

INTER ASIA PAPERS

ISSN 2013-1747

nº 14 / 2010

**REINVENTANDO EL IMAGINARIO
MÉDICO JAPONÉS: LA EXPERIENCIA
OCCIDENTALIZADORA DURANTE EL
PERIODO MEIJI**

Carlos Hugo Sierra
Keele University

**Instituto de Estudios Internacionales e Interculturales
Grupo de Investigación Inter Asia
Universitat Autònoma de Barcelona**

INTER ASIA PAPERS

© **Inter Asia Papers** es una publicación conjunta del Instituto de Estudios Internacionales e Interculturales y el Grupo de Investigación Inter Asia de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Contacto editorial

Instituto de Estudios Internacionales e Interculturales
Grupo de Investigación Inter Asia

Edifici E1
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) Barcelona
España

Tel: + 34 - 93 581 2111
Fax: + 34 - 93 581 3266

E-mail: gr.interasia@uab.cat
Página web: <http://www.uab.cat/grup-recerca/interasia>
© Grupo de Investigación Inter Asia

Edita

Instituto de Estudios Internacionales e Interculturales
Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) Barcelona 2008
Universitat Autònoma de Barcelona

ISSN 2013-1739 (versión impresa)
Depósito Legal: B-50443-2008 (versión impresa)

ISSN 2013-1747 (versión en línea)
Depósito Legal: B-50442-2008 (versión en línea)

Diseño y maquetación: Xesco Ortega

Reinventando el imaginario médico japonés: la experiencia occidentalizadora durante el periodo Meiji

Carlos Hugo Sierra
Keele University

Resumen

El propósito fundamental de este texto es presentar el contexto histórico y sociocultural de la introducción de la medicina occidental en Japón durante las primeras décadas del periodo Meiji. En esta fase pre-bacteriológica, la occidentalización en materia médica alentó una política de confrontación a diferentes niveles con el imaginario tradicional japonés que desembocó, no sólo en una pugna por espacios estratégicos de legitimidad, sino que también, de modo transitorio efímero, alumbró un fenómeno de pluralismo médico nunca contemplado hasta entonces.

Palabras clave

Reformas Meiji, imaginario, cuerpo, hospital, higiene.

Abstract

The aim of this paper is to show the historical and socio-cultural context of the arrival of Western medicine to Japan during the first decades of the Meiji period. In this pre-bacteriological phase the westernization of medicine promoted, on different levels, a confrontation policy with the Japanese traditional imaginary that led to a struggle for strategic spaces of legitimacy, and also to an ephemeral and transitory medical pluralism never seen before.

Key words

Meiji reforms, imaginary, body, hospital, health.

REINVENTANDO EL IMAGINARIO MÉDICO JAPONÉS: LA EXPERIENCIA OCCIDENTALIZADORA DURANTE EL PERIODO MEIJI¹

Carlos Hugo Sierra
Keele University

Introducción

Queda en el terreno de la especulación hasta qué punto M. Foucault, yendo más allá de la administración estratégica del horizonte cultural japonés,² hubiera considerado el proceso de

¹ Este texto forma parte de una investigación sobre la historia de la medicina japonesa en el periodo Meiji, *Symbology and Imaginary of corporeal representation: The introduction of Western Medicine into Japan in the Early Meiji Period*, que estoy desarrollando bajo la supervisión del profesor Akihito Suzuki, de la Universidad de Keio (慶應義塾大学).

² En la visita de M. Foucault a un templo Zen del departamento de Yamanashi durante su estancia en Japón en 1978 y, ante la pregunta de un bonzo de si el interés de aquél hacia Japón era profundo o superficial, lo deja meridianamente claro: “*Honnêtement, je ne suis pas constamment intéressé par le Japon. Ce qui m'intéresse, c'est l'histoire occidentale de la rationalité et sa limite. Sur ce point, le Japon pose un problème qu'on ne peut pas éviter, et c'est une illustration de ce problème. Car le Japon est une énigme, très difficile à déchiffrer. En réalité, celle-ci construit des colonies partout ailleurs, tandis qu'au Japon elle est loin d'en construire une, elle est plutôt, au contraire, colonisée par le Japon*”. [Sinceramente, no estoy constantemente interesado en Japón. Lo que me interesa es la historia de la racionalidad occidental y sus límites. En este punto, Japón es un problema que no puede evitarse, y es una ilustración de este problema. Pues Japón es un enigma muy difícil de descifrar. En realidad ésta (la historia occidental) construye colonias en cualquier otra parte, mientras que en Japón está lejos de construir una, más bien, al contrario, es colonizada por Japón] (traducción del autor). Foucault, M. *Dits et écrits*. París: Editions Gallimard, 1994, p. 620.

introducción de la medicina occidental durante el periodo Meiji (1867-1912, 明治時代) como un inmejorable indicio probatorio de aquella mirada médica positivizante que tematiza en sus reflexiones más audaces, sobre todo, en su texto titulado *El nacimiento de la clínica (Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, 1963). No se trata de un asunto menor o de un trivial ejercicio de historia ficción puesto que, a decir verdad, la institucionalización de la medicina occidental como principio irrenunciable de la política médica (*isei* 衛生) promulgada a partir de 1874 representa, tal y como sugiere Susan L. Burns, una vivencia espacializadora inédita que afecta a la percepción del cuerpo humano y al hecho patológico mismo.³ En otras palabras, tomada desde este punto de vista, la profunda transformación cultural que experimenta la nación japonesa durante aquel periodo puede ser entendida en claves muy cercanas al discurso foucaultiano sobre el poder medicalizado.

Ciertamente, la medicina, que por aquellos años era la disciplina principal en los estudios científicos japoneses,⁴ se convierte, a su vez, en un factor central de modernización y “civilización” (*bunmei kaika* 文明開化), en la medida en que despliega un campo esencial de “conocimiento positivo y regulativo” para las estrategias del Estado. Hasta tal punto que la salud pública y la

³ Véase al respecto, Burns, L. S. ‘Contemplating Places: The Hospital as Modern Experience in Meiji Japan’, in Helen Hardacre & Adam L. Kern (Eds.), *New Directions in the study of Meiji Japan*. Leiden: E. J. Brill Publisher, 1997.

⁴ J. R. Bartholomew apunta que, de los 1360 *hakushi* 博士 o doctores “científicos” japoneses que desempeñan su actividad en centros de investigación entre 1888 y 1920, 656 trabajan en el campo de la medicina. Bartholomew, J. R. *The Formation of Science in Japan. Building a Research Tradition*. New Haven & London: Yale University Press, 1989, p. 51.

protección sanitaria de los ciudadanos fueron vistas como una responsabilidad gubernamental dentro de las estrategias de la política nacional japonesa (國體, *kokutai*). De esta forma, se entrevee bajo el nuevo modelo médico japonés que se impone a finales del siglo XIX (a partir de 1870 Japón adopta el modelo médico alemán)⁵ una empresa nosopolítica (*nosopolitique*) en la que se da inicio a la administración de los rasgos biológicos de las poblaciones y la movilización terapéutica de las masas. La necesidad de reorganizar el tratamiento de enfermedades como el cólera, la sífilis, el beriberi o la viruela se convierte en un problema de intervención higienista en la sociedad (Latour, 1984) que, sin embargo, permite al poder gubernamental producir determinados espacios racionales de normalización del comportamiento individual a través del control corporal (Burns, 1997).

Tabla 1: Doctorados japoneses en campos técnicos, 1888 y 1920.

