

Carlos Luis Benoit y el cólera en Filipinas (1832): análisis de un tratado médico desde la historia social del conocimiento

Carlos Luis Benoit and cholera in the Philippines (1832): analysis of a medical treatise from the social history of knowledge

María López Barquero *

Universidad de Murcia, España

maria.lopezb1@um.es

 <https://orcid.org/0009-0003-4548-917X>

Recepción: 10 Abril 2025

Aprobación: 13 Julio 2025



Acceso abierto diamante

Resumen

El artículo analiza el discurso médico sobre el cólera en Filipinas en 1832 a través del tratado del médico Carlos Luis Benoit. En ese tiempo, la medicina aún debatía entre la teoría miasmista, que atribuía la enfermedad a vapores tóxicos del ambiente, y la contagionista, que señalaba a agentes biológicos específicos. Benoit, influenciado por el miasma, estudió el cólera morbo espasmódico en Manila y describió sus síntomas, causas y tratamientos, identificando como factores de riesgo la insalubridad, la mala alimentación y las condiciones climáticas tropicales. Propuso tratamientos basados en la hidratación y el uso de narcóticos para controlar los síntomas, aunque su obra no fue ampliamente aceptada por la comunidad médica oficial. El contexto colonial y la falta de infraestructura sanitaria favorecieron la propagación de la enfermedad. De igual, muestra cómo el discurso médico estaba influenciado por factores políticos y económicos, ya que las medidas sanitarias impactaban el comercio y la administración colonial. Mientras los liberales favorecían políticas de saneamiento urbano, los conservadores impulsaban cuarentenas y restricciones comerciales. Finalmente, el estudio muestra cómo la evolución de la medicina, desde la observación anatómica hasta el descubrimiento de microorganismos patógenos, transformó la comprensión del cólera y llevó al desarrollo de tratamientos más efectivos. Aunque el tratado de Benoit quedó en el olvido, su trabajo refleja la transición del discurso médico en el siglo XIX.

Palabras clave: cólera, Carlos Luis Benoit, discurso médico, miasmático, contagionista.

Abstract

The article analyzes the medical discourse on cholera in the Philippines in 1832 through the treatise of physician Carlos Luis Benoit. At that time, medicine was still debating between the miasmist theory, which attributed the disease to toxic vapors in the environment, and the contagionist theory, which pointed to specific biological agents. Benoit, influenced by miasma, studied spasmodic morbus cholera in Manila and described its symptoms, causes and treatments, identifying insalubrity, poor nutrition and tropical climatic conditions as risk factors. He proposed treatments based on hydration and the use of narcotics to control symptoms, although his work was not widely accepted by the official medical community. The colonial context and the lack of sanitary infrastructure favored the spread of the disease. Likewise, it shows how the medical discourse was influenced by political and economic factors, as sanitary measures impacted trade and colonial administration. While liberals favored urban sanitation policies, conservatives promoted quarantines and trade restrictions. Finally, the study shows how the evolution of medicine, from anatomical observation to the discovery of pathogenic microorganisms, transformed the understanding of cholera and led to the development of more effective treatments. Although Benoit's treatise was forgotten, his work reflects the transition of medical discourse in the 19th century.

Keywords: cholera, Carlos Luis Benoit, medical discourse, miasmatic, contagionist.

Notas de autor

* Nacionalidad española. Autora. Contrata Predoctoral Universidad de Murcia (España)

Introducción

En la Historia de la humanidad podemos encontrar pocas constantes tan estables como las que aquí se van a trabajar: la salud y la enfermedad. La primera era una utopía, mientras que la segunda era el combate diario de la población en el Antiguo Régimen. Por el contrario, en la actualidad hablar de enfermedad es tabú, no se concibe el sufrimiento, de ahí que la pandemia actual no sea una infecciosa, como la que vamos a estudiar, sino enfermedades relacionadas con la salud mental. La publicidad está plagada de *mindfulness*, productos alimentarios nocivos para la salud, según indican sus etiquetas por convenio internacional, pero se siguen consumiendo sin ningún tipo de remordimiento. Entonces, ¿realmente el discurso médico actual ha calado en nuestra sociedad, o simplemente son protocolos que se realizan sin reflexión? Ante las circunstancias actuales, la respuesta es sí, poco ha cambiado la importancia que tenía el discurso médico en siglos pasados respecto a nuestro presente.

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de discurso médico? Para ello vamos a la definición que nos ofrece la Real Academia Española, con un total doce acepciones, todas ellas tienen unos semas comunes. Un discurso es la concatenación de unas ideas que son compartidas y asimiladas por un conjunto de personas.¹ Por lo tanto, estamos, en primer lugar, ante una construcción semántica y lingüística, que se compone de diferentes fases: creación, contrastación, refutación, consolidación y finalmente difusión. De modo, que cuando un discurso logra transmitirse, significa que para que este haya triunfado, necesariamente otros han sido desechados. Estos desechados son importantes dentro del mercado “discursivo”, porque son la competencia, y en ese ejercicio de hacerse valer es donde tiene lugar lo que llamamos avance científico.²

Por otra parte, esa idea que es la más aceptada, en algunas ocasiones no tiene por qué ser la correcta, porque puede darse la casuística que la técnica no haya alcanzado al razonamiento teórico y sea indemostrable. Esto significa que los discursos médicos aceptados en un momento determinado de la Historia deben su preeminencia sobre el resto a un problema técnico, y de valoración subjetiva mayoritaria. Por lo tanto, el discurso médico tenía una relación directa con la política, porque en el momento en el que el discurso médico ganó terreno en el ámbito del poder, influyó en las decisiones políticas. Esos discursos quedaban en un plano ajeno de la realidad que era prácticamente imposible de alcanzar, porque la difusión era de escasa escala: entre colegas, y, sin interesaba, en la coyuntura económica al gobierno de turno.

