

“Igual que en su casa”: la construcción del paciente hospitalario en las clínicas quirúrgicas de la Barcelona de 1900

Alfons Zarzoso (*)

(*) orcid.org/0000-0003-1263-0571. Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Barcelona/Terrassa. azarzoso@museudelamedicina.cat

Dynamis
[0211-9536] 2022; 42 (1): 95-123
<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v42i1.26891>

Fecha de recepción: 23 de agosto de 2021
Fecha de aceptación: 31 de octubre de 2021

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Medicalización de la sociedad urbana catalana. 3.— Dispensarios y clínicas quirúrgicas en la Barcelona de 1880. 4.—Los argumentos de un nuevo espacio asistencial: la clínica de Fargas. 4.1.—Los espacios de la clínica. 4.2.—Reglamentar las relaciones personales. 4.3.—El consultorio como piedra angular de la medicalización. 4.4.—El registro de la práctica médica. 5.—A modo de conclusión: las clínicas quirúrgicas en Barcelona, 1900-1936.

RESUMEN: El objeto de este trabajo es señalar el papel que las clínicas quirúrgicas creadas en Barcelona en las últimas dos décadas del siglo XIX tuvieron en la configuración del paciente hospitalario como parte de un proceso general de medicalización de la sociedad contemporánea. La clínica del ginecólogo Miquel A. Fargas (1858-1916) se toma como referencia de análisis para entender las razones de una nueva estrategia médica y empresarial que concede centralidad al paciente en un nuevo escenario médico bajo el control del profesional. El escenario de la clínica quirúrgica se constituye como un hospital doméstico y propicia un cambio mental en la relación del paciente con las nuevas prácticas médicas, lejos del imaginario colectivo del viejo hospital general de beneficencia. Este proceso tiene lugar en nombre de la eficacia y la eficiencia de la empresa quirúrgica que, al mismo tiempo, delimita la especialización médica y menoscaba la agencia del paciente, que gana en bienestar físico y emocional, pero pierde identidad. El modelo asistencial que se describe prospera y se multiplica durante el primer tercio del siglo XX en un contexto socioeconómico competitivo y en crecimiento. Se apunta así la contribución decisiva de la clínica, que deviene el espacio asistencial hegemónico a mediados del siglo XX, en el proceso de medicalización de la mayor parte de la sociedad catalana.

PALABRAS CLAVE: Clínicas privadas, cirugía, medicalización, hospital doméstico, especialidad médica.

KEYWORDS: Private surgery clinics, surgery, medicalization, domestic hospital, medical specialties.

1. Introducción

En 1892, Miquel A. Fargas, cirujano, empresario y propietario de una de las primeras clínicas quirúrgicas de la ciudad de Barcelona —entonces también llamadas *casas de curación*—, expresaba la voluntad de configurar una nueva cultura médica:

En una palabra, el modo de hacer que una enferma se encuentre, en una clínica, exactamente igual que en su casa, con todas las ventajas que para su estado de enfermedad puede reportar una casa de curación¹.

Este artículo pretende mostrar cómo, a finales del siglo XIX y en ese espacio de ciencia urbano, se fraguó la conciencia profesional de participar y fomentar un proceso de medicalización de la población mediante la normalización del *paciente hospitalario*². Se propone aquí considerar el papel decisivo que las clínicas quirúrgicas tuvieron, como parte de un dispositivo asistencial desarrollado y consolidado a lo largo del período contemporáneo, en la medicalización de la sociedad barcelonesa³. Conviene matizar algunos conceptos básicos en nuestro análisis. No hablamos del paciente acogido en un hospital de beneficencia, sino del paciente considerado como objeto de estudio observacional y sometido a una terapéutica eficaz. También destacamos el carácter privado, sin intervención de la administración pública, de la iniciativa medicalizadora. Y, por último, consideramos su alcance al

-
1. Miguel A. Fargas, "Origen e historia de la clínica. Descripción de la misma. Salas de operaciones y material," *Anuario de la Clínica del Dr. Fargas I* (1892): 5-58. Cita en p. 16.
 2. Sobre la génesis de este concepto, véase: Colin Jones, "The construction of the hospital patient in Early Modern France," in *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, eds. Norbert Finzsch, Robert Jütte (Cambridge: Cambridge University Press, 1996) 75-96.
 3. Tomamos aquí la noción diacrónica de medicalización para referir un proceso y no una situación. Un proceso que permite estudiar contextos históricos diferentes, con sus características culturales, y que afectan a todos los ámbitos de la sociedad. Sobre esta noción y uso aplicado al estudio de la Cataluña contemporánea, véase: Josep Barceló-Prats, Josep M. Comelles, *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980)* (Manresa: PAHCS-COMB, 2020) 21. Sobre la medicalización, como concepto y no como proceso, véase: Joan Busfield, "The concept of medicalisation reassessed," *Sociology of Health and Illness* XXXIX, no. 5 (2017): 759-774. Sobre las diferentes etapas de este proceso en el espacio urbano europeo: Enrique Perdiguero-Gil, M. Dolores Ruiz-Berdún, "Medicalización ¿Un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud," in *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, eds. Alfons Zarzoso, Jon Arrizabalaga (Sant Feliu de Guíxols: SEHM, 2017) 247-252.

conjunto de la población: no limitado a la burguesía, sino ampliado a las clases populares urbanas. Así, este artículo postula que la clínica quirúrgica contribuyó a consolidar la medicalización desde la década de 1880, un proceso que ya se había iniciado con anterioridad, gracias al desarrollo de la nueva cirugía y que se apoyó en el modelo asistencial de inversiones privadas desarrollado para la enfermedad mental desde mediados de siglo en Barcelona y sus alrededores⁴.

El artículo toma como eje explicativo el caso de la Clínica Fargas durante su primera década de existencia y para ello se utiliza como fuente principal el *Anuario de la Clínica del Dr. Fargas* y, de manera secundaria, las historias clínicas de dicho establecimiento. El Anuario fue una publicación creada y dirigida por Fargas, con una vida limitada a cuatro números aparecidos entre 1892 y 1898, sin una periodicidad regular. Fargas concibió la publicación como herramienta de comunicación de la clínica y, además de publicar noticias de casos clínicos y procedimientos quirúrgicos, el medio incluyó artículos de reflexión y descripción de las prácticas médicas y asistenciales en la clínica, presentación de instrumentos y técnicas quirúrgicas, y una completa y razonada estadística de los casos clínicos. Con el fin de sostener el propositivo comunicativo, la publicación no escatimó en el recurso frecuente a fotografías y planos como mecanismo para facilitar la persuasión de su público objetivo: los médicos, en general, en formación y en proceso de especialización⁵. Las historias clínicas, conservadas en el Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, sirven aquí como fuente para completar el estudio de las prácticas clínicas emprendidas en el establecimiento de Fargas a finales del siglo XIX.

Parece conveniente situar la irrupción de las clínicas quirúrgicas en la Barcelona de los años 1880 en el contexto de los procesos de delimitación de la especialización en la profesión médica y de medicalización de la socie-

4. Esta investigación se inscribe en el marco interpretativo desarrollado en los últimos años por Barceló-Prats y Comelles.

5. La revista se digitalizó en el marco del proyecto del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, "premsamedica.cat" y se puede consultar en la web www.premsamedica.cat. Con el fin de delimitar el instrumento y el ámbito de investigación, véanse: Enrique Perdiguero, José Pardo-Tomás, Àlvar Martínez-Vidal, "Physicians as a public for the popularisation of medicine in interwar Catalonia: the Monografies Mèdiques series," in *Popularizing science and technology in the European periphery, 1800-2000*, eds. Faidra Papanelopoulou, Agustí Nieto-Galan, Enrique Perdiguero (Farnham: Ashgate, 2009) 195-216; Alfons Zarzoso, Sara Fajula, *Premsa Mèdica Catalana* (Barcelona: COMB, 2009); Josep M. Calbet Camarasa, *Premsa sanitària a Catalunya, 1763-1939* (Manresa: PAHCS-COMB, 2013).

dad urbana catalana contemporánea. A finales del siglo XIX, las clínicas quirúrgicas jugaron un papel decisivo, como veremos, en el proceso de la especialización en medicina, dada la visión localista del cuerpo humano defendida por la cirugía⁶. El proceso de medicalización arrancó a finales del siglo XVIII, ligado al desarrollo de las formas de producción de un incipiente capitalismo. Junto al hospital general de la ciudad de Barcelona, entendido como pieza central del dispositivo asistencial del Antiguo Régimen, dos fenómenos comenzaron a tomar relevancia. Por una parte, la extensión de los representantes de la medicina universitaria por toda Cataluña, gracias a la fórmula de las *conductas de común* y, por otra, el auge de un mutualismo entre las clases populares urbanas, donde la asistencia médica domiciliaria tenía un papel esencial junto a la previsión ante la muerte. En ambas situaciones, que crecieron de manera exponencial en la ciudad a lo largo del siglo XIX, aquella porción de la población evitaba de manera explícita el hospital y normalizaba la medicalización del espacio doméstico⁷.

La compleja implantación de las estructuras administrativas del Estado liberal en la España de la primera mitad del siglo XIX contribuyó al lento progreso de este proceso de medicalización. La legislación en materia asistencial se forjó sobre el concepto del *enfermo pobre*, que definía a las personas susceptibles de recibir la ayuda del Estado a través de los servicios de beneficencia. En Cataluña, este modelo fue respondido con fórmulas de privatización de los recursos asistenciales municipales, en el marco de un proceso que profundizó en la connotación social peyorativa de las instituciones benéficas⁸. La administración sanitaria, a partir de la Ley General de Sanidad de 1855, se estructuró en un modelo jerarquizado y centralista, desde el Ministerio de Gobernación hasta el municipio, con una división en partidos médicos y trasladando la responsabilidad en la gestión de la salud pública, si bien sin incorporar una dotación económica, a los ayuntamientos⁹. La reforma de la enseñanza universitaria consolidó un modelo de ejercicio profesional que permitía al médico trabajar libremente, sin necesidad de adscribirse

6. George Weisz, *Divide and conquer: a comparative history of medical specialization* (Oxford: Oxford University Press, 2005) 197-199.

