de la piel, incluida la erisipela, que se manifiesta en la cara y extremidades, con enrojecimiento y edema en la zona afectada, si bien Casio no presenta fiebre ni escalofríos.

⁵⁸ MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 89-90. Para Italia se ha postulado que fue reintroducida por los bizantinos. Su tratamiento pasaba por el aislamiento de los afectados en hospitales que se encontraban frecuentemente alejados de los núcleos urbanos. De hecho, el *Código de Rotario* contiene disposiciones sobre la expulsión de la comunidad de los infectados, así como sobre la declaración de *muerte civil* de los mismos: FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, op. cit., pp. 45 y 87; GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., pp. 249 y 258.

⁵⁹ DONOGHUE, H.D., MARCSIK, A., MATHESON, C., VERNON, K., NUORALA, E., MOLTO, J.E., GREENBLATT, C.L. y SPIGELMAN, M.: "Co-infection of *Mycobacterium tuberculosis* and *Mycobacterium leprae* in human archaeological samples: a possible explanation for the historical decline of leprosy", *Proceeding of the Royal Society Biological Sciences*, 272, 2005, pp. 389-394.

⁶⁰ DILMÉ-MUÑOZ, J.F. Et alii: "Ergotismo: revisión de la bibliografía y presentación de casos", *Angiología*, 55 (4), 2003, pp. 311-321; SORIANO DEL CASTILLO, J.M. (coord.): *Micotoxinas en alimentos*, Madrid, 2007, pp. 4-7; PELTA, R.: *El veneno en la Historia*, Madrid, 1997, pp. 129-130.

episodios de esta enfermedad tanto en época romana como medieval⁶¹. Aunque durante la Antigüedad, debido a la deficiente nutrición y a la debilidad del sistema inmune que permite la acción de las infecciones oportunistas y la resurgencia de la infección latente, las consecuencias de la lepra podían ser muy graves y ocasionar también la muerte⁶².

Otra zoonosis que los *Diálogos* (I, 10, 9) citan es la rabia que vuelve loco a un caballo. Si bien en este caso no es una patología padecida por un humano, la referencia nos permite documentar otro de los posibles riesgos de contagio en la época, pues puede ser transmitida por cualquier animal de sangre caliente⁶³. Se trata de un virus RNA monocatenario del género *Lyssavirus*, que tras penetrar por una herida (habitualmente por mordedura) y replicarse en las células musculares estriadas y en el tejido conjuntivo colindante con la puerta de entrada, se propaga produciendo un cuadro clínico en cuatro fases. Durante estas fases se van produciendo cuadros de fiebre, cefalea, anorexia y especialmente alteraciones psíquicas que pueden sugerir una afección neurológica, junto con la hidrofobia, hasta llegar al período paralítico que constituye el final de la enfermedad; en esta fase una parálisis muscular generalizada conduce a la muerte (letalidad del 100%) por apnea de origen bulbar⁶⁴.

En cuanto a la muerte de Rómula (*Diálogos* IV, 16, 3-7), una mujer paralítica, podríamos sospechar la presencia del paludismo, pues existe un ciclo de cuatro días con alucinaciones que precede al fallecimiento, hecho que parece resaltarse en el relato. En este sentido, las propias fuentes nos ilustran sobre la frecuencia con que el paludismo se sufría durante la época romana, teniendo que acudir al uso de amuletos contra esta enfermedad, tal y como nos informa la *Historia Augusta* en tiempos de Caracalla. Un emperador que persiguió este tipo de prácticas, incluso condenando a muerte a quienes, tras arrancar las coronas de flores de las estatuas, las habían adosado al cuello como remedio

⁶¹ GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., p. 470.

⁶² DONOGHUE, H.D. et alii.: "Co-infection of *Mycobacterium tuberculosis* and *Mycobacterium leprae* in human archaeological samples: a possible explanation for the historical decline of leprosy", op. cit., p. 389.

⁶³ Era bien conocida, y Celso nos proporcionó la primera buena descripción: MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, op. cit., p. 318.

⁶⁴ ROZMAN, C.: *Medicina Interna*, op. cit., pp. 746-747; DAMJANOV, I.: *Patología*, op. cit., p. 459; FAUCL, A.S. Et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., pp. 592-593.

contra las fiebres cuartanas o tercianas (*Vida de Caracalla*, 5). Se trata de una enfermedad que se identifica bien en las fuentes gracias a estas denominaciones: fiebre *terciana benigna* (*P. vivax*), que es aquella caracterizada por fiebre el primer día, remisión al día siguiente y nueva fiebre al tercer día; o *fiebre cuartana* (*P. malarie*), con fiebre el primer día, remisión los dos días siguientes y nueva fiebre al cuarto día; y finalmente, *subtercianas malignas* (*P. falciparum*)⁶⁵. Se trata de una enfermedad causada por cuatro especies de *Plasmodium*, siendo una de las más importantes infecciones en el mundo, extendiéndose su historia desde la Antigüedad⁶⁶. La malaria es uno de esos endemismos que se documentan en el mediterráneo ya en el pasado, incluido el período romano, donde a partir de la segunda mitad del siglo V parece que la enfermedad se extiende gradualmente desde la costa hacia el interior⁶⁷. Mediante análisis molecular se ha podido identificar en los restos de un niño romano de mediados del siglo V del cementerio de Lugnano en Teverina (Umbria) *P. falciparum*, la variedad más grave (fiebre *semiterciana*), en la cual, los datos clínicos, apuntan a que los enfermos acaban con frecuencia en coma, señal del daño cerebral que suele causar, y que nos es producido por otras especies de la malaria humana⁶⁸.

La muerte de Crisauo (IV, 40, 6-8), tal vez también pueda estar en relación con el paludismo, pues su enfermedad cursa en la recta final con alucinaciones, de manera que “*empezó a temblar, a palidecer, a sudar y a pedir a grandes voces una moratoria, así como a llamar con*

⁶⁵ CARTER, R. y MENDIS, K.N.: “Evolutionary and Historical Aspects of the Burden of Malaria”, *Clinical Microbiology Reviews*, 15 (4), 2002, p. 565; SALLARES, R., BOUWMAN, A. y ANDERUNG, C.: “The Spread of Malaria to Southern Europe in Antiquity: New Approaches to Old Problems”, *Medical History*, 48 (3), 2004, p. 315; MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, op. cit., pp. 38-39.

⁶⁶ COX, F.E.G.: “History of Human Parasitology”, *Clinical Microbiology Reviews*, 15 (4), 2002, p. 606.

⁶⁷ SALLARES, R.: *Malaria and Rome. A history of malaria in ancient Italy*, op. cit.; NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, op. cit., pp. 32-33 y 326, nota 128; BROWN, T. y BROWN, K.: *Biomolecular Archaeology. An Introduction*, Oxford, 2011, pp. 260-262. A la malaria debemos de atribuir casi siempre la fiebre intermitente según los tratados clásicos: GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., pp. 444-446; FERNGREN, G.B.: *Medicine and Health Care in Early Christianity*, op. cit., pp. 15-17. La combinación de las plagas descritas por Gregorio y la malaria marcaron en este período un momento especialmente complejo desde el punto de vista sanitario: SALLARES, R.: “Ecology, Evolution, and Epidemiology of Plague”, op. cit., pp. 263-264.

⁶⁸ SALLARES, R., BOUWMAN, A. y ANDERUNG, C.: “The Spread of Malaria to Southern Europe in Antiquity: New Approaches to Old Problems”, op. cit., pp. 315 y 319-321; MARADONA HIDALGO, J.A.: *Historia de las enfermedades infecciosas*, op. cit., p. 40, nota 28; FAUCI, A.S. Et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., 636-641.

enormes y turbados gritos a su hijo”; el texto insiste nuevamente en la palidez y en los temblores del enfermo, removiéndose en el lecho de acá para allá a causa del pavor que le infundían las alucinaciones, hasta el punto de que era necesario cogerlo entre varios.

Además de su mortalidad, la malaria produce mortalidad indirecta en combinación con otras infecciones y ciertas condiciones, tales como las infecciones respiratorias y malnutrición⁶⁹.

En estos casos es importante a la hora del diagnóstico diferencial establecer que el texto no menciona otros síntomas importantes como la presencia de exantemas. Así mismo, hay que anotar que, en ocasiones la leishmaniosis visceral o kala azar se ha confundido en ocasiones con la malaria⁷⁰.