Especialidad	Número	Especialidad	Número
Medicina	656	Geología	18
Química	27	Agricultura	108
Física	54	Gestión Forestal	30
Biología	56	Ingeniería	366
Matemáticas	22	Veterinaria	23

Fuente: Iseki Kurō, ed. *Dai Nihon roku*, 5 vols. (1921-30); *Jinji kōshin roku*, 1903-37; Tsunesaburō, ed. *Who's Who in Japan*, 1914-1937. Extraído de J. R. Bartholomeu, *op. cit.*, p. 52.

⁵ Sobre este asunto, véase Bowers, J. Z (1980). *When the twain meet. The rise of western medicine in Japan*. Baltimore & London: The Johns Hopkins Press, pp. 47-48. También resulta de interés, Noriaki Kamiya. *Nihon kindai igaku no akebono*. Tokio: Iryōtoshō Shuppansha, 1979, pp. 39-69.



Imagen 1. Miembros de la misión Iwakura. Fotografía tomada en Londres, 1872. 日本語 岩倉使節団 1872年、ロンドン滞在中に撮影

En este sentido, la introducción inmediata del concepto occidental de “higiene” (*Gesundheitspflege*) a través de las conclusiones presentadas por la misión *Iwakura* (*Iwakura Shisetsudan*, 岩倉使節団) tras su estancia en tierras estadounidenses y europeas en 1871, y en especial, debido a los conocimientos adquiridos durante tal travesía por Nagayo Sensai 長与専齋 (fundador de la *Oficina de Higiene*, 内務省衛生局, y creador de las bases del sistema público de salud japonés), será fundamental a la hora de consolidar una política de salud (*kōshū eisei* 公衆衛生) que no sólo se ve investido de un discurso médico legítimo, sino que además, auspicia la regulación de un comportamiento higiénico-sanitario concreto y el establecimiento de nuevos espacios organizacionales para la experiencia patológica. De entre las diferentes estancias

médicas que se instalan en suelo japonés, como la clínica, el laboratorio, el departamento universitario, etc., aquí se prestará atención al hospital de cuarentena o *hibyōin* (避病院).

El hospital: un nuevo orden espacial de la experiencia médica

El hospital, como institución importada por el gobierno Meiji, es un espacio completamente novedoso en la historia médica japonesa que arrumba con las antiguas infraestructuras pre-modernas. La occidentalización anunciada a bombo y platillo por el gobierno Meiji exigía profundas reformas que, en el campo de la medicina, se tradujeron en la construcción acelerada en las bulliciosas ciudades niponas de estos singulares edificios de atención sanitaria. Con todo, el proceso de asentamiento de esta desconocida arquitectura médica no fue fácil, en la medida en que introducía una cuña en el imaginario médico tradicional, sumamente arraigado en extensas capas de la población japonesa. De esta forma, el hospital (el *sanitarium* o *asylum*) se sitúa en el centro de una enconada confrontación entre las élites políticas junto con la incipiente comunidad científica, que postula su necesidad, y el acendrado recelo que despierta en las clases populares japonesas, en tanto que subvierte la estructura sociocultural en la que se acoge tradicionalmente la experiencia patológica. Con la conformación del nuevo gobierno en 1868 se decide dar un paso de no retorno respecto al universo médico pre-moderno,⁶ de tal manera que los hospitales comienzan a proliferar

⁶ No hay un consenso absoluto entre los historiadores acerca de los factores causales que coadyuvaron a la consolidación del modelo médico del periodo Meiji. Por un lado, existen lecturas confrontadas en torno al papel de la medicina tradicional en este proceso: desde no atribuirle versatilidad alguna para la adaptación a los nuevos tiempos (Fukuzawa Yukichi), hasta la reivindicación de su activa resistencia contra la medicina occidental (Masayoshi Sugimoto y David L. Swain). Otro tanto ocurre con el tema de

en el paisaje urbano japonés de un modo exponencial, hasta tal punto que, si en 1875 Japón cuenta con 52 hospitales (en Kioto, Osaka, Sapporo, Shimazu, Fukui, Mikuni, Nagoya, Kanazawa...), en tan sólo ocho años (es decir, para el año 1883) se llega a la asombrosa cifra de 625 hospitales.⁷ Es cierto, que por aquel entonces estos hospitales primitivos poco tenían que ver con las mega-estructuras actuales. De hecho, en frecuentes ocasiones consistían tan sólo en unos pocos templos budistas abandonados que daban cabida, a causa de su reducido espacio, a un muy escaso número de pacientes (Suzuki y Suzuki, 2009: 188; Burns, 1997: 704). Ahora bien, su extensión progresiva es, a todas luces, un indicador concreto de la profunda transformación cultural que se está produciendo en el país del sol naciente durante aquel periodo. Lo que está en juego es una redefinición del ciudadano japonés que auspiciase una mayor autoridad del poder gubernamental sobre los cuerpos ya que, para construir una “nación rica y un ejército fuerte” (*fukoku kyōhei* 富国強兵), tal y como señalan las proclamas públicas de los mandatarios que lideran el proceso de reformas, resultan imprescindibles trabajadores saludables y soldados robustos y vigorosos. Así, como corolario lógico de tales aspiraciones y siguiendo las políticas occidentales de higiene y salud públicas, el recién

los estudios holandeses (*Rangaku* 蘭学). Frente a la postura que defiende la no contribución de los estudios holandeses en la constitución de las bases que llevaron a buen puerto la ciencia Meiji (Kenkichiro Koizumi), otros, por el contrario, defienden su reconocimiento como Nakayama Shigeru e, incluso, James R. Bartholomeu, afirma la gran influencia ejercida por parte de los médicos del periodo Tokugawa en el desarrollo de la ciencia moderna en Japón. Tominari Kimahei sostiene que los investigadores de *Rangaku* deben ser justamente considerados verdaderos precursores de la ciencia Meiji. Véase, J. R. Bartholomew. *op. cit.*, p. 50.

⁷ Se trata de datos extraídos del Ministerio público de bienestar social comentados en S. L. Burns, *op. cit.*, 703-704.

instaurado gobierno Meiji comienza a inmiscuirse en los hábitos alimenticios colectivos (por ejemplo, no son ni mucho menos inhabituales las exhortaciones a comer carne, tomar sopa y beber leche para “mejorar la raza”) y, sobre todo, reglamenta la experiencia somática mediante la nueva mega-tecnología médica (es decir, el conjunto convergente de conocimientos, prácticas e instituciones) cuyo espacio prototípico se sitúa en las misteriosas y desconocidas salas de internamiento. Pero, en cualquier caso, el problema no se solventaba con las nuevas medidas de planificación urbanística que favorecían la entrada de estos sorprendentes centros en los núcleos poblacionales nipones, sino que era preciso también llevar a cabo una importante labor de persuasión propagandística, reorganizar de algún modo el imaginario popular que, en términos generales, recelaba de la praxis médica occidental desempeñada en aquellas instancias médicas. En una primera fase, se hizo fuerte la creencia, difundida masivamente a través de los periódicos y revistas de la época, de que el hospital venía a romper las redes de solidaridad tradicionales para afrontar la amenaza patológica en favor de una experiencia solitaria y aislada, que sometía al individuo a un desorientador confinamiento (baste citar, por su elocuencia y expresividad literarias, las crónicas *Hotogisu* 不如歸 de Tokutomi Roka 徳富蘆花, 1899-1900; *Aobudō* 青葡萄 de Kōyō 尾崎紅葉, 1896 o *Byōin* 病院 de Shimazaki Tōson 島崎藤村, 1913). Pero eso no es todo. La vigilancia sistemática e intensiva del cuerpo sufriente bajo la estructura panóptica de esta nueva topología médica impulsa, asimismo, la reubicación de la enfermedad en un contexto desnaturalizado, un territorio de inscripción y categorización de los individuos que suscita en la imaginación del ciudadano japonés las sospechas más lúgubres (tal y como aparece en ciertos ensayos del momento: *Ichinen yūhan* 一年有半 de Nakae Chōmin 中江兆民, 1903, *Byōkanroku* de Tsunashima Ryōsen 綱島梁川, 1907 o *Byōchū hōrō* de Taoka Reibun 田岡嶺雲).