7. Genís Barnosell, *Orígens del sindicalisme català* (Vic: Eumo, 1999); Alfons Zarzoso, *L'exercici de la medicina a la Catalunya de la Il·lustració* (Manresa: PAHCS-COMB, 2006).

8. Barceló-Prats, Comelles, *L'evolució del dispositiu hospitalari*, 33-45.

9. Carles Grabuleda, "Los límites de la acción social en la España del siglo XIX. Asistencia y salud pública en los orígenes del Estado liberal," *Hispania* LX, no 205 (2000): 597-622.

a ninguna corporación profesional¹⁰. Las guías de la ciudad de Barcelona dejan ver, desde mediados del siglo XIX, el crecimiento urbano del número de médicos, médicos-cirujanos, farmacéuticos, dentistas y comadronas, así como el desarrollo de un extraordinario mercado médico privado. La oferta médica superaba con creces las posibilidades laborales ofrecidas por la red asistencial pública y respondía a su vez a una demanda también creciente¹¹. De hecho, desde el último tercio del siglo XIX, el subsidio por enfermedad ofrecido por algunas sociedades de socorros mutuos formaba parte de un mercado competitivo disputado y compartido con las cooperativas de consumo, las compañías de seguros y otras sociedades de previsión¹².

Como veremos, dada su originalidad y extensión social, cabe situar el fenómeno de las clínicas quirúrgicas en un proceso que se alargó y consolidó durante el primer tercio del siglo XX, en la prehistoria de la *cultura folk hospitalocéntrica*¹³. Las connotaciones sociales del lenguaje y sus condicionantes históricos son aquí evidentes. A finales del siglo XIX, hospital es sinónimo de antesala de la muerte o de lugar para el que no tiene recursos¹⁴. En contraste, es significativo el uso alternativo de los términos casa de curación o clínica hacia el 1900. Por ello, proponemos considerar el desarrollo de la casa de curación o clínica quirúrgica como una etapa previa en la constitución y proyección del hospital entendido como la institución médica sobre la cual se jerarquizaron el resto de los dispositivos asistenciales desde mediados

-
10. Joaquim M. Puigvert, "Els professionals de la sanitat a la Catalunya de mitjan segle XIX," *Quaderns d'Història VI* (2002): 173-188.
 11. Alfons Zarzoso, "Las guías médicas y la transformación de la práctica médica en la Barcelona contemporánea," in *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*, eds. M. Isabel Porras, Bertha M. Gutiérrez, Mariano Avarzagüena, Jaime de las Heras (Ciudad Real: SEHM, 2011) 299-305.
 12. Pere Solà, "El mutualismo y su función social: sinopsis histórica," *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa XLIV* (2003) 175-198; Ramon Arnabat, Montserrat Duch, eds. *Historia de la sociabilidad contemporánea: del asociacionismo a las redes sociales* (Valencia: PUJ, 2014); Montserrat Duch, "El mutualismo en Cataluña. La incipiente construcción desde debajo de la ciudadanía social (1890-1936)," *Historia Contemporánea LXI* (2019): 797-833; Pilar León, "Contribución de las mutuas de previsión social al sistema hospitalario español: el caso de la Alianza," *Dynamis 41* (2021): 135-161.
 13. Josep M. Comelles, Elisa Alegre, Josep Barceló-Prats, "Del hospital de pobres a la cultura hospitalocéntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán," *Kamchatka. Revista de anàlisis cultural X* (2017): 57-85; Josep Barceló-Prats, Deborah Bekele, "Historical roots of hospitalcentrism in Catalonia, 1917-1980," *Journal of Evolutionary Studies in Business 6* (2021): 156-181.
 14. Teresa Huguet, "Una reflexió historiogràfica sobre l'hospital com a espai de medicalització," *Gimbernat 42* (2004): 41-44.

del siglo XX hasta el presente. Cabe aquí recordar que, en tiempos de la dictadura franquista, los nuevos establecimientos hospitalarios obviaron el nombre hospital por el de residencia sanitaria. Por entonces, en Cataluña, el término *clínica* estaba integrado en el lenguaje y el conocimiento populares y el hecho de *ir a la clínica* formaba parte de la idiosincrasia de una sociedad con una importante afiliación mutualista¹⁵.

2. Dispensarios y clínicas quirúrgicas en la Barcelona de 1880

A pesar de las críticas y de los proyectos de cambio y reforma, el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona permanecía como el eje central del dispositivo asistencial de la ciudad. Y la inmediata proximidad de la Facultad de Medicina jugaba un papel importante en dicha situación. Ciertamente, el techo asistencial del hospital había sido denunciado desde los años 1830¹⁶. Y, desde el último tercio del siglo XIX, niños, madres y enfermos mentales fueron saliendo del hospital a medida que se crearon nuevos establecimientos, públicos o privados, de beneficencia o de pago¹⁷. Este fue, sin embargo, un proceso lento, sometido a prórrogas constantes causadas por la falta de financiación. De hecho, los proyectos para construir un nuevo hospital y una nueva facultad de medicina arrancan del último cuarto del siglo XIX, si bien no entraron en funcionamiento hasta la primera década del siglo XX¹⁸. El objetivo entonces es salir del barrio del *Raval* y ubicar los nuevos estable-

-
15. Habrá que esperar a las reformas administrativas de la Transición para la recuperación del nombre hospital. Margarita Vilar, Jerònia Pons, eds. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)* (Madrid: Marcial Pons, 2018).
 16. Josep M. Comelles Francesc Valls, Josep Barceló-Prats, "La bogeria a Barcelona (1592-1854): de la tutela dels orats a la seva medicalització," in *Barcelona Hospitalària*, eds. Alfons Zarzoso, Josep Barceló-Prats (Barcelona: MUHBA-Pòsits, 2023, en prensa).
 17. Los manicomios privados creados alrededor de Barcelona en las décadas de 1850 y 1870 fueron destinados a clientela pudiente y sirvieron como argumento para explicar un proceso de privatización precoz con un papel relevante en la construcción de un imaginario medicalizado anterior al de las clínicas quirúrgicas. Manuel Pérez Nespereira, *La privatització de la follia: l'assistència psiquiàtrica a Catalunya al segle XIX* (Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2003); Josep M. Comelles, *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad* (Lleida: Milenio, 2006) 63-65.
 18. Josep Arqués, *Cinc estudis històrics sobre la Universitat de Barcelona (1875-1895)* (Barcelona: Columna, 1985); Àlvar Martínez-Vidal, "L'empenta fundacional (1872-1898): l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques," "L'Informatiu-Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears," 13 (2001): 25-28.

cimientos médicos en el ensanche barcelonés, que por entonces se estaba urbanizando¹⁹.

Al comenzar la década de 1880, dos nuevos dispositivos asistenciales tienen lugar en el entorno del hospital general, caracterizados ambos por estar basados en una organización del trabajo mediatizada por el concurso de nuevas tecnologías que permitieron transformar las prácticas médicas. Hablamos del dispensario y de la clínica quirúrgica. En cuanto al primero, los hermanos Josep Antoni y Lluís Barraquer Roviralta impulsaron los dispensarios de oftalmología (1879) y de neurología y electroterapia (1882), redefiniendo la organización del trabajo asistencial, dibujando nuevos límites en las especialidades médicas referidas y contribuyendo a fijar una fórmula asistencial ambulatoria destinada a la población habitual del hospital de beneficencia. El dispensario se convirtió en un lugar de ciencia, un consultorio público, un espacio que racionalizaba el uso de las nuevas tecnologías del diagnóstico —en oftalmología, cabe citar el banco de óptica fisiológica o los instrumentos de estudio de la refracción y de la agudeza visual, y en neurología, los instrumentos de exploración y registro basados en la electricidad— y de la intervención quirúrgica a partir del trabajo en equipo y de la formación en unos procedimientos específicos y protocolizados. En efecto, todo estaba previsto en aquella manera de comprender el concurso complementario de las salas de diagnóstico y cura del dispensario junto a la sala de operaciones para conseguir la máxima eficiencia. Dado el volumen de población asistida y la sujeción de los pacientes a los procedimientos asistenciales mencionados, el conocimiento y las prácticas asistenciales y formativas desarrolladas permitieron delimitar la especialización médica en oftalmología y en neurología²⁰. Así, no parece desacertado señalar el papel relevante del dispensario en el proceso de medicalización de la sociedad barcelonesa, que se materializaría en los años siguientes en la creación de clínicas y consultorios destinados a una población que pudiese costearse aquellos gastos²¹.

19. José Luis Oyón, "Transporte caro y crecimiento urbano. El tráfico tranviario en Barcelona, 1872-1914," *Ciudad y Territorio*, 94 (1992): 107-123.

20. Marta G. Fàbregas Camps, "Història de la Neurologia a Catalunya. De l'any 1882 a l'any 1949" (Phd. Diss. Universitat Autònoma de Barcelona, 1992); Francisco Fernández-Victorio, *El dispensario oftalmológico del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona* (Barcelona: Moderna de Guinart y Pujolar, 1905).

21. Rafael Menacho, Josep M. Nadal, *Les quatre pedres angulars de l'oftalmologia contemporània barcelonina* (Barcelona: Fundació Vives Casajuana, 1976).