5) *PATOLOGÍAS DEL APARATO RESPIRATORIO*

Una nueva patología que aparece indicada por su nombre es la *pleuresía* (II, 1, 9; IV, 27, 2), a consecuencia de la cual en los dos casos mueren los enfermos. La irritación pleural por afecciones intrínsecas, como pleuritis y tumores, desencadenan un dolor agudo, localizado en la zona de proyección de la lesión sobre la pared torácica o abdominal alta y “referido” a la base del cuello y el hombro, aumentando con la respiración profunda y con la tos. Característicamente, al aparecer derrame pleural, se modifica la calidad del dolor, que pasa a ser de carácter tensivo y sordo⁷¹. Pero el texto de Gregorio no aporta más detalles, por lo que no podemos saber qué tipo de afección es en realidad, puesto que la literatura médica de la Antigüedad ya discrepaba con respecto a las características de las diversas patologías pulmonares, confundiendo pleuresía y pulmonía⁷². Podríamos encontrarnos ante dos posibilidades⁷³. Un síndrome de irritación pleural o de pleuritis seca,

⁶⁹ CARTER, R. y MENDIS, K.N.: “Evolutionary and Historical Aspects of the Burden of Malaria”, *op. cit.*, p. 569.

⁷⁰ Al presentar esta patología decoloración de la piel, fiebre y esplenomegalia: COX, F.E.G.: “History of Human Parasitology”, *op. cit.*, p. 605.

⁷¹ CASTRO, S. de: *Manual de Patología General* (6ª edición), Barcelona, 2006, pp. 176-177.

⁷² IELO, M.: “Il medico e la malattia: disturbi polmonari nel *Corpus Hippocraticum*”, en G. De Sensi Sestito (Ed.), *L'arte di Asclepio. Medicina e malattie in età antica*, Soveria Mannelli, 2008, pp. 63-70; GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, *op. cit.*, p. 448; NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, *op. cit.*, p. 124.

⁷³ CASTRO, S. de: *Manual de Patología General*, *op. cit.*, pp. 196-197; DAMIANOV, I.: *Patología*, *op. cit.*, pp. 222-224.

caracterizado por el depósito de pequeñas cantidades de exudado rico en fibrina por acción de un agente inflamatorio. La irritación de la pleura puede ser directa, como causa de traumatismos, infecciones, etc., o secundaria debido a lesiones de las estructuras próximas (periferia del pulmón en las neumonías o infartos pulmonares, costillas o pared torácica). La otra posibilidad es la del síndrome de derrame pleural debido a la acumulación excesiva de líquido en el espacio pleural por diversos mecanismos, que a su vez son debidos a causas muy variadas, tales como infecciones, neoplasias, infarto pulmonar, insuficiencia cardíaca derecha o izquierda, insuficiencia renal, atelectasias obstructivas, situaciones de hipoalbuminemia (insuficiencia hepatocelular, síndrome nefrótico, malnutrición, enteropatía proteinorreica), por rotura o por compresión del conducto linfático, defectos en el diafragma, etc. En el síndrome de derrame pleural la colección de líquido en la cavidad pleural altera la función respiratoria, alterándose la relación ventilación/perfusión. Los derrames importantes, que empujan al mediastino y lo desvían hacia el lado sano, afectan también a la función circulatoria, produciendo disnea, hipoxemia e insuficiencia circulatoria.

Estudios paleopatológicos evidencian que la pleuresía era un afección bastante frecuente en el mundo romano, explicándose esta frecuencia en la polución existente en los espacios cerrados a consecuencia de la combustión producida por lámparas y hogares⁷⁴.

6) INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS

Las referencias a envenenamientos, como consecuencia de la envidia, son frecuentes en las obras hagiográficas. En los *Diálogos* aparecen en cuatro ocasiones⁷⁵, casi siempre en un contexto ejemplificador y de castigo para el envenenador que, además, no consigue su objetivo. Estos venenos pudieran estar preparados con extractos del veneno de víbora (como la *Vipera prester L*), así como de plantas tóxicas como beleño, el estramonio, la mandrágora y la belladona. Y en muchas ocasiones se usaría como antídoto del veneno la genziana y el eupatorio⁷⁶.

⁷⁴ CAPASSO, L.: "Indoor pollution and respiratory diseases in Ancient Rome", *op. cit.*, p. 1774.

⁷⁵ *Diálogos* II, 3, 4; 8, 2; 27, 3; III, 5, 3.

⁷⁶ ROTOLO, V.: "La medicina degli antichi germani", *Atti dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti di Udine*, LXXXVII, 1995, pp. 253-254; FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, *op. cit.*, p. 46.

De especial interés es el episodio que nos da cuenta de una intoxicación alimentaria (I, 4, 7), cuando un monje come una lechuga que recoge del huerto del monasterio, siendo interpretados los síntomas como una posesión demoníaca como castigo. En realidad, muy posiblemente, nos encontremos con que lo que el monje ingirió fue *Lactuca virosa* L. –que suministra el lactucario y el tridáceo–, considerada en la Antigüedad como un narcótico potente que podía aplacar el dolor, pero también hacer delirar, y que debía de ser de uso común en la farmacopea de los monasterios, cultivándose en la huerta⁷⁷.

7) CEGUERAS, PARÁLISIS Y TRAUMATISMOS

Bajo este epígrafe aunamos varias afecciones que son el resultado de un gran número de patologías, de difícil identificación por los datos que ofrecen los *Diálogos*, pero cuya aparición es muy frecuente en los relatos hagiográficos, como ocurre en Hispania, pero también en la iconografía antigua⁷⁸.

La presencia de curaciones milagrosas de parálisis y cojeras en buena medida deben relacionarse con los efectos de los tres tipos de poliovirus responsables de la poliomielitis, enfermedad conocida desde la antigüedad más remota y que puede presentar formas endémicas y epidémicas⁷⁹. Incide sobre todo entre los 4 y 9 años de edad. Las complicaciones se presentan especialmente con la variedad denominada *síndrome de poliomyelitis paralítica*, que representa en el presente un 0,1% de los casos de infección, en la que aparecen signos de irritación meníngea y de afectación neuronal como consecuencia de las lesiones distribuidas en la sustancia gris del asta anterior de la médula espinal y los núcleos motores de la protuberancia y la médula. La consecuencia es la parálisis muscular, especialmente de las piernas e, incluso, puede llegar a desencadenar la muerte por parálisis de los músculos respiratorios. Su mortalidad antes de la asistencia de medios de respiración

⁷⁷ DORMANDY, Th.: *El peor de los males. La lucha contra el dolor a lo largo de la Historia*, Madrid, 2010, pp. 48-58; FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, op. cit., pp. 62-63 y 108.

⁷⁸ MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 40-41, Gráfico 2; GRMEK, M.D. y GOUREVITHC, D.: *Le malattie nell'arte antica*, Florencia, 2000, pp. 225-246 y 262-276.

⁷⁹ WYATT, H.V.: "Poliomyelitis", en K. Kiple (Ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, 1993, pp. 942-950.

asistida rondaba entre 5% y el 10%, cifra no demasiada elevada en relación con el número de casos⁸⁰.

Los cuatro casos de paráliticos que aparecen en los *Diálogos* pudieran responder a esta patología⁸¹ más que a accidentes, pues se trata de incapacidades que parece que vienen desde la niñez, con expresiones como las referidas a Sérvulo ” (IV, 15, 2-4) –tal vez el caso más claro–, “*al que una larga enfermedad había dejado tullido*”, y que parece padecer una paraplejía pues “*nunca fue capaz de enderezarse en su cama ni siquiera para sentarse*”, “*nunca pudo llevarse la mano a la boca*”, “*nunca pudo volverse hacia el otro lado*”. El caso de Rómula (IV, 16, 3) es parecido: “*cayó víctima de esa enfermedad del cuerpo a la que los médicos con un vocablo griego denominan “parálisis”*”, y, *postrada en cama durante muchos años, yacía en ella sin poder hacer uso de casi ninguno de sus miembros*”. Menos claros pueden ser los casos de un mudo y cojo (III, 3, 1-2), y el de una joven parálitica por tener la columna vertebral destrozada (III, 25, 1-2), que parece más bien víctima de un traumatismo.

Precisamente los traumatismos y fracturas del más variado tipo son una de las más frecuentes evidencias en paleopatología, como ocurre en la Hispania Tardoantigua⁸². Pueden llegar a causar una gran incapacidad, sobre todo si son mal reducidas o no lo son, lo que en la práctica –según evidencian los hallazgos arqueológicos– parece que era muy habitual, avalando el hecho de que las prácticas médicas de calidad no llegaban a todo el mundo. Su motivo más frecuente es un traumatismo, pero también el sobreesfuerzo continuado. Las fuentes recogen frecuentemente diversos casos, como los dos que presenta los *Diálogos*,

⁸⁰ GALERA, H. Et alii: “Anatomía patológica general de las enfermedades infecciosas”, *op. cit.*, p. 157; ROZMAN, C.: *Medicina Interna, op. cit.*, p. 743; MARTÍNEZ-PÉREZ, J.: “Presentación: La poliomielitis como modelo para el estudio de la enfermedad en perspectiva histórica”, *Asclepio*, LXI, n.º. 1, 2009, pp. 7-22.

