

Blityri

Studi di storia delle idee sui segni e le lingue

VII, 2
2018

Benveniste.

L'enunciazione, la soggettività, il tempo
e il confronto con altri autori

a cura di Giovanni Manetti e Irène Fenoglio

«Blityri» pubblica contributi scientifici che sono vagliati dal Comitato Scientifico, il quale si avvale anche del parere di esperti, mediante 'doppio cieco'.

la versione elettronica di «Blityri» è disponibile su piattaforma OJS all'indirizzo www.blityri.it da giugno 2017

periodico semestrale

iscritto al Reg. della stampa presso la Canc. del Trib. di Pisa n° 22/12 del 28/12/2012

direttore responsabile: Alessandra Borghini

abbonamento: Italia € 40,00; estero € 50,00; PDF € 30,00 (incl. iva e spedizione)

bonifico bancario intestato a Edizioni ETS

Intesa San Paolo

IBAN IT 21 U 03069 14010 100000001781

BIC BCITITMM

causale: abbonamento «Blityri» 2018

© Copyright 2019

EDIZIONI ETS

Palazzo Roncioni - Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISSN 2281-6682

ISBN 978-884675639-8

l'editore non garantisce la pubblicazione prima di sei mesi dalla consegna in forma definitiva di ogni contributo

Indice

Editoriale	7
------------	---

1. Saggi

Irène Fenoglio, <i>Benveniste et Freud. Quelques remarques</i>	15
Aya Ono, <i>Prépositions, verbes pronominaux et voix moyenne. Un nouveau point de vue sur la subjectivité langagière d'Émile Benveniste</i>	39
Cosimo Caputo, <i>Émile Benveniste vs Mario Lucidi: un dibattito sull'arbitrarietà del segno</i>	59
Giovanni Manetti, <i>Benveniste and the issue of linguistic temporality. Time of enunciation and its relationship to Bergson and Husserl's ideas of time</i>	79

2. Miscellanea

Patrizia Laspia, <i>La definizione di ἄρθρον nel XX capitolo della Poetica di Aristotele</i>	109
Wenceslao Castañares, <i>El pensamiento semiótico en la medicina medieval</i>	127
Alice Orrù, <i>Alle origini di una storia naturale dello sviluppo linguistico: la «Scienza nuova» di Paolo Marzolo</i>	157

3. Schedario/Recensioni

- Aa.Vv., *Linguistica e Filosofia del linguaggio. Studi in onore di Daniele Gambarara*
(Giammarco Bartolomei e Maria Silvia Marini) 183
- Nicole Bériou - Jean-Patrice Boudet - Irène Rosier-Catach
(a cura di), *Le pouvoir des mots au Moyen Âge*
(Claudia Appolloni) 195
- Claire Forel - Thomas Robert (dirigé par), *Saussure, une source d'inspiration intacte* (Giuseppe Cosenza) 203
- Emanuele Fadda, *Sentimento della lingua. Per un'antropologia linguistica saussuriana* (Matteo Servilio) 211

El pensamiento semiótico en la medicina medieval

Wenceslao Castañares*

Abstract: From the antiquity, medicine constitutes a laboratory of great importance for the elaboration of the semiotic terminology. In the *Corpus hippocraticum*, first, and in the works of Galen, later, we find some of the most important semiotic concepts used later, including the very name of semiotics. The semiotic thought of ancient medicine, that of Galen in particular, would pass to medieval European physicians thanks to the mediation of Arab. In this article we explain how this tradition is transmitted, how medieval physicians understand medicine, what place the semiotics occupies, how they define the signs and how they classify them.

Keywords: medieval semiotics; medieval medicine; sign; symptom; *semiosis trichrona*.

La semiótica, no sólo como práctica sino como saber teórico, tuvo en la medicina antigua un lugar de culto privilegiado. La inestimable reflexión semiótica que encontramos en el *Corpus hippocraticum* pervivió en Galeno. En su obra y en la de los médicos griegos contemporáneos e inmediatamente posteriores, se elaboran y perfeccionan una terminología y unos conceptos de los que la semiótica general se apropiaría con el tiempo, gracias a que circularon por vericuetos de los que, sin embargo, la historia no siempre ha sido capaz de hacer una cartografía suficientemente precisa. La medicina galénica se prolongará gracias a médicos alejandrinos y árabes, en la medicina medieval. Este tránsito es un verdadero proceso de traducción cultural que, como ocurre en otros momentos, supone una verdadera transformación de saberes y prácticas vitales para las sociedades en las que tiene lugar. No podemos dar aquí cumplida cuenta de las diversas vicisitudes de ese proceso.

* Universidad Complutense de Madrid.

Intentaremos sin embargo dar razón de la transición de la medicina antigua a la medicina medieval y, sobre todo, de cómo recibe y reelabora la medicina escolástica los conceptos fundamentales de la semiótica médica.

1. *La transición de la medicina antigua a la medicina medieval*

La medicina consiguió un estatus privilegiado en la consideración de los intelectuales medievales. En la universidad medieval sólo había cuatro «facultades»: la de Artes, la de Teología, la de la Derecho y la de Medicina. La universidad acogió, pues, una medicina que, a pesar de su finalidad eminentemente práctica, reconoce su saber teórico más como una ciencia que como un arte¹. Cómo llegó a conseguir este estatus está bien acreditado por la historia de la medicina, pero aquí no podremos hacer referencia más que a algunos de los momentos más decisivos de este proceso que, por otra parte, es inseparable de la difusión en Occidente de la ciencia y la filosofía griega de la Antigüedad tardía.

La constitución de la medicina como un saber superior en la universidad medieval está vinculada al éxito inusitado de un médico y filósofo griego que vivió entre los siglos II y III: Claudio Galeno. Si, como él mismo nos relata en el *De sectis* (*Sobre las escuelas de medicina*)², los médicos de su tiempo estaban alineados en varias escuelas (fundamentalmente tres: dogmáticos, empíricos y metódicos), poco después de su muerte esta fragmentación desaparece y todo el pensamiento médico, desde el siglo III hasta el siglo XVII, está dominado por el «galenismo». Las razones de este éxito inusitado no son fáciles de explicar (Strohmaier 1993: 170-174), pero sin duda no hubiera sido posible sin la hegemonía que

¹ Ya Isidoro de Sevilla, en un texto memorable (*Etim.* IV, 13), explica por qué la medicina no es considerada como un arte liberal. La explicación del obispo hispalense es que no se ocupa de causas particulares sino de todas. El médico debe conocer, por tanto, el *trivium* y el *quadrivium*. Esa perspectiva totalizadora es lo que hace de la medicina una *secunda philosophia*: la primera trata del alma; la segunda, del cuerpo. Se trata sin duda de una vieja idea (Schipperges, 1972: 204), aunque, como dice D. Jacquart (1993: 264), en la época en que Isidoro de Sevilla escribe, la medicina estaba lejos de serlo.

² Este tratado de Galeno se convirtió en obligada introducción para los aspirantes al dominio de la *techné iatriké*.

alcanzaron las ideas galénicas en el centro intelectual y científico de la Antigüedad tardía: Alejandría. Los médicos alejandrinos sistematizan y convierten la obra de Galeno en algo que, en sentido estricto, no era: un saber organizado y apto para servir de base en la enseñanza de la medicina. Alejandría es el centro de difusión de las ideas galénicas por el Imperio de Oriente hasta que la ciudad fuera tomada por los árabes (642 d.C.). El galenismo se extendería desde allí a Constantinopla y al resto de Oriente, gracias, sobre todo, a una serie de médicos nestorianistas que, huyendo de la persecución, llegaron a Persia (Gondishapur) y a Siria (Bagdad y Damasco)³. Las obras de Galeno serían traducidas primero al sirio y después al árabe. Con la expansión musulmana y la caída de Alejandría, la medicina galénica mantiene dos centros de difusión: Constantinopla – y lo que queda del imperio bizantino – y el mundo árabe. Con desigual fortuna: mientras la medicina greco-bizantina apenas se limita a conservar las obras galénicas y a repetir sus ideas, los árabes las recogen, sistematizan, reelaboran y aportan algunas novedades.