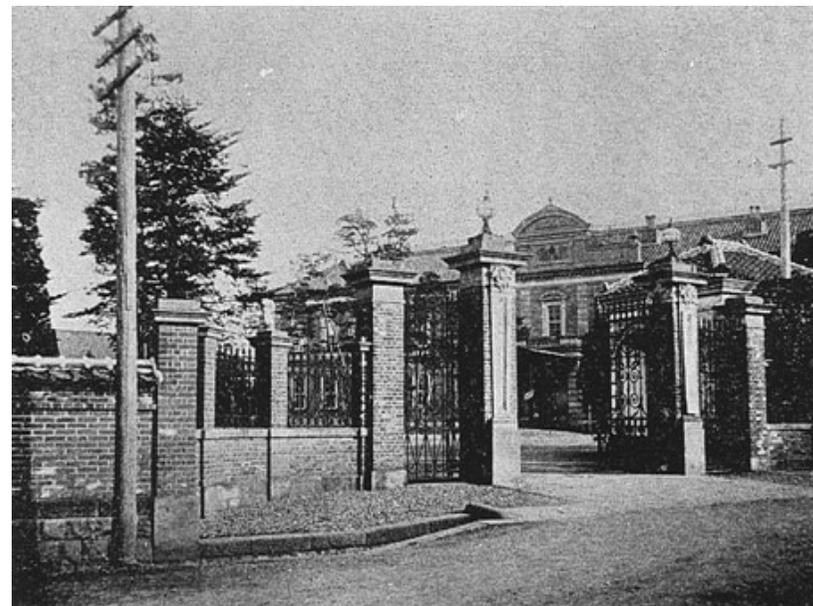


Imagen 2. Hospital de la Cruz Roja japonesa, *Nihon Sekijujisha Byoin* 日本红十字病院, 1903.

Esta significación, un tanto amenazadora, del universo hospitalario adquirió tonos más sombríos cuando, ante el brote de cólera de 1878, el gobierno japonés autorizó el establecimiento de hospitales de cuarentena (*hibyōin* 避病院). La naturaleza de la intervención institucional sobre la enfermedad (que consistió, por lo general, en el transporte obligado de los enfermos a los centros de salud, limpieza de las casas y puesta inmediata en cuarentena de todo aquel que hubiera tenido contacto con los individuos enfermos) extendió la creencia de que el hospital constituía un vertedero donde se almacenaban los cuerpos humanos sin retorno. Al respecto de ello, nada más esclarecedor que lo relatado en la crónica *Aobudō* de Ozaki Kōyō, publicada en el *Yumiuri shinbun* (讀賣新聞, *Yumiuri shinbun*) en 1896, donde se resume con desatada crudeza el sentimiento de miedo, vergüenza y desorientación que invade al paciente en un centro de tales características al asociar alegóricamente lo que acontece en el

hospital con el acometimiento de un auténtico asesinato.⁸ Por mucho que pueda parecer este símil algo desproporcionado a los ojos de un occidental, la validez descriptiva de estos ejemplos pasa por la imposibilidad de relegarlos a lo meramente anecdótico. De otro modo no se estaría en absoluto atinado a la hora de diagnosticar el universo de creencias, llenas de escepticismo y aversión, que crecen entre la población japonesa a la hora de referirse a la nueva política de internamiento. Las diferentes oleadas expansivas del cólera en Japón (durante los años 1822, 1858 y 1877)⁹ no sólo van a determinar el rumbo de las estrategias políticas a favor de la definitiva consolidación del modelo médico occidental (a través de una ingente producción normativa o mediante una importante contratación de médicos extranjeros)¹⁰ sino que además provocará una reacción extrema

⁸ Apareció en el *Yomiuri shinbun* del 16 de septiembre al 1 de noviembre de 1896.

⁹ El primer brote de cólera entró en Japón en 1822 a través de los puertos de comercio con las potencias extranjeras de Tsushima o Nagasaki. El segundo brote de cólera se extendió por Japón cuando arribó al puerto de Nagasaki el barco de la armada estadounidense Mississippi. La tercera expansión del cólera coincidió con la rebelión Satsuma de 1877 y la enfermedad fue semi-endémica en Japón hasta 1886. Al respecto, véase Suzuki, A y Suzuki, M., 'Cholera, consumer and citizenship. Modernisations of medicine in Japan', in Hormoz Ebrahimnejad (Ed.). *The Development of Modern Medicine in Non-Western Countries*. London y New York: Routledge, 2009.

¹⁰ Por un lado, la administración médica japonesa se organiza a través de un proceso de institucionalización progresiva con la creación de la *Oficina de Asuntos Médicos* o *Imu-Ka* (1872), la *Oficina de Higiene* o *Eisei-kyoku* (cuyo director era el ya mencionado Nagayo Sensai, al que sucede Iwasa Atsushi, Sagara Tomoyasu y, posteriormente, Shimpei Gotō), y el *Instituto para las Enfermedades Infecciosas* o *Desembyo Kenkyujo*, 1893. Por otro lado, se desarrolla un ingente corpus normativo (*Acta Médica* o *isei*, 1874) que incorpora el concepto de política médica (*Iji-Keisatsu*, *Eisei-Keisatsu*). En este sentido, y como ya se ha dicho anteriormente, el concepto occidental de "higiene" (*Gesundheitspflege*) se refiere a la política de salud (*Kōshū eisei*) que provee un discurso médico legitimado para la regulación del comportamiento higiénico sanitario (*Normas para la Prevención de*

de ciertos sectores de la ciudadanía japonesa. Ante los dolorosos estragos de la infección, el malestar creciente que se manifiesta en la opinión pública se concentra, sobre todo, en la consideración médica de la vida humana, llegando incluso a evocar las ya clásicas distopías médicas de la literatura occidental (M. W. Shelley: *Frankenstein o el moderno Prometeo*, 1818; R. L. Stevenson: *Los Ladrones de Cadáveres*, 1884; H. G. Wells: *La Isla del Dr. Moreau*, 1896, etc.) cuando se asemeja a los hospitales como lugares horriblos donde los médicos destripaban a los pacientes vivos y se vendían los hígados como medicina (Suzuki y Suzuki, 2009: 188). Y es que tanto la evisceración disectiva, la examinación física al estilo occidental como el internamiento o las diversas infestaciones víricas que asolan al territorio nipón constituyen categorías de altísimo alcance retórico en aquel discurso político popular que anatematiza de modo virulento el intervencionismo foráneo. En otras palabras, el examen diagnóstico, el contagio o la manipulación anatómica de un cadáver es equivalente, cualitativamente, a la violación del cuerpo nacional. Sumamente ilustrativo de lo anterior es la histórica demanda del comandante ruso del buque *Posadnik* (Посадник), atracado en la bahía de Nagasaki en 1860, que, con el objeto de impedir el contagio de sífilis (*kasa* 瘡 o *baidoku* 梅毒) de su marinería, exigió la revisión de los genitales de todas aquellas mujeres de los barrios de placer (*yūkaku* 遊郭) cercanos al puerto. Aquí se suscita un problema político de relaciones internacionales que se resuelve mediante la aceptación del escrutinio físico y la demarcación sistemática tanto de establecimientos (en adelante "prostíbulos de los navegantes rusos") como de colectivos femeninos autóctonos (las llamadas "putas rusas") a fin de protegerse de las agresiones que debilitan