El otro dispositivo asistencial que también arranca en el corazón de la ciudad antigua es el de las clínicas quirúrgicas²². Las primeras se instalaron en las calles cercanas al hospital general y a la facultad de medicina. En 1884, Miquel A. Fargas, un joven cirujano, arregló una clínica con una sala de operaciones ginecológicas y urológicas y unas pocas camas en el primer piso del número 133 de la calle Hospital. Tenemos constancia del establecimiento de las clínicas de los oftalmólogos Manuel Menacho —en 1885, en la calle del Carmen— y Josep A. Barraquer²³ —en la Ronda San Pedro— y también del otorrinolaringólogo Ricard Botey en 1891, en la calle del Carmen. Hacia el fin del siglo, estas clínicas se desplazaron a otras ubicaciones situadas en el ensanche de la nueva ciudad burguesa²⁴.

Apenas disponemos de información sobre el alcance de la práctica médica y asistencial en aquellas clínicas. El ginecólogo Fargas, que organizó la primera clínica quirúrgica en el *Raval* y fue el primero en partir hacia el ensanche, prestaba servicios en dos secciones: la ginecológica, dirigida por él, y la de las vías urinarias, dirigida por León Formiguera. Fueron años de aprendizaje, de dominio de la llamada cirugía menor y de pocas operaciones consideradas de *alta cirugía*. Hasta el año 1889, cuando falleció Formiguera, “no se practicaban al año más de 20 o 25 operaciones ginecológicas”. Aquel año Fargas amplió la clínica “hasta cinco camas” y en 1890 instaló siete camas, llegando a efectuar 69 operaciones. La mayor parte de éstas consistía en laparatomías, ovariectomías, histerotomías e hysterectomías²⁵. Durante los primeros nueve meses de 1891, antes de partir hacia el ensanche, las operaciones realizadas ascendieron a 75, en un momento en el que Fargas ya tenía

-
22. Víctor Marí Balcells, “Clínicas privadas a Barcelona a les darreries del segle XIX,” *Gimbernat* 33 (2000): 163-181.
 23. De Barraquer, el médico Julio Altabás, que visitó su clínica particular y su dispensario en el hospital general, escribió que, “a su consulta privada acuden 50 enfermos diarios, y los lunes, miércoles y viernes se despachan 80 números [...] que hoy casi no se ocupa más que de visitar y de hacerse rico —pues acaso sea el médico que más gana en España actualmente”. Julio ALTABÁS, “Clínica oftalmológica del Doctor Barraquer,” *El Siglo Médico*, Jul 26, 1891: 465-469 y Ago 2, 1891: 481-483.
 24. Alfons Zarzoso, “Private surgery clinics in an open medical market: Barcelona, 1880s-1936,” *Journal of Evolutionary Studies in Business* VI, 1 (2021): 67-113.
 25. Julio Altabás, “Tumores del ovario. La ovariectomía en Barcelona,” *El Siglo Médico*, Ago 24, 1890, 534-536. Sobre el auge y controversia en torno a la cirugía ovárica, véase: Chandak Sengoopta, “The modern ovary: constructions, meanings, uses,” *History of Science* XXXVIII (2000): 425-488; Sally Frampton, *Belly-Rippers, Surgical Innovation and the Ovariectomy Controversy* (Cham: Springer Nature, 2018).

formado su equipo y del que por entonces había caído la atención específica a las vías urinarias²⁶. Junto a estas clínicas y coincidiendo con la celebración de la Exposición Universal de 1888 en Barcelona, el cirujano Salvador Cardenal, director del Hospital del Sagrado Corazón de Jesús —institución de la beneficencia privada barcelonesa—, inauguró la primera casa de curación quirúrgica del ensanche barcelonés, en el número 15 del pasaje Mercader. Sin duda, dicha acción había de tener un peso decisivo para aquellos cirujanos que vieron en aquella geografía la posibilidad de desarrollar el enorme potencial asistencial y empresarial que entrañaba su práctica médica²⁷. Sin embargo, la apuesta empresarial contenía cierto riesgo, pues el hospital general y la facultad de medicina seguían en la vieja ciudad a pesar de la planificación de nuevos proyectos hospitalarios. De hecho, no fue hasta 1895, en el caso del nuevo complejo formado por el Hospital Clínico y la Facultad de Medicina, y a partir de 1896, en el del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, cuando se tuvo una idea clara de su ubicación definitiva en el ensanche. No obstante, la entrada en funcionamiento de estos establecimientos se retrasó hasta 1906 en el primer caso y, tan solo de manera parcial, hasta 1920 en el segundo²⁸.

3. Los argumentos de un nuevo espacio asistencial: la clínica de Fargas

El cirujano Fargas inauguró su nueva clínica en el ensanche barcelonés, en un edificio de nueva planta en el chaflán de la calle Consell de Cent y la Rambla de Catalunya, en el mes de septiembre de 1891²⁹.

Fargas elaboró una estrategia de presentación de la casa de curación, que se convirtió en un modelo para otros colegas en los años siguientes. Así,

26. Fargas, "Origen e historia de la clínica," 16.

27. Alfons Zarzoso, Àlvar Martínez-Vidal, "Laboratory medicine and surgical enterprise in the medical landscape of the Eixample district," in *Barcelona: an urban history of science and modernity, 1888-1929* eds. Oliver Hochadel, Agustí Nieto-Galan (Londres: Routledge, 2016) 69-91.

28. Josep Arqués, *Cinc estudis històrics*, 97-151; Sergio Fuentes Milà, *Josep Domènech i Estapà (1858-1917). Entre la ciència i l'arquitectura* (Barcelona: RACAB, 2018); Pilar Salmerón, "El llogat de Pau Gil. De l'Hospital de la Santa Creu a l'Hospital de Sant Pau (1892-1913)," *Domenechiana* I (2013): 45-69; Miquel Terreu, "Els Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. El projecte original de Lluís Domènech i Montaner," *Domenechiana* V (2014): 96-129.

29. La primera opción fue edificar en un solar que compró junto a la Sagrada Familia —"en construcción"—, pero quedó descartado por un lugar más a propósito, en el 307 de la calle Consell de Cent, donde poder atender a las pacientes de manera rápida y a cualquier hora del día. Fargas, n. 1, p. 27.

fundó una nueva revista médica que sirvió a ese propósito comunicativo: explicar las razones y la descripción de la nueva clínica³⁰. La elección del medio es relevante pues fijaba un público médico y determinaba su papel como intermediario ante sus pacientes. Mediante una retórica meritocrática —innovación, aplicación inmediata, progreso, modernidad, internacionalismo, hechos científicos y sacrificio personal— Fargas justificó un argumentario favorable al médico especialista³¹ y dirigido, en particular, a romper con el predominio de una *ginecología pasiva* —nombre con el que Fargas establecía una separación, delimitaba un momento de transición y diferenciaba una práctica anterior, menos invasiva y también menos eficaz en términos de habilidad y eficacia³². Con el fin de imponer la cirugía ginecológica, identificaba dos obstáculos principales: “aclimatar en nuestro país la nueva ginecología, venciendo la repulsión que por todo acto operatorio existía y aún existe” e “implantar la costumbre en los enfermos de trasladarse a una casa de curación”. La estrategia publicitaria de dar a conocer la clínica de una manera descriptiva, incorporando grabados y fotografías, adquiere pleno sentido, “por si alguien, creyéndolo digno de ello, tuviera la tentación de imitarle, de cómo he concebido, desarrollado y realizado mi proyecto”. Por esta razón, abrió las puertas de la clínica a los médicos “que deseen visitarla o enterarse minuciosamente de los detalles de la instalación”³³.

Fargas identificó buena parte de su público entre cirujanos y médicos emprendedores y trató de persuadirles sobre la conveniencia de la nueva cirugía en la casa curación mediante argumentos relacionados con la eficiencia y la eficacia —esto es, con el valor del tiempo y el de la ciencia—. Defendía,

-
30. Alfons Zarzoso, Sara Fajula, “Especialidades médicas en el papel: publicaciones y publicidad en la prensa médica catalana,” in *Transmisión del conocimiento médico*, 283-286.
 31. En su razonamiento sobre estas nuevas prácticas, Fargas destacaba que “se ha desarrollado una costumbre poco arraigada en nuestro país hace algunos años, cual es la de consultar al especialista en su propio despacho», donde dispondría de los medios “que difícilmente puede el enfermo tener a mano en su casa”. Si no se indica lo contrario, todas las citas que siguen proceden de Fargas, “Origen e historia de la clínica”.
 32. Frampton, *Belly-Rippers*, 215-216. Thomas Schlich, “‘The Days of Brilliancy are Past’: Skill, Styles and the Changing Rules of Surgical Performance, ca. 1820-1920,” *Medical History* 59, no. 3 (2015): 379-403.
 33. Sobre la crónica de la visita de los médicos Bartomeu Robert, Marià Batllés, Emerencià Roig Bofill, Julio Altabás, el farmacéutico Pompeu Gener “y los dintiguídos compañeros Dres. Llagostera y Viura, Armangué, Valls, Roca, Elías de Molins, Figarola, Ardèvol, Puigpiqué, Planas, Días, Bofill, Sentiñón, Duran, Claramunt, Bassols Prim, Font, etc.” con motivo de la inauguración, oficiada por el sacerdote y catedrático del Seminario Conciliar de Barcelona, Gaietà Barraquer, véase: Jaume Queraltó, “En la Clínica del Doctor Fargas,” *Gaceta Médica Catalana* XVI, 2 (1893): 33-37.

por lo tanto, la racionalización del trabajo quirúrgico y el ahorro de tiempo que suponía “tener reunidas en un edificio a la mayoría de sus operadas”. Un lugar donde desarrollar unas prácticas basadas en los principios de la asepsia y la antisepsia. Por todo ello, la casa de curación era “una garantía para el enfermo”. Especialmente, frente a las operaciones a domicilio, que comportaban un enorme riesgo ante “la más pequeña complicación séptica”. Los buenos resultados de la cirugía se fundamentaban no solo en la habilidad y práctica del cirujano sino también en el descenso de la mortalidad postquirúrgica gracias al control de la infección. La aceptación de la teoría sobre los gérmenes como causantes de la infección informó el ejercicio de la nueva cirugía desde finales de la década de 1870 y, para los años 1890, la cirugía aséptica y antiséptica estaba completamente establecida en las nuevas clínicas de Barcelona³⁴.