Hasta que las obras de Galeno pudieran traducirse directamente del griego, sus ideas llegaron a Occidente gracias a los médicos árabes y a las traducciones que estos hicieron de sus obras. Este proceso de difusión se llevó a cabo a través de dos vías de penetración privilegiadas: Salerno y Toledo. La ciudad italiana se había constituido en el centro médico receptor de una tradición antigua cuyos orígenes están envueltos en la leyenda. Ya en los siglos X y XI el grupo de médicos de Salerno es considerado como una verdadera comunidad (Schipperges 1972: 229). No obstante, el primer nombre de un miembro de la escuela data de la segunda mitad del siglo XI: Alfano († 1085). Sin embargo, la figura más sobresaliente sería la de Constantino el Africano († c. 1087), un médico procedente del Magreb que terminaría siendo monje en el cercano monasterio de Montecassino. El conocimiento de la lengua árabe le permitió traducir al latín una serie de obras de autores árabes de las cuales, dos fueron especialmente importantes por su repercusión:

³ Habría que añadir, para ser precisos, que las teorías médicas de Galeno se extendieron también desde Alejandría a Armenia y a Rávena. Como es sabido, Rávena fue un área de dominio bizantino que con el tiempo llevará a cabo la fusión de ideas latinas con las de greco-bizantinas y árabes (Strohmaier, 1993: 169).

el denominado *Pantegni*⁴, y la *Isagoge de Ioannitius*. El primero es una traducción del *Kitab al-Maliki* (conocido más tarde como *Regalis dispositio* o *Liber regalis*⁵) de Ali ibn al-Abbas al-Mağusi († 982-994), una obra que, influenciada por otro famoso médico, Rhazes, está fuertemente vinculada con la tradición griega. La *Isagoge de Ioannitius* ha sido atribuida a Hunayn ibn-Ishaq (809-873) y es en realidad una versión adaptada de su *Masa'il fi t-tibb* (*Cuestiones sobre medicina*)⁶. Perteneciente, como su nombre indica (*Introducción*) al género de los textos didácticos (Gracia-Vidal, 1974-75) fue incluido como primer texto de la *Articella*⁷, un *corpus* de textos didácticos que, aunque variable en su composición, se mantuvo bastante estable y fue considerado como el portador de la tradición de la escuela salernitana hasta el siglo XV (Schipperges, 1972: 232; Jacquart, 1986: 210).

El papel de Toledo fue en parte diferente. Salerno fue, además de un lugar de transmisión de la cultura médica, una comunidad de médicos cuya influencia en la posterior conformación de las enseñanzas universitarias fue decisiva. Toledo, en cambio, fue sobre todo un puente de intercambio para todo tipo de ideas filosóficas, científicas, literarias y religiosas. La Toledo árabe fue reconquistada por Alfonso VI de León en 1085. A partir de ese momento, convivieron allí con gran libertad cristianos, musulmanes y judíos que cooperaron para convertirlo en un depósito muy rico de manuscritos pertenecientes a las tres culturas. Toledo estaba llamada a ser un lugar de intercambio y de intermediación. Entre 1130 y 1140, Raimundo de Sauvetat, que llegaría a ser arzobispo de la ciudad, reunió un grupo de traductores entre los que sobresaldrían Domingo Gundisalvo o Gundissalinus (c. 1115- *post* 1190) y Gerardo de Cremona (c. 1160-1185), este último de importancia fundamental para la medicina. La Escuela de Toledo tradujo al

⁴ El nombre proviene por una especie de helenización de su significado. *Pantegni* quiere significar «todas (*pan*) las artes (*téchnai*)» médicas.

⁵ Este fue el título con el que en 1127 le tradujo al latín de forma más literal Esteban de Antioquía.

⁶ Hay otra redacción con el título de *Kitab al-Muddbalt fi t-tibb* (*Introducción a la medicina*) pero al parecer se trata de la misma obra (Jacquart, 1986: 211-212). Para una comparación de la obra original con la versión de Constantino véase el artículo de D. Jacquart que acabamos de citar.

⁷ Una breve descripción de su composición en Jacquart, 1993: 272.

latín numerosas obras de la filosofía y la ciencia árabe (Schipperges, 1972: 235-238). Por lo que se refiere a la medicina, en Toledo se traducen diversas obras del *Corpus Hippocraticum*, así como comentarios de Galeno a los *Pronósticos* y otros tratados, se vuelve a traducir la *Isagoge* de Hunayn ibn-Ishaq, los *Libri ad Almansorem* de Razhès, el *Canon medicinae* de Avicena – obra fundamental en la medicina occidental hasta el siglo XVII –, la *Materia medica* de Dioscórides o los *Composita* de al-Kindi.

Ni Salerno ni Toledo llegaron a ser sedes universitarias de primera hora, pero gracias a su papel mediador, las ideas galénicas llegaron a las facultades de medicina que se convirtieron en los centros médicos de Occidente a mediados del siglo XIII. Montpellier, Bolonia y París, fueron los centros más importantes. Después llegarían otros como Padua o Ferrara. Oxford y Cambridge, a pesar de su importancia en otras áreas, no tuvieron facultades de medicina importantes. Ya al final de la Edad Media se constituirían facultades en España (Salamanca) y Centro de Europa. Para entonces, la medicina había sido considerada como una ciencia, a lo que contribuyó su vinculación con la física aristotélica, algo que ya habían hecho en parte el mismo Galeno y el galenismo alejandrino y árabe. No resulta anecdótico que las facultades de medicina se constituyeran en el momento en que el aristotelismo y, en especial su filosofía natural, se instalan en las universidades occidentales. Inevitablemente, también los médicos se vieron envueltos en las luchas surgidas en torno a las ideas averroístas. Por lo demás, a la institucionalización de la enseñanza – aunque la organización variara de unos lugares a otros (Siraisi 1990:60) – contribuyó en gran medida la influencia salernitana que, con anterioridad, había establecido ya su propio plan de estudios sobre la base de la *Articella*⁸.

2. *Concepción y división de la medicina en la tradición alejandrina y árabe*

A pesar de la favorable perspectiva que ofrecía Isidoro de Sevilla, lo cierto es que, en la concepción de las ciencias que encontramos en la clasificación de Hugo de San Víctor (*Did.* II, 26) y

⁸ Lauer, 1972: 242-261; Siraisi, 1990: 48-77; Jacquart, 1993.

Robert Kilwarby (DOS 131-133) la medicina es considerada aún como un arte mecánica. Sin embargo, esta consideración empezaría a cambiar cuando las obras de los galenistas árabes empezaran a ser conocidas y a formar parte de la enseñanza de las facultades de medicina. Este mayor conocimiento coincidiría con el momento en que el conocimiento de las obras de Aristóteles permitía establecer los criterios para la definición de las ciencias. Desde esta perspectiva, la parte teórica de la medicina no ofrecía demasiadas dificultades para ser considerada como ciencia. Ya el mismo Galeno, en un tratado bien conocido por los médicos medievales, *De methodo medendi*, había dejado establecida la relación entre la salud y la enfermedad con la composición básica del cuerpo humano, que no es sino una mezcla de los cuatro elementos. En esta misma dirección, en el *Pantegni*⁹ se mantiene que el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad dependen del conocimiento de la *complexio*, es decir, de la combinación de elementos del órgano afectado. Pero, además, como el mismo Tomás de Aquino reconocerá (*De sensu et sensato*, 1 I, 1, n. 16), la medicina, no solo se ocupa de la experiencia práctica, como suponía la clasificación de Hugo de San Víctor y R. Kilwardby, sino que, como las otras ciencias, se pregunta por las causas de la salud y la enfermedad¹⁰. De ahí que, para su buena formación el médico debiera comenzar por el estudio de la ciencia natural (García Ballester, 2001: 59-61).

En cualquier caso, no deja de reconocerse que la medicina tiene una importante parte práctica. Cómo conciliarla con la parte teórica fue un motivo de discusión a lo largo de la Edad Media; pero lo

⁹ Teórica, I, cap. 6, f. 2v.

¹⁰ En su *Comentario al De trinitate de Boecio* (III, q. 5, a. 1) en un contexto en el que se reflexiona sobre la división de la ciencia, Aquino se detiene en considerar la naturaleza de la medicina. En su opinión, en cuanto está ordenada *ad operationem*, toda la medicina es práctica (*sub practica continetur*) (ad 4). Ahora bien, la distinción de las dos partes de la medicina, teórica y práctica, está justificada en función de la mayor o menor lejanía de lo que hay que hacer para curar la enfermedad. La parte teórica de la medicina, no se ocupa de la acción misma, sino que proporciona (*docet*) los principios que dirigen la acción. En cuanto a su relación con la física o filosofía natural, cabe considerarla desde dos puntos de vista. En cuanto que su objeto es el cuerpo sanable, no de forma natural, sino por medio del arte (*per artem*), no puede considerarse que forma parte de la física. Ahora bien, como las operaciones del arte se obtienen de cosas naturales, podría considerarse que es parte de la física (*medicina subalternatur physicae*), de la misma manera que lo son la alquimia o la agricultura (ad 5).

cierto es que los médicos salernitanos ya habían reflexionado sobre la cuestión y aportado una solución bastante salomónica. El mismo Constantino el Africano nada más comenzar el prólogo del *Pantegni*, alude a la clásica división de la filosofía que, como ya sabemos (Castañares, 2014: 135), procede de los estoicos y que establecía tres partes: lógica, ética y física (f. 1r)¹¹. En su parte teórica, la medicina había de ser considerada como una ciencia ya que, tanto por su objeto como por el modo de estudiarlo, forma parte de la física. Esta perspectiva no es, sin embargo, una aportación original de Constantino o de los médicos salernitanos, sino que había sido heredada de la medicina alejandrina. Es más, según Jacquart (1993: 266), es precisamente esta concepción de la medicina, recibida y reelaborada por los árabes, la verdadera herencia que la escuela alejandrina dejó al Occidente latino. Merece pues, la pena detenerse en ello para ver qué papel desempeñaba la semiótica en este marco teórico.

El desarrollo del galenismo alejandrino había dejado bien establecidas dos formas de dividir la medicina¹². Unos la entienden como divida en dos partes, mientras que otros la entienden compuesta de cinco. La primera división considera que la medicina se divide en teórica y práctica. La segunda, que la medicina tiene cinco partes que son: fisiología, etiología, semiótica, higiénica y terapéutica. Sin embargo, ambas divisiones pueden considerarse complementarias y, en la práctica, en numerosos escritos aparecen integradas tal como aparecen en la figura 1.