Enfermedades Infecciosas; Guía sobre la Prevención del Cólera, 1877, *Regulaciones relativas a la Prevención de Enfermedades Infecciosas*, 1880, *Estadísticas Públicas de Salud*, 1876, etc.).

a la nación (la sífilis es denominada en un principio *tōkasa*, la “sífilis china”, debido a su introducción por los portugueses que mercadeaban con el Imperio del Centro en el siglo XVI). Pero también sienta un precedente en la política de confinamiento que tendrá lugar con la fundación de los conocidos popularmente como “hospitales de prostitutas” y en la obsesión inspeccionadora por parte del gobierno, ante la cual se van a registrar llamativos actos en defensa del honor y la intimidad personal. De entre ellos, Susan L. Burns se hace eco de una noticia recogida en el *Osaka nippō* (*Osaka Daily News*) en 1872 acerca de una joven prostituta llamada O-Raku que había cometido suicidio antes de verse sometida a la indignidad de un examen médico genital.¹¹



Imagen 3. Universidad Imperial de Tokio, *Tōkyō Teikoku Daigaku* (東京帝國大學), denominada así a partir de 1887.

¹¹ El artículo del periódico se extiende en detalles sobre el procedimiento de examen llevado a cabo en Osaka bajo la dirección de los estudiantes de la Escuela de Medicina de Naniwa: ante la presencia de cuatro o cinco médicos, se le requiere a la mujer que levante sus faldas y que se sienta en una silla especial, bajo la cual es escudriñada con detenimiento y minuciosidad. Burns, L. S. ‘Constructing the National Body: Public Health and the Nation in Meiji Japan’, in Timothy Brook and André Schmid (Eds.), *Nation Work: Asian Elites and National Identities*, Ann Arbor: University of Michigan Press, 2000, p. 34.

Nos encontramos, en definitiva, a las puertas de un periodo de disturbios y revueltas contra las medidas del gobierno, especialmente durante la epidemia de cólera de 1879, que si bien son localizadas, no dejan de tener importancia. Así, en Niigata (新潟市), hubo una concentración de alrededor de 1.000 campesinos exigiendo la clausura de los hospitales de aislamiento, llegando a saquear las casas de los ricos comerciantes y a asesinar, cuando sus demandas fueron desoídas, a ciertos funcionarios locales del gobierno.¹² En Chiba (千葉市) la violencia llegó a tal extremo que se asesinó a un médico de uno de estos hospitales debido a que diseccionaba cadáveres con objeto de orientarlos al estudio anatómico.¹³ A fin de reconducir la situación, hubo ciertos compromisos entre los diferentes sectores en liza que tenían por objeto aplacar los enfrentamientos. De esta forma, se consintió la sustitución de los hospitales por las propias casas de los enfermos como lugares de aislamiento mientras que, por la otra parte, algunos colectivos acceden a apoyar, mediante donaciones monetarias o de medicinas, las políticas gubernamentales contra el cólera. Pero, en ningún caso, se logró suturar el abismo irreversible que abre la política médica Meiji entre lo moderno y lo tradicional, entre la cultura de la élite y la cultura de las masas. En ese sentido, y como fenómeno paradigmático de la acelerada transformación de la realidad japonesa, el hospital se alza también como una referencia de demarcación socioeconómica de primer nivel. No sólo se abre una brecha insalvable entre hospitales públicos y hospitales privados, a los que sólo puede acceder una minoría adinerada, (y que abren una dura competencia por la captación de clientes en zonas

¹² Obinata. *Korera Sōjō wo Meguru Minshū to Kokka*. Mencionado en Suzuki A. y Suzuki, M. op. cit., p. 188.

¹³ Numano, Genshō. *Korera-i Genshō*. Takio: Kyōei Shobō. Mencionado en Suzuki A. y Suzuki, M. op. cit., p. 188.

como Surugadai 駿河台, también llamado el “distrito hospitalario” debido a la altísima concentración de este tipo de centros), sino que con ello aparece una asimetría en el trato médico de ambos espacios, hasta el extremo de identificar al hospital privado con un prostíbulo y el público, por el contrario, con una prisión. La enfermedad asume las cualidades morales de un auténtico crimen cuya significación y padecimiento se estructura de modo diferencial a través de la jerarquía de clases.

El hospital privado, es exactamente como un prostíbulo dedicado al beneficio. El enfermo, que debiera dar lástima es visto como un sospechoso. No le dejan libre hasta que haya vaciado los bolsillos. Las ganancias del hombre medio, logradas durante diez años, estarían completamente agotadas cuando su mujer entrase en el hospital para una estancia individual (...) la actitud del director del hospital es como la madame del establecimiento, mientras que el equipo de doctores y empleados son como contables y guardaespaldas, respectivamente, y las enfermeras como prostitutas que acaban de comenzar en el negocio.

Respecto al hospital público, no es sino otra forma de prisión. Las actitudes del director del hospital y las de los distinguidos doctores subordinados son verdaderamente intimidatorias. Ellos conciben a la persona enferma como un criminal. Cuando los doctores hacen sus rondas, preguntan al paciente sobre sus síntomas como el fiscal público interroga a un sospechoso.¹⁴

Sin embargo, la institucionalización de la medicina occidental provoca otro tipo de efectos colaterales al albur del progreso material que tiene lugar en aquellas décadas. El primero de ellos tiene que ver con la re-composición discursiva del hecho patológico por parte de la medicina *kanpō* (漢方) y medicina popular japonesa.¹⁵ En este sentido, el ejemplo del beriberi

¹⁴ Tsunejiro Kondō. *Gyōga sannin*, mencionado en Susan L. Burns, op. cit., 714.

¹⁵ Con este término, que probablemente tiene su aparición durante el periodo *Bakumatsu* 幕末 (1853-1868), nos referimos al corpus de métodos establecidos por la medicina china (*Chung-i* 中医).

(*kakkebyō* 脚気病) resulta paradigmático ya que, a pesar de que era conocido en los textos médicos de la China antigua (*Zhu bing yuan hou lun* 诸病源候论 y *Qian jin fang* 千金方) que Japón comienza a importar desde el siglo VIII, y en la propia tradición médica japonesa desde el siglo IX (*kakkebyō*), durante el periodo Tokugawa (*Tokugawa jidai* 徳川時代) y, mas profundamente, durante el periodo de reformas Meiji (*Meiji ishin* 明治維新), la enfermedad del beriberi adopta una faz diferente, fundamentalmente asociada a las insalubres costumbres de las poblaciones trabajadoras que se hacían en los centros fabriles de las ciudades niponas. Para más señas, el *kakke* (脚気) se identifica también con la aflicción de Edo (*Edo wazurai*, 江戸煩い), la capital del país.¹⁶ En consecuencia, el diagnóstico sobre la etiología de la enfermedad incorpora una lectura moral e ideológica de los nuevos hábitos de la vida cotidiana japonesa que acompañan a la occidentalización de la sociedad. La sabiduría popular es rotunda en esto: si uno se abandona a los irresistibles reclamos de la capital, es posible que se traiga un inesperado regalo de Tokio (*Pesky kakke*).¹⁷ Desde esta perspectiva, el discurso médico se convierte en una vía heurística fundamental para comprender las estrategias de resistencia establecidas por el imaginario popular japonés contra las externalidades negativas del progreso económico.

¹⁶ A partir de un edicto de 1868, adopta la denominación de Tokio (江戸ヲ稱シテ東京ト爲スノ詔書).

¹⁷ Se trata de un verso humorístico que data de 1906. Yamamoto Seinotsuke. *Senryū iryō fuzkokushi*. Tokio: Makino shuppansha, 1972, p. 136.

