

Antonio Machado. Del alma, la poesía. Del cuerpo, la enfermedad

Juan Manuel Ruiz Liso

De Antonio Machado, creador de las mejores páginas de la poesía española del siglo XX, se ha escrito casi todo en lo espiritual, social y político, y en lo personal como humanista. Sin embargo, tenemos muy poca constancia del hombre ligado a su propio ser material y por tanto a los deterioros físicos que como tal padeció.

El hombre —corporal—, y por tanto Machado, es un ser compuesto de una maquinaria regida por varios centros de coordinación. El espíritu —alma—, aplicado a esa maquinaria y potencial diferenciador de los irracionales, ha sido tratado, evaluado, valorado y sometido a crítica en Antonio por numerosos autores en todas las áreas del conocimiento.

Pero D. Antonio Machado Ruiz, antes que lírico, poeta, trovador y crítico de la sociedad de su tiempo era hombre sometido a los gérmenes, lesiones y alteraciones medioambientales, alimentos y hábitos sociales —tabaco, entre otros— que el último tercio del siglo XIX y el primero del siglo XX condicionaban el desarrollo de los seres vivos.

Las enfermedades de su alma, ligadas fundamentalmente al amor y desamor de Leonor y Guiomar, a esa España querida y también «malquerida», han sido tratadas y retratadas. El bagaje de sus sentimientos —tan amplio— permitirá seguir siendo estudiado por muchos estudiosos de su obra: poetas y literatos, sociólogos y filósofos, psicólogos y psiquiatras. Sin embargo, quizás, la vertiente de las enfermedades orgánicas y funcionales del poeta, es el área menos ilustrada y menos explorada.

A través de estas líneas, por supuesto, no pretendemos hacer una historia clínica de sus padecimientos ya que, al contrario que la historia de la Historia, los historiales médicos se escriben en el mismo momento de padecerlos y tanto historiador como historiado corrigen día a día el devenir de los mismos. En el caso de Machado no hay constancia de historia clínica alguna en ninguno de los hospitales de las ciudades en que vivió ni de los galenos con los que pudo tener relación de médico-enfermo, salvo el Dr. Pucho Álvarez de Barcelona, hecho por



otra parte lógico dado que salvo casos muy puntuales y de personajes muy relevantes, este tipo de documentación o no ha existido nunca o se destruyó como material pasivo en dichos centros. Por otro lado, la mayoría de los llamados hospitales en la época machadiana han desaparecido y los historiales clínicos más importantes, que se han conservado, están perdidos en archivos de Reales Academias y Facultades de Medicina.

Como médico patólogo, me he preguntado muchas veces —aunque parezca un tanto tético— qué hallazgos patológicos hubiera encontrado en una autopsia sobre su cuerpo mortal en Collioure. No olvidemos que murió como mortal.

Las líneas, que a continuación incluyo, no pretenden ser un dogma o diagnóstico notarial de sus males corporales. No. Tan solo quieren ser una aproximación a las vivencias que pudo tener como enfermo a lo largo de su vida, en base al escaso material —no médico— si literario e historiográfico que de él tenemos, y por supuesto sometido a la crítica —lógica— tanto de los eruditos literarios como de los colegas sanitarios, sean o no machadianos.

Rev Esp Patol 2008; 41 (1): 73-77

LA TUBERCULOSIS

En primer lugar, nos trasladamos a la Sevilla de finales del XIX —1893—, a la casa familiar de los Machado, en que su padre —47 años— fallece por tuberculosis. Posteriormente a Madrid —1900—, donde su hermana Cipriana, que vive con él, también muere de tisis a una edad muy temprana: 14 años. Los hogares familiares siempre estuvieron cercados, si no por la carencia, si por cierta penuria y estrechez en lo inmobiliario que inducía una vecindad de los cuerpos y por tanto un hábitat compartido muy próximo, con el aire sobrecargado y poco ventilado. La virulencia de estos gérmenes obliga a pensar que todos los familiares en primer grado estuvieron en contacto directo con ellos. Todos ellos desarrollarían un complejo primario tuberculoso.