¹¹ En la reproducción electrónica de la obra citada, p. 463: <<http://diglib.hab.de/wdb.php?dir=drucke/ma-4f-35&image=00463>>

¹² Así lo atestiguan diversos testimonios que han llegado hasta nosotros (Temkin, 1977: 183-184), en especial el Códice Vindobonensis med. 35 (British Museum), pero también otros testimonios. Este es el caso de unos comentarios a los *Aforismos* de Hipócrates (cod. Vindobonensis med. 49), atribuidos a Teófilo Protospatario, un médico bizantino del siglo VII, (cf. Laín Entralgo - García Ballester, 1972: 23) recogidos por Dietz (1966, vol II, pp. 246-249). En estos comentarios las dos divisiones están integradas tal como lo vemos en nuestro esquema (fig. 1). Y también en otro comentario a la misma obra de Hipócrates (Cod. 97, del Archivo de Montecassino) recogido por De Renzi (1852-1857, vol. I, p. 87), este último en latín, en el que también se integran ambas divisiones. El texto latino dice así: *Theoretica partitur in tria physiologica, ethiologica et symiotica [sic]*; y más adelante (p. 88), al definir la semiótica dice lo siguiente: *Symiotica enim pars est theoreticae, in tres partes partitur, intelligere praesentia, praescire futura, rememorare praeterita* (La semiótica es parte de la [medicina] teórica, y se divide en tres partes: comprender las cosas presentes, predecir las futuras y recordar las pasadas).

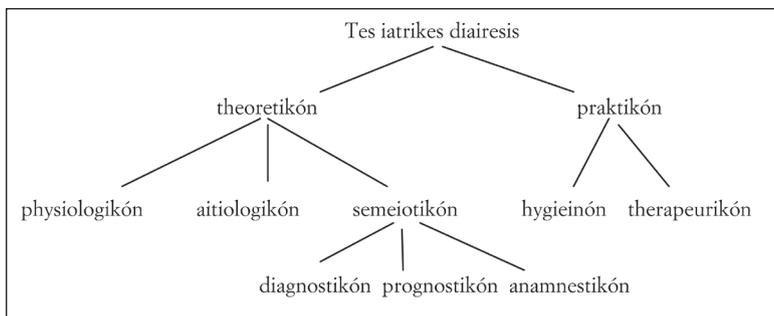


Figura 1. Partes de la medicina según los médicos alejandrinos.

En este contexto, la semiótica, concebida fundamentalmente como ciencia del diagnóstico y el pronóstico, como había ocurrido ya en los tiempos de Galeno, aparece como una de las partes fundamentales de la medicina teórica. Su subdivisión obedece a su finalidad y, al mismo tiempo, se fundamenta en los tres tipos de signos que habrá de considerar el médico para un buen diagnóstico y, en definitiva, para determinar si el enfermo sanará o no. Estos signos son los signos del pasado (rememorativos), del presente (diagnóstico) o del futuro (pronóstico); es decir, la *seméiosis tríchrona* plenamente establecida en la época galénica (Castañares, 2014: 202). Sin embargo, mientras la división en cinco partes se remonta más allá del siglo VI, la división de la medicina en dos partes, teórica y práctica, llegó a ser muy importante a partir de este periodo, como atestiguan numerosos textos griegos y latinos, algo que sin duda tiene mucha importancia para nosotros porque esa transformación afectará a la semiótica.

Sí, teniendo en cuenta estos datos, examinamos los textos árabes traducidos por Constantino el Africano, el resultado es bastante elocuente. De nuevo encontramos en todos ellos la división de la medicina en teoría y práctica¹³, pero la división de la parte teórica ha sido modificada al menos terminológicamente porque ahora las

¹³ La teórica y la práctica son definidas en los siguientes términos: Theorica est perfecta notitia rerum solo intellectu capiendarum, subiecta memoriae operandarum rerum. Practica est subiectam theoreticam monstrare in propatulo sesuum et in operatione manuum secundum praeceuntis theorice intellectum (*Pantegni* I, 1, f. 1v).

tres partes dependen del objeto estudiado: las cosas naturales, las cosas no naturales y las cosas extra naturales. Son cosas naturales todas aquellas que tienen que ver con el cuerpo humano: los cuatro elementos, las complexiones o combinaciones de estos, los humores, los órganos, las virtudes, las acciones y el espíritu. A ellas se añaden en ocasiones, la edad, los colores, las figuras del cuerpo y el sexo. Se corresponde por tanto con la fisiología. Las cosas no naturales son las causas de la salud y la enfermedad y son seis: el aire, el ejercicio (movimiento y reposo), la comida y la bebida, el sueño y la vigilia, el hambre y la repleción y las pasiones anímicas. Se trata, pues, de la etiología. Finalmente, las cosas extra o contranaturales son tres: la enfermedad, la causa de la enfermedad y las significaciones, y los accidentes de la enfermedad. La práctica, en cambio, se divide en dos partes: la prevención (higiene) y la curación de la enfermedad (terapéutica). En este esquema, la semiótica o bien ha perdido su nombre o bien, como en el *Pantegni* (VII, 1, f. 30v) se la designa con la fórmula más general de *significationum scientia*. En cualquier caso, la reflexión en torno a los signos aún mantiene su importante papel.

La estructura de los diversos tratados es siempre la misma: una parte amplia dedicada a la teoría y una más breve, a la práctica. La parte dedicada a la semiótica se ocupa de los síntomas de las diversas enfermedades. No siempre hay aclaraciones respecto a los síntomas o la clasificación de los signos, pero sí en otras ocasiones. Así, por ejemplo, en la *Isagoge de Ioannitius*, el libro tercero está dedicado a estas cuestiones. Los signos pertenecen a tres grandes categorías o géneros: signos de salud, de enfermedad y de neutralidad. Cada uno de estos géneros se divide, a su vez, en dos subclases: signos de lo que se refiere a los «miembros oficiales» (órganos) y signos de lo que se refiere a «miembros consimilares» (tejidos) (III, 1, 28). Estos últimos se subdividen en dos partes por sus modos de significación: substanciales y accidentales. Son substanciales, el calor, el frío, la sequedad y la humedad. Por su parte los accidentales se dividen en función de si corresponde al tacto (duro, blando), a la vista (color) o a la perfección de las virtudes (completas o perfectas) (III, 2, 28). Por lo que se refiere a los signos de los miembros oficiales se subdividen también en dos grandes especies: substanciales y accidentales. Los signos substanciales son cuatro: función, modalidad, número y posición. Los accidentales también

cuatro: bueno, malo, perfecto e imperfecto (III, 3, 29). Hay otro modo de clasificación de los signos que se refiere a su relación en el tiempo y que coincide con la división tradicional entre signos de un hecho pasado (*signa cognitiva vel agnitiva*), signos que permiten conocer la presencia de algo, y signos de futuro que permiten conocer algo antes de que ocurra (III, 4, 29). Por último, se ofrece una diferencia entre síntoma y signo que no es otra que la distinta mirada del que lo observa: lo que es un síntoma para el enfermo es un signo para el médico. El saber del médico consiste, entre otras cosas, en reconocer como signo lo que para otros no es sino un fenómeno no vinculado a otra cosa. Esa perspectiva será determinante para la concepción que los médicos medievales tienen de la semiótica médica.

También en la *Regalis dispositio* (VIII, 1, f. 53v) y el *Pantegni* (VII, 1, f. 30v) encontramos una estructura semejante, pero la reflexión sobre los signos en sí mismos considerados no es tan importante. No obstante, nos encontramos con una clasificación similar: signos de salud, de enfermedad y neutros; y signos de lo ocurrido, del presente y del futuro. Aunque en la *Regalis dispositio* nos encontramos con un comentario que será frecuente entre los médicos medievales: los signos del pasado no son necesarios para el médico. La estructura de estos tratados de introducción a la medicina se transmitirá a los de los médicos medievales ya asentados en las universidades.

3. La concepción de la medicina en la Baja Edad Media

Si bien, como decíamos en la introducción, la medicina logra pronto el estatus universitario y, en ese sentido, se iguala a la teología y el derecho, su implantación fue, comprensiblemente, más lenta que la de las otras facultades, y aunque dependerá de los diversos lugares, sólo se ve plenamente satisfecha en el tercer tercio del siglo XIII. En cualquier caso, la medicina tuvo que adaptarse a las necesidades pedagógicas y teóricas propias de la enseñanza superior. Los procedimientos pedagógicos de la medicina fueron similares a los de otras disciplinas: *lectio*, *quaestio* y *disputatio*. Y la formación, incluía, como en las otras especialidades, la obligación de pasar primero por la facultad de Artes. En consecuencia, se

trataba de una instrucción fundamentalmente teórica, aunque a los estudiantes también se les exigieran ejercicios prácticos. Desde el punto de vista teórico, la medicina se vio sometida a la necesidad de discutir su estatuto como ciencia, no simplemente como un arte. Esta cuestión, se convertiría en un inevitable objeto de debate.