Con lo que, en este trabajo veremos como el cólera es estudiado por un médico que trató esta epidemia en Filipinas, y construyó un discurso para entrar en la Universidad de Montpellier en 1827. En este discurso³ de entrada de Carlos Luis Benoit intentó transmitir a sus colegas médicos el estudio que realizó sobre el cólera morbo, epidemia que estaba penetrando en el corazón de Europa: París. Con la esperanza de que se lograra contener:

Que esta epidemia ha perdido, y continúa perdiendo en su marcha mucha intensidad, y que con solo las medidas profilácticas que nos prescribe la sana razón, podemos esperar no invadirá la Península⁴

Nacimiento del discurso médico moderno

Para entender cómo se acogió esta obra médica, hay que entender es qué situación se encontraba el discurso médico, pero sobre todo cómo era el equilibrio entre la teoría y la técnica. Pues bien, desde principios del siglo XVIII la naturaleza y el ser humano, empezaron a ser descifrados en profundidad gracias al avance de la técnica en las ciencias naturales y médicas. Este fue el inicio de la elaboración de tratados médicos sustentados en la experimentación, siguiendo el método científico cartesiano⁵, un modelo de análisis moderno que sentó las bases del *modus operandi* médico actual. No obstante, este avance no era parejo debido a la casi nula

transferencia de ese conocimiento médico entre la sociedad. Aunque cada vez tenían una mayor solidez teórica y desarrollasen nuevos métodos curativos más eficaces en enfermedades que hasta entonces no tenían cura, era un trabajo improductivo sin la colaboración de los pacientes ni las familias. La implantación de un protocolo de actuación preventivo necesitaba de un entramado complejo, pero, sobre todo, consolidado, de relaciones sociales ordenadas.⁶

En el siglo XIX, pero sobre todo a principios del XX, se logró observar a la persona no solamente desde fuera, sino comenzó el camino hacia las profundidades del cuerpo físico, entendiéndolo como una máquina con sus válvulas, presiones, líquidos y resortes de movimiento, una visión muy mecanicista.⁷ En donde la enfermedad en la persona dejaba de ser algo indeterminado, para ser concreto, y poder ser identificado en varias personas.⁸ Con el nuevo método era posible asociar una lesión morfológica con una enfermedad gracias a la autopsia, por ello, la enfermedad no era solamente unos síntomas visibles, sino que además tenía una etiología. El razonamiento clínico, es el término que actualmente atribuimos a la anamnesis diagnóstica y a dictaminar qué enfermedad es y cómo curarla, pues bien, precisamente eso es lo que ha ido cambiando en el discurso médico. Esto es importante, porque lo que hasta entonces se “diagnosticaba” eran los síntomas, no el agente etiológico que los producía. Por ello, modificar las teorías anteriores basadas en una técnica caduca llevó a enfrentamientos entre diferentes corrientes científicas, principalmente entre miasmista y contagionistas, que fue la que afectó al estudio del cólera, siendo esta la que contextualiza el discurso médico de nuestro tratado.

Entre estas dos corrientes, no solo había un origen simplemente científico, sino que suponía posicionarse en una corriente económica, creando un interés político y⁹ económico. Mientras que el miasmismo defendía según Lancisi que, en las altas temperaturas del verano, de las aguas pantanosas se producía una “destilación química”, es decir, se evaporaban los compuestos del agua, y se convertían en efluvios volátiles, que eran transportados por el aire, estos eran inhalados y de esta manera las personas se infectaban y contraían la enfermedad.¹⁰ Estos efluvios se denominaron “miasmas”.¹¹ Por otro lado, el contagionismo defendía que las enfermedades infecciosas como el cólera, eran causadas por agentes biológicos específicos que se transmitían de un individuo a otro a partir del contacto directo, fluidos corporales, inhalación de aerosoles o por vectores biológicos.¹² Si bien a inicios del siglo XIX no podía sustentarse en evidencias físicas experimentales, a fines de ese mismo siglo, los descubrimientos de Pacini¹³, Louis Pasteur y Robert Koch, lograron identificar microorganismos patógenos observables con microscopio. No fue hasta la evolución de la óptica cuando por fin se pudo mostrar que habían “corpúsculos”¹⁴ en los fluidos de los enfermos y en otras superficies que eran los que provocaban las enfermedades. De esa manera se logró refutar la teoría miasmista. Esta fue una de las primeras transformaciones en el discurso médico y que más repercusión tuvo en la Historia de la Medicina moderna.

Pero ¿qué influía si el discurso médico dominante fuera miasmista o contagionista en las políticas económicas? Pues las limitaciones sobre el comercio. Si eran políticas de corte miasmista las medidas se orientaban al saneamiento público, eliminación de las aguas estancadas, y mejorar los alcantarillados, así como poner fuera de los espacios urbanos aquellas actividades contaminantes como mataderos. Así como, se hacía hincapié en la limpieza de la vía pública como regular la venta de los mercados ambulantes, sobre todo de alimentos perecederos. Los espacios propios de la enfermedad como hospitales, lazaretos y cementerios extremaron las medidas físicas: se construyeron fuera de las ciudades y lo suficientemente ventilados para permitir que los miasmas y los efluvios malignos no se quedasen estancados.¹⁵ Estas medidas no suponían un freno en el comercio, puesto que no establecían cordones sanitarios, de modo encontraremos que los que se posicionaban en este discurso médico eran los políticos de índole liberal. De hecho, los cordones sanitarios no tenían mayor trascendencia si no había una cooperación internacional, y esta sólo se logra con una homogeneidad científica, que se expresa en el discurso médico.¹⁶

Por otra parte, la corriente contagionista dirigía sus medidas para evitar contagios, el aislamiento y la cuarentena, creando patentes de limpieza, que se dividían en tres categorías: limpias, sospechosas y sucias.¹⁷ De modo, que las personas infectadas o sospechosas de estarlo eran aisladas en lazaretos o en sus casas, poniendo unos períodos de cuarentena para evitar la propagación de la enfermedad. Ligada a la cuarentena había una profunda desinfección y fumigación de las pertenencias y casas sospechosas o sucias, a partir de disoluciones de cloro, alcohol y ácidos carbólico. A su vez se cerraban espacios públicos por ser lugares de aglomeración para limitar esa interacción social y evitar así la propagación de la enfermedad. No obstante, las medidas sanitarias más fuertes se ponían en los puertos, el control de viajeros y la inspección de barcos, con la intención de mantener controlada la llegada de personas infectadas desde otras regiones infectadas. Por lo que, en este caso, eran los grupos conservadoras que abogaban por el control estatal los que se posicionaban de esta parte contagionista.¹⁸

De tal forma, el discurso médico era importante en tanto en cuanto era su aplicación económica y política, convirtiéndose en una herramienta más del poder. También hay que tener en cuenta que el porcentaje de médicos era prácticamente insignificante en el baremo total de profesiones y oficios, pero que la no presencia de estos en tiempo de epidemias conllevaba consecuencias catastróficas.