También sabemos que en el entorno de su esposa —Cefirino y Sinforiano, padre y hermano respectivamente de Leonor Izquierdo Cuevas—, hay constancia de enfermedad tuberculosa familiar con mortal evolución. Su suegra, Dña. Isabel Cuevas Acebes, sin embargo, fallece a una edad casi octogenaria sin haber contraído la enfermedad. Antonio Machado, cuando toma posesión de su cátedra de francés en Soria en 1907, es —muy probable— una persona con una —presunta— inmunidad que lo hace resistente para el desarrollo de esta enfermedad. Una tuberculosis, que se halla acantonada, como en todos aquellos que tienen un complejo primario, sin condicionar ni desarrollar su clínica y cuyas defensas inmunitarias impiden su evolución, a pesar de que «vivan en su interior».

Mariano Iñiguez Ortiz, médico epidemiólogo, compañero-profesor de Instituto y de pensión, durante la estancia del poeta en Soria, publica en 1908 un interesante trabajo sobre la enfermedad de Calmette-Guérin —«Tuberculosis en la provincia de Soria»— en donde se pone de manifiesto la mortalidad que condiciona esta «epidemia» de 1900 a 1907 y que alcanza en España la cifra de 203 fallecidos por 100.000 habitantes/año (tasa bruta). Pensemos que esta enfermedad afectaba a todas las edades con una gran mortalidad en el primer año de vida.

Tras su matrimonio con Leonor, la tuberculosis —que le sigue allí donde va— vuelve a aparecer en su vida y se desarrolla de una forma agresiva en el cuerpo de su esposa, durante su estancia en París. ¿Era Machado un individuo con infección latente, sin enfermedad clínica? ¿Por qué Antonio, guiado por su amor a Leonor, y deseando seguir su mismo fin, «intima» —al máximo— con los bacilos de su mujer, sin desarrollar la enfermedad? La respuesta a esta última pregunta es la única que epidemiológicamente podríamos contestar, conociendo la historia tísica familiar del poeta y de Leonor.

La tuberculosis, sabemos que tiene un desarrollo más marcado e intenso en pacientes jóvenes previamente no sensibilizados. De acuerdo con el Profesor Gómez Lus,

la de Leonor habría sido una tuberculosis rápida o progresiva primaria. Se acepta, hoy en día, que las personas infectadas pueden desarrollar tuberculosis, bien por progresión directa (la enfermedad evoluciona pronto tras la infección) o reactivación endógena (el proceso se puede desarrollar muchos años después de la infección).

Conocer el «tipado» genético de los bacilos, en restos óseos, para su identificación, requeriría que las personas —sus restos— objeto de estudio, hubieran desarrollado una tuberculosis ósea en vida. Mariano Iñiguez, su compañero médico de trabajo y de pensión más próximo no ha dejado documento alguno ni manifestado ninguna patología que hubiera padecido el poeta durante el periodo que compartieron docencia y alojamiento.

EL TABACO

Era conocido, por sus alumnos, como «la Cenicienta», dado que la docencia escolar iba siempre asociada al consumo incesante de cigarrillos, y secundariamente por el rocío de cenizas en su vestimenta. De alguna forma tenemos que responsabilizar al tabaco de la patología crónica machadiana que nos ha llegado historiográficamente. Hasta mediados del siglo XX en que Doll y Petto en su trabajo epidemiológico relacionan tabaco y cáncer, el consumo de tabaco llegó a considerarse terapéutico, saludable y socialmente casi imprescindible en los varones. Sin embargo, al parecer y a pesar del elevado consumo de cigarrillos, Machado no estaba genéticamente dotado para el desarrollo de un cáncer de pulmón. Al menos, no presentó sintomatología clínica neoplásica en este sentido, aunque debemos recordar que la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón en los primeros cincuenta años del siglo XX era una «anécdota» —casos raros— a nivel internacional y motivo de publicación caso por caso. Hoy, con la perspectiva de la clínica y la patología neoplásica, cien años después, consideramos que muchos casos diagnosticados como caquexias (sic), decrepitud (sic) y consunción (sic) en ese período etario, corresponderían a neoplasias. Es, a partir de los años cincuenta, cuando comienza el crecimiento exponencial de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón, especialmente en hombres.