Una serie de factores dan lugar a que la medicina universitaria, desde sus orígenes hasta finales del siglo XV, no constituya «un conjunto monolítico» (Jacquart, 1993: 294). Las corrientes que recorren este proceso, unas, desde luego, son innovadoras; otras estaban destinadas a su desintegración. En cualquier caso, en el periodo entre 1270 y 1320, que será en el que nosotros nos centraremos, va a tener lugar una intensa actividad intelectual en el que destacan figuras como las de Taddeo Alderotti (c. 1215-1295) (Bologna), Arnau de Villanova (c. 1238-1311) (Montpellier), Juan de Saint-Amand (c. 1262-1312) (París), Pedro d'Abano (c. 1250-1318) (París y Padua), Mondino de' Liuzzi (c. 1270-1326) (Bologna) o Pedro Torrigiano de Torrigiani (Pedro Turisano) (c. 1270-1350). Esta actividad intelectual estuvo marcada por una serie de factores como la concepción de la ciencia de Aristóteles, la recepción de sus «libros naturales», la recepción y asimilación de las obras médicas de Avicena (*Canon*) y Averroes (*Colliget*) y el conocimiento de nuevas obras de Galeno (el «nuevo Galeno»).

Aunque, como dijimos, la *Articella* constituyera la base fundamental de la enseñanza, la llegada de las nuevas obras de Galeno (García Ballester, 1982) supuso una verdadera revolución tanto para los alumnos, que se vieron desbordados por la cantidad de obras que habían de leer, como para los maestros en medicina, que se vieron obligados a replantearse algunas cuestiones teóricas importantes (McVaugh, 2000). Como solución al desconcierto estudiantil, Juan de Saint-Amand compendió su *Revocativum memorie* (1285), que constituía un resumen de las obras consideradas fundamentales y facilitaba su estudio. Pero no menos complicada fue la situación para los maestros en medicina: los nuevos libros de Galeno – unas 35 obras según García Ballester (1982: 98) –, planteaban varios problemas, entre los que hay que destacar dos especialmente importantes: en primer lugar, la discusión en torno a si la medicina debía ser considerada como arte o como ciencia y, en definitiva, a la relación entre teoría y práctica; y, en segundo, a la forma de conciliar dos *auctoritates* tan importantes como Aristóteles y

Galeno, claramente enfrentados en algunas cuestiones fundamentales¹⁴. Ante la imposibilidad de hacer una exposición detallada de cómo los médicos más sobresalientes abordaron esta problemática, nos centraremos fundamentalmente, aunque no únicamente, en qué solución aporta Arnau de Villanova¹⁵ en dos obras emblemáticas: el *De intentione medicorum*, un tratado escrito en la década de 1290, y el *Introductionum medicinalium speculum*, escrito en la época de madurez, en 1308. En el primero aborda el problema de las relaciones entre medicina y filosofía y también las discrepancias entre Aristóteles y Galeno.

El *Speculum* es una especie de enciclopedia que podía servir de introducción a los que comenzaban los estudios de medicina. En ese sentido tiene una estructura y una finalidad semejante a la *Isagoge de Ioannitius*, aunque se trate de una obra más extensa y su base doctrinal sea más amplia (Paniagua, 1994: 79). Su exposición comienza por tanto con la definición de la medicina y su división. Siguiendo a Avicena (*Canon I, I, I*), Arnau de Villanova define la medicina como «la ciencia que conoce las disposiciones del cuerpo humano en cuanto sanable, para conservar la salud que se encuentra en él o para restituirla una vez perdida, en cuanto sea posible» (col. 3A). En cuanto a su división, el autor catalán utilizaba el procedimiento heredado de los comentaristas árabes. La medicina posee una parte teórica y una parte práctica, subdividiéndose la primera en las tres partes ya conocidas según su objeto: cosas naturales, no naturales y contranaturales.

La cuestión de cómo haya de entender la medicina, si como arte o como ciencia, la aborda, Arnau de Villanova en la primera parte del *De intentione medicorum*. Aunque sin que pueda apreciarse ningún ánimo polémico, Villanova deja claro que la medicina tiene una doble finalidad que es la que ya hemos visto en el *Speculum*: conservativa (de la salud) y curativa (de la enfermedad). Este doble objetivo corresponde a la medicina llamada «operativa»

¹⁴ La actitud general fue, más que la de admitir las contradicciones, la de tratar de conciliarlas. Esta actitud contemporizadora la vemos eminentemente expresada en el *Conciliator* de Pedro d'Abano, pero también en otras obras que no tenían únicamente ese objetivo, como en el *De intentione medicorum* de Arnau de Villanova, cuya segunda parte está dedicada a este fin.

¹⁵ Para una explicación más global véase Jacquart, 1993; para una exposición de las actitudes y opiniones de los médicos de Bolonia, véase Siraisi, 1981.

o «práctica»¹⁶. La medicina tiene, como ya sabemos, una parte teórica o «cognitiva» que es anterior a la práctica, a la que, sin embargo «se ordena intencionalmente». La razón es clara: «el artista (*artifex*) no puede operar adecuadamente (*recte*) para alcanzar cierta forma o cierto efecto a no ser que conozca perfectamente dicha forma o la causa de dicho efecto». Ahora bien, como Galeno, Villanova insistirá en que «la única intención del médico es la práctica (*operatio*)» (102: 1) y, en consecuencia, todo aquel discurso que no tenga este fin no puede ser considerado médico. Años más tarde – quizás porque sólo entonces conocería las obras de Averroes – en sus *Aphorismi de gradibus*, escritos al final de la década de los noventa, Villanova atacaba directamente las teorías averroístas, expresadas tanto en el *Colliget* como, sobre todo, en sus comentarios al *Cantica* de Avicena, en el que Averroes mantiene que toda la medicina es una disciplina teórica (McVaugh, 2000: 23-28).

Esta clara orientación hacia la práctica no es compartida en todas partes o, al menos, no es entendida de la misma manera. Taddeo Alderotti (*Isagoge* f. 343r-v), que también reproduce la definición de medicina de Avicena, considera que incluso la parte práctica es una ciencia (*scientia operativa*), al tiempo que subraya sus relaciones con la filosofía natural. En un sentido muy semejante, Pedro d'Abano (*Conciliator*, dif. III-V, f. 5v-9r) se inclina a considerar que la medicina es tanto una ciencia como un arte (*ars excellentissima*) (Siraisi, 2001: 85). Lo mismo cabe decir de Pedro Torrigiano (Turisano). Sin embargo, uno de los discípulos de Alderotti, Bartolomé de Varignara († c. 1321) defiende una autonomía total de la medicina respecto de la ciencia natural, con el argumento de que la medicina se ocupa de las afecciones (*passiones*) del cuerpo humano, no bajo del punto de vista de lo verdadero, sino desde el punto de vista de la práctica (*non considerat illas propter verus sed propter opus*) (Siraisi, 1981: 127). Sin embargo – y esto es bastante significativo – defiende la necesidad de conocer la lógica y la ciencia natural de Aristóteles, porque las demostraciones obedecen al principio de causalidad¹⁷.

¹⁶ Citamos este tratado por la edición moderna de M.R. McVaugh, *Opera medica omnia*, vol. V.1, Barcelona, 2000, p. 101: 5.

¹⁷ Los médicos trataron de establecer una relación entre los procedimientos propios de la medicina, la composición y la resolución, con las demostraciones *propter quid* y *quia*.

Más allá de la discusión en torno a la caracterización de la medicina como ciencia y, en definitiva, a las relaciones entre teoría y práctica, lo cierto es que la medicina escolástica, en sus aspectos más teóricos, que afectan sobre todo a la naturaleza de la enfermedad, se acomoda a los procedimientos metodológicos característicos de la filosofía medieval. Hemos visto a Arnau de Villanova defendiendo con buenos y poderosos argumentos la orientación práctica de la medicina. Sabemos que además de ser un maestro regente en el *studium generale* de Montpellier, fue un reputado médico de reyes y papas. Es también autor de unos prácticos *Consilia*. Y, sin embargo, en sus escritos de medicina no deja de ser, como dice Laín Entralgo (1950: 85), «un redomado especulador». Y así se nos muestra en su obra doctrinal más importante, el *Speculum*. Su concepción de la enfermedad viene dada por la concepción que Aristóteles tiene de la ciencia, que es también en gran medida la que, como dijimos, tiene Galeno. Para los médicos medievales, como otros fenómenos naturales, la enfermedad tiene sus causas materiales (que coinciden básicamente con los «cosas naturales»), sus causas formales (cosas naturales secundarias), sus causas eficientes (cosas no naturales) y sus causas finales (las cosas contranaturales). Para comprender bien su naturaleza nada más apropiado que recurrir a las categorías metafísicas (los predicamentos). Así, se preguntarán si la enfermedad es una realidad sustancial o, por el contrario, si se trata de un accidente, y, en el caso de que así sea, si se trata de cantidad, cualidad, relación, etc. De la misma manera, a la hora de definir y clasificar las enfermedades recurrirán a las categorías lógicas. Los predicables lógicos de género, especie, diferencia, lo propio y lo accidental, tienen sus correspondientes «predicables patológicos»: *genera morbum*, *species morbosa*, *differentiae specificae*, *signum* y *accidens*¹⁸. Los tres primeros constitu-

En su *Comentario al Ars parva* (f. 3va) dice Taddeo Alderotti que la resolución (doctrina resolutive) es aquella perspectiva que contempla un efecto por sí mismo, se desconoce la causa y se vuelve después hacia la causa. En cambio, la composición va de las causas (primeros principios) a los efectos. La resolución va de lo compuesto a lo simple; la composición, de lo simple a lo compuesto. Para una explicación más amplia de cómo lo entendieron los médicos del círculo de Alderotti, véase Siraisi, 1979: 128 ss.