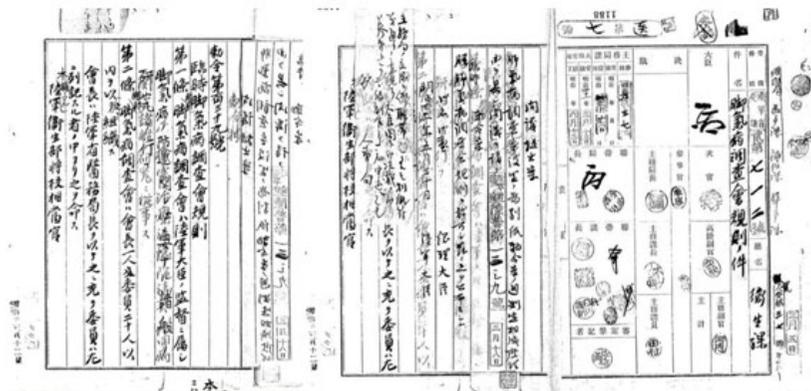


Imagen 4. Normativa de la comisión del Beriberi (脚気病調査会規則).

Al revisar brevemente las descripciones del beriberi en los textos médicos desde el siglo XVIII hasta el periodo Meiji, se llega a la conclusión de que su sintomatología atiende a la oposición entre el desarrollismo urbanístico y mercantil que se extiende rápidamente por todo el territorio y el sistema tradicional de vida campesino que comienza a declinar. De hecho, no es casual que su mayor presencia sea detectada en las grandes urbes (entre las que destacan Kioto, Edo y Osaka), donde, por lo demás, se dan condiciones higiénicas paupérrimas (en los términos de salud entendida como mantenimiento del hábito vital consignado por el principio *Yang sheng* 陽紳) y, asimismo, se fomenta una cultura cotidiana sumamente desordenada y perniciosa (muy del gusto de las clases altas japonesas que abrazan sin vacilar el estilo occidental). Es necesario, a los ojos de los médicos tradicionales *kanpō*, retornar a las reconstituyentes condiciones del medio rural y a la ejercitación disciplinada del cuerpo y de la mente. Entre otras razones, porque esta desestructuración del régimen de vida tradicional provoca una disfunción del *qi* (氣) que, a su vez, incide en el debilitamiento de los órganos internos (*Zang-fu* 臟腑).

Ahora, cuando los funcionarios o comerciantes van a la región de Kanto, pierden su espíritu, sus piernas y rodillas se vuelven pesadas, sus caras se hinchan, y pierden su apetito. En lenguaje popular se llama Edo wazurai. Porque el agua o la tierra no congenian con ellos, en el camino de vuelta a casa, después de transitar por el paso de Hakone, los síntomas naturalmente desaparecen. Todos aquellos samurái del oeste que habitan en la mansión de su señor en Edo caen víctimas (...) Aquellos que no se sienten bien deberían retornar rápidamente a sus casas provinciales, si ellos superan el paso de Hakone, se curarán.¹⁸

Para reconducir esta situación, la dieta (*yōjō* 養生), y en especial el arroz como primera fuente nutricional, se impone como remedio terapéutico más socorrido. Es cierto que en el terreno de la cultura médica popular japonesa existía, desde hace mucho tiempo, un corpus heterogéneo de métodos y técnicas. Desde las oraciones y amuletos ligados a bodhisattvas como *Yakushi* (薬師) o *Jizō* (地藏),¹⁹ pasando por la moxibustión (practicada en clínicas como la de *Jūfukudō*), hasta llegar a las otras vertientes de la medicina china (llevadas a efecto por médicos populares o curanderos *yabuisha* 藪医者).²⁰ Eran este tipo de prácticas y productos *kinōmaru* (remedios, fórmulas magistrales y drogas que, según Sakai y Tatsukawa, todavía a finales del s. XIX se vendían con gran éxito en las farmacias japonesas) el único tratamiento médico viable que podían permitirse las clases más desfavorecidas y las

¹⁸ Relato de Katsuki mencionado en Tatsukawa Shōji 立川昭二. *Edo yamaisōshi: Kinsei no byōki to iryō* 江戸病草紙: 近世の病氣と医療. Chikuma Shobō, 1998, p. 266-267.

¹⁹ Sakai Shitzu 酒井シヅ. *E de Yomu, Edo no yamai to yōjō* 絵で読む江戸の病と養生. Tokio: Kōdansha, 2003, pp. 90-96.

²⁰ Shirasugi Etsuo. 'Yoi'i: Edo jidai no minkan ishi', en Yoshida Tadashi y Fukuse Yasuaki (eds.). *Higashi to nishi no iryōbunka*. Tokio: Shibunkaku shuppan, 2001, p. 95.

poblaciones trabajadoras.²¹ Ahora bien, no hay más que echar un vistazo a las impresiones ilustradas difundidas por el gobierno (*hōsō-e* 瘡瘡絵, *aka-e* 赤絵, *hashika-e* 麻疹絵) para inferir la importancia en la cultura japonesa del factor alimentario a la hora de enfrentarse a todo tipo de enfermedades, y no únicamente el beriberi. El caso del cólera, una vez más, es revelador en este sentido. Si, por un lado, la praxis médica proclive al internamiento de los infectados supone un punto y aparte frente a la tradición sanitaria anterior, la prescripción en la sala de cuarentena de normas dietéticas concretas representa la continuidad entre el periodo Tokugawa y el periodo Meiji. En el ínterin del futuro descubrimiento de la patogénesis bacteriana, se sigue identificando el cólera con el *kakuran* (かくらん), categoría patológica bien descrita en los clásicos chinos, lo cual va a condicionar notablemente el tratamiento de la enfermedad de acuerdo con ciertos tópicos pertenecientes a la tradición médica japonesa. En realidad, son los signos manifiestos de la enfermedad (diarrea y vómitos, frío en las extremidades) los que inclinan la balanza hacia la reglamentación dietética ya que aquellos son vinculados al *shokushō* (日語發音), o putrefacción de los alimentos a causa, precisamente, del excesivo consumo de ellos y, en especial, de algunos abiertamente desaconsejados (como el melón, pulpo, atún, entre otros).²² Tal y como afirma A. Suzuki, los

²¹ “Japan’s modernization of the state’s public health machinery represented a sharp break around the Meiji Restoration, while the commercialization of health-seeking behavior that had developed much earlier in Edo and other large cities showed remarkable continuity. Commodification of health was flexible, or even protean, absorbing traditional *yōjō*, Western medicine, elite discourse and popular culture”. Suzuki A. y Suzuki, M. op. cit., p. 199.

