

EPIDEMIOLOGÍA HISTÓRICA DE LUJÁN, 1892-1902. EXPRESIONES DIAGNÓSTICAS QUE NOS INFORMAN LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Jorge Alberto Requejo
Universidad Nacional de Luján

1. Ver y saber

El material con el que se ha trabajado fue el registro del *Movimiento de entrada y salidas de enfermos y asilados del Asilo y Hospital de Nuestra Señora de Luján*, que cubrió el período 1892-1902, constituido por 720 pacientes internados, de los cuales fallecieron 126.

El análisis concreto de la mortalidad se basa en tres aspectos: la distribución de las defunciones por edad y sexo, la evolución temporal y estacional de la mortalidad durante el periodo estudiado y el análisis del patrón de la mortalidad, es decir la distribución por causas específicas.

El 32,49% de las defunciones (41) correspondieron a mujeres y el 67,42% (85) a hombres. Por grupos de edad (Cuadro 1), la mayoría de las defunciones, un 20,63% (26 defunciones), se produjeron en la segunda y tercera década, seguido del grupo de edad de 65 a 74 años, con un 16,66%, y de 55 a 64 años, con un 14,28% de defunciones respectivamente.

La distribución anual del número de internaciones y defunciones, entre 1892 y 1902, se muestra en el Gráfico 1. Nótese que el número total de defunciones anuales promedio permaneció más o menos constante en torno a 12 fallecidos, a excepción de 1897 con 8 fallecidos. El periodo comprendido entre 1900 y 1902, muestra un mínimo de 6 muertos en 1900. Entre 1901 y 1902, el número de defunciones trepa a 17 muertes por año.

Cuadro 1
Distribución de las defunciones ocurridas en el periodo 1892-1902,
según grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Mujeres		Hombres		Totales	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 1 año	1	0,79	-	-	1	0,79
1-4 años	-	-	-	-	-	-
5-14 años	2	1,58	2	1,58	4	3,17
15-24 años	1	0,79	2	1,58	3	2,38
25-34 años	9	7,14	17	13,49	26	20,63
35-44 años	5	3,96	11	8,73	16	12,69
45-54 años	6	4,76	14	11,11	20	15,87
55-64 años	1	0,79	17	13,49	18	14,28
65-74 años	5	3,96	16	12,69	21	16,66
75-84 años	5	3,96	4	3,17	9	7,14
> de 84	6	4,76	2	1,58	8	6,34
Totales	41	32,49	85	67,42	126	99,95

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Libro de Ingresos y Egresos del Asilo-Hospital Nuestra Señora de Luján (1892-1902).

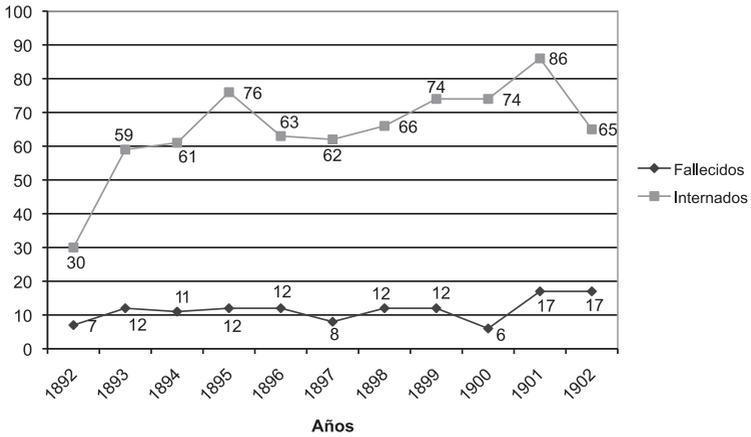
Nota: El diagnóstico de muerte de la niña menor de 1 año fue hidrocefalia.

En el conjunto del periodo la distribución del total de defunciones por grandes causas y para el total de defunciones, el 38,88% (49), correspondió a enfermedades infecciosas, el 15,87% a enfermedades respiratorias (20), el 7,93% (10) a enfermedades circulatorias y el 13,49% (17) a enfermedades digestivas.