¹⁸ Para una explicación más amplia de esta correspondencia entre las categorías metafísicas y lógicas con las utilizadas por la medicina escolástica véase Laín Entralgo, 1950: 76-96; Gracia-Peset, 1972: 330-343.

yen el objeto de la nosología o conocimiento teórico de las enfermedades, una ciencia racional, incluso lógica, que no depende de la experiencia sino de determinados principios racionales. Al fin y al cabo, la enfermedad (*morbus*), no deja de ser un concepto universal¹⁹ que el médico debe conocer previamente para poder hacer un buen diagnóstico: si la experiencia (el *experimentum*) proporciona al médico datos que son singularidades (esta temperatura, este color, etc.), la razón le proporciona los universales que permiten comprenderlos. Los dos últimos predicables, en cambio, se basan en la experiencia; son, por tanto, prácticos y experimentales. Las nociones de signos y accidentes son, pues, fundamentales en esta fase. Distinguir lo que es un mero accidente (un síntoma de la enfermedad) de lo que es signo, será una cuestión de enorme importancia, porque el signo se corresponde con lo propio, tal como fue concebido por Aristóteles: lo afirmado de una especie y, por tanto, como algo esencial. Lo accidental, en cambio, es atribuible a la especie y a los individuos indistintamente, porque no es algo esencial²⁰. Lo propio (el signo en sentido estricto) no es la esencia, pero se deriva de ella. El accidente, en cambio, no está relacionado con la «esencia» de la enfermedad, y por tanto, no es tomado por el médico como un signo de ella. En definitiva, la distinción entre lo propio y el accidente viene a corresponderse con la distinción que ya veíamos en la *Isagoge de Ioannitius* – aunque, en realidad, se remonta a Galeno – entre signo (*semeion*) y síntoma (*symptoma* o *symbebekós*). Es el médico el que ha de determinar si tal síntoma es un signo de esta o aquella enfermedad.

El carácter marcadamente teórico de la enseñanza explica la aparición de un género particular de la literatura médica: los *consilia* (*consejos*), colecciones de pequeñas cédulas, concebidas para circular y ser usadas con facilidad, que contenían los resultados de la experiencia diagnóstica de médicos avezados que podían utili-

¹⁹ Para el médico, como para el escolástico en general, *non est scientia nisi de universalibus*, es decir, la ciencia es conocimiento de lo general, no de algo particular o singular. De ahí la distinción entre *morbus*, que es la enfermedad en términos generales, y *aegritudo*, que es la dolencia concreta. Por lo demás, la polémica sobre los universales no dejaba de afectar a los médicos y a su concepción de la enfermedad (Gracia-Peset, 1972: 341).

²⁰ Así, por ejemplo, la risa es algo propio del hombre; pero que un mirlo sea negro, no deja de ser algo accidental.

zarse en la medicina práctica. Algunas de ellas son estrictamente terapéuticas, mientras que en otras predomina la intención diagnóstica (Laín Entralgo, 1950: 68). Fueron famosos los *consilia* de Taddeo Alderotti, Arnau de Villanova, los de otros médicos pertenecientes al círculo de Alderotti como Gentile de Foligno († 1348) o Mondino de'Luzzi, pero también de otros más tardíos como los de Bartolomeo Montagnana (c. 1380-1460), que son reconocidos como paradigmas de este género literario de la medicina medieval (Laín Entralgo, 1950: 69). Los *Consilia* de Montagnana son una buena muestra de cómo se describía la enfermedad del paciente mediante *causas et signa*, así como de todas las cuestiones etiológicas, fisiopatológicas, patogenéticas y terapéuticas relacionadas con ella. En cuanto están compuestos de historias clínicas, los *consilia* constituyen una expresión de cómo entienden y, sobre todo, cómo practican la semiótica los médicos medievales²¹. En ese sentido, como todo relato clínico, los *consilia* pueden ser considerados, al menos en parte, como el análisis semiótico que lleva a cabo el médico medieval en su intento de diagnosticar y curar, cuando es posible, una enfermedad. En definitiva, como ha dicho Laín Entralgo (1950: 96), el *consilium* es «la fórmula con la que el patólogo resuelve descriptivamente la ineludible tensión dialéctica entre su ciencia y su experiencia concreta; o, como diría un médico del siglo XIV, entre los *univesalia* y los *particularia*». Pero si tenemos en cuenta que algunas de esas colecciones de «consejos» diagnósticos o terapéuticos fueron realizadas por médicos que ejercieron de maestros, es decir, el de teóricos de la medicina, no cabe duda de que son el resultado de una reflexión que, en algunos casos, también podemos encontrar en las obras teóricas que escribieron. Y eso es lo que intentaremos mostrar en los próximos apartados: no tanto analizar esos *exempla* desde un punto de vista semiótico – lo que sin duda sería enormemente ilustrativo –, como poner de manifiesto cómo el médico medieval reflexiona sobre el fenómeno semiótico que su conocimiento experto implica.

²¹ Véase a este respecto el análisis que Laín Entralgo (1950: 96-104) hace de los *Consilia* de Montagnana, en el que se pone de manifiesto el análisis semiótico que el médico hace de las enfermedades de sus pacientes.

4. *La semiótica en la medicina escolástica*

Como hemos dicho en apartados anteriores, el término «semiótica», como nombre que designa una parte específica de la medicina desaparece del vocabulario de la medicina escolástica. Eso no significa que desaparezca ni como saber teórico, ni como práctica que exige un conocimiento experto o, como diría un médico medieval, «artístico». Como sus predecesores árabes, los médicos medievales siguen distinguiendo una parte teórica y otra parte práctica de la medicina y, dentro de la primera, las tres partes correspondientes a las cosas naturales, no naturales y contranaturales. Pero si el nombre desaparece, como decíamos, la semiótica en cuanto tal, es decir, en cuanto parte fundamental del diagnóstico y del pronóstico, no puede desaparecer ni desde el punto de vista teórico ni desde el punto de vista práctico. En los escritos médicos encontraremos, pues, obras específicamente diagnósticas o apartados específicos de obras generales dedicados a describir los signos de las enfermedades que son tratados de semiótica médica. En este sentido resulta significativa la clasificación de los escritos de Arnau de Villanova que lleva a cabo el editor de su *Opera omnia* publicada en Basilea en 1585. Esta clasificación se atiene a la división de la medicina que habíamos visto en la escuela alejandrina, por lo que tiene como fundamento la distinción entre una parte teórica y una parte práctica. La parte teórica está dividida a su vez en las tres partes ya clásicas: fisiología, etiología y semiótica (*semeioticen*). Las diversas obras son asignadas a las diversas partes y dentro de la semiótica se incluye un tratado titulado *Expositiones visionum que fiunt in somnis*, una obra que, como su título indica, se ocupa especialmente de la interpretación de los signos. La clasificación es, probablemente discutible; de la misma manera que no debemos perder de vista que se trata de una publicación realizada casi dos siglos después de la muerte de Arnau de Villanova. Ahora bien, el procedimiento taxonómico utilizado pone de manifiesto que el uso del término «semiótica», a pesar de las vicisitudes del tránsito de la medicina antigua a la medieval, no se perdió totalmente.

4.1. *La doble faz, teórica y práctica, de la semiótica médica*

Pero más allá de toda consideración formal, el médico medieval

es muy consciente de que la parte teórica de la medicina incluye esas tres partes fundamentales en que la dividen los médicos alejandrinos y que la última de ellas es un saber acerca de los signos. No puede resultar extraño que, sobre todo en las obras que tienen como objetivo una exposición general de las diferentes partes de la medicina, nos encontremos con una reflexión en torno a los signos que pone de manifiesto la conciencia que los médicos medievales tienen sobre su saber. Y, en este sentido, el *Speculum* de Arnau de Villanova resulta especialmente elocuente.

Como ya dijimos, el *Speculum* es una obra introductoria, en ciertos sentidos, semejante a la *Isagoge de Ioannitius*. Trata, pues, de dar una visión sintética del saber médico en su conjunto. Fue escrita por su autor en un momento de gran madurez (1308), por lo que es la expresión refinada de la competencia de un médico escolástico que tuvo un notable éxito como académico y también como profesional de la disciplina a cuyos servicios recurren los papas y los reyes. Arnau de Villanova conocía el árabe y el hebreo, aunque no el griego. Podía acceder, por tanto, de forma directa a la producción de los médicos judíos y musulmanes, aunque no a las obras de los griegos. Sin embargo, las traducciones de las obras de Galeno que se hicieron en su tiempo le permitieron ser el introductor en Montpellier del «nuevo Galeno» y en definitiva de las ideas que renovaron el mundo de la medicina académica tanto en sus aspectos teóricos como en el docente (García Ballester, 1982). En definitiva, las reflexiones semióticas de este tratado pueden considerarse una expresión privilegiada de la concepción que de ella tenían los médicos medievales, tanto más cuanto que en las obras de otros médicos encontraremos ideas muy semejantes.