²² En 1879 cayó con gran rapidez el precio de los melones chinos que se vendían en Tokio. Ya en junio de 1886, el *Yumiuri shinbun* publica la noticia de que los salarios de los pescadores habían bajado drásticamente y que los bares de sushi habían cosechado grandes pérdidas. *Yomiuri shinbun*, 23 de junio de 1886; 26 de junio de 1886.

regímenes dietéticos (muchos de ellos basados en la metáfora dialéctica del aceite y del fuego) iban a persistir incluso hasta bien entrada la era de la bacteriología. En lo que respecta al beriberi, el énfasis se ponía en la evitación de la sal, la prescripción de ciertas combinaciones herbales y una dieta de judías rojas (*azuki* 小豆) y cebada para fortalecer el cuerpo. Se trataba de recurrir a un tratamiento antiguo (que se remonta al periodo *Sui* 隋朝 y *Tang* 唐朝), opuesto al enfoque occidental (basado en diuréticos y en una copiosa dieta de carne, huevos y leche), para enfrentarse a un fenómeno insólito como era la deficiencia nutricional de las clases trabajadoras de las fábricas japonesas (cuya supervivencia, si hacemos caso a Ōtsuka Tsutomu,²³ pasaba por una pequeña cantidad de arroz, sopa de mijo y vegetales en conservas). En consecuencia, las potencialidades y esperanzas que se depositaban en el industrialismo chocaban, a su vez, con las situaciones de explotación que tenían su punto de origen en las áreas proto-industriales a las que acudía el trabajador (*dekasegi* 出稼ぎ) día tras día. No era infrecuente que junto con las duras y penosas condiciones laborales, el trabajador tuviera que vérselas con los sufrimientos y dolores del beriberi, a los que se trataba de dar fin mediante el suicidio (*minage o tōshin*). En agosto de 1884, el diario *Yomiuri shinbun* recoge la historia de la muerte de Itagaki Tadayoshi, un trabajador de 47 años que acude a Tokio para trabajar de aprendiz. Aquejado de beriberi, se muestra incapaz de soportar su dolencia y finalmente acaba con su vida arrojándose al río Ōgawa. Los deficientes entornos en los que se desenvolvían estas masas trabajadoras también fueron caldo de cultivo para la expansión de la tuberculosis (*kekaku* 結核). En tanto que su subsistencia dependía de la posibilidad de conseguir trabajo allá donde fuera (tratando de escapar de la

²³ Ōtsuka Tsutomu. “*Shoku*” no kindaiishi Kyoikusha rekishi shinsho. Tokyo: Kyoikusha, 1979, pp. 25-27.

pobreza del medio rural), no solían residir permanentemente en una ciudad concreta. Durante el verano dormitaban a la intemperie mientras que en invierno compartían atestadas pensiones en malas condiciones (*kichin yado* 木賃宿) con familias enteras, donde acababan siendo invadidos por una gran diversidad de parásitos como pulgas o lombrices. Por si fuera poco, sus escasos recursos monetarios únicamente les permitían alimentarse de la comida sobrante procedente de comedores militares y restaurantes que era vendida, a su vez, por determinadas tiendas (*zanpan'ya*), en un intento perverso de hacer negocio de la penuria extrema.²⁴

Sea como fuere, la predilección de la medicina tradicional japonesa por las virtudes terapéuticas y fortificantes del régimen alimenticio permaneció intacta hasta que desde Occidente llegó una contrapartida creíble y eficaz en la mitigación de las enfermedades infecciosas. Ni la aplicación, a principios del siglo XIX, de ciertos principios activos vegetales como la *digitalis purpurea* o Dedalera (introducida en Japón a través de los médicos holandeses *ranpō* en 1834 para el tratamiento de la parálisis y problemas cardiacos), ni la instrucción a los *Rangakusha* en campos tan importantes como la farmacología, la patología, la anatomía, la oftalmología, etc., ni siquiera los avances de Otto Mohnike (que introdujo la vacunación y el estetoscopio), de J. K. van den Broek (en la enseñanza de técnicas quirúrgicas), de William Willis (en medicina interna) o de J. L. C. Pompe van Meerdervoort (en la búsqueda de una vacuna para la viruela) consiguieron provocar una transformación profunda de las prácticas médicas japonesas.

²⁴ Véase Johnston, W. *The Modern Epidemic: A history of Tuberculosis in Japan*. Cambridge: Harvard University Press, 1995, p. 64.



Imagen 5. Utagawa, Yoshifuji. Eliminación del sarampión (Hashika dōji taiji no zu しか童子退治図, 1840).

Sólo el advenimiento de la restauración Meiji y la implantación del modelo médico alemán, como ya ha sido puesto de relevancia, cambiarían drásticamente las cosas, en la medida en que el aprendizaje de las pautas higienistas experimentadas con éxito en las viejas ciudades europeas (gracias a los descubrimientos de Louis Pasteur) y la difusión de la teoría microbiana (propagada en los años ochenta y noventa del siglo XIX a través de las publicaciones de dos médicos alemanes: Heinrich Botho Scheube y Erwin Baelz) iban a lograr, de una vez por todas, retirar el foco de atención de la comunidad médica japonesa sobre el desarreglo alimenticio como principal agente patógeno. Se avista, pues, un nuevo tiempo para la

medicina japonesa dominado enteramente por otro sofisticado espacio tecno-científico: el laboratorio (*kakkebyōshitsu*).

La efímera armonía entre las dos tradiciones médicas: el *kakkebyōin*

Un fenómeno importante de señalar es que frente a las connotaciones negativas, más o menos arraigadas, que presenta la política de internamiento durante las primeras décadas del periodo Meiji, frente al inexorable sometimiento de la experiencia médica japonesa a los “infalibles” criterios de la epistemología occidental de la época, se encuentran también acontecimientos de excepcional naturaleza donde el hospital dio cabida a ciertas prácticas de la tradición médica japonesa, dando lugar a un universo de sinergias gnoseológicas que apunta, con muchos decenios de antelación, a los nuevos paradigmas del llamado “pluralismo médico”. En ese sentido, el *kakkebyōin* (脚気病院, hospital centrado en el beriberi) fue un proyecto pionero, aunque fugaz y efímero, de integración de dos tradiciones médicas diferentes, a saber, la medicina china y la occidental, que toma forma en 1878 para desaparecer unos años más tarde, con la total introducción de la medicina de laboratorio. Conviene hacer un balance de las causas que permiten esa singularidad dentro de la historia de la medicina japonesa:

En primer lugar, existe un contexto político-ideológico propicio. No sólo se constata la necesidad de tomar medidas ante la notable merma del ejército japonés durante la guerra *Seinan* de 1877 (*Seinan Sensō* 西南戦争) a causa del beriberi, sino que, tal y como afirma Yamashita Seizō,²⁵ existen intereses que alcanzan al mismísimo emperador (al parecer,

²⁵ Yamashita Seizō 山下政三. *Meijiki ni okeru kakke no rekishi* 明治期における脚気の歴史. Tokio: Tokio Daigaku shuppankai, 1988, p. 100.

aquejado también de brotes de beriberi) para construir un centro de investigación que se dedique específicamente a estudiar la causas de la enfermedad.

En segundo lugar, esta institución médica refleja, en gran parte, el peso de la tradición médica japonesa como auténtico factor cohesionador del imaginario popular y de la vida cotidiana del país (según los datos censales de 1870, más del 85% de los médicos existentes en Japón en aquel momento pertenecen a la tradición *kanpō*). En consecuencia, el *kakkebyōin* (脚気病院) constituye uno de los pocos intentos de alcanzar una entente entre el mundo tradicional y el que traen las potencias occidentales, algo que, a los ojos de la mayoría de los oficiales gubernamentales, de los militares y de los doctores universitarios japoneses, resultará del todo punto imposible.

Tabla 2: Número de médicos de diferentes tradiciones en Japón (1874-1879)

Año	Total	Examen Aprobado	Med. China	Med. Occ.	Medicina China y Occidental	Medicina Japonesa	Otras
1874	28.262	-	23.015	5.274	-	-	-
1875	23.284	25	14.807	5.097	2.524	25	744
1876	31.268	200	20.568	6.402	4.098	-	32.361
1877	33.503	1.142	-	-	-	-	34.182
1878	35.999	1.187	-	-	-	-	35.951
1879	38.322	2.371	-	-	-	-	-

Fuente: Kōseishō Imukyoku, *Isei hachijū-nen shi*. Tokio: Insatsukyoku Chōyōkai, 1955.