Carlos Benoit: Observaciones sobre el cólera-morbo espasmódico en las Islas Filipinas

Contexto político Filipinas en 1820

En la década de 1820, Filipinas era una colonia del Imperio Español y formaba parte del Virreinato de Nueva España hasta que este fue disuelto en 1821. Durante este periodo, la administración de Filipinas pasó a depender directamente de España, gobernada por un Capitán General y supervisada por el Consejo de Indias. Si bien el gobierno español, apenas tenía permeabilidad entre la población nativa, la Iglesia Católica, a través de las órdenes dominica, franciscana y agustina, consiguió posicionarse como enlace entre el pueblo y las administraciones españolas. De tal manera, que cuando estalló el cólera en Filipinas, España estaba intentando evitar el desmembramiento de su imperio, y reorganizando sus territorios y administración colonial. El Galeón de Manila con Acapulco se encontraba en declive, aunque ingresaba beneficios a la economía española, pero había que complementarlo con el comercio con otras como la corona británica.¹⁹ Esta relación es clave, pues es cuando Inglaterra necesitaba expandir sus relaciones comerciales, pues había perdido sus colonias norteamericanas. Al focalizarse en la India, revirtieron los cultivos tradicionales indios, por un cultivo intensivo de algodón alterando los sistemas de regadío, hecho que catalizó en ese brote de cólera, que es el que llegó a Filipinas.²⁰

La década de 1820 fue una etapa de transición, con cambios en su relación con España y una economía que se abría lentamente al comercio global, pero aún bajo un sistema colonial. Los productos isleños con los que se comerciaba eran: tabaco, azúcar, algodón, añil y arroz, y posteriormente ábaca para la cordelería, para los cabos de los barcos, y copra, para la elaboración de jabones.²¹ La comunicación entre la Península y las islas era costosa pues las separan más de 12.000 kilómetros, en el siglo XVIII se intentó abrir una ruta de vía directa entre ambos territorios para potenciar la presencia española en el archipiélago. El recorrido rodeaba África por el cabo de Buena Esperanza atravesando el Índico, por mares abiertos, que no estaban bajo ningún monopolio, por lo que el recorrido uniría directamente Cádiz y Manila. Además, se creó en 1785 la Real Compañía de Filipinas, para el comercio del tabaco y alcoholes filipinos que eran los que tenían una mayor carga fiscal, que ingresaban pingües beneficios a las islas.²² No obstante, estos dos canales de ingresos se vieron truncados en el siglo XIX: el Galeón de Manila fue el primero en caer, por la dificultad de mantenerlo en funcionamiento tras

la independencia de las colonias, y luego la Real Compañía de las Indias, que, tras la invasión napoleónica, y el gran aporte que tenía que hacer la Corona para mantenerla respecto a las presiones que hacían compañías privadas y los grupos liberales ante este monopolio de la corona.²³

La presencia no efectiva de la población española nos demuestra la decadencia de comunicación entre la matriz española y las islas. Por todo ello, Filipinas a principio del siglo XIX tenía el caldo de cultivo perfecto para que se desarrollase el cólera, y así es cómo nos lo cuenta nuestro médico en la obra que vamos a ver.

Observaciones sobre el cólera morbo espasmódico, o moderchi de las Indias Orientales, recogidas en las Islas Filipinas y publicadas con su método curativo

Todo ello aparece reflejado en el tratado que elabora Carlos Benoit, que no llegó a aplicarse ni difundirse por los territorios españoles.²⁴ Al no ser médico de la Armada Española, del Cuerpo de Profesores Médico Cirujanos, no se tiene constancia en la lista oficial de Manila los profesores y médicos²⁵: Josef María Serrano, Cristóbal Regidor en 1816²⁶, y a partir de 1817 hasta 1830, no hubo médicos oficiales, que no privados como Carlos Benoit. Ya después en 1831 aparecen Josef Barroso, Josef Fernández y Fernando González Casas²⁷ que permanecieron hasta 1835.²⁸ Este hecho es significativo en lo que concierne al discurso médico, la pertenencia a un organismo aportaba ese argumento *ad verecundiam*, pues era el argumento que prevalecía sobre el resto, aunque fuese una falacia. El tratado queda relegado prácticamente al olvido al igual que su autor, del que prácticamente apenas hay bibliografía. En el siglo XIX, el 17 de mayo de 1829 se creó la «cruz de distinción de epidemias», con la finalidad de premiar al cirujano militar don Carlos Luis Benoit por sus extraordinarios y meritorios servicios durante la epidemia de cólera morbo asiático que asoló Manila en 1820.²⁹

El cólera empezó el septiembre de 1820, según nuestro médico, otros como Manuel Ambrós lo datan en el 4 de octubre cuando los primeros casos empezaron a aflorar en las orillas del río Pásig. Y de ser epidémico pasó a estacional repitiéndose en los tres años siguientes hasta 1830, precisamente por esas “condiciones perfectas”, no obstante, en esa anamnesis de la sociedad que estaba estudiando incluyó la fiebre amarilla, y un estado de la cuestión sobre el cólera hasta su época. Por todo ello, al tratarse de una iniciativa particular, se desprende de los discursos dominantes, ganando en libertad de cátedra para construir su propio discurso, pero sobre todo para desarrollar su *modus operandi*. De tal forma, que al igual que los periodos históricos responden a construcciones y delimitaciones ficticias que creamos *a posteriori*, cuando estudiamos la transformación en el discurso médico, no son segmentos delimitados, son líneas difusas y permeables. Su discurso no se enmarca en ningún método puesto que se encuentra transitando entre el anatomoclínico y el experimental, y de esta manera poder adaptarse al contexto específico de la población filipina. Por lo tanto, su discurso médico se sustenta en otros que son por tradición y por autoridad, por esta razón se encuentra entre la descripción anatomoclínica y experimental, pues sólo a partir de las conclusiones que extrae de su práctica médica, es la que va a transmitir.