Arnau de Villanova dedica los últimos capítulos de la parte teórica del *Speculum* a las cuestiones semióticas. Después de haber abordado en el capítulo 91 la cuestión de los «accidentes» – que de alguna manera sirve de introducción – dedica los tres capítulos siguientes a los signos, para finalmente concluir con el capítulo sobre los «días críticos» que es como una extensión de los anteriores. Especialmente relevante es el primero de los capítulos estrictamente semióticos, el 92 (col. 214-222), en el que más allá de ocuparse de la naturaleza y clasificación de los signos de la salud y la enfermedad, hace una elocuente reflexión sobre la naturaleza misma de la semiótica médica.

El capítulo comienza haciendo una profunda reflexión que le lleva a establecer una distinción semiótica básica: la que hay entre las cosas y los signos. Ver una cosa como cosa o ver una cosa como signo, depende de quien mira y, en definitiva, de la construcción de una perspectiva que viene dada tanto por la experiencia de las cosas mismas como por el conocimiento previo del lugar desde el que se construye la situación experimental. Así, nos dice Arnau de Villanova, una vez que las tres cosas (naturales, no naturales y contranaturales) que constituyen el objeto de la medicina han sido estudiadas por sí mismas (*secudum id quod sunt in se*), es necesario que sean estudiadas en cuanto son signos para el médico²². El médico no puede adquirir información sobre aquellas cosas que estudia, a no ser que las considere *sub ratione signorum*. Por lo demás, puede estudiar los signos desde dos puntos de vista: desde el punto de vista de la enseñanza y el aprendizaje de la medicina, y desde el punto de vista de la práctica (*ratio operantis*). Podríamos decir que se trata de dos formas de entenderlo: teórica y práctica. Nos encontramos, por tanto, que el tratamiento del signo está determinado por la forma en que han de ser entendidas la teoría y la práctica en la medicina. Arnau lo explica de la siguiente manera. La primera se ocupa de los signos *secundum esse* y puede considerarse que va en primer lugar porque primero es necesario saber para poder dirigir la acción; aunque desde el punto de vista de las intenciones del médico, es decir de la actuación, el orden sea el contrario: la segunda es la primera. Según el primer punto de vista, en primer lugar, se consideran las causas de la enfermedad, cuyo conocimiento se obtiene *per doctrinam et disciplinam*. Pero cuando el médico actúa, es decir, cuando se encuentra ante el enfermo, es necesario que primero considere los signos para conocer después la especie de la enfermedad²³. Esta operación es contraria a la anterior porque parte de los singulares que puede observar en un cuerpo concreto para tratar después de determinar la especie de enfermedad que sufre el enfermo y que

²² Arnau de Villanova no se detiene a explicitar donde reside la diferencia; hay que inferirla de la explicación posterior. En su *Conciliator* (dif. LXXXVIII, f. 118r B) Pedro d'Abano nos dirá de forma más explícita que el signo es «correlativo».

²³ Villanova hace una interesante descripción de la actuación del médico cuando ya se encuentra junto a la cama de enfermo (*cum iam Medicus vocatur ad corpus sanabile*) y observa los signos de la enfermedad para hacer el correspondiente diagnóstico de la enfermedad que lo aqueja (col. 214 E-F).

debe ser conocida previamente. El signo es, por tanto, para el médico, algo que puede ser observado por los sentidos. «Como las [cosas] particulares – dice Arnau de Villanova – sólo pueden ser conocidas mediante los sentidos, por tanto, en cuanto se ofrecen a los sentidos, son signos de aquellas cosas que captamos por medio del entendimiento, es decir, de las causas» (col. 214).

Arnau de Villanova nos describe en este pasaje de forma bastante clara cómo el médico medieval entiende la acción semiótica que lleva a cabo. Más allá de cómo se explique la relación entre la parte teórica y la parte práctica de la medicina, lo que finalmente hace el médico cuando está ante el enfermo es observar determinados fenómenos que desde el punto de vista del médico – y, por tanto, no necesariamente desde el punto de vista del enfermo o de otro observador – son signos. Dicho en otros términos, el médico construye una situación en la que un fenómeno sensible es el punto de partida de una inferencia en el que ese fenómeno observable se pone en relación con otro fenómeno que no es observable para los sentidos, pero que es conocido o comprendido por el entendimiento. Esta operación inferencial implica, en primer lugar, el reconocimiento de algo, no como cosa (cualidad accidental), sino como signo y, por tanto, como vinculado (*correlativum*) con otra cosa. Pero, en segundo lugar, ese signo ha de ser categorizado, es decir, reconocido como síntoma o manifestación de una determinada enfermedad. Ambas operaciones requieren un conocimiento previo que no puede ser sino teórico. Esta doble operación es categorizadora; es decir, implica, en primer lugar, subsumir el fenómeno (accidente) bajo la categoría de signo, y, en segundo, reconocer el signo concreto como el ejemplar de una categoría de signos que definen una enfermedad. Estas dos operaciones condicionan de forma decisiva tanto su concepción del signo, como la forma en que el médico lleva a cabo su análisis semiótico²⁴.

En el pasaje en que Arnau explica el comportamiento del médico ante el enfermo, incluye una cuasi-definición de signo que aparece de forma explícita en otros médicos y que no difiere mucho de la definición agustiniana generalizada por la escolástica.

²⁴ En este sentido puede apreciarse una cierta similitud entre la concepción semiótica de los médicos y la de teólogos como Roger Bacon (Castañares, 2018, cap. 5, ap. 3.4.1), uno de los más originales semióticos medievales.

Esta definición la recoge de un modo más formal Pedro d'Abano en su *Conciliator* (f. 118rA): *Signum est sensibile, quod sensui se offerens intellectui aliquid relinquit* (el signo es algo sensible que, presentándose a los sentidos, deja algo en el entendimiento). Y lo mismo dice Torrigiano en *Plusquam commentum* (27vF) repitiendo una fórmula que parece haberse generalizado. No caben extensiones mentalistas como la ockamista: *omne signum est sensibile*, dirá en otro lugar (127vE); y lo mismo afirma Taddeo Alderotti (*Com. Isagoge*, f. 396 ra) citando a Galeno. Y es que para el médico no puede ser de otra manera. El mismo Alderotti nos describe de forma muy sintética el modo en que el médico lleva a cabo la operación inferencial que el signo exige al médico: de las múltiples sensaciones surge la memoria, de ella nace la experiencia (*ex qua elicitur experimentum*) y de esta, finalmente, el universal, que es principio del arte y de la ciencia²⁵. De ahí que distinga entre «accidente», «signo» y «significación». Para establecer la diferencia entre los dos primeros, Alderotti cita la *Isagoge de Ioannitius*: lo que para el enfermo es accidente, para el médico es signo. Los signos, como los accidentes, son concretos; la significación es abstracta, porque supone una acción de la razón sobre los datos de la experiencia que constituyen los signos concretos (*sensum videtur dicere deductum ad modum actus rationis se habentem*) (f. 118rB-C). El médico es muy consciente de que, aunque la relación entre el signo y su significado pudiera ser considerada natural – pues está basada en relaciones de causalidad –, es el saber del médico el que hace de esa relación una relación semiótica.

Esta concepción semiótica de los síntomas de la enfermedad se ve reflejada en las descripciones que encontramos en los *consilia*. Como ha puesto de manifiesto Laín Entralgo en su análisis de las historias clínicas de Montagnana, el síntoma es observado desde la especie morbosa de la que es signo y, desde este conocimiento teórico, se le atribuye una causa que es común a toda la especie. Es la teoría la que organiza la experiencia. En consecuencia, no encontraremos en los *consilia* ninguna indicación que, como las referencias temporales sobre la evolución sintomática, podrían contribuir a singularizar

²⁵ El texto latino dice así: *Ex sensationibus nanque multis consurgit memoria ex qua elicitur experimentum; et ex eo tandem universale, quod est principium artis et scientiae* (*Conciliator* f. 118rB).

la enfermedad que se trata de curar; por el contrario, la descripción patológica está trufada de consideraciones fisiológicas y etiológicas. «La descripción de lo universal y abstracto borra la metódica individualidad de lo particular y sentido», dice Laín (1950: 101). A la postre, a pesar de los esfuerzos como el de Arnau para revalorizar la experiencia, el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento queda determinado por el conocimiento previo que el médico tiene de las enfermedades y de los signos. Esta forma de enfrentarse a los síntomas de la enfermedad queda lastrada también por el poco interés que muestra el médico medieval por los procedimientos. El médico medieval no parece haber heredado de Hipócrates y Galeno aquella preocupación por la certeza de las inferencias que ha de llevar a cabo. Sabe que la relación semiótica entre los síntomas y sus significados es una relación causal (Villanova *Speculum*, col. 215A) y, como buen escolástico, que la inferencia del efecto a la causa es conjetural (Torrignano, *Plusq. com.*, f. 27r), pero lo fía todo a la teoría aprendida sobre la naturaleza de las enfermedades y sus causas.