En tercer lugar, la dinámica de trabajo y la evolución de las investigaciones llevadas a cabo en el hospital (que afectaban a la patología, etiología, tratamiento, historia y autopsia) quedaron, sin duda alguna, condicionadas por la definitiva

determinación etiológica de la patología en cuestión. Mientras no se dio aquel paso cualitativo las múltiples propuestas en el tratamiento ralentizaron, aunque muy brevemente, la institucionalización de la medicina japonesa hacia parámetros occidentales.

La fundación del *kakkebyōin* fue impulsada en 1878, a instancias del *Eiseikyoku* (内務省衛生局 Oficina de higiene), órgano perteneciente al *Naimushō* (内務省 Ministerio de asuntos internos), por dos destacadas figuras del panorama médico japonés: Nagayo Sensai (長与専齋) y Hasegawa Tai (長谷川泰). A pesar de que la medicina occidental gozó de una posición hegemónica, desde un punto de vista institucional se respetó cierta paridad formal. De tal manera que el equipo clínico lo componían dos médicos *kanpō*: Imamura Ryōan (今村了庵) y Tōta Chōan (遠田澄庵), y dos médicos formados en medicina occidental: Sakaki Tōyō y Kobayashi Hitoshi.²⁶ Según los datos que se desprenden de los informes anuales redactados por Ishiguro Tadanori (石黒忠憲) y que en la actualidad han sido estudiados por Yamashita Seizō (reajustando los números de manera más adecuada), cabe concluir que los porcentajes de pacientes sanados no atienden a la elección de una u otra tradición médica (ambas presentaban una parecida eficacia en la curación) sino a los específicos tratamientos emprendidos por cada doctor. Sin embargo, los métodos descriptivos de los datos de los que hizo uso Ishiguro Tadamori para realizar los informes desembocan en una infravaloración del *kanpō* y, en general, de las teorías dietéticas. La clave de esta interpretación sesgada estaba en la ausencia de interés real en aquella empresa, habida cuenta de que el movimiento clínico que representaba la actividad de *kakkebyōin*

²⁶ Nagayo Sensai 長与専齋. *Kakkebyōin dai'ichi hōkoku* 脚気病院第一報告. 1878. Tokio: Naimushō, 1879, p. 3.

chocaba frontalmente con la gestión de la etiología y la patología de la enfermedad en otro espacio de actuación: el laboratorio. A decir verdad, no era la eficacia en el tratamiento lo que se buscaba realmente, sino la localización definitiva de la causa de la enfermedad. Así las cosas, no resulta extraño que la creciente preocupación de la época por las condiciones ambientales y las emisiones miasmáticas²⁷ constituyera el prolegómeno de la irreversible instauración de una concepción bacteriológica en la cultura japonesa. Con ello, no sólo se logra cerrar en 1882 el *kakkebyōin* y transferir el centro de investigación del beriberi al departamento médico de la Universidad Imperial de Tokio (culminando, pues, el movimiento de la clínica al laboratorio) sino también atacar a la comunidad de médicos tradicionales, quienes no podrán ejercer su práctica a menos que aprueben un examen de la escuela médica universitaria. A todo ello contribuye, sin duda alguna, el propio progreso que se está dando en paralelo en torno a la etiología del beriberi, y en el que destaca sobremanera el trabajo de Ogata Masanori (緒方正規) y su hipótesis del bacilo beriberi²⁸ y las observaciones del discípulo de Robert Koch, Kitazato Shibasaburō (北里柴三郎),²⁹ quien demuestra el carácter infundado de las teorías de Ogata. A pesar de que la teoría del bacilo del beriberi se demostró fallida, no obstante consolidó el espacio discursivo para posteriores validaciones, centrado en la idea de que el beriberi era una enfermedad contagiosa. En última instancia, legitimó la bacteriología y confirmó la promesa de que el laboratorio iba a revolucionar la

²⁷ Por aquella época se consideraba que el *kakke* era una enfermedad contagiosa que se propagaba a través de miasmas, especialmente activas en periodos calurosos. Véase Yamashita Seizō 山下政三. Op.cit., 276 y ss.

²⁸ Ogata Masanori 緒方正規. 'Kakkebyōkin hakkensetsu [1]' 脚気病菌発見説 [I], *Chūgai iji shinpō*, 121, 1885, pp. 3-7.

²⁹ Kitazato Shibasaburō. 'Ogata-shino kakke «bachiruren» setsu wo yomu', *Chūgai iji shinpō*, 212, pp. 57-59.

práctica de la medicina. En definitiva, está ya listo el terreno para el desembarco, bien avanzados los años ochenta, de Robert Koch y su revolución microbiológica.³⁰

La retirada progresiva del soporte institucional a la medicina *kanpō* no supuso, ni mucho menos, la desaparición de la misma puesto que su legitimidad, como ya se ha dejado manifiesto en reiteradas ocasiones, descansaba en la aceptación mayoritaria del pueblo japonés. Ahora bien, las resistencias de la medicina *kanpō* a la expansión de la medicina occidental en Japón, sobre todo durante el periodo pre-bacteriológico (es decir, previo al interés en los trabajos de Koch y el progreso de una bacteriología japonesa inicial con eminentes médicos como Watanabe Kanae 渡部鼎) no se expresó exclusivamente en el plano social. También ofreció batalla en el campo de la epistemología y de la institucionalidad. No obstatne, las bases empíricas y epistemológicas desde las que la medicina occidental podría determinar el agente que causa la patogénesis no estaban completamente establecidas. No es casual que, como consecuencia, hubiera una intensa competencia entre teorías rivales en orden a ofrecer la explicación más eficiente sobre el origen de ciertas enfermedades que los japoneses sufrían en aquel periodo, por ejemplo la polémica controversia entre el enfoque miasmático (瘴氣説, Max von Pettenkofer) y la teoría microbiológica del contagio (感染説, Robert Koch).

³⁰ Robert Koch descubre en 1882 el bacilo de la tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) y en 1883 aísla e identifica el bacilo del cólera durante su estancia en Calcuta.



Imagen 6. Laboratorio en la Facultad de Medicina de la Universidad de Kioto (京都大学), 1914.

Aprovechando este estado de indefinición, la medicina tradicional japonesa *kanpō* respondió con un esfuerzo inmediato de adaptación de sus propias bases gnoseológicas,³¹ precisamente, para cuestionar los principios de la eficacia discursiva y terapéutica de la medicina occidental. Su estrategia en este punto consistió en incluir algunos esquemas teóricos de su oponente y reformular sus propias estructuras hermenéuticas (estableciendo analogías entre la teoría miasmática y el principio de las causas externas –*gaiinsetsu*- o el principio del viento venenoso –*fūdoku*-; identificando la imagen clínica del cólera asiático con el tradicional *kakuran*). Finalmente, ante la ausencia de respaldo gubernamental, la

³¹ Oberländer, C., 'The Rise of Scientific Medicine in Japan: Beriberi as the Driving Force in the Quest for Specific Causes', in *Historia Scientiarum*, vol. 13-3, 2004.

medicina *kanpō* trató en varias ocasiones de conformar un referente institucional desde el que defender en mejores condiciones sus postulados. De hecho, entre 1879 y 1886, un grupo llamado *Onchi-sha* lideró el movimiento para proteger la medicina china como una forma legítima de práctica médica (encabezado por Gyoko Yamada, Shohaku Asada y Risshi Mori). Además de la exigencia al Consejo de Estado (*Genrōin* 元老院) para que reconociera la solvencia de esta tradición médica, sus miembros solían celebrar reuniones con cierta regularidad, publicaban revistas y abrieron un colegio nuevo en Tokio. Sin embargo, a finales de los años ochenta la organización encontró muchos impedimentos para su continuidad ya que gran parte de sus representantes más destacados habían muerto y, por otro lado, algunos miembros comenzaron a retirar su apoyo financiero.³² Fueron, pues, esfuerzos baldíos que llegaron a tener una efímera continuación en los años noventa, con nuevas y esporádicas peticiones al parlamento para mantener su antiguo estatus. La medicina *kanpō* había salido derrotada en el enfrentamiento por el discurso legítimo de la razón moderna y su destino ya estaba prefijado: se abocaba, a marchas forzadas, hacia su irremisible y prolongado declive.