Señalar también, por las connotaciones que la afición tabáquica tenía en nuestro protagonista, que en el periodo 1900-1907 la mortalidad por cáncer en Soria —extrapolable al resto del país— era de 40 casos por 100.000 habitantes/año (tasa bruta), de los que menos del 5% eran pulmonares. Es decir, la mortalidad por tuberculosis era 5 veces mayor que la mortalidad por cáncer en todas sus localizaciones.

Tal y como se describe su vida —de una forma costumbrista, podríamos decir—, Machado, a lo largo de su existencia, va generando y autoinduciéndose lo que hoy

conocemos como una EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), que secundariamente condicionará una hipertensión pulmonar y a su vez y con el tiempo, una insuficiencia cardíaca, que en aquellos tiempos se evaluaba como «asma» —proceso de tipo alérgico, impreciso e incluso cuestionado en la revista *The Lancet* en 2006—. Realmente era de patrón asmático, más bien disneico pero por insuficiencia cardíaca, como órgano vital. Así se manifiesta en el año 1938, en Barcelona, por el ya citado Dr. Puche Alvarez, que le ratifica el diagnóstico de una disnea con un «asma cardíaco», aconsejándole o pactando con él, una reducción del consumo de cigarrillos. Bajo ningún concepto se llega a valorar en su génesis, el inveterado consumo de cigarrillos como agente causal y etiológico de sus problemas pulmonares.

Si entonces se hubiera dispuesto de los mínimos recursos diagnósticos, podríamos haber evaluado en los pulmones del poeta un «enfisema» o dilatación sacular de los alvéolos por rotura de los espacios pulmonares bronquiales terminales.

Dentro de los agentes tóxicos y drogas que pueden condicionar un enfisema es el consumo de tabaco el principal agente.

De Machado, lo único que nos han trasladado, ampliamente, son actitudes, vivencias y algunos testimonios gráficos. El cambio morfopatológico inducido sobre la imagen recogida por el fotógrafo Alfonso en el Café de las Salesas en Madrid, en 1933, en que Antonio presenta una marcada laxitud de los tejidos cutáneos del cuello —«papada cutánea»—, contrasta con las que se realizan en 1937, en Valencia, cuando él mismo se considera viejo y enfermo, evidencia que se traslada a través de su conocido retrato.

Su biotipo, en el último trienio vital, con desnutrición y retracción cutánea más marcada en las órbitas y región peribucal, mostrando unos globos oculares hundidos, coincide perfectamente con el que se describe en todos los libros actuales de Patología para este tipo de pacientes enfisematosos:

- Delgado.
- A menudo demacrado.
- Uso prominente de los músculos accesorios en la respiración.
- Edad: de 50 a 75 años.
- Síntoma dominante: la disnea más que la tos.
- Cianosis: leve o ausente.
- Infecciones del tracto respiratorio alto: ocasionales.
- Sonidos respiratorios —auscultación—: marcadamente disminuidos.
- Cor Pulmonale y fallo cardíaco derecho: Tan solo durante el proceso de una infección respiratoria y en el estadio terminal.
- Evolución: Respiración poco incapacitante interrumpida en los momentos de ataques por procesos infecciosos de las vías respiratorias altas.

Curso prolongado

Terminan por fallo cardíaco derecho y coma.

También es algo característico en las fotografías «humanas» machadianas, un rasgo facial que podría definir una dentadura en mal estado, «tintada» por la acción de la nicotina del tabaco. Machado nunca enseña sus dientes; por el contrario, parece siempre presionar su músculo orbicular labial. Caries y sarro, presumiblemente estaban presentes en su región oral junto a una cierta maloclusión de las arcadas dentarias, más evidente en los últimos años, probablemente por pérdida de piezas dentales. A ello debemos añadir en su última etapa la utilización de los músculos accesorios respiratorios faciales para compensar su disnea.