4.2. La clasificación de los signos

Los médicos medievales son muy conscientes de que hay formas muy diversas de clasificar los signos (Villanova, *Speculum*, col. 215A; D'Abano, *Conciliator* f. 118rD). No obstante, los criterios de clasificación adoptados por ellos están en consonancia con los criterios escolásticos, aunque integrando criterios heredados de la tradición médica antigua. De ahí que casi todos los médicos que hemos venido citando utilicen los mismos. Arnau de Villanova en su *Speculum* (col. 215ss) nos ofrece una clasificación bastante completa. Y también lo hace Taddeo Alderotti²⁶. Creemos, sin embargo, que es Pedro d'Abano quien, en su *Conciliator* (78m f. 118 r-v), nos la presenta de forma más estructurada (fig. 2). Según esta clasificación los signos pueden ser considerados desde tres puntos de vista: Considerados en sí mismos (*ratione ipsius essentiae*), en función de su significado (*ratione significati*) y según su modo de significar (*ratione modi significandi*)²⁷.

²⁶ In Galeni *Micratechne [Ars parva] commentarium*, f. 19rb-22va. En adelante lo citamos como *Commentarium*.

²⁷ Como hace notar Marmo (1998-1999: 29), la estructura de esta clasificación coin-

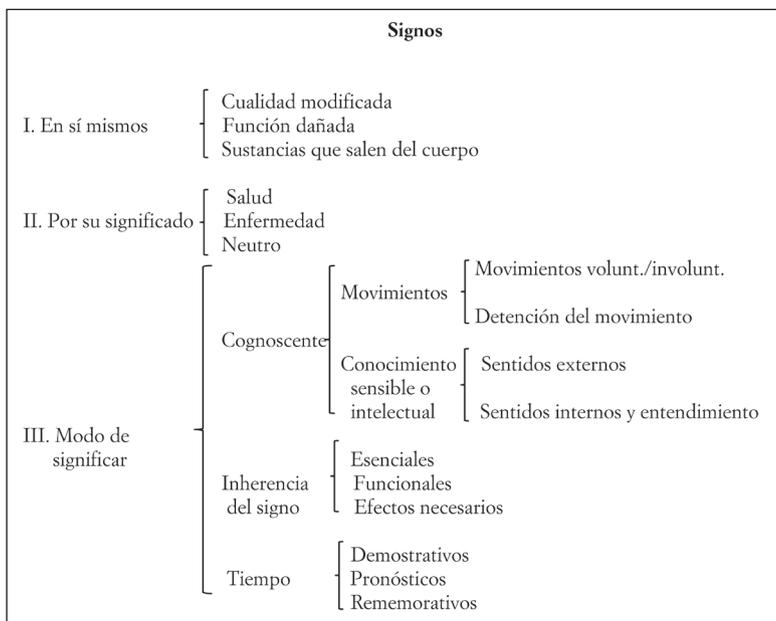


Figura 2. Clasificación de los signos según Pedro d'Abano.

I. Los *signos considerados en sí mismos* pueden ser de tres clases: a) Una cualidad modificada, como el color de la piel en el caso de la ictericia, b) Una función dañada, que puede ser (i) total (*actio laeditur*), (ii) parcial o leve (lo que propiamente es una modificación) y (iii) media (*mediocriter*); y c) Cualquier cosa que salga del cuerpo (orina, sangre, sudor, etc.). Arnau de Villanova utiliza un criterio semejante – la materialidad del signo – pero el resultado es distinto porque según este criterio los signos coincidirán con las tres cosas que son objeto de la medicina: cosas naturales, no naturales y contranaturales. Villanova añade que como todas las cosas están ordenadas a algo, unos signos pueden ser causa y otros,

cide esencialmente con la forma en que la escolástica medieval concibe la relación semiótica. La clasificación de Arnau de Villanova, en sus rasgos más generales, coincide bastante con la de Pedro d'Abano. Villanova no hace referencia a la clasificación según los modos de significar, aunque sí a la clasificación trichrona que consideraremos bajo este último criterio.

efecto (col. 215A). Así, por ejemplo, la lluvia puede ser signo de una inundación (causa) o de la condensación de las nubes (efecto). Pone en relación esta clasificación con los signos de salud, enfermedad o neutralidad que Abano considera dentro del siguiente apartado.

II. Desde el punto de vista de *lo significado*, los signos pueden ser signos a) De salud, b) De enfermedad y c) Neutros. Todos los médicos coinciden en hacer referencia a esta clasificación por razones evidentes. D'Abano los subdivide cada una de estas clases en otras tres, distinguiendo según sea signos (i) para siempre (*per semper*), (ii) muchas veces (*permultum*) y (iii) en un momento determinado (*nunc*) (f. 118vE). Al poner en relación los signos con las tres cosas de la que se ocupa la medicina, Villanova especifica que ningún signo de salud puede ser contranatural. Lógicamente, los signos de cosas contranaturales son signos de enfermedad y los de cosa natural, de salud. De la misma manera, ningún signo de cosas neutras puede ser signo de salud o enfermedad (col. 215 b-C).

III. Finalmente, desde el punto de vista del *modo de significar*, los signos pueden de ser de tres clases: a) Signo *desde el punto de vista del que conoce* (*refertur ad cognoscente*). En relación con este criterio D'Abano establece otro criterio cuya pertinencia no explica, por lo que aparece bastante confuso: las facultades de los seres que tienen alma (*virtutem animalem*). Este criterio permite distinguir entre (i) signos relacionados con el movimiento, y (ii) signos relacionados con las capacidades del conocimiento sensible o intelectual. Según el primero de esos criterios el médico puede observar (1) los movimientos voluntarios o involuntarios del cuerpo (por ejemplo, la tos) y también, (2) la detención del movimiento. Los signos según la facultad de conocimiento pueden clasificarse según el órgano que conoce, sean (1) los sentidos o (2) las facultades superiores: imaginación, fantasía, cogitativa y memoria. b) Según el modo de *inherencia del signo al significado*. Siguiendo una distinción de Galeno en el *Ars medica* (cap. 4, I, 314 K), los médicos medievales suelen distinguir entre el diagnóstico obtenido a través de cualidades propias de la naturaleza o esencia del cuerpo, de sus actividades y de efectos, que son una consecuencia necesaria

de estos (Marmo, 1998-99: 32). De ahí que D'Abano distinga ahora estos tres tipos de signos: (i) signos que son propiedades inherentes a la esencia, (ii) signos de operaciones y (iii) signos de efectos necesarios. Esta distinción va acompañada de un comentario muy breve y poco explícito sobre la certeza de la inferencia que estos signos permiten hacer y que van desde la necesidad a la contingencia o verdad aparente, que depende de los casos (118vF). c) Finalmente alude a D'Abano al tipo de signos *según el tiempo*. Es esta, como hemos dicho, una clasificación heredada de la antigüedad pero que fue siempre objeto de polémica. Se trata de la distinción entre (i) signos demostrativos (presente), (ii) signos pronósticos (futuro) y (iii) signos rememorativos (pasado). Aunque ya en la antigüedad nos encontramos con la crítica que Sexto Empírico hace de los signos demostrativos²⁸, las cautelas de los medievales – y también de algunos árabes – se dirigen a los signos rememorativos. El punto de partida de la discusión es la aceptación del principio aristotélico de que la causa y el efecto deben coincidir en tiempo y naturaleza. Como todo signo es para el médico una causa o un efecto, es necesario aplicar este principio. Así, pues, dado que el signo es algo que es captado por los sentidos, su significado ha de estar presente, condición que no cumplen los signos rememorativos y los pronósticos. Los médicos tratan de encontrar razones para justificar, sobre todo, los signos diagnósticos. En general suelen coincidir en que los signos rememorativos son menos útiles. Arnau de Villanova mantiene que los signos pronósticos, aunque no sean «principales» – función que sólo cumplen los demostrativos – son necesarios para el médico, en parte por sí mismos y en parte por razón del arte (*Spec.*, col. 216). En cambio, los rememorativos no son tan necesarios porque «por sí mismos no hacen nada que permita dirigir la práctica (*opus*), sino sólo a través de los demostrativos y pronósticos. La finalidad de lo que hace el médico no se encuentra en el pasado ni tampoco su recuerdo permite regular lo que ha de hacer en el presente o en el futuro». Puede sin embargo aprovechar a los fines del arte, por ejemplo, revelando de algo oculto. Pedro Torrigiano, después de haber hecho un análisis del principio de simultaneidad en el tiempo y la semejanza de naturaleza de causa y efecto, llega a la conclusión de

²⁸ Manetti, 1987: 149-150; Castañares, 2014: 124-125, 155.

que hay dos formas de significar: una principal (*principaliter* o *sub re praesente*) y otra secundaria (*super re praeterita* o *super re futura*) (27r D). Sólo el signo demostrativo puede considerarse perfecto. Taddeo Alderotti (*Comment.*, f. 19vb - 20r) introduce en este contexto una distinción que también encontramos en otros médicos²⁹, entre un significado mediato y otro inmediato. Por ejemplo, tener mucha hambre (*oresis intensa*), que es un signo pronóstico, puede tener un significado inmediato – un desarreglo (*distemperantia*) del estómago – o mediato, una enfermedad que tendrá en el futuro. Esta distinción permite introducir una original solución. No hay signo que no tenga un significado presente e inmediato. Los signos demostrativos tienen, evidentemente, un significado inmediato. Los pronósticos y rememorativos tienen también, como el demostrativo, un signo inmediato; ahora bien, el signo no se refiere explícitamente a él, sino que se refiere a un fin, es decir, a un significado mediato (*Comm*, fl. 20ra)³⁰. Mondino³¹ aprovecha un ejemplo clásico de rememoración o anámnesis que aclara lo que dice Alderotti. Una cicatriz suele interpretarse como signo rememorativo de una herida (significado mediado de Alderotti), pero lo cierto es que también tiene un significado inmediato: la curación de la herida que, como decía Alderotti, es el resultado final de un proceso. De esta manera se salva la aparente contradicción de la exigencia de presencia del signo y su significado en el caso de los signos más problemáticos que son los rememorativos. De todos modos, los médicos medievales no terminaron de considerar un signo que hubiera de tenerse mucho en cuenta. De hecho, puede observarse cómo en los *consilia* son muy escasos los antecedentes patológicos obtenidos por rememoración o anámnesis (Laín Entralgo, 1950: 103).