La distribución estacional de muertes, total y por grandes causas, se muestra en los Gráficos 2 y 3. Únicamente las causas infecciosas y las respiratorias presentaron un claro comportamiento estacional. Los máximos anuales se produjeron en invierno, coincidiendo con el máximo de la mortalidad por causas infecciosas, afecciones pulmonares en su mayor parte.

Gráfico 1

Evolución del número total de internados y fallecidos, 1892-1902



Fuente: *Movimiento de Entradas y Salidas de Enfermos y Asilados del Asilo-Hospital de Luján (1892-1902).*

Gráfico 2

Distribución estacional de número de muertes total, 1892-1902

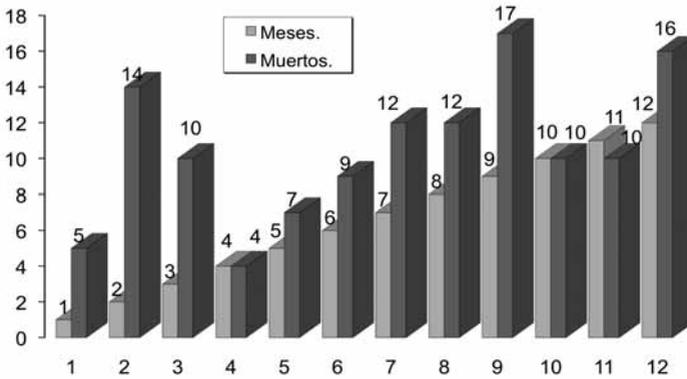
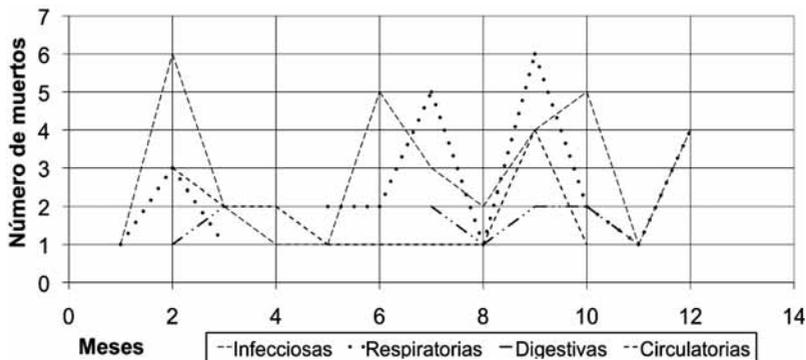


Gráfico 3

Distribución estacional del número de muertes por grandes causas, 1892-1902



Las principales causas de mortalidad entre los mayores de 15 años, fueron las infecciosas con un 27,77% del total de muertos, seguida de las respiratorias, equivalentes al 16,66%, las digestivas, un 14,28% y las circulatorias un 11,11%.

La mortalidad por causas infecciosas, respiratorias, circulatorias y digestivas, fue mayor entre los hombres que entre las mujeres, mientras que la mortalidad por otras causas fue prácticamente igual.

Por lo que se refiere a las tasas de mortalidad anual en los mayores de 15 años se pudo distinguir dos grandes grupos de edad: mayores y menores de 65 años.

Las principales causas de muerte para el grupo de edad de los menores de 65 años fueron las enfermedades infecciosas, sobre todo entre los varones.

Las enfermedades respiratorias constituyeron la principal causa de mortalidad entre los mayores de 65 años.

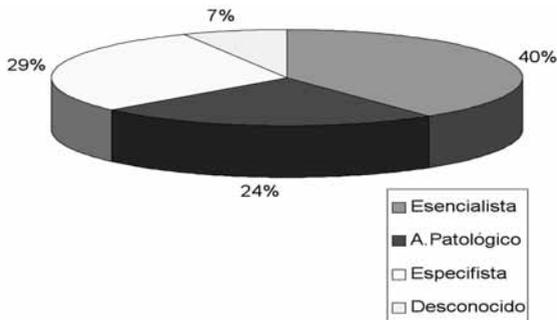
Los diagnósticos de muerte se agruparon en 67 expresiones diagnósticas de causas de muerte simple o múltiples, según los esquemas muy acreditados en la segunda mitad del siglo XIX y primeros años del XX: el esencialista de Chauffard, el anatomopatológico de Jaccoud y el especificista de Roger (Balcells Gorina, 1974: 29).