La crítica a los defensores *retrógrados* de una *ginecología pasiva* fue contundente. Por ello, Fargas señalaba que Barcelona había sido un ejemplo claro de retraso, respecto a otras ciudades europeas, en la recepción y aplicación de la nueva cirugía y de la importancia del diagnóstico precoz por la mala práctica de algunos ginecólogos que decidían no tratar ciertas lesiones o hacerlo mediante paliativos:

Sin embargo, es bien seguro, necesitándose para ello la acción del tiempo y el ejemplo personal, que se generalizarán esta clase de operaciones y desaparecerán en gran número las endometritis crónicas, las lesiones del cuello del útero, los prolapsos de todo género, las fístulas vésico y recto-vaginales, los desgarros del periné, etc., que actualmente tanto abundan y que las enfermas se han acostumbrado a conllevar por no vencer la timidez que les inspira un tratamiento quirúrgico o por ignorar que su enfermedad es susceptible de una curación radical.

Fargas estableció una relación directa entre los progresos de la ginecología y la casa de curación. Y aquí, el público médico tenía la llave para, una vez persuadido de la eficacia del tratamiento quirúrgico, orientar y dirigir a sus

34. Sobre la introducción de estas ideas en España, véanse: Juan Riera, “The dissemination of Lister’s teaching in Spain,” *Medical History* 13 (1969): 123-153; Juan Riera, *La introducción en España del método antiséptico de Lister*. (Valladolid: Universidad de Valladolid, 1973), 25-31. Sobre el papel de la asepsia en la transformación de la cirugía, sus prácticas, espacios y resultados, véase: Annmarie Adams, Thomas Schlich, “Design for control: surgery, Science, and space at the Royal Victoria Hospital, Montreal, 1893-1956,” *Medical History* 50 (2006): 303-324.

pacientes hacia la clínica. Esto es, el lugar donde ejecutar las intervenciones quirúrgicas —y no el domicilio de las pacientes— y “donde concurren desde la más encopetada dama hasta la más modesta aldeana”. Se puede detectar la consciencia de Fargas sobre el cambio mental que se estaba produciendo en términos de una nueva cultura médica, de construcción de un nuevo *paciente hospitalario*. Por ello defiende la clínica como el lugar adecuado para superar “el efecto moral que en las enfermas produce toda intervención quirúrgica”. Fargas consideraba que el contexto doméstico de una operación quirúrgica no ayudaba a reducir la impresión emocional de la paciente, mientras justificaba que, “en mi clínica ninguna enferma sabe qué día será operada, y solo se la participa un momento antes de la operación, sin que haya visto nada ni notado preparativos de ningún género, aparte del ánimo y tranquilidad que les infunde la vista de otras operadas, que siempre es fácil proporcionarles si la enferma lo solicita”. En esta línea, también defendía la práctica anestésica en la habitación “para evitar a la enferma toda impresión moral a la vista de la sala de operaciones o de los ayudantes”. Fargas consideraba también el alcance geográfico y social de la clínica, que “siempre resultaría necesaria e indiscutible para el sinnúmero de enfermas transeúntes que concurren a las capitales para librarse de padecimientos cuya curación es difícil o imposible en su propia localidad”.

Como parte de la estrategia persuasiva, tanto de los médicos en su condición intermediaria como de sus potenciales pacientes, Fargas era consciente de la necesidad de establecer diferencias rotundas entre la casa de curación y el hospital, cargado éste de una connotación social peyorativa. La separación se fundamentaba en una experiencia organizativa sobre “las condiciones que debe reunir y la mejor manera de instalar y tratar las enfermas bajo el punto de vista doméstico”. Al trasladar el modelo asistencial doméstico —hegemónico en el siglo XIX— a la clínica quirúrgica, Fargas intentaba demostrar “que una casa de curación no tiene ningún punto de contacto con un hospital” y que, por lo tanto, era un lugar seguro, donde no “concorre el hacinamiento de enfermos, como sucede en los hospitales”. Así, para defender que en la clínica la paciente se encontraría como en casa, Fargas apuntaba una batería de razones de carácter social, económico, científico, moral y emocional:

Las relaciones de unos enfermos con otros, y de los mismos con sus allegados y amigos; la facultad de que la enferma pueda instalarse sola en la clínica o acompañada de algún deudo, sin que en el primer caso encuentre a faltar los consuelos de la familia, ni en el segundo pueda ésta ser obstáculo

para la severidad del régimen; el aislamiento absoluto o relativo en que deben permanecer; la distinta clase social que implica una separación en muchos casos, sin que ésta moleste a unos ni rebaje a otros; las atenciones y aun los derechos que a la familia de la enferma se deben en los casos desgraciados, pues forzoso es que los haya; las precauciones que hay que tomar a fin de que el resto de la casa no reciba impresiones desagradables, sin cohibir en lo más mínimo, por otra parte, las expansiones de la familia y las exigencias del culto, en una palabra, el modo de hacer que una enferma se encuentre, en una clínica, exactamente igual que en su casa, con todas las ventajas que para su estado de enfermedad puede reportar una casa de curación.

La casa de curación de Fargas se convierte así en un caso representativo a finales del siglo XIX del hospital doméstico —una etapa del lento proceso de medicalización de diferentes capas sociales—, caracterizado aquí por la primacía del médico en la organización asistencial —si bien todavía confía en una orden religiosa para funciones técnicas y asistenciales—, por el peso de la técnica diagnóstica y operatoria en manos de personal cualificado y, probablemente, por abrirse al conjunto de la población mediante diferentes fórmulas de pago³⁵.

Con el fin de demostrarlo, Fargas dedicó buena parte de su estrategia comunicativa a la descripción meticulosa de las características de la clínica —en cuanto a las prácticas quirúrgicas y al confort de la estancia y alojamiento—, la defensa del trabajo médico y asistencial por parte de un equipo profesional y, finalmente, la utilidad de un reglamento regulador de la administración de la clínica y disciplinador del comportamiento de las pacientes y de las personas cuidadoras³⁶. Fargas abrió un camino que otros cirujanos siguieron y, mediante el uso de artículos de revista, capítulos de libro, folletos y otras herramientas de representación gráfica, dieron a conocer sus clínicas y especialidades entre los miembros de la profesión médica desde finales de la década de 1890³⁷.

35. Una sugestiva reflexión y comparación entre las etapas domésticas de los hospitales europeos y norteamericanos, a partir del modelo descrito por Charles Rosenberg —citado en la nota siguiente—, en: Eduardo Martín, Josep M. Comelles, Marina Arnau, "El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls," *Dynamis* 13 (1993): 201-234.

36. Charles E. Rosenberg, "The evolution of the American hospital," in *The American general hospital: communities and social contexts*, eds. D. Long, J. Golden (Ithaca: Cornell University Press, 1989) 3-17.

37. Zarzoso, Martínez-Vidal, "Laboratory medicine," Sobre el fenómeno de las clínicas quirúrgicas en otras ciudades españolas, véase Zarzoso, "Private surgery clinics."

3.1. *Los espacios de la clínica*

El ideal higiénico, todavía predominante, se observa tanto en la decisión de la ubicación como en la reflexión previa a la construcción sobre las prácticas médicas y asistenciales y las actividades administrativas y de funcionamiento general de la clínica. Por ello, se defiende que la clínica estuviese bañada por la luz, el aire, el sol, con vistas y accesos a jardines y terrazas, con suministro de agua a presión para procurar la limpieza de todo el edificio. Dicho ideal también estaba presente en la distribución, recorridos y usos de los espacios. Esto es, en la extracción directa de la ropa sucia de las habitaciones a la lavandería; en la existencia de sifones en todos los desagües para hacerlos inodoros; en habitaciones con espacio y altura y con ventanas para ventilación; en la presencia de calefacción central ascendente; o en la ubicación de las prácticas más ruidosas en el sótano.

La clínica contaba con cuatro planas: sótano, planta baja, primera y segunda plantas. Las plantas sótano y segunda estaban pensadas para los servicios. Así, en el sótano se concentraban la intendencia y actividades auxiliares, tales como cocinas, despensa, comedor del personal, depósito de combustible, lavandería y plancha, baño con bañera, excusado, capilla, ascensor y escaleras de distribución. La eventualidad de la muerte también estaba planificada en el sótano, donde el oratorio quedaba fuera de la visión directa desde las habitaciones y la extracción del cadáver se hacía mediante una salida inmediata a la calle, para evitar “el desagrado y mal efecto” que esto podría causar entre las pacientes y también para la propia clínica que, de esta manera, quedaba aislada de todo contacto, de toda emanación y de toda ceremonia.