El tratado comienza con una breve exposición del contexto geográfico, social, económico y político. A su llegada a Manila en 1820, siendo cirujano del francés *Alejandro*, arribó justo cuando el cólera estaba devastando el país a la par que la revuelta violenta de indios filipino. La descripción que hace Manila es somera, pero incisiva en los factores que iban a propiciar la epidemia de cólera: geográficos- climáticos y sociales. Primero de todo la ubica en el globo situándola a 14° de latitud Norte, y luego incide en el calor y la humedad, típico de la franja tropical, además que geográficamente se exponía a los tifones de los mares de China, el *ty-fong*³⁰ sobre todo en los equinoccios. Este fenómeno iba acompañado de intensas lluvias, de modo que era sumamente húmedo, perfecto para el cultivo de arrozales, los cuales rodeaban la ciudad y favorecían que el ambiente siempre fuese húmedo y cálido con temperaturas que no bajaban de los 27°³¹. A su vez, también hace hincapié en la sismicidad del archipiélago, ya que este da nombre a la placa Filipina con una falla convergente o

destrucciona, que la rodea por completo. Por último, de la ciudad en sí, expone que estaba delimitada por dobles fosos en los que había agua estancada y de donde se “exhalan sin cesar emanaciones fétidas resultantes de diversas sustancias en putrefacción”.³²

Su labor médica se desarrolló entre la sociedad filipina que se componía de peninsulares, nacida en la Península, que eran los menos, los criollos³³, mestizos, chinos y, por último, los indígenas, que fueron acusados de envenenar las aguas. La descripción que hace en el tratado de la sociedad es la siguiente:

A imitación de los habitantes ricos, tanto naturales como europeos, estos indios acostumbrados a bañarse todos los días, y con frecuencia verifican después de comer; habitan chozas pequeñas, construidas con bambúes y cubiertas de paja, y el calor abrasador que les arroja un sol ardiente, se aumenta más y más por el hacinamiento en que viven, pues toda la familia habita la sola y única pieza que posee.³⁴

Además, la alimentación era insuficiente para unos cuerpos que estaban trabajando en los arrozales, el algodón o cualquier cultivo isleño, en unas condiciones climáticas que acrecentaban aún más el cansancio. La dieta basada en arroz, y una gran falta de proteínas, las mejoras en la dieta las hacen los médicos occidentales a partir de mediados del XIX, cuando las tripulaciones de los barcos enfermaban de Beriberi, e incluían en las raciones de comida proteínas.³⁵ De modo, que cuando la bacteria entraba en organismos mermados, la morbimortalidad era mucho más elevada, fue tal la envergadura de la epidemia que después de haber pasado un mes, los que consiguieron reponerse de la enfermedad no fueron suficientes para cuidar enfermos no dar sepultura a los que morían.³⁶

...Del pueblo bajo, que es muy numeroso, se alimenta mal generalmente, usando con frecuencia de peces secados al sol, y de huevos podridos...³⁷

Luego, de las iglesias explica que eran largas y anchas, y en los subterráneos se enterraban los difuntos de los más ricos, pero que en el siglo XIX ya no se hacía esta práctica. La principal razón porque estaban húmedos, pues no eran de piedra sino de madera, y la gente se sentaba en el suelo cuando iba a celebrar la Eucaristía, especialmente las mujeres.³⁸ Resalta las iglesias porque los frailes de las órdenes religiosas eran los únicos que verdaderamente tenían una presencia efectiva sobre el territorio, con los indígenas filipinos.³⁹

Tras esta descripción es cuando comienza realmente el discurso médico, pues todas estas circunstancias, según Carlos Benoit conllevaba “... la predisposición de sus órganos digestivos a los desórdenes...”.⁴⁰ Como no era médico oficial, no tenía asignados unos pacientes, sino que respondía a las llamadas particulares, por ello le permite atender cada caso en forma de “Observaciones”. La estructura de los casos es semejante a un diario: comenzaba con la fecha, cuando era llamado a la casa del enfermo, y qué temperamento presentaba, descripción somera del estado del enfermo la primera vez que es atendido y, por último, explica qué tratamiento previo había recibido y si había respondido a este. Si bien que el estilo es casi narrativo, el contenido son descripciones médicas. Su práctica médica se resume en 8 pacientes de diferente sexo, edad y profesión, que estudia desde el diagnóstico a partir del temperamento.⁴¹

Según Carlos Benoit el cólera llegó a la isla de Luzón después de un huracán, y tras la llegada en la bahía de Manila de un buque inglés procedente de Madrás, región donde la enfermedad causó muchas bajas. La organización en la isla fue de la siguiente manera: el Capitán General congregó a todos los profesionales de la medicina: profesores y médicos, y una vez que se determinó qué era procedieron a gestionar la epidemia, desde la distribución de los médicos y repartir medicinas gratis a los más necesitados, que fueron precisamente esos indios que se revelaron. Como antes se ha dicho, las Órdenes religiosas fueron competencia directa con el Capitán General en la administración de esos servicios, tal y como lo expresa: “...las comunidades religiosas, que rivalizaban en generosidad con el Capitan General, agregaban á su celo todos los consuelos de su

importante ministerio.”⁴² Así como medios preservativos para no contraerla se recetaba el consumo diario de aguardiente con un cocimiento de quina, no obstante, “...el uso des , mesurado de esta bebida fue mil veces mas pernicioso que la enferme dad que se intentaba precaver ; asi fue que el desorden llegó á su colmo.”⁴³

Cólera: etiología

El cólera según la Organización Mundial de la Salud es una infección diarreica aguda provocada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*. Representa un riesgo significativo para la salud pública a nivel mundial y refleja desigualdades, así como la falta de desarrollo social y económico. Para prevenir esta enfermedad y otras transmitidas por el agua, es esencial garantizar el acceso a agua potable, saneamiento adecuado e higiene. En la mayoría de los casos, el cólera provoca una diarrea leve o moderada que puede tratarse con soluciones de rehidratación oral. Sin embargo, en situaciones más graves, la enfermedad puede evolucionar rápidamente, por lo que es crucial administrar tratamiento de inmediato para salvar vidas. Los casos severos requieren la administración de líquidos intravenosos, soluciones de rehidratación oral y antibióticos.⁴⁴