⁸¹ Sin que podamos descartar –dependiendo de los casos– patologías como la esclerosis múltiple, un tumor medular, esclerosis lateral amiotrófica, neuropatía diabética, etc.: LASO GUZMÁN, F.J.: *Diagnóstico diferencial en medicina interna, op. cit.*, pp. 423-430. Tampoco la difteria o la meningitis, pues en los tratados hipocráticos únicamente un caso ha sido interpretado como posible poliomielitis: GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo, op. cit.*, p. 452.

⁸² MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua, op. cit.*, pp. 77-82, Gráfico 7. Lo mismo ocurre con las evidencias óseas en Italia, junto con los problemas dentales (caries, enfermedades periodontales), aparecen problemas artríticos y de osteoporosis muy frecuentemente, patologías que pueden ser degenerativas o asociadas a fracturas y sobreesfuerzos: FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi, op. cit.*, p. 26.

un accidente con aplastamiento y muerte (II, 11, 1-2), y una caída del caballo con grave fractura de fémur (I, 10, 14-15).

Con respecto a la ceguera⁸³, el origen de estas afecciones debe de ponerse en relación con iritis y otras enfermedades de carácter infeccioso, así como con patologías como el tracoma, las ptisis bulbi, los glaucomas, cataratas, la retinopatía diabética, la miopía magna, las distrofias retinianas, así como las afectaciones de la vía óptica retroquiasmática y las degeneraciones maculares seniles. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las patologías vinculadas a la edad serían menos frecuentes debido a la menor esperanza de vida, si bien la literatura médica parece documentar una cierta frecuencia de casos de glaucoma, tracoma y conjuntivitis⁸⁴. El tracoma –enfermedad ocular causada por *Chlamydia trachomatis*, que puede conducir a la ceguera total– era una afección muy extendida hasta hace poco tiempo, y lo fue durante mucho tiempo también en Europa occidental, persistiendo en algunas zonas. Esta afección es ocasionada por las malas condiciones higiénicas (moscas, agua empleada por varias personas para el lavado corporal), atacando principalmente a los niños. De la misma forma, el glaucoma, enfermedad ocular crónica y progresiva, habitualmente bilateral y que produce alteraciones irreversibles en el nervio óptico, causantes de déficit campimétricos, más o menos típicos y, en última instancia, de ceguera no debió de desempeñar un papel importante en tiempos antiguos. En la actualidad su prevalencia es baja, y el perfil de los pacientes es el de una persona de más de 58 años, con PIO elevada, miope, obesa, con triglicéridos elevados y tal vez diabética e hipertensa. Por su parte, enfermedades articulares –de las que existen evidencias paleopatológicas– como la espondilitis anquilosante, el síndrome de Reiter, la artropatía psoriásica y la enfermedad inflamatoria intestinal son causantes frecuentes de uveítis anteriores, pudiendo conducir a desarrollar glaucoma o edema macular. Por otra parte, en el contexto de una sociedad preindustrial, no debemos de olvidarnos de los factores relacionados con la malnutrición, las anemias carenciales y el déficit de vitamina A, que puede producir ceguera. De hecho, durante la época romana, la ceguera parece haber sido común; así, el astrólogo Fírmico Materno la menciona con frecuencia en conjunción con la pobreza que

⁸³ Sobre este tema, con bibliografía de detalle, MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 32-33.

⁸⁴ NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, op. cit., p. 31; FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, op. cit., pp. 45 y 77; GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., p. 453.

provoca también debilidad corporal⁸⁵. Hemos de tener en cuenta que, aunque durante el período romano aparecieron algunas enfermedades nuevas, las más frecuentes continuaron siendo las fiebres, las enfermedades oculares y las digestivas⁸⁶.

En los *Diálogos* se mencionan cuatro casos, presentando algunos de ellos detalles que pueden permitirnos un cierto diagnóstico diferencial. Algunos de los casos son demasiado genéricos (III, 2, 3) como para poder extraer conclusiones, pero otros son claramente cegueras causadas por la avanzada edad. Como en el muy significativo caso del obispo Sabino (III, 5, 1), perteneciente a una élite social que podía tener una mayor esperanza de vida, y quien “*siendo ya de muy dilatada ancianidad, había perdido la vista, de modo que no veía nada en absoluto*”, posiblemente a causa de un glaucoma⁸⁷. Otros casos parecen pérdidas de vista temporales (I, 10, 8), produciéndose de forma súbita (III, 29, 3). Las causas de estas pérdidas repentinas y transitorias –en uno o en los dos ojos– pueden ser variadas y en relación con accidentes vasculares cerebrales, síntomas neurológicos, degeneración macular senil, desprendimientos vítreos en los ancianos, hemorragia vítrea en enfermos diabéticos, hipertensión intracraneal, tumores intracraneales, neuromielitis óptica, así como por neuropatía óptica anterior isquémica⁸⁸. El caso del obispo arriano de los lombardos mencionado en nuestra obra (III, 29, 3), “*abatido por una súbita ceguera*” de la que luego es curado, tal vez pueda incluirse dentro de los casos de degeneración macular senil –donde la fuga de sangre o líquido desde las membranas neovasculares subretinianas puede inducir pérdida visual repentina–. Igualmente puede tratarse de un desprendimiento vítreo, pues la separación del humor vítreo de la retina constituye un acontecimiento involutivo frecuente en los ancianos, siendo normalmente inocuo, salvo que la tracción llegue a causar desprendimiento de retina⁸⁹. Distinto es el caso de una persona

⁸⁵ TONER, J.: *Sesenta millones de romanos. La cultura del pueblo en la Antigua Roma*, Barcelona, 2012, p. 192.

⁸⁶ CONRAD, L.I.; NEVE, M.; NUTTON, V.; PORTER, R. y WEAR, A.: *Histoire de la lutte contre la maladie. La tradition médicale occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières*, Paris, 2003, pp. 58-59.

⁸⁷ Algunos documentos de la época longobarda contienen descripciones de casos de cataratas y glaucoma: FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi, op. cit.*, p. 45.

⁸⁸ FAUCI, A.S. Et alii: *Harrison Manual de Medicina, op. cit.*, pp. 215-217.

⁸⁹ La edad de este obispo posiblemente fuera avanzada, pues a estos cargos ya se llegaba con cierta edad, lo que explica que de la mayor parte de los obispos mencionados se especifique que son ancianos. Así, por ejemplo, se ha establecido los cincuenta años como media de edad para

que “*por espacio de cuarenta años selló sus ojos con las tinieblas de una continua ceguera sin permitirle ver nada en absoluto*” (IV, 11, 1-3), es decir, que su ceguera se produce desde que era niño, por lo que tal vez nos encontremos ante una consecuencia de una patología infecciosa o, más posiblemente de tracoma⁹⁰, patología conocida desde antiguo, y cuya incidencia en el ámbito mediterráneo ha sido muy importante hasta las primeras décadas del siglo XX⁹¹.

8) MUERTES REPENTINAS

En la obra aparecen también una serie de muertes repentinas que suceden en unos casos tras una enfermedad⁹², y en otros sin que existan indicios de la misma⁹³. Estas muertes repentinas, especialmente las que no están precedidas de enfermedad, nos ponen en la pista de isquemias miocárdicas, posiblemente infartos de miocardio. En el 80%-90% de los casos, la muerte súbita –en general por fibrilación ventricular– es consecuencia de una cardiopatía estructural subyacente, en especial la isquémica, y en otras ocasiones se trata de miocardiopatías, de displasia arritmogénica o valvulopatías. En el presente, se produce un claro predominio entre los varones, presentándose con una mayor incidencia entre los 55 y los 65 años. A la frecuencia de esta afección se une su alta mortalidad, pues durante la fase aguda se estima entre el 40% y el 50%⁹⁴.

la muerte de los obispos visigodos, una esperanza de vida muy superior a la media de esta época. Sobre estas cuestiones MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 135-137 y Tabla 14.

⁹⁰ Se trata de una infección endémica prevalente y una causa importante de ceguera. Consiste en una conjuntivitis foricular crónica que se complica con opacificación y ulceraciones corneales. En la actualidad se considera una enfermedad inmunopatológica ocasionada por la reinfecciones repetidas y las infecciones bacterianas intercurrentes: ROZMAN, C.: *Medicina Interna*, op. cit., p. 706; FAUCI, A.S. Et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., pp. 561-562; GALERA, H. Et alii: “Anatomía patológica general de las enfermedades infecciosas”, op. cit., p. 148; WRIGHT, H., TURNER, A. y TAYLOR, H.: “Tracoma”, *The Lancet*, 371, 2008, pp. 1945-1954.

⁹¹ TAYLOR, H.: *Trachoma, a blinding scourge from the bronze age to the twenty-first century*, Melbourne, 2008; BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E.: “Salud comunitaria y acción social en el control epidemiológico del tracoma infantil, España (1932-1939)”, *Asclepio*, LXIII (2), 2011, pp. 507-520.