²⁹ D'Abano, *Conciliator* 118 rB.

³⁰ Alderotti dice literalmente: Sed pronosticum et rememorativum habens praesens significatum immediatum, et ab illo non fit denominatio, sed fit a fine, scilicet, a significato mediato.

³¹ *Recollectiones super librum tegni Galleni* f. 148vB (cit. por Marmo, 1998-1999: 33).

Bibliografía

Fuentes

Alī Ibn-al-‘Abbās al-Mağūsī

1492, *Regalis dispositio Liber regalis dispositio nominatus ex Arabico*, trad. Latina de Esteban de Pisa (o de Antioquía), Venecia.

Arnau de Villanova

1585, *Opera Omnia*, ed. Conrado Walkirch, Basilea, Permea.

2000, *Tractatus de intentione medicorum*, ed. M.R. McVaug, en *Opera medica omnia*, Barcelona, Fundación Noguera.

Avicena (Ibn Sina)

1595, *Canone della medicina*, Venecia, Apud Iuntas.

Constantino el Africano

1974-19, *Isagoge de Ioannitius ad Tegni Galeni*, trad. del tratado de Hunayn ibn-Ishaq, ed. de D. Gracia y J.L. Vidal, *Asclepio*, XXVI-XXVII.

1515, *Pantegn.*, trad. del tratado del Ali Abbas, en *Opera Omnia Isaac*, Lyon.

Galeno de Pérgamo

1821-1833, *Ars medica*, en *Opera omnia*, ed. C.G. Kühn, vol. I, Leibzig, Cnoblochii.

Hugo de San Víctor

2011, *Didascalicon de studio legendi (El afán por el estudio)*, Madrid, BAC/ UNED.

Isidoro de Sevilla

1841-1842, *Etymologiarum libri viginti*, ed. J.P. Migne, *Patrologia Latina*, París [en la actualidad Tournhout, Brepols], vol. 82, pp. 560-636.

Pedro d'Abano

1565, *Conciliator differentiarum philosophorum et praecipue medicorum*, Venecia, Apud Iuntas.

Pedro Torrigiano de Torrigiani (Turisano)

1558, *Plusquam commentum in parvam Galeni Arte*, Venecia, Apud Iuntas.

Roberto Kilwarby

1976, *De ortu scientiarum*, ed. de A.G. Judy, Londres-Toronto, The British Academy - The Pontifical Institute of Medieval Studies.

Teófilo Protospatario

1966, *Scholia in Hippocratem*, en *Apollonii Citiensis [etc.]*, Amsterdam, Hakkert.

Taddeo Alderotti

1522, *In Micratechnem Galeni commentaria*, Nápoles.

1527, *Expositiones in arduum aphorismorum Ipocratis volumen*, In *divinum pronosticorum Ipocratis librum*, In *preclarus regiminis acutorum Ipocratis opus*, In *subtilissimum Joannitii Isagogarum libellum*, Venecia.

Tomás de Aquino

1985, *De sensu et sensato*, Roma-Paris, Commissio Leonina - J. Vrin, vol. 45, 2.

1992, *Super libros Boethii De Trinitate*, Roma-Paris, Commissio Leonina - Éditions du Cerf, vol. 50.

Bibliografía secundaria

Castañares, W.

2014, *Historia del pensamiento semiótico 1. La antigüedad greco-latina*, Madrid, Trotta.

2018, *Historia del pensamiento semiótico 2. La Edad media*, Madrid, Trotta (en prensa).

Dietz, F.R.

1966, *Apollonii Citiensis, Stephani, Palladii, Theophili, Meletii, Damascii, Ioannis, aliorum: Scholia in Hippocratem et Galenum e codicibus mss Vindobonens, Monacens, Florentin, Mediolanens, Escorialens, etc. primum graece*, Amsterdam, Hakkert.

García Ballester, L.

1982, «Arnau de Villanova (c. 1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier (1309): El Hipócrates latino y la introducción del nuevo galeno», en *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 2, pp. 97-158.

2001, *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Barcelona, Península.

2002, *Galen and Galenism. Theory and Medical Practice from Antiquity to the European Renaissance*, ed. J. Arrizabalaga et. al., Aldershot-Burlington, Ashgate.

Gracia, D. - Peset, J.L.

1972, «La medicina en la Baja Edad Media latina (siglos XIV y XV)», en P. Laín Entralgo (ed.), *Historia universal de la medicina*, Barcelona, Salvat, vol. I, pp. 338-351.

Gracia, D. - Vidal, J.A.

1974-1975, «Introducción al *Isagoge de Ioannitius*», in *Asclepio*, XXVI-XXVII.

Grmek, M. (a cura de)

1993, *Storia del pensiero medico occidentale. 1. Antichità e Medioevo*, Roma, Laterza.

Jacquart, D.

1986, «A l'aube de la renaissance médicale des XIe-XIIe siècles: l'«*Isagoge Johannitii*» et son traducteur», en *Bibliothèque de l'école des Chartes*, 144, 2, pp. 209-240.

1993, «La scolastica medica», en M. Grmek (a cura de), *Storia del pensiero medico occidentale. 1. Antichità e Medioevo*, Roma, Laterza, pp. 261-322.

- 1998, *La médecine médiévale dans le cadre parisienne. XIV^e-XV^e siècle*, Paris, Fayard.
- Laín Entralgo, P.
1950, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, CSIC; Edición facsímil, Madrid, Triacastela, 1998.
- Laín Entralgo, P. (ed.)
1972, *Historia universal de la medicina*, 7 vol., Barcelona, Salvat.
- Laín Entralgo, P. - García Ballester, L.
1972, «Medicina bizantina», en P. Laín Entralgo (ed.), *Historia universal de la medicina*, Barcelona, Salvat, vol. I, pp. 10-39.
- Lauer, H.H.
1972, «La medicina en la Edad Media latina desde el año 1200 al 1300», en P. Laín Entralgo (ed.), *Historia universal de la medicina*, Barcelona, Salvat, vol. I, pp. 242-261.
- Manetti, G.
1978, *Le teorie del segno nell' antichità classica*, Milano, Bompiani.
- Marmo, C.
1998-1999, «Definition and classification of signs in XIIIth and XIVth century medicine», en *RS/SI Recherches Sémiotiques/ Semiotic Inquiries*, 18/19, pp. 25-37.
- McVaugh, M.R.
2000, «Estudi introductorii», en Arnau de Villanova, *Tractatus de intentione medicorum*, ed. M.R. McVaug, en *Opera medica omnia*, Barcelona, Fundación Noguera.
- Paniagua, J.A.
1994, *Studia Arnaldiana: trabajos en torno a la obra médica de Arnau de Vilanova, c. 1240-131*, Barcelona, Fundación Uriach.
- Renzi, S. de.
1852-1857, *Collectio Salernitana*, 5 vol., Nápoles, Ed. moderna, Nápoles, M. D'Auria, 2001.
- Schipperges, H.
1972, «La medicina en la Edad Media latina», en P. Laín Entralgo (ed.), *Historia universal de la medicina*, Barcelona, Salvat, vol. I, pp. 181-241.
- Siraisí, N.G.
1981, *Taddeo Alderotti and his pupils. Two generation of Italian medical learning*, Prineston (N.J.), Prineston Universtiy Press.
1990, *Medieval and early Renaissance Medicine. An introduction to Knowledge and practice*, Chicago, Chicago University Press.
2001, *Medicine and the Italian universities, 1250-1600*, Leiden, Brill.

Strohmaier, G.

1993, «La ricezione e la tradizione: la medicina nel mondo bizantino e arabo», en M. Grmek (a cura de), *Storia del pensiero medico occidentale. 1. Antichità e Medioevo*, Roma, Laterza, pp. 167-215.

Temkin, O.

1977, *The double face of Janus and other essays in the History of Medicine*, Baltimore-Londres, The Johns Hopkins University Press.

Edizioni ETS

Palazzo Roncioni - Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa

info@edizioniets.com - www.edizioniets.com

Finito di stampare nel mese di settembre 2019