De Barcelona a Collioure se inicia el declinar final de nuestro poeta, que agudiza una serie de circunstancias medioambientales y habitacionales, estimulando un agravamiento de su estado. Famélico, con laxitud de la dermis cutánea de la frente, hundimiento de las órbitas oculares y un rostro expresivo de alejamiento del mundo que le rodea, acompañado de un abandono de su higiene externa, dibujan para Corpus Barga —compañero en el exilio— un espectro mortecino.

Según su hermano José, las largas colas de espera en la frontera franco-española y el alojamiento temporal en un vagón de mercancías —abandonado— en Cerbère, desvencijado y con amplios ventanales al exterior —no estructurales— por donde la lluvia regaba, más que gotear, el interior, en el seno de una climatología invernal, incidieron en gran medida sobre la ya muy deteriorada salud de Antonio.

Eulalio Ferrer, recientemente homenajeado en Santander (Otoño 2006), nos describe en estas líneas, sus vivencias con la madre y el hijo, en tierra francesa, el 7 de febrero de 1939, dibujando el perfil de unos seres enfermos del cuerpo y del alma y confirmándonos personalmente los datos aquí referidos como testigo presencial, que incluyen la patología terminal que en estas páginas incluimos.

«Pasamos Cerbère y acampamos en Banyuls. En la placita del pueblo, sentados en un banco, Luis [Cillán] descubre a Antonio Machado y a su madre. Nos miran con gratitud cuando les hablamos. Nos han prometido que vendrán a recogernos, dice don Antonio. Pero nadie sabe nada de nada. Observa mi capote militar y se lo entrego impulsivamente, como si así quisiera rendir homenaje a este gran poeta que tanto admiro. Lo junta a la manta que cubre los dos cuerpos, necesitados de más abrigo. Alguna palabra musitan, pero sólo percibimos la luz que pasa de unos ojos a otros, patéticamente tristes, buscando la tranquilidad de la despedida.»

Probablemente la travesía fronteriza es el punto de inflexión terminal. Con ese hábitat citado y en unos organismos ya muy deteriorados, cualquier germen, por poco oportunista que fuera, encuentra un campo abonado para

desarrollarse. La patología pulmonar en el caso del hijo y la edad de la madre, sobreañadida, son caldo de cultivo para el progreso de infecciones ávidas de cuerpos depauperados y deprimidos por el frío, la malnutrición y la ausencia de esperanza.

La estancia de la familia en Collioure, ha sido tratada por todos los estudiosos de la obra machadiana, y considero innecesario incidir más en los aspectos periféricos de la agonía humana del poeta.

Pensemos que en esas fechas, no se han desarrollado los antibióticos y que el médico francés Dr. Cazaben, le administró algunos de los medicamentos de la época para estas patologías, de una forma paliativa: balsámicos, yoduro potásico y/o belladona para expectorar probablemente fueron su única terapia. Fueron 4 interminables días con disnea, desorientación temporo-espacial, delirios y una marcada opresión torácica consecuencia de su insuficiencia cardíaca congestiva hasta su entrada en coma y muerte el 22 de febrero de 1939.

Como patólogo, he osado, a través de estas líneas, realizar virtualmente un estudio de aquellos hallazgos que hubiéramos encontrado probablemente en el cuerpo del hombre mortal, si se le hubiera practicado una necropsia.

Es, ante todo, una hipótesis fundada en los datos clínico-literarios hallados hasta la fecha y, como todo aquello que se basa en informaciones contrastadas aunque sin documentación médica, no es científicamente objetiva pero al menos no es subjetiva. No obstante, está abierta a la crítica constructiva de todos aquellos hombres de bien, estudiosos o no de Machado.

Hábito externo:

Desnutrición y signos cutáneo-mucosos de deshidratación.

Discreta cianosis labial.