⁹² *Diálogos* IV, 32, 5; 37, 3; 37, 5 (estas dos menos evidentes); 49, 4.

⁹³ *Diálogos* III, 5-4; IV, 11, 1-3; 33, 1-3; 54, 2.

⁹⁴ ROZMAN, C.: *Medicina Interna*, op. cit., pp. 145 y 153. Por otra parte, estudios paleopatológicos sobre tumbas longobardas en Hungría muestran que, además de pertenecer al grupo A, el análisis de los tejidos evidencia en estas poblaciones un alto porcentaje de colesterol que se atribuye al elevado consumo de carne: FORNASARO, F.: “Elementi di medicina longobarda”, op. cit., p. 4.

Son especialmente significativos los casos de un arcediano que, carcomido por la envidia intenta envenenar al hombre santo, aunque finalmente es él quien muere repentinamente a la hora de la comida (III, 5, 3-4), y el del obispo que, habiendo sido amenazado de muerte por el hombre santo, tras haberse “*ido sano y salvo a la cama por la tarde, murió de muerte súbita y repentina*” (IV, 54, 2). Ambos casos, sujetos masculinos, presentan similitud en cuanto a las características de los personajes: individuos maduros, activos, ambiciosos, envidiosos, que presentan por lo tanto altas tensiones emocionales, lo que los hace individuos de riesgo con respecto a las patologías cardiacas. Además, el obispo muere en su cama, entre la noche y las primeras horas del día, que es cuando se produce la mayor incidencia de infarto de miocardio a consecuencia de que en ese momento el tono simpático –que contribuye a la rotura de la placa de ateroma–, y la agregabilidad plaquetaria están elevados, mientras que la actividad fibrinolítica, capaz de destruir el trombo coronario, se halla descendida⁹⁵. Otro aspecto que tampoco debemos de olvidar nunca en el contexto en el que nos movemos es el de la malaria, que también puede afectar a personas mayores y provocar enfermedades cardiacas y respiratorias⁹⁶. Y en relación con el infarto agudo de miocardio, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad vascular periférica en estos tiempos, existe un factor de riesgo, aún con evidencia débil, que debemos de tener presente por su mayoritaria presencia en los restos óseos: la enfermedad periodontal⁹⁷.

9) RESURRECCIONES

Nos encontramos ante el milagro más espectacular que puede realzar un santo, a imitación de Jesucristo. En los *Diálogos* aparecen en nueve ocasiones⁹⁸, y normalmente hay una enfermedad previa, sufrien-

⁹⁵ LASO GUZMÁN, F.J.: *Introducción a la Medicina Clínica. Fisiopatología y semiología* (2ª edición), Barcelona, 2010, p. 243.

⁹⁶ SALLARES, R.: *Malaria and Rome. A history of malaria in ancient Italy*, op. cit., pp. 130-132.

⁹⁷ MEURMAN, J.H., SANZ, M. y JANKET, S.J.: “Oral Health, Atherosclerosis, and Cardiovascular Disease”, *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 15 (6), 2004, pp. 403-413; FIGUERO, E., FERNÁNDEZ-AVILÉS, F., SANZ-RUIZ, R. y SANZ, M.: “Enfermedad periodontal, accidentes cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica. Evidencia de la asociación”, en E. de Teresa y B. Noguero Rodríguez (Coords.), *Patología Periodontal y Cardiovascular. Su interrelación e implicaciones para la salud*, Madrid, 2011, pp. 87-99.

⁹⁸ *Diálogos* I, 2, 5-6; 10, 17-18; 12, 1-3; II, 24, 1-2; 32, 1-3; IV, 37, 3; 37, 5; 57, 3-4. Ahora bien, es interesante resaltar el que en uno de los casos, el de Reparatio (IV, 57, 3-4), el propio Gregorio reconoce que no es una resurrección, sólo lo parece.

do visiones durante el período en que se supone que están muertos. Pudiéramos encontrarnos ante episodios de coma por afectación difusa o de delirio y estado confusional agudo consecuencia de una enfermedad orgánica, si bien, en el caso del delirio, pudiera estar en relación con situaciones de alcoholismo y abstinencia. Un coma se desencadena cuando está afectada la actividad funcional de la corteza y/o el sistema reticular activador ascendente. Las causas responsables del coma pueden ser lesiones difusas o bien lesiones focales del sistema nervioso central. Puede existir un problema meníngeo, por lo que tal vez nos encontremos ante una lesión difusa en la que la afectación cortical es la más importante, puesto que la sensibilidad a agresiones metabólicas y tóxicas es máxima en la corteza. Los procesos que intervienen en ella son los traumatismos masivos, las alteraciones térmicas, sustancias químicas exógenas, infecciones difusas del sistema nervioso central (encefalitis), hemorragias subaracnoideas masivas, así como alteraciones metabólicas. Estas últimas son una causa muy frecuente de coma, destacando las alteraciones respiratorias (hipoxemia e hipercapnia), del equilibrio glúcido (hipoglucemia e hiperglucemia), vitamínicas (deficiencia de vitamina B₁), deficiencia nutricional profunda, el efecto de sustancias tóxicas exógenas (como el alcohol) y la insuficiencia de órganos clave (hepática, renal, tiroidea), etc.⁹⁹. Entre las causas del coma metabólico también se incluyen la meningitis, la encefalitis o la hemorragia subaracnoidea; en estos casos, dichos procesos patológicos lesionan las estructuras involucradas en la vigilia, pero sobre todo generan depresión del nivel de conciencia que originan por mecanismos no lesivos, entre los cuales se incluyen los efectos sobre la función neuronal de toxinas bacterianas o de citocinas proinflamatorias¹⁰⁰.

Ahora bien, el resultado final de la historia en dos de los casos¹⁰¹ puede indicarnos también que nos encontramos, más que ante un coma, ante un síndrome apálico o estado vegetativo persistente, consecuencia de una lesión difusa de la corteza cerebral, con preservación del tronco del encéfalo. Se presenta en pacientes que, tras unas semanas de en-

⁹⁹ CASTRO, S. de: *Manual de Patología General*, op. cit., pp. 687 y 689-690; FAUCI, A.S. Et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., p. 76.

¹⁰⁰ LASO GUZMÁN, F.J.: *Introducción a la Medicina Clínica. Fisiopatología y semiología*, op. cit., p. 536.

¹⁰¹ Ambos tienen en común que el despertar se relaciona con un estímulo: uno al ser llamado por el santo a media voz (I, 10, 17-18), y otro al ser frotado su rostro con polvo (III, 17, 4), si bien en ninguno de los dos episodios parece que existan secuelas.

contrarse sumidos en un coma auténtico de origen estructural, abren los ojos espontáneamente o en respuesta a estímulos, pudiendo mover los ojos, pero no puede hablar ni reconocer su entorno. Pero tal vez en algunos de estos casos, lo que se presenta sencillamente es un caso de síncope (desmayo o lipotimia), definido como una pérdida brusca de la conciencia espontánea y completa, sin secuelas neurológicas, y que es la expresión clínica más leve de una isquemia cerebral difusa¹⁰².

Pero en algunas ocasiones podríamos encontrarnos ante el efecto narcótico no deseado y desconocido de algunos medicamentos en un tratamiento médico, como el que podía producir la mandrágora, en ejemplos tales como el de un niño que se levanta del ataúd, pues había sido dado por muerto tras un tratamiento con un extracto de esta planta, según narra Apuleyo en *El asno de oro*¹⁰³.

10) ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una adicción que no resultaba infrecuente en el mundo antiguo, y en especial en el ámbito monástico, donde estaba especialmente mal visto¹⁰⁴. En los *Diálogos* (IV, 40, 10-11) se hace referencia a un monje que parecía virtuoso –pero que no lo era–, pues comía a escondidas mientras sus compañeros ayunaban, y que “*tras caer repentinamente enfermo, llegó a los postreros momentos de su vida*”, muriendo súbitamente tras sufrir diversas visiones. Su conducta podría estar indicando un trastorno alimentario, lo que junto con la enfermedad que le aqueja repentinamente y los delirios agudos que padece en el momento de la muerte, pudieran estar indicándonos que nos encontramos ante un cuadro de alcoholismo crónico. De este cuadro resultarán sus extrañas conductas así como, finalmente, la muerte del monje en un delirio agudo, provocado por el cese brusco de la ingesta de alcohol (*delirium tremens*) y, tal vez, por algún tipo de infección, puesto que los

¹⁰² Como el de los niños muertos que son llevados por sus padres ante el santo y que despiertan, en uno de los casos entre temblores y sacudidas (I, 2, 5-6; II, 32, 1-3), o los mencionados anteriormente en que se despiertan ante un estímulo. A estos casos tal vez podamos añadir el de la falsa resurrección de Reparatio (IV, 57, 3-4). Vid. LASO GUZMÁN, F.J.: *Introducción a la Medicina Clínica. Fisiopatología y semiología*, op. cit., pp. 538-539.