Cuadro 2

Esencialista	Anatomopatológico	Especifista	Desconocido
Hemiplejía	Hipertrofia al corazón	Tuberculosis de laringe	Abrtitis difusa
Enf. del bronceado	Endocarditis infecciosa	Tuberculosis	Heridas
Consunción	Cirrosis al hígado	Tétano	Escografía
Pulmonía	Cáncer al estómago	Erisipela	Mercaditis
Senectud	Absceso al hígado	Fiebre tifoidea	Cáncer
Reumatismo	Cáncer de útero	Gangrena	
Ataque cerebral	Cirrosis	Tifus	
Disentería	Cistitis crónica	Tuberculosis pulmonar	
Parálisis	Cirrosis atrófica	Fiebre tifus	
Obstrucción intestinal	Aneurisma en la aorta	Tisis	
Perlesia	Hidrocefalia	Herida de laringe	
Pleuresía	Cirrosis hipertrófica	Angina pectoris	
Congestión cerebral	Gangrena pulmonar	Neumonía	
Peritonitis	Cirrosis hepática	Peritonitis por perforación	
Lesión org. del corazón	Cirrosis hígado	Hepatitis	
Anemia	Hipertrofia corazón	Lepra	
Gangrena senil		Influenza	
Aficc. cardíaca		Quiste hidatídico	
Bronquitis		Fiebre gástrica	
Úlceras		Tisis pulmonar	
Fiebre héctica			
Hidropesía			
Infección intestinal			
Catarro crónico			
Asma			
Emiplejía			

Nota: se mantuvieron las expresiones diagnósticas originales por coherencia con la propia naturaleza de la fuente.

Gráfico 4
Las formas elementales de la enfermedad: los modelos etiológicos



El rasgo más sobresaliente de las formas elementales de la enfermedad, los modelos etiológicos, fue la considerable gravitación que tenían los diagnósticos esencialistas o basados en los signos (39,70%), y las causas mal definidas o desconocidas (7,35%).

El marco en el que se insertó esta aportación fue la importancia para la valoración de las expresiones diagnósticas que informan las causas de muerte. Se pretendió señalar algunos matices sobre los préstamos y equivalencias entre el saber académico y el saber popular, y su peso en las expresiones diagnósticas que informan de las causas de defunción, tal como aparecieron recogidas en el libro de entradas del Asilo-Hospital Nuestra Señora de Luján.

Como ya se ha hecho mención, una de las principales dificultades que presentó el registro hospitalario, lo constituyó el conjunto de expresiones diagnósticas, que acabaron engrosando el capítulo de causas esencialistas, mal definidas o de difícil clasificación.

Entre las razones que explican la existencia de términos diagnósticos que presentaron esta problemática se destaca, además del problema de la calidad diagnóstica, la cuestión de la diacronía planteada por el recorrido cronológico de los diagnósticos.

Estas circunstancias explican que se encuentre un conjunto de diagnósticos de procedencia teórica diversa y que se complica todavía más, si se tiene en cuenta su posible vía de difusión: la correspondiente a la medicina académica, o la de la cultura médica popular.

Se ha de tener en cuenta que las expresiones de muerte que aparecen en el citado registro fueron consignadas en muchas ocasiones por personas con escasa o nula formación científico-médica o semianalfabetas por desuso lo que presupone escasa escolaridad¹.

¹ Registro 173, femenino de 70 años falleció de "Emiplegia".