Cavidad Torácica:

— Pulmones: edematosos, crepitantes, con zonas condensadas, muy congestivos, de esfuerzo, marcado aumento de peso, sin expresión aérea —no flotan en agua—, con bullas enfisematosas periféricas y adherencias pleurales. Presencia de un depósito pardo-negruczo diseminado de tipo antracótico.

— Presencia de un nódulo blanquecino fibroso denso, parcialmente calcificado de tipo tuberculoso. Foco de Ghon (Complejo Primario).

— Bronquios ocupados por un material purulento generalizado.

— Corazón: con cardiomegalia fundamentalmente derecha e hipertrofia ventricular:

- Válvula tricúspide: discreto aumento de diámetro.
- Arteria Pulmonar: aumentada en su diámetro.
- Arteria Aorta: moderada arteriosclerosis no calcificada.

— Sistema Arterial:

- Discreta arteriosclerosis no calcificada ni ulcerada.

No trombos.

En el resto de las vísceras, órganos y sistemas probablemente no encontraríamos patología macroscópica. Tan solo signos reductores, en la mucosa intestinal, derivados de su gastroenteritis final.

Por tanto, nuestro poeta muere, como cuerpo humano, por una:

— BRONCONEUMONÍA PANLOBAR BILATERAL de tipo bacteriano, como causa fundamental, asociada a otras alteraciones concomitantes y preexistentes:

— Enfisema Generalizado Bilateral.

• Hipertensión Pulmonar.

- Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

- Cardiomegalia.

- Hipertrofia ventricular derecha

• Patología gastrointestinal secundaria

— Alteraciones Independientes.

• Tuberculosis: Complejo primario fibrosado y calcificado (Foco de Ghon).

• Arteriosclerosis moderada no calcificada.

ADDENDUM

El Dr. Calvo Melendro, señaló siempre la mayor incidencia de patología degenerativa, incluyendo tumores, en los vencidos de la Guerra Civil 1936-1939 que en aquellos que se consideraron vencedores. La depresión y la pérdida de los valores humanos más elementales entre los vencidos condiciona —sin poder ser medida— una pérdida de las defensas inmunitarias en la población, como años después se demuestra entre grupos humanos sometidos a las mismas agresiones integrales de la persona.

Soria Diciembre de 2006

BIBLIOGRAFÍA

1. Iñiguez Ortiz M. La Tuberculosis en Soria. Soria: Diputación Provincial de Soria; 1908.
2. Guisande de Brea VR. Memoria sobre las causas de la Mortalidad en Soria. Soria: Ayuntamiento de Soria; 1907.
3. Gomez Lus R. Del control al recrudescimiento de la tuberculosis. *Jano* 1997; 1206; 45-50.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *Br Med J* 2004; 328: 1519-28.
5. Gibson I. Ligerero de equipaje (La vida de Antonio Machado). Madrid: Ed. Aguilar; 2006.
6. Gros Bañeres M.B. Estudio clínico epidemiológico de la tuberculosis en la provincia de Soria 1983. 1993. N.º 37. *Temas Sorianos*. Soria: Diputación Provincial de Soria; 1999.
7. Vollset SM, Tverdal A, Gjessing HK. Smoking and deaths between 40 and 70 years of age in women and men. *Ann Intern Med* 2006; 144: 381-89.

9. Corbalán P. El largo éxodo y la muerte de Antonio Machado. *Tiempo de Historia* 1975; 4.
10. Alvar M. Introducción» a las Poesías completas de Antonio Machado. Colección Austral. 13.^a edición. Madrid: Espasa-Calpe; 1988.
11. Colby TV, Travis WD, Koss MN, editores. Non-Neoplastic Disorders of the lower respiratory tract. *Atlas of Non-tumors Pathology. First series. Fascicle 2.* Washington DC: AFIP; 2002.
12. Moreno Moreno M. Aportación personal.
13. Ferrer Rodríguez E. Memoria de Vida. *Páginas del Exilio.* Ed. Aguilar; 1999. p. 29-30.
14. Ferrer Rodríguez E. *Entre Alambradas* Barcelona: Grijalbo; 1988. p. 25-26.