¹⁰³ DORMANDY, Th.: *El peor de los males*, op. cit., p. 52.

¹⁰⁴ Para el caso de Hispania, MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., p. 44 en especial el caso bastante claro, y que presenta bastantes concomitancias con el que tratamos ahora, de las *Vidas de los Santos Padres Emeritenses* (II, 7-17).

principales síndromes agudos relacionados con el alcoholismo son neuropsiquiátricos (convulsiones, debilidad muscular aguda, trastornos del nivel o del contenido de la conciencia, alucinaciones), digestivos (dolor abdominal, hemorragia digestiva), febriles (relacionados fundamentalmente con los procesos infecciosos) y cardiológicos¹⁰⁵.

11) ENDEMONIADOS

Es otro de los auténticos *clásicos* de las acciones milagrosas de los hombres santos, apareciendo en los *Diálogos* hasta en doce ocasiones. Muchos de ellos pudieran corresponderse con episodios de crisis comiciales, pues –como veremos luego–, en la obra Gregorio habla expresamente de casos de locura, que no iguala al comportamiento de los endemoniados.

La epilepsia, junto con la lepra, se consideró en la Antigüedad una *enfermedad sagrada*, aunque la consideración sobre la misma sufrió una cierta evolución entre la época clásica y la Tardoantigüedad¹⁰⁶. Hoy sabemos que bajo la denominación de epilepsia se incluyen un conjunto de trastornos neurológicos caracterizados por la aparición recurrente de alteraciones paroxísticas, dependientes del sistema nervioso central, debidos a anomalías de la actividad eléctrica del mismo. Sus mecanismos y causas pueden ser la presencia de alteraciones anatómicas secundarias a otros procesos (traumatismos, alteraciones vasculares o tumorales, etc.), la presencia de alteraciones histológicas “primarias” y las alteraciones de circuitos neuronales, de canales iónicos neuronales

¹⁰⁵ LASO GUZMÁN, F.J.: *Diagnóstico diferencial en medicina interna*, op. cit., pp. 83-86; SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11ª edición), México, 2006, pp. 444-457; GUAL, A.: “Alcoholismo”, en J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, pp. 345-358.

¹⁰⁶ NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, op. cit., pp. 111-113 y 239; FERNGREN, G.B.: *Medicine and Health Care in Early Christianity*, op. cit., pp. 57-58. Isidoro la describe en las *Etimologías* (IV, 7, 5-7) dentro de las enfermedades crónicas: “*La epilepsia se llama así porque lo que está oprimiendo el cerebro se adueña al mismo tiempo del resto del cuerpo. [...] Se produce también cada vez que el humor melancólico resulta excesivo y llega al cerebro. Esta dolencia recibe asimismo la denominación de caduca, porque el enfermo, al “caer”, sufre espasmos. La gente suele llamar lunáticos a los epilépticos, porque el ataque de los malos espíritus está relacionado con el curso de la luna. Se les dice también “posesos”. [...] Tan grande es su fuerza, que el hombre más robusto cae por tierra y echa espumarajos por la boca*”; OROZ RETA, J. y MARCOS CASQUERO, M.-A. (Eds.): *San Isidoro de Sevilla, Etimologías. 2 Vols.* Edición bilingüe. Texto latino, versión española y notas, Madrid, 2000. Para tratar algunos de sus estadios se utilizó el rizoma de valeriana: FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, op. cit., op. cit. p. 61.

o de receptores para neurotransmisores. Existen dos tipos de manifestaciones clínicas de la enfermedad: las *crisis focales* y las *crisis generalizadas*; siendo un dato común a las *generalizadas* la pérdida del nivel de conciencia, asociado a otras manifestaciones bilaterales y simétricas, presentando crisis tónico-clónicas (*grand mal*) y las ausencias típicas (*petit mal*). Mientras que en las *focales* –simples y complejas– las manifestaciones clínicas dependen de la localización del foco epiléptico¹⁰⁷.

Este tipo de crisis son claramente descritas en nuestra obra cuando, repentinamente, los afectados caen al suelo, gritando, en medio de movimientos violentos¹⁰⁸. El caso de un clérigo poseído por el demonio resulta muy interesante. Al ser curado por el santo, este le advierte: “*en adelante no comas carne y no oses nunca acceder a las sagradas órdenes*” (II, 16, 1-2), lo que con el transcurrir de los años incumplirá, volviendo a ser poseído por el demonio, atormentándole hasta la muerte. Esta advertencia podría estar en relación con la prohibición establecida por el canon 13 del XI Concilio de Toledo de 675 sobre los *sacerdotes que caen acometidos de accidente*, en una clarísima mención a los ataques epilépticos descritos en el propio canon, además de con las prohibiciones que las diversas reglas monásticas establecían sobre el consumo de la carne por parte de los monjes sanos¹⁰⁹. Por otra parte, en el primer cristianismo, no todos los casos de epilepsia y de trastornos mentales fueron interpretados como posesiones demoniacas. En efecto, algunos eclesiásticos distinguían en sus escritos entre la melancolía producida por la ansiedad espiritual y la melancolía clínica. En este sentido, Jerónimo reconoce que en algunas ocasiones la vida monástica produce locura melancólica, recomendando un tratamiento médico y algo de consejo espiritual (*Epist.* 125, 16; *cf.* Agustín, *De cura pro mortuis gerenda*, 12, 14). Y en la literatura religiosa bizantina (en especial durante el siglo VII), la posesión no siempre era atribuida a un ente demoniaco, por lo que en función del pronóstico se podía aplicar un tratamiento médico¹¹⁰.

¹⁰⁷ CASTRO, S. de: *Manual de Patología General*, *op. cit.*, pp. 691-692; LASO GUZMÁN, F.J.: *Introducción a la Medicina Clínica. Fisiopatología y semiología*, *op. cit.*, pp. 540-541; ROZMAN, C.: *Medicina Interna*, *op. cit.*, pp. 379-385.

¹⁰⁸ *Diálogos* I, 10, 2-5; II, 30, 1; III, 21, 2. En otras ocasiones se habla de que son atormentados, sin ofrecer más detalles (I, 10, 19; III, 6, 2; 33, 2-5).

¹⁰⁹ ZARAGOZA RUBIRA, J.R.: “La medicina hispano-goda según las actas conciliares”, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, VII, 1968, p. 68.

¹¹⁰ Sobre estas cuestiones: FERNGREN, G.B.: *Medicine and Health Care in Early Christianity*, *op. cit.*, pp. 53-58.

12) NEOPLASIAS

El único caso que presenta la obra, al menos expresamente mencionado aunque sin más detalles, es el del cáncer de pecho que sufrió Gala y que acabo matándola tras padecer hirsutismo –como hemos visto antes–, experimentando visiones durante su agonía (IV, 14, 2-3). No podemos saber si existe una relación directa entre esta enfermedad y el síndrome de ovarios poliquísticos que parecía sufrir. Las neoplasias serían patologías menos habituales en la Antigüedad, siendo más frecuentes aquellas vinculadas con la edad y las de origen genético¹¹¹. De hecho, la incidencia del cáncer mamario aumenta claramente con la edad, siendo otros factores de riesgo los antecedentes familiares, la menarquía temprana y la menopausia tardía, embarazos tardíos sin lactancia, enfermedad mamaria proliferativa e hiperplasia, hiperplasia atípica, y el carcinoma *in situ*¹¹². El cáncer de pecho era bien conocido en la Antigüedad, siendo citado por Agustín (*Ciudad de Dios* 22, 8, 3) y Escribonio Largo (*Compositiones* 102), por ejemplo, y algunas representaciones escultóricas de época romana han sido interpretadas como evidencias de tumores de pecho¹¹³.

13) PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Las referencias a las posesiones demoniacas asociadas a episodios de locura se multiplican, tanto en las fuentes de la época, como en los *Diálogos*¹¹⁴. Una parte de éstas pueden explicarse por síndromes epilépticos, de alcoholismo agudo y encefalitis. Otros signos de locura deben enmarcarse en el contexto de enfermedades mentales más o menos graves poco comprendidas, tal vez asociadas a enfermedades endocrinas y metabólicas o de tipo sistémico¹¹⁵. En este sentido, no debemos de olvidar que la enfermedad se entendía en la época como castigo divino, lo que lleva a que los enfermos se sometían con frecuencia a penitencias para conseguir la salud, si bien, aunque pueda parecer contradictorio, estas circunstancias los convertían en cierta manera en privilegiados al

¹¹¹ NUTTON, V.: *Ancient Medicine, op. cit.*, p. 23.

¹¹² DAMJANOV, I.: *Patología, op. cit.*, pp. 360-364.

¹¹³ GRMEK, M.D. y GOUREVITHC, D.: *Le malattie nell'arte antica, op. cit.*, pp. 286-290.

¹¹⁴ BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo, op. cit.*, pp. 271-290.