En la segunda planta se hallaban los dormitorios de los trabajadores “residentes”, esto es “un médico, la directora, las hermanas y las camareras”. También se ubicaba aquí el laboratorio de esterilización y preparación del material de operaciones. Fargas describe en detalle este laboratorio de desinfección: dimensiones, mobiliario, disposición de cada pieza en las paredes, la pila y tubos de desagüe, el ventanal, etc. Y presta especial atención al montacargas, diseñado por Jeroni Estrany, miembro de su equipo médico, que comunicaba el laboratorio con las dos salas de operaciones situadas en los pisos inferiores. Era esta una solución técnica relevante que facilitaba la limpieza y evitaba problemas al limitar el recorrido. Así, “enseguida de practicada una operación se recogen los instrumentos, se carga con ellos el ascensor... al laboratorio, y por el mismo camino vuelven más tarde quirúrgica

y perfectamente limpios y encerrados en cajas de níquel y de cobre, dispuestos para ser de nuevo utilizados”. Aquí, el médico Pau Torras supervisaba las tareas de esterilización y almacén de los instrumentos, ejecutadas por una de las hermanas enfermeras³⁸.

Las plantas baja y primera estaban destinadas a las pacientes y cada una contaba con una sala de operaciones. Las habitaciones estaban distribuidas por clases —de segunda abajo y de primera y preferente arriba— y en conjunto reunían 14 camas. Fargas sostenía que esta distribución “permite que todas las clases sociales puedan aprovechar las ventajas que estas clínicas especiales proporcionan”. Fargas debía de ser consciente del cambio mental que este tipo de hospitalización significaba en aquel momento y, por ello, intentó conjugar los factores de la ecuación que eran la higiene, la comodidad y el aislamiento social, el control de las emociones, la discreción y el secreto profesional. Así, la distribución radial de habitaciones y pasillos favorecía el reposo de las operadas, reducía la transmisión de contagios y evitaba el contacto social, “atendiendo a que la mayoría de enfermas que concurren a una clínica privada están en el caso, por sus costumbres, educación y medios de que disponen, de exigir completa independencia e ignorancia absoluta de todo lo que pueda causarles molestia o malestar”. De hecho, con el fin de evitar el desasosiego a las enfermas a la vista de los instrumentos o de la sala de operaciones, “se les anestesia en la cama y luego se les traslada. Sirve a este objeto unas andas o cama de ruedas con llanta de caucho, ideada por el Sr. Estrany”. Finalmente, para “sentirse como en casa” y facilitar la convalecencia, Fargas describe la inversión en el mobiliario de las habitaciones, conjugando de nuevo comodidad e higiene. Esto es, camas desmontables y habitaciones sin cortinas, con alfombras de verano e invierno para facilitar la limpieza, estufas, etc.

La descripción de las dos salas de operaciones es minuciosa. Son espacios aislados del resto de la casa, con circuitos de acceso escrupulosos. Se tenía una idea muy clara del significado de estos espacios, pues “en la sala de operaciones no debe hacerse otra cosa más que operaciones”. También de la importancia de su mantenimiento en condiciones asépticas. Esto implicaba que la limpieza y preparación de las pacientes y de los intervinientes en la

38. El texto detalla estos procedimientos, así como el instrumental y productos químicos empleados en la esterilización.

operación, así como la práctica antiséptica de los instrumentos y la desinfección de la ropa tuviesen lugar en otros espacios³⁹.

La sala quirúrgica estaba pensada para una limpieza fácil y rápida. Paredes y techos estucados en blanco —“lo cual permite lavarlas en el trozo más susceptible de recibir manchas y salpicaduras de sangre y de líquidos orgánicos”—; la unión de las paredes con el techo y el suelo era curva —“para evitar depósitos de gérmenes”—; y el pavimento del suelo era de mosaico —“en ligero declive hacia el centro, en donde un vertedero con cierre de sifón desagua los líquidos hacia la cloaca colectora de la casa”. Una manguera de goma, del lavabo que había en la sala, servía, una vez acabada la operación, “para lavar techo, paredes y suelo con chorros de agua que llevan una presión de tres cuartos de atmósfera”. Además del mobiliario empleado en las operaciones —armarios, taburetes, mesa de operaciones, estantes, todo de hierro y vidrio—, Fargas se recrea en la iluminación de las salas, con ventanal lateral y luz cenital. También en las cubas de vidrio con disoluciones de ácido fénico y sublimado y los depósitos esterilizadores de agua, con caldera de cobre y estaño, empleados para desinfectar y en irrigaciones quirúrgicas. Las dos salas se destinaron a operaciones asépticas, con una capacidad semanal para cinco o seis operaciones graves. En definitiva, “los incesantes progresos de la microbiología” se situaban en la base de toda la reflexión constructiva de las prácticas quirúrgicas y asistenciales de la casa de curación.

3.2. Reglamentar las relaciones personales

El trabajo en equipo es un hecho singular en la empresa quirúrgica de Fargas, si bien se distingue entre el personal médico y el asistencial. De los médicos habla como “auxiliares, colaboradores y amigos”. Los podemos ver en el óleo pintado por J. Sala, comisionado por Fargas en 1885, representando a todo el equipo de la clínica de la calle Hospital, en plena laparotomía de un quiste ovárico (fig. 1)⁴⁰. Es importante observar la distribución y especialización de tareas asignadas. Así, de Francesc Fàbregas apunta que es un “hábil operador y distinguido especialista en vías urinarias” y un “auxiliar en la observación y

39. Así, la limpieza de manos del equipo operador “se verifica antes de penetrar en la sala de operaciones y antes de revestirse con las batas asépticas de hilo crudo, que han sido convenientemente pasadas por la colada y tratadas con soluciones fuertes de sublimado”.

40. En el Anuario de 1892 no se menciona el nombre del cirujano Francesc Terrades.

tratamiento consecutivo de los casos graves o difíciles”. Del ya mencionado Pau Torras, “médico residente en la clínica”, encargado de la esterilización del instrumental, “conocido por sus estudios especiales sobre las afecciones del tubo digestivo”. Sobre Jeroni Estrany afirma que era un “distinguido médico y electricista, tiene constantemente a su cargo la anestesia y dotado de mucho ingenio e inventiva”, y también que “toma las observaciones y lleva la estadística de la policlínica”. El equipo clínico se cerraba con Miquel Carbó, “distinguido ginecólogo y hábil tocólogo [...] comparte con nosotros las labores múltiples de la clínica, auxiliar en la policlínica y ayudante experto e inapreciable en la sala de operaciones”.

Es importante la visión profesional proyectada para el resto del personal de la clínica. Así, si bien el servicio doméstico no requería un manejo especial, la asistencia y cura de las enfermas precisaba “un servicio de enfermeras instruidas”. Fargas abogaba por el reposo total de sus enfermas —tal como lo propugnaba el médico norteamericano Silas Weir-Mitchel “para el tratamiento de la neurastenia y el histerismo”— y por un cuidado según el modelo inglés: profesional, estimada y enfermera⁴¹. Así, las *Siervas de María, Ministras de los Enfermos*, residentes en la clínica, asumían la esterilización de instrumental y espacios y las prescripciones facultativas del postoperatorio⁴². Por otra parte, si bien Fargas menciona el cargo de Directora de la Clínica, se desconoce su identidad. Cabe recordar que en una fotografía de una intervención quirúrgica en la clínica de la calle Hospital se identifica a su suegra, junto a otra mujer, observando la operación. Sabemos que esta familiar, de la que desconocemos su nombre, ejercía entonces como directora

41. Las prácticas del cuidado tienen una enorme relevancia en el modelo asistencial de la clínica quirúrgica. En su argumentación, Fargas fija los roles de género y las jerarquías profesionales cuando describe a la mujer enfermera: “de una inteligencia de mediana cultura, pero que, convenientemente instruida por el tiempo, la experiencia y los consejos y enseñanzas del médico, hacen de la enfermera un auxiliar valioso en el tratamiento y cuidados consecutivos que las operadas reclaman”. Thomas Schlich, Audrey Hasegawa, “Order and Cleanliness: The Gendered Role of Operating Room Nurses in the United States (1870s-1930s),” *Social History of Medicine* XXXI, no 1 (2018): 106-121.

42. Esta congregación religiosa, creada en Madrid a mediados del siglo XIX, jugó un papel decisivo en el reconocimiento oficial del título profesional de enfermería en España en 1915. Manuel Cabrera, “Las Siervas de María Ministras de los Enfermos: un acercamiento a través de las cartas de María Soledad Torres Acosta, su fundadora,” in *X Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres* (Jaén: Archivo Histórico Diocesano de Jaén, 2018), 79-93; M. Elena González Iglesia, Manuel Amezcua, José Siles, “El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas De María, Ministras de los Enfermos,” *Temperamentvm* VI, no 12 (2020).

de la clínica. Una señora que desaparece del material gráfico de la nueva clínica, que es abundante y diverso en el trabajo científico de Fargas⁴³.

La existencia de un reglamento interior de la clínica definía un catálogo de buenas prácticas —publicado aquí para emulación por otros colegas— y también la voluntad reguladora de la administración y comportamiento de los trabajadores y las pacientes y familiares⁴⁴. En la línea del control emocional y de la consolidación del paciente hospitalario, el reglamento definía las relaciones entre las enfermas y por ello detallaba que “está prohibido hablar, en la mesa, de enfermedades y padecimientos de presentes ni ausentes”. Además, el reglamento fijaba los precios diarios por estancia y manutención completa a partir de tres tipos de habitaciones: segunda, primera y preferente. La horquilla oscilaba entre 5 y 25 pesetas diarias, que podían aumentar si la paciente se hacía acompañar de un familiar o cuidadora. La información disponible no detalla el coste preciso de las cirugías y medicaciones⁴⁵.

3.3. *El consultorio como piedra angular de la medicalización*

Otro espacio de gran importancia en la construcción de una nueva cultura sanitaria es el consultorio, llamado también *poli-clínica*⁴⁶. Situado entre el sótano y la planta baja de la clínica, el consultorio tenía acceso directo a la calle y estaba formado por un vestíbulo y una sala de espera contigua, con “unos holgados bancos que ocupan la extensión de sus paredes”, y un despacho médico, equipado con los medios necesarios para el diagnóstico, curación y protocolos de desinfección.