El cólera afecta a personas de bajo nivel socioeconómico puesto que son aquellas que menos acceso o capacidad tiene a las reglas de higiene, y cuando la enfermedad llega a zonas vírgenes afecta más a adultos y cuando es endémica a los individuos jóvenes, ya que en esos casos los adultos ya tienen inmunidad.⁴⁵ Este punto es común con el tratado que elaboró el Dr. Benoit en 1832 que explica que las causas y focos de infección son los siguientes:

la habitacion en paises calientes; el uso de alimentos escitantes é indigestos; la insolacion; el ejercicio prolongado, particularmente al influjo de un sol ardiente; la impresion repentina de un aire fresco que sucede al calor, el abuso de licores fuertes y de los placeres del amor, las bebidas frias, la supresion de algunas, evacuaciones habituales, y sobre todo las lombrices en el tubo digestivo, y las afecciones morales.⁴⁶

El único reservorio es el ser humano, por lo tanto, la interacción es entre humano y ecosistema.⁴⁷ Fisiológicamente el orden del curso de la enfermedad comienza cuando los vibriones llegan al intestino delgado, se multiplican y producen una exotoxina que actúa sobre las células de la mucosa, de manera que segreguen grandes cantidades de líquido isotónico. Aunque si bien es cierto, que el Dr. Benoit no hace un análisis químico como los actuales, expone cómo es la composición de las deposiciones, aunque no hace una descripción de los componentes químicos de sodio, calcio o potasio, llega a explicar con el lenguaje de su discurso médico, cómo actúa esa bacteria sobre el organismo:

Se ha observado que el líquido arrojado por los vómitos y deposiciones se compone de una parte muy fluida, blanquecina y parecida al agua de arroz, en la cual nadan copos de materias del mismo color, pero mas espesos: el analisis químico ha demostrado que estas dos sustancias tienen todas las cualidades del suero y de la fibrina, dos elementos constitutivos de la sangre⁴⁸

Por lo que, los enfermos sufren una deshidratación completa, desde las formas más pequeñas, las células, hasta el conjunto de su organismo. Las diarreas isotónicas acuosas se originan cuando el número de bacterias viables es de más de un millón, y no todos los casos presentan este síntoma, el 50% de los que la contraen, aunque cuando es epidémico es exponencial.⁴⁹ Esta parte es fundamental para entender el método anatomoclínico porque al basarse en la observación física de las disecciones en las autopsias no aparecía afectado el intestino delgado.⁵⁰ De tal forma lo explica Dr. Benoit:

Cuando tenía á mi vista los hechos, no podía pensar que el asiento del cólera pudiese estar privativa y exclusivamente en la mucosa gastro-intestinal; pero á mi llegada á Europa he sabido que muchos médicos (que no han visto el cólera como se

presenta en las Indias) creían que el asiento de esta enfermedad existía absolutamente, en la mucosa gastro-intestinal inflamada: yo he meditado profundamente los casos numerosos en que no he hallado lesión en el tubo digestivo, por lo cual no he podido dar asenso ni crédito á las pretensiones del pretendido sitio del cólera morbo⁵¹

Al tratarse de un análisis basado en la observación, es decir, por diagnóstico ocular, el Dr. Benoit distingue tres periodos: uno primero en el que comienza la desazón después de una comida, o durante la noche, piel pálida, ojos rojos, y comienzo de los dolores y contracciones en extremidades y en la región abdominal. Luego angustia, halitosis, vómitos blanquecinos y las deposiciones conocidas como “agua de arroz”, y pulso se percibe muy débil, lengua espesa, la piel seca y la orina espesa. La duración de este periodo es de máximo 3-4 horas.⁵² El segundo periodo se corresponde con el aumento de los signos anteriores hasta que los “...dolores convulsivos de los miembros, que hacen dar gritos agudos: el pulso desaparece, y no se encuentra sino en la región del corazón, que palpita con fuerza: el sudor inunda al enfermo; la piel se pone lívida, y las fácciones se desencajan: un frío helado se apodera de las extremidades y del tronco”.⁵³ Ante los continuos vómitos no se le podían administrar los correspondientes fármacos, de modo que el estado empeoraba. Y en el último periodo, toda la actividad espasmódica de los enfermos es reemplazada por una total quietud de hasta 24 horas, siendo esta la antesala a las últimas convulsiones y la muerte del individuo. Pues bien, aunque el Dr. Benoit estableció tres periodos, estos no se manifestaban claramente, por la celeridad de la que se pasaba de un estado a otro, provocaba la muerte del individuo en apenas unas 24 horas si no era tratado adecuadamente.⁵⁴

El método curativo del cólera morbo era y es muy sencillo: mantener hidratada a la persona enferma hasta que consiga eliminar la totalidad de la bacteria, si bien en la actualidad consiste en un suero intravenoso de una disolución de sodio, cloro, bicarbonato y potasio. *Grosso modo*, una disolución isotónica que consiga reestablecer el organismo, y mantenerlo, y cuando no vomite, administrar caldos suaves.⁵⁵ La sencillez del tratamiento contrasta con la velocidad con la que se empieza este, puesto que cuanto más se tarde en atender a los enfermos mayor era la posibilidad de que muriese deshidratado por las continuas deposiciones. El Dr. Benoit aplicaba el tratamiento en función del síntoma y el periodo de la enfermedad en el que se encontrase el enfermo. Entonces, el primer paso era calmar los espasmos, e intentar reponer líquido, para lo cual se elaboraba una bebida mucilaginosas, lavativas emolientes, cataplasmas sobre el abdomen y baños tibios.⁵⁶ Si tras la aplicación de estos el enfermo empezaba con las continuas evacuaciones y convulsionaba entonces había que variar el tratamiento con componentes opiáceos y narcóticos y antiespasmódicos con el siguiente compuesto:

Espíritu de vino rectificado I onza
Láudano líquido.....60 gotas
Alcanfor.....8 granos⁵⁷

Y finalmente si los enfermos pasaban al tercer estadio de la enfermedad con las características heces de agua de arroz, había que añadir infusiones de manzanilla junto con bebidas mucilaginosas, añadiendo lavativas narcóticas y emolientes para que desapareciesen los vómitos. Como complementos en la recuperación del paciente el Dr. Benoit, recomendaba laxantes tales como el tamarindo y el maná, así como flor de malvas en leche, junto con agua pura y un poco de “*muriato de sosa*”, es decir, sal común.⁵⁸ En ocasiones en esas expulsiones rectales aparecían lombrices, lo que indicaba que el *Vibrio* no era el único patógeno, sino que este se sumaba a los que portaban de normal esta población de bajos recursos.