¹¹⁵ Para el caso de Hispania véase MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua, op. cit.*, pp. 45-47 y 117-122.

encontrarse más cerca de dios. Y es que lo que no existe es la psiquiatría, es decir, la intención de entender desde la enfermedad la locura, lo que nos sitúa ya, por lo tanto, lejos de las propuestas de Galeno, donde los movimientos del ánimo eran el último epígrafe del esquema de las seis cosas no naturales que podían ser causa de enfermedad¹¹⁶.

Una buena parte de esos desequilibrios mentales se inician durante la infancia y la adolescencia, retroalimentándose en muchas ocasiones ante el hecho de ser un religioso, posiblemente educado para ello desde la infancia, y que puede vivir su experiencia religiosa como un hecho traumático por el miedo a fracasar ante las tentaciones del mundo. Hecho que puede producir, bajo ciertas circunstancias, problemas como las fantasías religiosas desiderativas, las fantasías religiosas del miedo (la caída en el pecado) o, incluso, las manifestaciones de posesión diabólica. Todo ello como consecuencia de una inadecuada apropiación psíquica del hecho religioso, de una perturbación interna fruto de disposiciones congénitas, de las fases de evolución del individuo y de su historia personal¹¹⁷. De hecho esta obsesión por huir del pecado llegó a excesos contemplados por la propia legislación visigoda que se vio en la necesidad de prohibir la autoemasculación como una forma de evitar las tentaciones sexuales en los clérigos (canon 21 del II Concilio de Braga de 572). Y en los *Diálogos* esta situación se expresa de forma análoga en el sueño de Equicio (I, 4, 1), donde es castrado por un ángel, cesando así las tentaciones lujuriosas que hasta ese momento le atormentaban, o en la historia del monje que para evitar la tentación se lacera en una mata de zarzas y ortigas (II, 2, 1-2).

La presión sobre los monjes es enorme, no se les permite distraerse de sus obligaciones, pues se les considera como “endemoniados de mente” (*Diálogos* II, 4, 1-2)¹¹⁸, generando una presión psicológica tan grande que, cuando ya no pueden más, la carga de culpa hace que no sean capaces de enfrentarse al mundo exterior, fuera del monasterio.

¹¹⁶ LÓPEZ PIÑERO, J.M.: *Historia de la Medicina*, Madrid, 2005, pp. 190, 172 y 207; CHADWICK, H.: “Philosophical tradition and the self”, en G.W. Bowersock, P. BROWN y O. Grabar (Eds.), *Interpreting Late Antiquity. Essays on the Postclassical World*, Belknap, 2001, p. 61; TONER, J.: *Sesenta millones de romanos. La cultura del pueblo en la Antigua Roma*, op. cit., p. 113.

¹¹⁷ PÖLL, W.: *Psicología de la Religión*, Barcelona, 1969, pp. 189-192, 336-337 y 448-449.

¹¹⁸ En una referencia a un monje –posiblemente joven– que se distrae continuamente faltando a sus obligaciones y, que tal vez, pueda estar evidenciando algún tipo de trastorno de atención con hiperactividad en sus distintos grados: SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, op. cit., pp. 481-489.

Tenemos un magnífico ejemplo de esto en la historia del monje que, tras decidir abandonar el monasterio –pese a las presiones reiteradas del abad–, en cuanto sale sufre alucinaciones, y comienza a gritar “*lleno de temblores y palpitaciones*”, prometiendo no abandonar ya el monasterio (II, 25, 1-2). En este caso nos encontramos ante una crisis de pánico y un episodio de agorafobia, fruto de un trastorno de ansiedad que conlleva un trastorno de angustia o, incluso, un trastorno obsesivo-compulsivo¹¹⁹. Y es que la presencia de alucinaciones y visiones es una constante ante el hecho religioso intenso de esta época, somatizándose a menudo, como le ocurrió al sacristán que quedó paralizado durante días ante la aparición de San Pedro Apóstol (III, 16, 5). Es un buen ejemplo de lo que podría ser un trastorno de conversión, cuyos síntomas incluyen la pérdida –no controlada voluntariamente– parcial o total de funciones corporales básicas (de forma irreal), como la parálisis en alguna parte del cuerpo o pérdida de una función sensorial como la capacidad de ver. A menudo, la aparición de síntomas en los trastornos de conversión ocurre después de una experiencia estresante y puede ser repentina¹²⁰.

El resultado final se evidencia en esa serie de trastornos de ansiedad (fobias y miedos específicos) y en los trastornos obsesivo-compulsivos que los monjes sufren y que se sustentan en muy diversa forma. Aunque el pecado, la obsesión por el mismo y la culpa no son exclusivos de los religiosos. La mujer que mantiene relaciones sexuales con su marido la noche antes de ir a misa, y que, pese a todo, y por guardar las apariencias, acude a los oficios al día siguiente, será “castigada” por una posesión demoníaca doblemente, pues el clérigo que intenta expulsarlo también es poseído (I, 10, 2-5). Nos encontramos nuevamente ante la manifestación de un trastorno de ansiedad (trastorno de angustia) a causa de una acción que no se acaba de asimilar por lo que surge la culpa, aunque tampoco podríamos descartar el estrés postraumático como origen de su comportamiento¹²¹.

¹¹⁹ SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, op. cit., pp. 239-245 y 250; VALLEJO, J.: “Trastornos de angustia”, en J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, pp. 141-154.

¹²⁰ SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, op. cit., p. 227; VALLEJO, J.: “Histeria”, en J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, pp. 168-182.

¹²¹ SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, op. cit., pp. 238-245. Este caso es uno de los considerados por S. Boesch

Pero el caso más arquetípico de las reacciones ante la tentación sexual será el que nos ofrece el virtuoso Martín (*Diálogos* III, 16, 5):

“En los primeros tiempos de su reclusión, este varón de vida venerable había resuelto no ver nunca más a una mujer, no porque despreciara su sexo, sino porque temía caer en el pecado de la tentación con la contemplación de la belleza femenina. Al oír esto cierta mujer, subió audazmente al monte y se lanzó sin pudor hacia su cueva. Él, divisándola desde no muy lejos y viendo las ropas femeninas de la que se acercaba hacia él, se entregó a la oración, hundió el rostro en el suelo y yació postrado hasta que la desvergonzada mujer, cansada se alejó de la ventana de su habitáculo”.

Es posible que nos encontramos ante un caso poco grave de neurosis fóbica (misoginia o ginefobia), que pudiera ser la sintomatología de una psicosis final o depresión psicótica. Estos trastornos de ansiedad y miedos pudieran estar también en relación con la sensibilidad al asco como una reacción primaria ante la intimidad no deseada. Nos encontraríamos así ante una muestra del denominado asco socio/moral que se produce cuando se violan las normas morales o sociales¹²². El Consenso Internacional sobre Trastorno de Ansiedad Social estableció cinco puntos que distinguen este trastorno de otras patologías: a) inicio en la infancia (14-16 años); b) afectación limitada a situaciones sociales; c) rubor como síntoma principal, aunque son frecuentes otros síntomas (temblor, ansiedad, sudación, etc.); d) situaciones sociales precipitantes, y e) cogniciones únicas y negativas durante situaciones sociales¹²³.

Las fobias sociales se caracterizan por el miedo y la vergüenza de tratar con otras personas, siendo característico el minimizar su propia valía, activándose cuando se hace contacto visual con personas desconocidas¹²⁴, lo que es muy claro en este caso. La fobia social es

como un claro ejemplo de cultura popular: BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., pp. 259-262.

¹²² SANDÍN, B., CHOROT, P., SANTED, M.A., VALIENTE, R.M. y OLMEDO, M.: “Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 2008, pp. 143-144.

¹²³ VALLEJO, J.: “Fobias”, en J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, p. 159.

¹²⁴ SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, op. cit., pp. 247-250. Puede verse un caso muy similar, aunque más severo,

un trastorno en el que se entrecruzan factores genéticos y ambientales, aunque su etiopatogenia no es bien conocida. Con respecto a los aspectos neurobiológicos, parece ser que existen disregulaciones del sistema serotoninérgico central (hipersensibilidad del receptor 5-HT postsináptico) y de las funciones dopaminérgicas, así como disfunciones adrenérgicas y, tal vez, gabaérgicas, especialmente en la amígdala y la ínsula, así como en el córtex prefrontal, el hipocampo y el estriado. En cuanto al ámbito psicosocial, pueden constatarse factores ambientales infantiles predisponentes, tales como las conductas de imitación de fobias parentales, sobreprotección, padres, ansiosos, etc. Pero también situaciones conflictivas de adultos, como son situaciones humillantes o traumáticas. La personalidad (timidez, dependencia e introversión) que se estructura en torno al trastorno de personalidad evitativa, es la base de la fobia social con la que se vincula estrechamente. A todo ello hemos de sumarle otros factores asociados, tales como la falta de soporte social, el bajo nivel educacional y la soltería¹²⁵.