Conclusión

La historia de la evolución de la medicina en el Japón del periodo Meiji no ha sido explorada con suficiente profundidad por los expertos en la materia. De alguna manera, en la introducción de la medicina occidental se expresan los signos más emblemáticos de la desafiante diatriba que esconde el programa de modernización “defensiva” puesto en marcha por

³² Sōda Hajime. *Zusetsu Nihon iryo bunkashi*. Kyoto: Shibunkaku Shuppan, 1989, p.443.

los gobernantes en aquel periodo: para lograr la supervivencia o mejor, para unirse a las “grandes potencias” que pueblan el mundo, es necesario ahuyentar a los “demonios del pasado” (el feudalismo Tokugawa), esto es, sacrificar una parte consubstancial del ser japonés. El anuncio de una “renovación de todas las cosas” llega al mundo de la medicina con la determinación política de imponer un sistema ajeno a las tradiciones médicas que tienen su arraigo en la historia de Japón. Detrás de esta empresa estratégica cabe vislumbrar un intento por re-formular la identidad del modo de ser japonés que, en un breve lapso de tiempo, terminará aventurándose por las sendas de un nacionalismo esencialista y expansivo. En este sentido, la ciencia médica occidental no alcanza la supremacía en estos primeros años (hasta finales de 1880) por su poder diagnóstico y predictivo, por su eficacia en la terapia curativa, sino porque constituye uno de los estandartes más significativos de la modernidad ansiada por las élites del régimen. El gobierno Meiji, además, posee la suficiente clarividencia para descubrir en la obsesión medicalizadora que inunda los centros de poder de los Estados europeos un nuevo modelo biopolítico que perfecciona hasta extremos insospechados los mecanismos de control sobre el individuo. En otras palabras, para calibrar en toda su extensión los factores que van a facilitar, a finales del siglo XIX, el fortalecimiento centralista del Estado japonés es necesario echar un vistazo a la inmensa capacidad cohesiva de la medicina occidental frente a las infestaciones pandémicas. En definitiva, no está de más invocar aquí el análisis foucaultiano puesto que con la revolución médica emprendida por aquel Japón convulso y agitado nos hallamos a las puertas de una inquietante conciencia salutífera que traspasa hoy toda frontera, toda limitación y regula cualquier parcela, hasta la más reservada, del individuo moderno.

Bibliografía

- Allen, L. W. (2002) *A Japanese legacy: Four generations of Yoshida family artists*. Minneapolis: Minneapolis Institute of Arts.
- Barnes, L. L. (2005) *Needles, herbs, gods and ghosts: China healing and the West to 1848*. Harvard: Harvard University Press.
- Bartholomew, J. R. (1989) *The formation of science in Japan. Building a research tradition*. New Haven y London: Yale University Press.
- Bay, A. R. (2008) 'Beriberi, military medicine, and medical authority in prewar Japan', *Japan Review*, n° 20, pp. 111-156.
- Bowers, J. Z. (1980) *When the twain meet. The rise of Western medicine in Japan*. Baltimore y London: The Johns Hopkins Press.
- Burns, L. S. (1997) "Contemplating places: The hospital as modern experience in Meiji Japan", en Helen Hardacre y Adam L. Kern, eds., *New directions in the study of Meiji Japan*. Leiden: Brill Publisher.
- Burns, L. S. (2000) "Constructing the national body: Public health and the nation in Meiji Japan", en Timothy Brook y André Schmid, eds., *Nation work: Asian elites and national Identities*, Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Despeux, C. (2005) "Visual representations of the body in Chinese medical and Taoism texts from the Song to Qing Period". *Asian Medicine*, 1 (1), pp. 10-52.
- Horiuchi, A. (2003) "When science develops outside state patronage: Dutch studies in Japan at the turn of the nineteenth Century". *Early Science and Medicine*, 8 (2), pp. 148-171.
- Jannetta, A. B. (2007) *The vaccinators: Smallpox, medical knowledge, and the 'opening' of Japan*. Stanford: Stanford University Press.
- Janneta, A. B. (1997) "From physician to bureaucrat: The case of Nagayo Sensai", en Helen Hardacre y Adam L. Kern, eds.,

- New directions in the study of Meiji Japan*. Leiden: Brill Publisher.
- Johnston, W. (1995) *The modern epidemic: A history of tuberculosis in Japan*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kinoshita Naoyuki (1993) *Bijutsu to iu misemono: aburay chaya no jidai*. Tōkyō: Heibonsha.
- Latour, Bruno (1984) *Les Microbes. Guerre et paix, suivi de Irréductions*. Paris: Métailié, « Pandore».
- Lock, M. (1980) "L'Homme-Machine et L'Homme-Microcosme: L'Approche Occidentale et L'Approche Japonaise des Soins Médicaux" *Annales*, 35 (5), pp. 1116-1136.
- Lock, M. (2003) "Globalization and cultures of biomedicine: Japan and North America", en Helaine Selin, eda., *Medicine across cultures: History and practice of medicine in non-Western cultures*. New York y London: Kluwer Academic Publishers.
- Low, M. (1996) "Medical representations of the body in Japan: Gender, class, and discourse in the eighteenth Century". *Annals of Science*, n° 53, pp. 345-359.
- Matsumura, N. (2004) "The similarity between two medicines: Oriental medical thought of meridian and Western medical knowledge of nerve". *Historia Scientiarum*, 13 (3), pp. 224-231.
- Oberländer, C. (2005) "The rise of Western 'scientific medicine' in Japan: Bacteriology and beriberi", en M. Low, ed., *Building a modern Japan. Science, technology, and medicine in the Meiji era and beyond*. New York: Palgrave Macmillan.
- Oberländer, C. (2004) "The rise of scientific medicine in Japan: Beriberi as the driving force in the quest for specific causes". *Historia Scientiarum*, 13 (3).
- Sakai, Shizu (1982) *Nihon iryōshi*. Tokyo: Tokyo Shoseki.

Sakula, A. (1985) “Kaitai Shinsho: The historic Japanese translation of a Dutch anatomical text”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 75, pp. 582-587.

Shigehusa Kuriyama. (1994) “The imagination of winds and the development of the Chinese conception of the body”, en Angela Zito y Tani E. Barlow, edas., *Body, subject and power in China*. Chicago: University of Chicago Press.

Sôda, Hajime (1989) *Zusetsu Nihon iryôbunkashi*. Kyoto: Shibunkaku.

Sugiyama Shigeo (2004) ”The Kanpō medicine: Unauthenticated in the Meiji era”. *Historia Scientiarum*, 13 (3), pp 209-223.

Suzuki, A y Suzuki, M. (2009) “Cholera, consumer and citizenship. Modernisations of medicine in Japan”, en Hormoz Ebrahimnejad, ed., *The development of modern medicine in non-Western countries*. London y New York: Routledge.

Takahashi, A. (2005) *The development of the Japanese nursing profession. Adopting and adapting Western influences*. London y New York: Routledge Curzon.

Tatsukawa Shōji (1998) *Edo Yamaisōshi*. Tokyo: Chikuma shobō.

Yamashita Seizō (1983) *Kakke no rekishi: bitamin hakken izen*. Tokyo: Tokyo daigaku shuppankai.