El consultorio presenta dos características destacadas: era gratuito y el volumen de pacientes atendidas proporcionaba una enorme masa de conocimiento. Consistía, por lo tanto, en una opción para pacientes con escasos

43. José C. Alonso Duat, “Ensayo biográfico para una historia de la medicina española: Miquel A. Fargas Rocas, vida y obra de un ginecólogo” (Phd. Diss. Universitat de Barcelona, 1968), 167. Miguel A. Fargas, *Tratado de Ginecología* (Barcelona: Salvat, 1903 y 1910).

44. Hay un enorme parecido con los reglamentos que aparecen en los folletos de las clínicas mentales privadas creadas en Barcelona y alrededores desde mediados del siglo XIX. Véase: Zarzoso, Martínez-Vidal, “Laboratory medicine”.

45. Los precios del reglamento de la clínica de Cardenal parecen indicar el peso creciente de las pacientes del grupo de segunda clase. Véase: Salvador Cardenal, *Clinicum. Casa de Curación Quirúrgica del Dr. Cardenal. Noticia descriptiva y reglamento* (Barcelona: Tip. Salvat, 1899) 36-37.

46. Jeroni Estrany es el autor del capítulo *Poli-clínica* en el Anuario de 1892, p. 53-58.



Figura 1. Óleo de 170 cm x 117 cm ejecutado en 1885 por J. Sala. Representa una extirpación de ovario quístico mediante laparatomía en la clínica ginecológica de la calle Hospital y recoge la tensión del momento quirúrgico. El equipo de trabajo, de izquierda a derecha: Francesc Terrades, Miquel A. Fargas, Miquel Carbó, Jeroni Estrany, Francesc Fàbregas y Pau Torras. Fuente: © MHMC

o nullos recursos. El consultorio no solo permitía “hallar la curación de sus males sin dispendio alguno”, sino hacerlo a tiempo, antes de sufrir las dolorosas consecuencias de etapas avanzadas de la enfermedad. La visita al consultorio se convirtió así en una parte integral de la clínica, fuente de conocimiento y comprobación de las indicaciones quirúrgicas: “...en una palabra, en donde se redondeen, amplíen, completen y unifiquen... los conocimientos adquiridos en el libro y en la revista y conquistados por modo duro y laborioso en la práctica profesional”.

En el consultorio se observa también el proceso de normalización de unas prácticas médicas que implicaban palpar e inspeccionar las partes íntimas y desnudas de la mujer. En nombre de la ciencia y de la salud se transgrede un orden moral. Se remite al lenguaje de las emociones para apuntar la aversión de las mujeres a la primera consulta ginecológica y las barreras morales que dificultaban persuadir las de tenderse en la silla de exploración: “casi siempre con un horror, con una repugnancia muchas veces invencible”. El relato muestra la tensión de la visita médica:

los trabajos no habían concluido ni la lucha moral era menos penosa, el pudor inoportuno y mal entendido despertaba un erotismo nervioso que hacía difícil, si no imposible, las maniobras necesarias... No era caso raro el que la paciente se volviera sin dar lugar, no ya a una sencilla aplicación del espéculum, sino tampoco a una insuficiente tentativa de tacto o palpación⁴⁷.

El paso del tiempo modificaría esta situación no sólo por la fuerza de la eficacia de los tratamientos sino también por el significado adquirido por la sala de espera. En dicho lugar la relación entre mujeres permitía compartir información: “entran con ánimo resuelto” y “no hay necesidad, como antes, de largos y enojosos discursos para convencerlas”. A ello se añadía la adquisición de conocimiento sobre “el normalismo fisiológico”. En este relato, la mujer aprendía, por experiencia propia, que los trastornos menstruales, antes desatendidos, no eran accidentes leves de la vida sexual y que el paso por el consultorio evitaría el recurso a remedios populares. Esto supuso un cambio progresivo hacia una nueva situación, en que “los enfermos son menos reacios a las operaciones. Ya no se ve aquel horror, aquel espanto que antes promovía la operación más insignificante. Se tiene casi fe completa en los progresos de la cirugía, hasta el punto de que el dicho popular llega a negarlos a la medicina”.

Todo ello comportaría una conclusión de enorme relevancia, pues concede un papel crucial a las mujeres pacientes, consideradas como “apóstoles inconscientes de la ciencia”, en la diseminación del conocimiento científico y en su rol activo en el proceso de medicalización y creación de una nueva cultura sanitaria, al “propagar por todas partes la buena nueva de los progresos quirúrgicos”. La mujer paciente participaría así en la configuración de los márgenes de una nueva cultura médica: “han ido desterrando añejas preocupaciones populares, han desvanecido errores, han inoculado paulatina y silenciosamente ideas nuevas y han cambiado y cambiarán todavía más el criterio común de las gentes”⁴⁸. Y aquí, las salas de espera se convirtieron en un espacio de construcción de un conocimiento reconocido como crucial por

47. Karin Johannisson, *Los signos: el médico y el arte de la lectura del cuerpo* (Barcelona: Melusina, 2006).

48. Sobre el papel de las mujeres, los saberes médicos y sus formas de transmisión, véase: Josep M. Comelles, “From superstition to folk medicine. The transition from a religious to a medical concept,” *Medicine Anthropology Theory* 3, no 2 (2016): 269-305. Sobre la agencia de los públicos, la adquisición de autoridad y la construcción de conocimiento, véase: Jon Arrizabalaga, “La teoría de la ciencia de Ludwik Fleck (1896-1961) y la historia de la enfermedad,” *Dynamis* 7-8 (1987-88): 473-481.

parte de aquellos médicos. Hasta el punto de establecer una comparación singular, afirmando que, de la misma manera que los expertos comparten conocimiento en las academias,

el nivel común de las gentes sube en mayor o menor proporción con el cambio de impresiones y criterios que en la antesala de los consultorios se verifica entre los mismos enfermos; criterios que luego el profesor consultado... se encarga de pulimentar y encauzar por buenos derroteros. Así como hay una ciencia rígida, exacta, de carácter que podríase llamar oficial, hay también otra basta, rudimentaria, falsa las más de las veces, que se puede llamar popular. No hay punto de contacto entre una y otra: la distancia que las separa es inmensísima; pero bien puede la segunda prestar apoyos a la primera y servirla como oscuro peón, como obrero humilde, pero no por humilde despreciable; y a lograr este hermoso objeto es a lo que tienden los consultorios públicos, aunque tal no sea su aparente destino.

3.4. *El registro de la práctica médica*

Las prácticas médicas desarrolladas en la clínica y en el consultorio se registraron en libros específicos. Estos son, pues, un objeto singular, parte de la estrategia comunicativa de Fargas. Se inscriben en la manera de construir y comunicar conocimiento médico en la contemporaneidad. El registro sistemático de datos y su archivo tenían un valor formativo, una herramienta que “permite estudios de gran valía” y es “sumamente útil e imprescindible para el cultivo de una especialidad”. Se trata de una instrucción sobre cómo el médico debía elaborar y comunicar conocimiento y sobre cómo utilizar estos “resultados estadísticos” a partir de los libros de registro y las historias clínicas:

El recuerdo de las fases y evoluciones porque va pasando la enfermedad que se trata de combatir, ahorra el tiempo y facilita el trabajo de un modo extraordinario; [...] Cuando se piense en publicar ... será ocasión de hacerse cargo del caudal científico que en el [libro registro] se encierra, del valor de sus muchos datos anotados, de la inmensa variedad de diagnósticos (notabilísimos algunos de ellos, importantes los más), de los efectos de las distintas medicaciones puestas en uso, y de los brillantes éxitos obtenidos por una intervención quirúrgica, cuya indicación ha sido antes debidamente estudiada.

No tenemos constancia de la supervivencia de libros de registro del consultorio. Según la revista de Fargas, en los nueve años de funcionamiento

de la clínica se habrían atendido unas 5.000 pacientes con enfermedades ginecológicas. Desde 1891, el consultorio solo abría puertas tres días por semana, durante dos horas; registrando cuatro pacientes nuevas por día, ofreciendo asistencia regular a unas 30-40 personas: “el mayor contingente de enfermos en la población de la clínica son [sic] de segunda clase”.

En cambio, sí que se conservan las historias clínicas sobre la población ingresada y operada en la clínica⁴⁹. Fargas remite a ello de manera sistemática en sus publicaciones desde la década de 1880, con el fin de construir y comunicar un conocimiento mediante el que configuraba los límites de la especialidad⁵⁰. Esto se ejecutaba de tal manera que el contexto de la enfermedad desaparecía y la información se elaboraba desprovista de circunstancias. Así, en los anuarios hallamos columnas estadísticas que señalan el nombre de las enfermedades, número de casos, tipo de intervención efectuada —por vía vaginal o abdominal— y proporción numérica de curación o muerte. Las laparotomías, dado su carácter novedoso en la construcción de conocimiento quirúrgico y ginecológico, ofrecen algo más de información —edad, estado civil y número de partos de las mujeres operadas— y constituyen la base de la colección de observaciones “en hojas impresas ad hoc, que se archivan y encuadernan al fin del año”.

De hecho, las historias clínicas conservadas muestran la voluntad inicial y programática de recoger un gran número de datos de cada paciente, tanto socioeconómicos como médicos, mediante la impresión de formularios clínicos de gran complejidad. Sin embargo, la práctica cotidiana en la construcción final de la historia clínica pone de manifiesto un resultado diferente. Esto es, la inscripción limitada al nombre de la paciente, fecha de ingreso, diagnóstico, tipo de intervención, observaciones sobre el curso postoperatorio diario, fecha y forma de alta, según curación o deceso. Así, las historias clínicas conservadas, entre diciembre de 1884 y septiembre de 1891, son documentos desprovistos de las circunstancias sociales de las pacientes y con un predominio absoluto de una mirada estrictamente clínica.