Debemos diferenciar estos casos, al igual que los descritos como posesiones demoniacas, de los que ya entonces son entendidos como casos de locura, y que el propio Gregorio distinguía claramente. Así, tenemos el episodio de la curación milagrosa de “*una mujer loca, que había perdido completamente el juicio, vagaba día y noche por montañas y valles, por bosques y campos, y sólo se paraba a descansar allí donde el cansancio la obligaba a hacerlo*” (*Diálogos* II, 38, 1); o del individuo que había perdido el juicio, “*lo que la medicina griega llama frenético*”, un loco furioso, que daba grandes gritos sin dejar dormir a nadie en la enfermería del monasterio (*Diálogos* III, 35, 3-4). A estos ejemplos podríamos añadir, aunque Gregorio lo considera un caso de acción diabólica, el del hombre que, tras un gran enfado, pierde el control y llega a la agresión por soberbia (III, 14, 3). Con respecto a los dos primeros ejemplos, no encontramos ante trastornos psicóticos, en el primer caso tal vez ante una esquizofrenia de tipo desorganizado, en el segundo una esquizofrenia que desencadena actos violentos tras una actividad delirante o alucinatoria no mencionada en el texto¹²⁶. Por

en las *Vidas de los Santos Padres de Mérida* III: MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, op. cit., pp. 45-46.

¹²⁵ VALLEJO, J.: “Fobias”, op. cit., p. 161.

¹²⁶ BERNARDO, M. y BIOQUE, M.: “Esquizofrenia”, en J. VALLEJO Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, pp. 208-215; SARASON, I.G. y SARASON, B.R.: *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*,

último, en el caso del hombre que pierde el control, podría tratarse de un trastorno explosivo intermitente¹²⁷.

En cualquier caso, no todas las alucinaciones y delirios indican un trastorno psicológico. La oxigenación reducida del cerebro durante una fiebre elevada, deficiencias vitamínicas extremas, infecciones (sífilis, meningitis, encefalitis), traumatismos craneales, tumores intracraneales, epilepsias, trastornos vasculares, enfermedades heredodegenerativas, trastornos endocrinos y metabólicos, intoxicaciones y trastornos puerperales, pueden estar en el origen de estos síntomas¹²⁸.

CONCLUSIONES

A la vista del análisis realizado hasta aquí, una de las primeras conclusiones que se pueden establecer es que las antropozoonosis fueron algunas de las enfermedades infecciosas más comunes en el período, lo que es lógico en sociedades eminentemente agrarias y con un escaso nivel de higiene. Con anterioridad al desarrollo de la microbiología en la segunda mitad del siglo XIX y –en concreto– durante la Antigüedad, los únicos agentes vivos causantes de enfermedades que se conocían eran los parásitos visibles a simple vista. Así el bizantino Alejandro de Tralles (siglo VI) realizó excelentes observaciones clínicas sobre los parásitos intestinales, al igual que Oribasio o Enzio de Amida¹²⁹, si bien

op. cit., pp. 373-409. Para S. Boesch tal vez nos encontremos ante un caso de amnesia o de crisis psicótica, viendo en la curación de la enferma, tras una noche en la cueva del santo, un recuerdo de la *incubatio* de la Antigüedad: BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, *op. cit.*, p. 279. En las hagiografías bizantinas puede observarse la persistencia de la práctica, como en los Milagros de San Artemios: CRISAFULLI, V.S. y NESBITT, J.W.: *The Miracles of St. Artemios. A Collection of Miracle Stories by an Anonymous Author of Seventh-Century Byzantium*, *op. cit.*, pp. 44-45. Se trata de una persistencia del pensamiento médico clásico: FERNGREN, G.B.: *Medicine and Health Care in Early Christianity*, *op. cit.*, pp. 136-138.

¹²⁷ Es frecuente que los pacientes con episodios aislados de violencia muestren signos de disfunción cerebral leve o inespecífica, así como frecuentes antecedentes de traumatismos cerebrales perinatales, epilepsia, encefalitis, trastorno de hiperactividad y déficit de atención o dificultades de aprendizaje: ALONSO, M.P.: “Trastornos del control de los impulsos. A. Trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y tricotilomanía”, en J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, pp. 389-391.

¹²⁸ GRAU, A.: “Trastornos exógenos u orgánicos”, en J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la Psicología y la Psiquiatría* (7ª edición), Barcelona, 2011, pp. 324-344.

¹²⁹ LÓPEZ PIÑERO, J.M.: *Historia de la Medicina*, *op. cit.*, p. 105; FORNASARO, F.: *La medicina dei longobardi*, *op. cit.*, pp. 31-32.

su presencia no siempre fue bien interpretada, como ocurre en un episodio narrado por Pablo Diácono (*Historia de los longobardos* III, 34)¹³⁰.

El saber médico del período tardoantiguo se basó en la medicina galénica, una versión actualizada de la tradición hipocrática, en la que se volvía a conceder primacía a las alteraciones humorales; es decir, una elaboración sistemática de la medicina clásica antigua que constituyó la máxima autoridad en la materia durante toda la Edad Media¹³¹. A partir del siglo V los conocimientos médicos heredados se depositarán, como otros tantos conocimientos, en los monasterios, por lo que en este período podemos hablar de *medicina monacal*, puesto que el sacerdote médico prevalece sobre el seglar, sin que exista una independencia total entre Iglesia y medicina¹³². Es este un proceso que de forma general afectará a la educación, con la excepción de África y de Italia, donde el modelo clásico educativo perduró por más tiempo¹³³. Y es en este sentido en el que el hundimiento del viejo sistema cultural y educativo del mundo clásico se puede poner en relación con una nueva cultura de corte popular, caracterizada por una mayor universalidad y por basarse menos en la palabra escrita y más en la forma visual y oral¹³⁴, de lo que es buena prueba la obra de Gregorio. A lo largo del siglo VI y del VII se fue agudizando la crisis de la cultura –incluida la medicina– y de su transmisión en occidente. Por ello, y como señala P. Laín Entralgo, en este período la medicina es “cuasitécnica”¹³⁵.

¹³⁰ Se trata posiblemente de una infectación por helmintos, tal vez ascariosis, causada por *Ascaris lumbricoides*, el más largo de los nematodos intestinales, que alcanza hasta 40 cm., y que se trasmite a través de la tierra contaminada con heces fecales: FAUCI, A.S. et alii: *Harrison Manual de Medicina*, op. cit., pp. 648-659. La ascariosis es mencionada ya por los textos hipocráticos: GRMEK, M.D. (ED.): *Storia del pensiero medico occidentale. Antichità e Medioevo*, op. cit., p. 450.

¹³¹ GREEN, M.H.: *The transmission of ancient theories of femaly physiology and disease through the Early Middle Ages*, Princenton, 1985; FRENCH, R.: *Ancients and Moderns in the Medical Sciences. From Hippocrates to Harvey*, Aldershot, 2000; CONRAD, L.I. et alii: *Histoire de la lutte contre la maladie. La tradition médicale occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières*, op. cit., pp. 88-92; NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, op. cit., pp. 292-309.

¹³² LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina*, Madrid, 2006, pp. 183-184; CONRAD, L.I. et alii: *Histoire de la lutte contre la maladie. La tradition médicale occidentale de l'Antiquité à la fin du siècle des Lumières*, op. cit., pp. 92-96; NUTTON, V.: *Ancient Medicine*, op. cit., pp. 281-291.

¹³³ EVERETT, N.: *Literacy in Lombard Italy, c. 568-774*, Cambridge, 2003, pp. 24-33 y 318-320.

¹³⁴ CAMERON, A.: *El mundo mediterráneo en la Antigüedad Tardía*, op. cit., p. 151; FONTAINE, J.: *Isidoro de Sevilla. Génesis y originalidad de la cultura hispánica en tiempos de los visigodos*, op. cit., pp. 255-270.

¹³⁵ LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina*, op. cit., p. 181.