Y para ello vamos a ver un ejemplo de la metodología que empleó el Dr. Benoit con la primera enferma de su tratado. Se trataba de una mujer de 19 años de temperamento linfático-nervioso⁵⁹, había estado en contacto con una enferma de cólera, su hermana, y desde entonces, se encontraba muy enferma. En este caso la enferma llevaba más de cincuenta deposiciones, y no habían funcionado los masajes sobre el vientre, no miccionaba desde la hora de “*invasión de la enfermedad (a las seis de la mañana)*”. La enferma había vomitado y tenía dolores agudos-espasmódicos en el epigastrio consecuencia de los continuos movimientos del intestino, previo

al proceso diarreico. Y, además, aunque de forma anecdótica, el médico fue informado de que la enferma no tenía la menstruación desde hacía algunos meses, y estaba especialmente sensible desde que su hermana había fallecido de cólera. Pues bien, estos datos nos dan la siguiente información: por un lado, la ausencia de la menstruación podría ser signo de una insuficiencia calórica o que ese cuerpo se encontraba en un momento de estrés. La primera dosis del compuesto que antes hemos citado⁶⁰, se lo administró en seis veces, y cuando dejó de vomitar cambio el tratamiento:

Agua destilada de manzanilla..... 3 onzas

Agua de flor de naranjo 1 onza

Éter sulfúrico.....20 gotas⁶¹

Tras esta mezcla acuosa, a partir de las tres de la mañana, después de un día de tratamiento la enferma estaba calmada, y presentaba que la piel había adquirido calor, pero seguía la sed y no podía evacuar, por lo que finalmente se pasaba a la última fase:

Agua de tamarindo2 libras

Maná en lágrima1 onza⁶²

Finalmente, al amanecer de ese día, la enferma hizo una nueva deposición más espesa y con lombrices, y pudo descansar tres horas de sueño continuado, pero fue por la tarde cuando empezó la convalecencia, coincidiendo con la llegada de la menstruación, lo que significaba que su cuerpo había superado la enfermedad.

Conclusión

Finalmente, el tratado concluye con la teoría del Dr. Benoit sobre el cólera morbo oriental o asiático, posicionándose en la postura miasmista siendo quizás el culmen de la obra porque es donde mejor observamos cómo construye su discurso médico:

El cólera-morbo oriental es el resultado de un envenenamiento miasmático, que obrando sobre toda la masa de los humores, agota las fuerzas vitales (afección tifoidea), y que el estímulo que comunica sobre el plexo nervioso de la vida orgánica, ó gran nervio simpático (tetano gastroabdominal), arrastra tras sí una profunda alteración de este sistema (ataxo adinámica).⁶³

Más adelante explica que esa tetanización se produce por una serie de *fenómenos tóxicos*, pero que nunca se había encontrado restos en las autopsias de ese veneno en el organismo. Ante lo cual se observa la asincronía de la técnica, hay una intuición de un cuerpo extraño que produce la enfermedad pero no se logra determinar el qué, de ahí que exprese: *¡cuántos elementos, cuya naturaleza ignoramos, se escapan a nuestra vista, y aun a nuestra penetración!*⁶⁴ Por lo que recurre a una fuente con autoridad como Sidenham con el que llega a la misma conclusión: la “agente etiológico” deberían de ser unos “*los gérmenes desconocidos de algunas enfermedades sean conducidos a ciertos sitios, y no puedan desarrollarse por no encontrar ciertas circunstancias que les sean necesarias, sin que me sea posible explicar, ni cuáles sean estas circunstancias, ni cual sea la naturaleza de tales gérmenes.*” Están observando un fenómeno y lo describen, pero no pueden llegar más allá, concluyendo que para que explote una epidemia como la que se estaba estudiando, cólera asiático epidémico era necesaria la presencia de un gran río. De tal forma, que, ante la incapacidad de conocer el verdadero agente etiológico, y con la nosología de la enfermedad, el médico expone la mejor medida anticolérica: *es evitar las causas predisponentes:*

Los escesos de toda clase, a mudanza repentina de una atmósfera cálida á otra fria, y viceversa. Un aire. Un catarro. La estancia al sol, y mucho mas permaneciendo en estado de quietud. Una indigestion. La falta de limpieza. Las bebidas fiías, estando acalorado. La humedad, y mucho mas si el cutis está en traspiracion. La retencion de la orina prolongada. ⁶⁵

Pues bien, en este análisis de la enfermedad queda manifiesto su metodología a la hora de elaborar su teoría, si bien es miasmista, vemos que el discurso tiene un trasfondo contagionista. Por lo que, es un discurso que surge de la observación, y en el que se aprecia como no es capaz de poder determinar la causa, pero logra acercarse teóricamente a la etiología de la enfermedad. El juzgar la validez de la intuición en la medicina, no es un tema que vayamos a tratar aquí, pero lo que si es cierto es que este médico, gracias a la observación y estudio directo sobre el paciente pudo aproximarse muy cerca del diagnóstico actual sobre el cólera y su tratamiento.