A pesar del carácter incompleto del registro, se pueden apuntar algunas características generales: la edad de la mayor parte de las mujeres operadas era de 30 a 40 años; la intervención más frecuente fue la ovariectomía; el inte-

49. Fons Fargas, *Carpetas 1 a 8, Historias Clínicas, 1884-1920*, Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Terrassa, España.

50. Sara Fajula, “Las ilustraciones del cuerpo femenino en el Tratado de ginecología de Miquel A. Fargas Roca (1910),” *Dynamis* 33, no 1 (2013): 139-168.

rés por consignar la duración de las operaciones —entre 30 y 75 minutos—; y también el peso de los tumores ováricos extirpados⁵¹. Las 34 historias clínicas conservadas, correspondientes a 1892 y ya ejecutadas en la nueva clínica, muestran un nuevo formulario impreso —con la cabecera *Clínica del Doctor Fargas*— en el que los datos de contexto se han reducido a la mínima expresión —número de historia y número de orden de laparatomía; nombre, naturaleza, edad, estado civil y vivienda de la paciente—, en beneficio de los datos médicos —antecedentes, estado actual, tratamiento quirúrgico, observaciones diarias posoperatorias y alta médica—. Y, aun así, la mayor parte de los formularios manuscritos sólo contiene información clínica, dejando los otros campos sin inscripción alguna. Con todo, las historias conservadas confirman el patrón de edad de las mujeres operadas, el predominio de las casadas y, en 14 casos, su naturaleza o procedencia —5 de Barcelona, 2 de Sant Joan Despí y el resto de Canet de Mar, Almenar, Sabadell, Reus, Pamplona, Cienfuegos y una no consignada—⁵².

Los historiales de 1893 también son incompletos y sólo ofrecen datos de las laparatomías practicadas y consignadas con numeración propia. En la estadística, el caso clínico se impone sobre cualquier información circunstancial de la enferma: diagnóstico, tipo de operación —ovariotomía, histerectomía, etc.— y observaciones sobre la evolución clínica postoperatoria. Tan solo hay registro clínico de 44 intervenciones, sobre el total de 65 efectuadas. Se confirma que la edad media de las pacientes era 40 años; la eficacia operatoria altísima, a pesar de registrar cinco fallecimientos —la muerte se consigna con la palabra *death*—; predominio absoluto de las mujeres casadas sobre solteras y viudas; cabe destacar el número de días ingresadas —9 mujeres menos de 15 días, 26 pacientes entre 15 y 30 días, y otras 9 pasaron más de un mes—; la procedencia geográfica se indica sólo en 41 casos, siendo 13 mujeres de Barcelona y el resto de una geografía que abraza las poblaciones catalanas de Sabadell (2), Sant Feliu de Llobregat, Sant Andreu de Palomar (2), Rubí, Manresa, Hostalrich, Palafrugell (2), Sant Celoni (2), Horta, La Granada del Penedès, Guissona, Alella, Vilabertran, Lloret de Mar, Lleida,

51. Fargas menciona en el Anuario que en 1890 había practicado 62 intervenciones, pero solo se conservan 16 historias clínicas. Y lo mismo ocurre durante los primeros nueve meses de 1891, que registran 75 operaciones, pero solo han quedado 26 historias clínicas.

52. Fons Fargas, Carpeta 1, Historias Clínicas, 1884-1892, Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Terrassa, España.

Ulldecona, Sant Pere de les Puelles, Gràcia, Sant Fruituós de Bages, Vilabella, Reus, Tarragona, Vilanova i la Geltrú, y solo una de Pamplona⁵³.

Con la información disponible resulta aventurado trazar la sociología de las pacientes. No permite conocer el coste por intervención ni el gasto final por paciente. Ni las formas de acceso a la clínica y de pago. De hecho, tampoco hay registro sobre la participación del mutualismo en este proceso de medicalización. Los datos aquí adelantados precisan de un estudio completo hasta el año 1920, último de esta larga serie de historias clínicas conservadas en este fondo.

El negocio quirúrgico de Fargas prosperó en los años siguientes. Es buena muestra el volumen creciente de las historias clínicas. Y también la publicación de su tratado de ginecología, donde sus pacientes constituyeron la fuente de información. La edición de 1903 menciona el fundamento en la clínica quirúrgica “con un contingente de 18.000 enfermas”. La edición de 1910 indica una nueva dirección, dejando atrás el afán operatorio del período anterior, con “un mayor respeto a la función genital de la mujer... y mayor tendencia a la práctica de operaciones conservadoras”.

4. A modo de conclusión: las clínicas quirúrgicas en Barcelona, 1900-1936

A finales del siglo XIX, en un espacio urbano en crecimiento demográfico y económico como el barcelonés, la actividad profesional y empresarial de Fargas mostró un nuevo rumbo asistencial, que se separaba de las prácticas del hospital de beneficencia y que anunciaba algunos de los elementos del nuevo modelo organizativo y asistencial del hospital general que se impuso progresivamente a lo largo del siglo XX. En Barcelona, las casas de curación o clínicas quirúrgicas desarrolladas desde la década de 1880 tuvieron un papel central en un proceso que supuso la construcción del paciente hospitalario. Esto es, un trabajo arduo de comunicación destinado a persuadir a otros médicos, entendidos como catalizadores del cambio dada su condición y autoridad sobre sus pacientes, de la necesidad de trasladar la asistencia médica —en concreto, la quirúrgica— del domicilio del paciente

53. Fons Fargas, Carpeta 2, Historias Clínicas, 1893-1895, Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Terrassa, España.

a la clínica. Fargas fue un pionero y tanto su modelo de clínica como su estrategia comunicativa fueron imitadas por otros colegas, como Cardenal, Botey, Queraltó, Barraquer, etc.

El caso de Fargas y su clínica pone de manifiesto la complejidad de la nueva realidad asistencial, que trata de alejarse de las connotaciones peyorativas predominantes respecto al hospital de beneficencia y de poner límites a la tradicional asistencia domiciliaria. Las reflexiones halladas en el Anuario de la Clínica muestran la consciencia de la transformación mental que la nueva hospitalización suponía y la necesidad de poner en juego todos los elementos que propiciaran ese tránsito. Resulta relevante aquí la argumentación —en términos de eficacia y eficiencia profesional— relacionada con las nuevas prácticas quirúrgicas —fundamentadas en la introducción de la asepsia y la antisepsia y en la perípeca y habilidad del cirujano capacitado. A esto, el cirujano empresario sumó un conjunto de factores físicos y psicológicos —la higiene, la comodidad, el aislamiento social, el control de las emociones, la discreción y el secreto profesional—, cuya centralidad resultaba decisiva a la hora de favorecer el cambio cultural que había de dar lugar al paciente hospitalario. Así, la suma de la tecnología médica y de la eficacia quirúrgica tuvo lugar en un contexto donde el confort doméstico permitía que los pacientes normalizasen su medicalización al “sentirse como en casa”. Y en ese asunto, parece significativo destacar el rol de la mujer paciente en el proceso de medicalización que impulsan las clínicas quirúrgicas, con la especialización ginecológica a la cabeza. Los textos analizados aquí apuntan hacia un control creciente de la identidad de la paciente, a partir de la previsión de todo tipo de eventualidad asistencial y emocional. Algo que se puede leer también en términos de cesión, de pérdida de agencia del paciente a cambio de la eficacia terapéutica de la nueva cirugía. Además, el hecho de que la clínica de Fargas dispusiera de tres tipos de habitaciones en función de la capacidad económica de las enfermas apunta a una voluntad medicalizadora comprensiva de un amplio espectro social. Sin embargo, la información analizada no permite establecer, por el momento, conclusiones definitivas sobre el coste por estancia y las formas de pago, lo que resultaría de gran utilidad para delimitar con precisión la sociología de las pacientes.

A pesar de ello, el caso descrito en este trabajo permite afirmar el papel decisivo de las clínicas quirúrgicas como institución medicalizadora del conjunto de la sociedad catalana en un proceso de crecimiento sostenido a lo largo del primer tercio del siglo XX. La clínica quirúrgica se convirtió, en buena medida gracias a la eficacia de las intervenciones operatorias, en

un tipo de espacio asistencial que se extendió por Barcelona, y en menor medida por otras ciudades catalanas. Más de medio centenar de clínicas se inauguraron en los años que siguieron, hasta 1936, poniendo de relieve el papel jugado en el proceso de medicalización del conjunto de la población, en un contexto de multiplicación de las instituciones mutualistas y aseguradoras⁵⁴. Las casas de curación o clínicas quirúrgicas deben considerarse como una etapa previa en la construcción del hospital moderno, entendido éste como la institución médica en torno a la cual se jerarquizó el resto del dispositivo asistencial desde mediados del siglo XX hasta la actualidad⁵⁵. ■

Bibliografía

- Adams, Annmarie, and Thomas Schlich. "Design for control: surgery, Science, and space at the Royal Victoria Hospital, Montreal, 1893-1956." *Medical History* 50 (2006): 303-324.
- Alonso Duat, José C. "Ensayo biográfico para una historia de la medicina española: Miquel A. Fargas Rocas, vida y obra de un ginecólogo." Phd. Diss. Universitat de Barcelona, 1968.
- Altabás, Julio. "Tumores del ovario. La ovariectomía en Barcelona." *El Siglo Médico*, Ago 24, 1890, 534-536.
- Altabás, Julio. "Clínica oftalmológica del Doctor Barraquer." *El Siglo Médico*, Jul 26, 1891, 465-469.
- Altabás, Julio. "Clínica oftalmológica del Doctor Barraquer." *El Siglo Médico*, Ago 2, 1891, 481-483.
- Arnabat, Ramon, and Montserrat Duch. *Historia de la sociabilidad contemporánea: del asociacionismo a las redes sociales*. Valencia: PUV, 2014.
- Arqués, Josep. *Cinc estudis històrics sobre la Universitat de Barcelona (1875-1895)*. Barcelona: Columna, 1985.
- Arrizabalaga, Jon. "La teoria de la ciencia de Ludwik Fleck (1896-1961) y la historia de la enfermedad." *Dynamis* 7-8 (1987-88): 473-481.
- Barceló-Prats, Josep, and Deborah Bekele. "Historical roots of hospitalcentrism in Catalonia, 1917-1980." *Journal of Evolutionary Studies in Business* 6 (2021): 156-181.
- Barceló-Prats, Josep, and Josep M. Comelles. *Levolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980)*. Manresa: PAHCS-COMB, 2020.
- Barnosell, Genis. *Orígens del sindicalisme català*. Vic: Eumo, 1999.