En alguna ocasión se ha negado la viabilidad del uso de las fuentes de carácter hagiográfico para el estudio de las enfermedades de la época que las inspiró, con el argumento de que las enfermedades que se mencionan tienen muchas posibilidades de ser en realidad tópicos extraídos de los textos bíblicos¹³⁶. Pero más allá de estos tópicos, creemos que nos encontramos ante una metodología válida –al menos para la Tardoantigüedad–, pues el catálogo ofrecido por su estudio nos permite la identificación de una serie de síntomas que, en bastantes ocasiones, son suficientemente precisos como para poder comprender que la enfermedad real que se describe es diferente al tópico nombre con que se interpreta por parte del hagiógrafo. Es decir, que aunque haya un intento de identificación con el castigo bíblico, lo que se está describiendo son las patologías cotidianas que se podían ver a diario en la población. Esta circunstancia se corrobora a su vez con el hecho de que hay coincidencias y discrepancias significativas en el catálogo de patologías con respecto a fuentes hagiográficas de áreas geográficas distintas (por ejemplo, España e Italia)¹³⁷, pese a las indudables influencias (notorias en el caso de los *Diálogos* de Gregorio Magno), así como con el ofrecido por otro tipo de obras, como son las crónicas (Figura 2). Lo mismo ocurre con respecto a las evidencias de la paleopatología, dentro de sus limitaciones, que apuntan la escasez de afecciones como la lepra que, en Hispania, tampoco aparece muy representada en las fuentes, cuando es una de las maldiciones divinas por excelencia. La frecuencia con que la peste es mencionada tampoco debe engañarnos, pues se ofrecen detalles de los que podemos deducir que, en realidad, la denominación puede tratarse de un *topos* literario, pero la sintomatología responde a otra enfermedad real. Enfermedades reales que Gregorio debía de conocer bien dentro de la amplia labor asistencial que desarrolló¹³⁸. En este sentido, el arquetipo del ciego y del tullido tienen su correlato en los datos de los hallazgos óseos, donde los traumatismos, fracturas y afecciones osteoarticulares y artrósicas son de las que mejor se encuentran

¹³⁶ SIGAL, P.-A.: “Maladie, pèlerinage, guérison, au XII^e siècle. Les miracles de Saint-Gibrien à Reims”, *Annales. E.S.C.*, 24, 1969, pp. p. 1528; PATLAJEAN, E.: “À Bysance: ancienne hagiographie et histoire sociale”, *Annales. E.S.C.*, 22, 1967, pp. 780-791; BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, *op. cit.*, pp. 235-236 y 277-281.

¹³⁷ MENÉNDEZ BUEYES, L.R.: *Medicina, enfermedad y muerte en la España Tardoantigua*, *op. cit.*, Tabla 2.

¹³⁸ MARKUS, R.A.: *Gregorio Magno e il suo mondo*, *op. cit.*, pp. 141-143; ACERBI, S.: *Entre Roma y Bizancio: La Italia de Gregorio Magno a través de su Registrum Epistolarum*, Madrid, 2006, pp. 102-108.

representadas; por su parte, la ceguera es perfectamente integrable en un sinfín de patologías diversas que siempre han estado asociadas a la miseria y la falta de condiciones higiénicas, mientras que en otras ocasiones se pueden poner en relación con la avanzada edad de las personas que la padecen. Finalmente, cuando comparamos nuestro catálogo de patologías con el de las que eran predominantes en el mundo (tanto desarrollado como no, y aparte de las propias del desarrollo industrial) antes de la II Guerra Mundial¹³⁹, podemos comprobar que no existen tantas diferencias y, por lo tanto, deducir como muchos de los datos ofrecidos por estas fuentes pueden tener bastante validez.

En definitiva, aunque en los milagros que aparecen en los *Diálogos* se realice una selección con intención pastoral¹⁴⁰, y aunque se trate de un número limitado de casos, creemos que existen suficientes indicios como para poder establecer un catálogo de patologías reales, singularizadas más allá de su uso tópico –referido sobre todo a sus etiologías–, trascendiendo de esta forma los propios límites del género hagiográfico y mostrando por lo tanto una de las más importantes facetas de esa sociedad tardoantigua, la de la enfermedad, enfermedad que ha sido plasmada también frecuentemente en el arte¹⁴¹.

¹³⁹ BINET, L.: “Frecuencia de las enfermedades en la época actual”, en J. Bergier (Dir.), *El Mundo de la Ciencia. Tomo 1* (2ª edición), Barcelona, 1965, pp. 201-205; MORICHAU-BEAUCHANT, J.: *La salud en el mundo*, Barcelona, 1971, pp. 11-12 y 19.

¹⁴⁰ BOESCH GAJANO, S.: *Gregorio Magno. Alle origini del Medioevo*, op. cit., pp. 235-236.

¹⁴¹ GRMEK, M.D. y GOUREVITHC, D.: *Le malattie nell'arte antica*, op. cit.; CAMPILLO, D.: *Introducción a la paleopatología*, Barcelona, 2001, pp. 397-404; ECO, U.: *Historia de la fealdad*, Barcelona, 2011, pp. 241-269.

FIGURA 1. *Temas médicos y posibles patologías en los Diálogos de Gregorio Magno*

Síndrome de malabsorción/síndrome vasovagal/malaria	III, 33, 7-9
Síndrome de ovarios poliquísticos	IV, 14, 2-3
Gota	I, 6, 1; IV, 28, 3
Brucelosis	I, 4, 4-5; II, 37, 2
Fiebres recurrentes	III, 23, 2-3; IV, 49, 3; IV, 49, 7; IV, 12, 3-5; IV, 17, 2; IV, 18, 1-3; IV, 36, 2
Peste bubónica	IV, 40, 3-4
Sarampión	IV, 27, 3; IV, 37, 7
Lepra/ergotismo	II, 26; III, 15, 7
Rabia (de un caballo)	I, 10, 9
Paludismo	IV, 16, 3-7; IV, 40, 6-8
Pleuresía (pleuritis)	II, 1, 9; IV, 27, 2
Uso de veneno	II, 3, 4; II, 8, 2; II, 27, 3; III, 5, 3
Intoxicación alimentaria	I, 4, 7
Poliomielitis (parálisis)	IV, 15, 2-4; IV, 16, 3
Parálisis (traumatismos)	III, 3, 1-2; III, 25, 1-2
Aplastamiento	II, 11, 1-2
Fractura de fémur	I, 10, 14-15
Ceguera (genérica)	II, 2, 3
Glaucoma	III, 5, 1
Degeneración macular senil/ desprendimiento vítreo	III, 29, 3
Tracoma	IV, 11, 1-3
Infartos de miocardio/cardiopatías	III, 5, 3-4; IV, 54, 2
Coma	I, 2, 5-6; I, 10, 17-18; I, 12, 1-3; II, 24, 1-2; II, 32, 1-3; IV, 37, 3; IV, 37, 5; IV, 57, 3-4
Síndrome apático o estado vegetativo persistente	I, 2, 5-6; II, 32, 1-3; IV, 57, 3-4

Alcoholismo	IV, 40, 10-11
Epilepsia	II, 16, 1-2; I, 10, 2-5; II, 30, 1; III, 21, 2
Neoplasia (de pecho)	IV, 14, 2-3
Trastornos de angustia	II, 25, 1-2; I, 10, 2-5
Trastorno de conversión	III, 16, 5
Fobia social	III, 16, 5
Esquizofrenia	II, 38, 1; III, 35, 3-4
Trastorno explosivo intermitente	III, 14, 3

FIGURA 2. *Cuestiones médicas en la Historia de los longobardos de Pablo Diácono*

Uso de veneno	I, 26; II, 29; III, 35; IV, 11; V, 2
Epidemias de peste	II, 4; II, 26; III, 24; IV, 4; IV, 14; V, 31; VI, 5; VI, 47
Conjuntivitis	II, 13
Uso de aguas termales	II, 16
Disentería	III, 31
Parálisis repentina de una mano	III, 2
Distocia	IV, 28
Locura	III, 11; IV, 41; IV, 42
Lepra	VI, 16
Parásito intestinal	III, 34
Muerte repentina	IV, 29
Alucinaciones por inanición	IV, 37
Sarna	IV, 45
Catarro común	VI, 32
Alopecia	V, 33
Sangría	V, 33
Médicos y medicamentos	V, 33
Cojera por accidente (prótesis)	VI, 6
Accidente de caza	VI, 58

RESUMEN

Durante el período conocido como Antigüedad Tardía comienza el establecimiento en la Península Italiana de poblaciones de origen germánico, entre las que destacan netamente las ostrogodas y longobardas. El presente trabajo pretende rastrear el estado de la medicina durante estos momentos y el análisis de su práctica a través de un acercamiento de las fuentes escritas, así como a la realidad de las paleopatologías de estas poblaciones mediante el análisis de la obra de Gregorio Magno. De este análisis se puede desprender la precariedad sanitaria del momento, caracterizada por una serie de afecciones generalizadas, la alta mortalidad infantil, así como ciertas patologías graves.

Palabras clave: longobardos, patologías, enfermedades infecciosas, lepra, zoonosis, enfermedades mentales.

ABSTRACT

During the period known as Late Antiquity, populations of Germanic origin begin to settle in the Italian Peninsula, notably among them a population of ostrogoths and lomgobards. This essay attempts to outline the state of medicine and medical practice in lonbards communities during this time, and trace, through written sources and an analysis of the known ruins of the necropolis of the fifth through eighth centuries, the paleopathologies of these populations. This analysis will help to reveal the precarious state of health at this time, one characterized by a series of widespread diseases, a high infant mortality rate, and certain serious pathologies.

Key words: Lomgobards, pathologies, infectious disease, leprosy, zoonoses, mental disease.