Bibliografía

- "Cruz de Distinción de Epidemias en Honor a Carlos Luis Benoit." *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-8680>
- Aguilera Fernández, María. "Vida cotidiana de los jesuitas en las misiones de filipinas". Fundación Española de Historia Moderna, 2016. <https://doi.org/10.20350/DIGITALCSIC/11763>
- Báguena Cervellera, María José. "Algunos aspectos de la asimilación de la teoría del contagio animado en la España del siglo XIX". *Cronos* 2, n.º 2 (1999) : 285-307.
- Báguena Cervellera, María José. "Evolución de la teoría y las prácticas en el control de las enfermedades infecciosas". *Salud Pública de México* 57, n.º 6 (2015): 634-640.
- Beckert, Sven. *El imperio del algodón: Una historia global*. Traducido por Francisco J. Ramos Mena. Barcelona: Crítica, 2014.
- Berger, Peter L., y Thomas Luckmann. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1968.
- Blanco Andrés, Roberto. "La revuelta de Ilocos de 1807: Un levantamiento fallido en la Filipinas española". *Revista Hispánica Moderna* 68, n.º 1 (2015): 89-113.
- Blanco Andrés, Roberto. "Las revueltas de Ilocos de 1811 y 1816: Insurrección y resistencia en el norte de Filipinas". *Anuario de Estudios Americanos* 74, n.º 2 (2017): 345-370.
- Bonialian, Mariano. "Comercio y atlantización del Pacífico mexicano y sudamericano: La crisis del lago indiano y del Galeón de Manila, 1750-1821." *América Latina en la Historia Económica* 24, n.º 1 (2017): 7-36.
- Bordelais, Patrice. "Innovaciones y continuismo en las concepciones sobre el contagio en la primera mitad del siglo XIX". *Scripta Nova* 69, n.º 35 (1999).
- Carpenter, C.C.J. "Epidemiología del cólera". *Cuadernos de Salud Pública Principios y práctica de la lucha el cólera*, n.º 40 (1970): 53.
- Cyjetanovic, C. "El cólera, problema sanitario internacional". *Cuadernos de Salud Pública Principios y práctica de la lucha el cólera*, n.º 40 (1970): 11.
- Descartes, René. *Tratado del hombre*. Madrid: Editorial Gredos, 1986.
- Díaz-Trechuelo, M. L. *La Real Compañía de Filipinas*. 1965.
- Dobell, Peter. "On the Massacre of Foreigners in Manila, 1820". *Bulletin of the New York Public Library* 20, n.º 5 (1916): 317-329.
- Elizalde, María Dolores. "Filipinas en el marco del Imperio español en el siglo XIX." *Revista de Indias* 78, n.º 272 (2018): 15-42, <https://digital.csic.es/handle/10261/221594>.
- Enciclopédie Médico-chirurgicale. Tomo: Glandes endocrines. Nutrition: 196. París, 1924.
- Estado General de la Armada (año 1815), Cuerpo de Médico-cirujanos, pp. 126- 132.
- Estado General de la Armada (año 1816). Cuerpo de Médico-cirujanos, pp. 252- 265.
- Estañol Vidal, Bruno. *La invención del método anatomoclínico*. 2ª ed. México: UNAM, 1996.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores, 1966.
- García Gimeno, Jorge. El Trienio Liberal en Filipinas (1820-1823). *Revista de Indias* 78, n.º 273 (2018): 525-554. Disponible en revistadeindias.revistas.csic.es.

- Hosley, W.H. "Epidemiología del cólera". *Cuadernos de Salud Pública* Principios y práctica de la lucha el cólera, n.º 40 (1970): 25.
- Kuhn, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Lain Entralgo, José. *Filosofía de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- Leeuwenhoek, Antonie van. "Letter to the Royal Society Concerning Animalcules." *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 9, n.º 100 (1677): 58-63.
- Mojarro, Jorge. *España en Filipinas, 1521-1820*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 2021.
- Montero y Vidal, José. *Historia general de Filipinas desde el descubrimiento de dichas islas hasta nuestros días*. Madrid: Imprenta de Manuel Tello, 1887.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). "Cólera." Última modificación en marzo de 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cholera>.
- Pierce, N. F.; R.B. Sack y D. Mahalanabis. "Epidemiología del cólera". *Cuadernos de Salud Pública* Principios y práctica de la lucha el cólera, n.º 40 (1970): 63.
- Real Academia Española, "Discurso", en *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed. Madrid: RAE, 2024, <https://dle.rae.es/discurso>.
- Real Orden de Carlos IV sobre la construcción de lazaretos y edificios de enfermos extramuros. *Boletín Oficial del Estado*, 1803.
- Regodón Vizcaíno, Juan. *Contribución al estudio de la medicina en las Islas Filipinas en la segunda mitad del siglo XIX*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Vicerrectorado de Extensión Universitaria, 2001.
- Shaw, Carlos M. "El Galeón de Manila y la economía filipina (1565-1815)." *Boletín Económico de ICE*, n.º 3074 (2016).
- Uriarte Llorente, Xavier. "Tipología y Temperamentos en la Historia Clínica". *Natura Medicatrix*, n.º 19 (invierno de 1989).
- Urteaga, Luis. "Miseria, miasmas y microbios: las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX." *Geocrítica: Cuadernos Críticos de Geografía Humana*, n.º 29 (1980): 1-50.

Notas

- 1 Real Academia Española, "Discurso", en *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed. (Madrid: RAE, 2024), <https://dle.rae.es/discurso>.
- 2 Peter L. Berger y Thomas Luckmann. *La construcción social de la realidad* (Buenos Aires: Amorrortu, 1968).
- 3 En la onceava acepción de la RAE: Razonamiento o exposición de cierta amplitud sobre algún tema, que se lee o pronuncia en público. *Op.cit.*
- 4 Carlos Luis Benoit, *Observaciones sobre el cólera-morbo espasmódico, ó Mordechi de las Indias Orientales, recogidas en las Islas Filipinas, y publicadas con su método curativo* (Madrid: Imprenta de D. L. Amarita, 1832),107.
- 5 Basado en la duda, análisis, síntesis y comprobación.
- 6 Thomas S. Kuhn, *La estructura de las revoluciones científicas* (México: Fondo de Cultura Económica, 1971).
- 7 René Descartes, *Tratado del hombre* (Madrid: Editorial Gredos, 1986). Kuhn, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas* (México: Fondo de Cultura Económica, 1971).
- 8 Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (México: Siglo XXI Editores, 1966).
- 9 José Lain Entralgo, *Filosofía de la medicina* (Madrid: Alianza Editorial, 1978), 322-323.
- 10 Patrice Bordelais, "Innovaciones y continuismo en las concepciones sobre el contagio en la primera mitad del siglo XIX". *Scripta Nova* 69, n.º 35 (1999).