54. Sobre el proceso de consolidación de estas clínicas, véase Zarzoso, "Private surgery clinics."

55. Sobre la génesis de este proyecto, véase: Morris J. Vogel, *The invention of the modern hospital. Boston 1870-1930* (Chicago: Chicago University Press, 1980).

- Busfield, Joan. "The concept of medicalisation reassessed." *Sociology of Health and Illness* XXXIX, no. 5 (2017): 759-774.
- Cabrera, Manuel. "Las Siervas de María Ministras de los Enfermos: un acercamiento a través de las cartas de María Soledad Torres Acosta, su fundadora." In *X Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres*, 79-93. Jaén: Archivo Histórico Diocesano de Jaén, 2018.
- Cardenal, Salvador. *Clinicum.Casa de Curación Quirúrgica del Dr. Cardenal. Noticia descriptiva y reglamento*. Barcelona: Tip. Salvat, 1899.
- Calbet Camarasa, Josep M. *Prensa sanitària a Catalunya, 1763-1939*. Manresa: PAHCS-COMB, 2013.
- Comelles, Josep M. *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio, 2006.
- Comelles, Josep M. "From superstition to folk medicine. The transition from a religious to a medical concept." *Medicine Anthropology Theory* 3, no 2 (2016): 269-305.
- Comelles, Josep M., Elisa Alegre, and Josep Barceló-Prats. "Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán." *Kamchatka. Revista de análisis cultural* X (2017): 57-85.
- Comelles Josep M., Francesc Valls, and Josep Barceló-Prats. "La bogeria a Barcelona (1592-1854): de la tutela dels orats a la seva medicalització." In *Barcelona Hospitalària*, edited by Alfons Zazoso, and Josep Barceló-Prats. Barcelona: MUHBA-Pòsits, 2022.
- Duch, Montserrat. "El mutualismo en Cataluña. La incipiente construcción desde debajo de la ciudadanía social (1890-1936)." *Historia Contemporánea* LXI (2019) 797-833.
- Fàbregas Camps, Marta G. "Història de la Neurologia a Catalunya. De l'any 1882 a l'any 1949." Phd. Diss, Universidad Autónoma de Barcelona, 1992.
- Fajula, Sara. "Las ilustraciones del cuerpo femenino en el Tratado de ginecología de Miquel A. Fargas Roca (1910)." *Dynamis* 33, no 1 (2013): 139-168.
- Fargas, Miquel A. "Origen e historia de la clínica. Descripción de la misma. Salas de operaciones y material." *Anuario de la Clínica del Dr. Fargas I* (1892): 5-58.
- Fargas, Miquel A. *Tratado de Ginecología*. Barcelona: Salvat, 1903 y 1910.
- Fernández-Victorio, Francisco. *El dispensario oftalmológico del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona*. Barcelona: Moderna de Guinart y Pujolar, 1905.
- Frampton, Sally. *Belly-Rippers, Surgical Innovation and the Ovariectomy Controversy*. Cham: Springer Nature, 2018.
- Fuentes Milà, Sergio. *Josep Domènech i Estapà (1858-1917). Entre la ciència i l'arquitectura*. Barcelona: RACAB, 2018.
- González Iglesia, M. Elena, Manuel Amezcuca, and José Siles. "El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas De María, Ministras de los Enfermos." *Temperamentvm* VI, no 12 (2020).
- Grabuleda, Carles. "Los límites de la acción social en la España del siglo XIX. Asistencia y salud pública en los orígenes del Estado liberal." *Hispania* LX, no 205 (2000): 597-622.
- Huguet, Teresa. "Una reflexió historiogràfica sobre l'hospital com a espai de medicalització." *Gimbernat* 42 (2004): 41-44.

- Johannisson, Karin. *Los signos: el médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Barcelona: Melusina, 2006.
- Jones, Colin. "The construction of the hospital patient in Early Modern France." In *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, edited by Norbert Finzsch, Robert Jütte, 75-96. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- León, Pilar. "Contribución de las mutuas de previsión social al sistema hospitalario español: el caso de la Alianza." *Dynamis* 41 (2021): 135-161.
- Marí Balcells, Víctor. "Clínicas privadas a Barcelona a les darreries del segle XIX." *Gimbernat* 33 (2000): 163-181.
- Martín, Eduardo, Josep M. Comelles, and Marina Arnau. "El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls." *Dynamis* 13 (1993): 201-234.
- Martínez-Vidal, Àlvar. "L'empenta fundacional (1872-1898): l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques." *L'Informatiu-Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears* 2 no 13 (2001): 25-28.
- Menacho, Rafael, and Josep M. Nadal. *Les quatre pedres angulars de l'oftalmologia contemporània barcelonina*. Barcelona: Fundació Vives Casajuana, 1976.
- Oyón, José Luis. "Transporte caro y crecimiento urbano. El tráfico tranviario en Barcelona, 1872-1914." *Ciudad y Territorio*, 94 (1992): 107-123.
- Perdiguero, Enrique, José Pardo-Tomás, and Àlvar Martínez-Vidal. "Physicians as a public for the popularisation of medicine in interwar Catalonia: the Monografies Mèdiques series." In *Popularizing science and technology in the European periphery, 1800-2000*, edited by Faidra Papanelopoulou, Agustí Nieto-Galan, and Enrique Perdiguero, 195-216. Farnham: Ashgate, 2009.
- Perdiguero-Gil, Enrique, and M. Dolores Ruiz-Berdún. "Medicalización ¿Un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud." In *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, edited by Alfons Zarzoso, and Jon Arrizabalaga, 247-252. Sant Feliu de Guíxols: SEHM, 2017.
- Pérez Nespereira, Manuel. *La privatització de la follia: l'assistència psiquiàtrica a Catalunya al segle XIX*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2003.
- Puigvert, Joaquim M. "Els professionals de la sanitat a la Catalunya de mitjan segle XIX." *Quaderns d'Història* VI (2002): 173-188.
- Queraltó, Jaume. "En la Clínica del Doctor Fargas." *Gaceta Médica Catalana* XVI, no 2 (1893): 33-37.
- Riera, Juan. "The dissemination of Lister's teaching in Spain." *Medical History* 13 (1969): 123-153.
- Riera, Juan. *La introducción en España del método antiséptico de Lister*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1973.
- Rosenberg, Charles E. "The evolution of the American hospital." In *The American general hospital: communities and social contexts*, edited by D. Long, and J. Golden, 3-17. Ithaca: Cornell University Press, 1989.

- Salmerón, Pilar. "El llegat de Pau Gil. De l'Hospital de la Santa Creu a l'Hospital de Sant Pau (1892-1913)." *Domenechiana* I (2013): 45-69.
- Sengoopta, Chandak. "The modern ovary: constructions, meanings, uses." *History of Science* XXXVIII (2000): 425-488.
- Schlich, Thomas. "'The Days of Brilliancy are Past': Skill, Styles and the Changing Rules of Surgical Performance, ca. 1820-1920." *Medical History* 59, no. 3 (2015): 379-403.
- Schlich, Thomas, and Audrey Hasegawa. "Order and Cleanliness: The Gendered Role of Operating Room Nurses in the United States (1870s-1930s)." *Social History of Medicine* XXXI, no 1 (2018): 106-121.
- Solà, Pere. "El mutualismo y su función social: sinopsis histórica." *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa* XLIV (2003) 175-198.
- Terreu, Miquel. "Els Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. El projecte original de Lluís Domènech i Montaner." *Domenechiana* V (2014): 96-129.
- Vilar, Margarita, and Jerònia Pons. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*. Madrid: Marcial Pons, 2018.
- Vogel, Morris J. *The invention of the modern hospital. Boston 1870-1930*. Chicago: Chicago University Press, 1980.
- Weisz, George. *Divide and conquer: a comparative history of medical specialization*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Zarzoso, Alfons. "Las guías médicas y la transformación de la práctica médica en la Barcelona contemporánea." In *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*, edited by M. Isabel Porras, Bertha M. Gutiérrez, Mariano Avarzagüena, and Jaime de las Heras, 299-305. Ciudad Real: SEHM, 2011.
- Zarzoso, Alfons. "Private surgery clinics in an open medical market: Barcelona, 1880s-1936." *Journal of Evolutionary Studies in Business* VI, no 1 (2021): 67-113.
- Zarzoso, Alfons, and Àlvar Martínez-Vidal. "Laboratory medicine and surgical enterprise in the medical landscape of the Eixample district." In *Barcelona: an urban history of science and modernity, 1888-1929* edited by Oliver Hochadel, and Agustí Nieto-Galan, 69-91. Londres: Routledge, 2016.
- Zarzoso, Alfons, and Sara Fajula. *Prensa Mèdica Catalana*. Barcelona: COMB, 2009. ■