- 11 Luis Urteaga, "Miseria, miasmas y microbios: las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX." *Geocrítica: Cuadernos Críticos de Geografía Humana*, n.º 29 (1980): 1-50.
- 12 María José Báguena Cervellera, "Algunos aspectos de la asimilación de la teoría del contagio animado en la España del siglo XIX". *Cronos* 2, n.º 2 (1999): 285-307
- 13 Descubre el bacilo del cólera antes que John Snow.
- 14 Antonie van Leeuwenhoek, "Letter to the Royal Society Concerning Animalcules." *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 9, n.º 100 (1677): 58–63.
- 15 Real Orden de Carlos IV sobre la construcción de lazaretos y edificios de enfermos extramuros (*Boletín Oficial del Estado*, 1803).
- 16 C. Cvjetanovic, "El cólera, problema sanitario internacional". *Cuadernos de Salud Pública Principios y práctica de la lucha el cólera*, n.º 40 (1970): 11.
- 17 Dependía de si el puerto de la ciudad de origen estaba contagiado o no.
- 18 Si bien en la cronología que vamos a trabajar no había vacunas, en España el doctor Jaime Ferrán creó la vacuna para el cólera y se aplicó en la tercera oleada de la epidemia de cólera en 1885. Por lo que, habiendo vacuna, también es característica de esta corriente.
- 19 Mariano Bonialian, "Comercio y atlantización del Pacífico mexicano y sudamericano: La crisis del lago indiano y del Galeón de Manila, 1750-1821," *América Latina en la Historia Económica* 24, n.º 1 (2017): 7-36.
- 20 Sven Beckert, *El imperio del algodón: Una historia global*. Traducido por Francisco J. Ramos Men (Barcelona: Crítica, 2014).
- 21 María Dolores Elizalde, "Filipinas en el marco del Imperio español en el siglo XIX," *Revista de Indias* 78, n.º 272 (2018): 15-42. <https://digital.csic.es/handle/10261/221594>
- 22 M. L. Díaz-Trechuelo, *La Real Compañía de Filipinas*. 1965.
- 23 Carlos M. Shaw, "El Galeón de Manila y la economía filipina (1565-1815)." *Boletín Económico de ICE*, n.º 3074 (2016).
- 24 No se ha encontrado referencia a dicho autor en ningún tratado.
- 25 Estado General de la Armada (año 1815), Cuerpo de Médico-cirujanos, pp. 126- 132.
- 26 Estado General de la Armada (año 1816). Cuerpo de Médico-cirujanos, pp. 252- 265.
- 27 Fernando González de las Casas, *Tratado sobre el cólera* (Manila: Imprenta Real, 1834).
- 28 Juan Regodón Vizcaíno, *Contribución al estudio de la medicina en las Islas Filipinas en la segunda mitad del siglo XIX* (Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Vicerrectorado de Extensión Universitaria, 2001), 165.
- 29 "Cruz de Distinción de Epidemias en Honor a Carlos Luis Benoit." *Boletín Oficial del Estado*, <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-8680>
- 30 En la lengua nativa.
- 31 El médico lo medía con el termómetro Reumur. p. 16.
- 32 Carlos Luis Benoit, *Observaciones sobre el cólera-morbo espasmódico...*, p.16.
- 33 Españoles nacidos en Filipinas.
- 34 Benoit, 16.
- 35 Enciclopédie Médico-chirurgicale Tomo: Glandes endocrines. Nutrition (París, 1924): 196.
- 36 Benoit, 55.
- 37 Benoit, 17.
- 38 Benoit, 18.
- 39 María Aguilera Fernández, "Vida cotidiana de los jesuitas en las misiones de filipinas" (Fundación Española de Historia Moderna, 2016).
- 40 Benoit, 18.
- 41 El temperamento es una constitución o hábito mental que depende especialmente de la constitución física o está relacionada con ella. Comenzó con Empédocles en el siglo V a.C. a partir de los cuatro elementos de los que se componía la naturaleza, pero fue Hipócrates quien lo consolidó convirtiéndose en la base de todos los discursos médicos *a posteriori*. Consistía en que el cuerpo humano se mantenía en equilibrio cuando los cuatro humores, es decir, esos cuatro elementos primigenios, se mantenían en un estado parejo, aunque siempre había uno dominante que marcaba el temperamento. A partir de ellos no solamente se describía patológicamente a la persona, sino que

- además iba implícita una descripción física. Uriarte Llorente, Xavier. “Tipología y Temperamentos en la Historia Clínica”, *Natura Medicatrix.*, n.º 19 (Invierno de 1989).
- 42 Benoit, 54.
- 43 Benoit, 55.
- 44 Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cólera.” Última modificación en marzo de 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cholera>.
- 45 W.H. Hosley, “Epidemiología del cólera”. *Cuadernos de Salud Pública* Principios y práctica de la lucha el cólera, n.º 40 (1970): 25.
- 46 Benoit, 56.
- 47 Hosley, “Epidemiología del cólera”: 25.
- 48 Benoit, 67.
- 49 C. C. J. Carpenter, “Epidemiología del cólera”. *Cuadernos de Salud Pública* Principios y práctica de la lucha el cólera, n.º 40 (1970): 53.
- 50 Bruno Estañol Vidal, *La invención del método anatomoclínico*. 2ª ed (México: UNAM, 1996).
- 51 Benoit, 62.
- 52 Benoit, 57.
- 53 Benoit, 58.
- 54 Benoit, 60.
- 55 N. F. Pierce, R. B. Sack y D. Mahalanabis, “Epidemiología del cólera”. *Cuadernos de Salud Pública* Principios y práctica de la lucha el cólera, n.º 40 (1970): 63.
- 56 Benoit, 81.
- 57 Benoit, 82.
- 58 Benoit, 86.
- 59 Linfático:
- Carácter: pasivo y calmoso.
 - Raza: negra.
 - Conducta: poca reacción a los estímulos externos y flemáticos.
 - Anatomía: son gruesos, de piel húmeda y fría.
- Nervioso:
- Carácter: sensible y emotivo.
 - Raza: mediterránea.
 - Conducta: exaltada y resistente a la muerte.
 - Órgano fuerte: encéfalo y sistema endocrino.
 - Anatomía: rostro triangular, ojos vivos, movimientos rápidos, piel pálida y fría. Tendencia a los fenómenos nerviosos simpáticos.
 - Órgano tendencia patológica: el sistema nervioso vegetativo.
- 60 *Op.Cit.*
- 61 Benoit, 23.
- 62 Benoit, 24.
- 63 Benoit, 62.
- 64 Benoit, 74.
- 65 Benoit, 89.

Información adicional

redalyc-journal-id: 6157

Enlace alternativo

<https://revistas.uft.cl/index.php/amox/article/view/554> (html)



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=615782901003>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

María López Barquero

**Carlos Luis Benoit y el cólera en Filipinas (1832): análisis
de un tratado médico desde la historia social del
conocimiento**

**Carlos Luis Benoit and cholera in the Philippines (1832):
analysis of a medical treatise from the social history of
knowledge**

Amoxtli

núm. 15, ., 2025

Universidad Finis Terrae, Chile

amoxtli@uft.cl

ISSN-E: 0719-997X

DOI: <https://doi.org/10.38123/amox15.554>



CC BY 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.