En el comienzo, las mismas señoras de la Comisión hacían de enfermeras, llevaban los registros, etc., pero quien le dedicaba muchas horas al Asilo-Hospital y asistía al médico fue Rufina Pereyra, quien a su vez estaba autorizada a volcar datos de los pacientes que se internaban o fallecían².

Teóricamente la expresión diagnóstica debía ser tomada de una certificación médica, pero si se tiene en cuenta que el Asilo-Hospital contaba con un médico que concurría cuando se lo llamaba o en horarios discontinuos, y no hacían guardia, se ha de pensar que los diagnósticos que aparecieron en el registro pudieron tener su origen no sólo en los conocimientos médicos, sino también en los conceptos populares expresados por los propios enfermos y o familiares, o el signo que presentaba el paciente³.

Es precisamente en este aspecto en el que se va a centrar y mostrar cómo las relaciones entre el conocimiento médico-científico y el conocimiento médico-popular, en lo que se refiere a las causas de muerte, son multifacéticas y deben llevar a considerar lo que hay tras las expresiones diagnósticas con toda su posible riqueza y complejidad. Ello no supone, desde luego, una invitación al escepticismo con respecto a la valoración de las expresiones diagnósticas que informan de las causas de muerte, sino una llamada de atención, que lleve a huir de las traducciones automáticas de determinados términos, que resultan oscuros, a otros más comprensibles desde la perspectiva actual.

2. Sentidos ocultos y oscuros: la tuberculosis y el cáncer

La tuberculosis pulmonar en su estado terminal presenta una sintomatología bastante característica como para ser identificada, pero son numerosas las causas, que al menos a priori, pueden relacionarse con aquella: escrófulas, tisis, enfermedades de consunción o fiebre héctica (lenta)⁴. Laurent Bayle (1774-1816) sustituyó el concepto sintomatológico de "tisis" por otro fundamentado en lesiones peculiares y constantes que de modo progresivo afectan

² Rufina Pereyra, quien llegó a vivir en el Asilo, falleció en 1922; ver Luchetti de Monjardín (1996: 28).

³ Expresiones diagnósticas de muerte como: *abrititis difusa*, *escografia*, *mercaditis* y *cáncer*; no aparecen en los tratados médicos de la época. Ver Bouchut (1889) y Hurtado de Mendoza (1869).

⁴ *Escrófula*: infección de la piel y de las mucosas, o inflamación de los ganglios. *Tisis*: enfermedad ocasionada por el desarrollo de tubérculos en los pulmones, ocasionando tos, hemoptisis y otros síntomas, hasta que sobrevive la muerte después de un tiempo, más o menos largo, en que el enfermo se va consumiendo: tuberculosis, cáncer.

el parénquima pulmonar. Su interés por la nosología le hizo subrayar que la tuberculosis no era un mero proceso inflamatorio, sino una enfermedad específica de carácter degenerativo⁵.

La consunción es un síntoma general que puede responder a numerosas causas, pero su perfil es muy similar al de la hectiquez y pueden estar de hecho asociadas.

A lo largo de casi toda su historia, las palabras tuberculosis y cáncer se entrecruzan y superponen. El *Oxford English Dictionary* (OED) señala que “consunción” era sinónimo de tuberculosis ya en 1398⁶. Pero también el cáncer solía comprenderse en términos de consunción. El OED da como una vieja definición figurada del cáncer: “Todo lo que desgasta, corroe, corrompe o consume lenta y secretamente”. “Un cáncer es un tumor melancólico que come partes del cuerpo”.

La definición literal más antigua del cáncer es la de una excrecencia, bulto o protuberancia; y el nombre de la enfermedad, del griego *karkínos* y el latín *cáncer*; que significa cangrejo, fue inspirado, según Galeno, por el parecido entre las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo, y no, como muchos creen, porque una enfermedad metastásica se arrastre o se desplace como un cangrejo.

Pero la etimología indica que no ya el cáncer, sino también la tuberculosis era considerada en otra época como un tipo anormal de excrecencia: la palabra tuberculosis, del latín *tuberculum*, diminutivo de *tuber*; bulto, hinchazón, significa una hinchazón, protuberancia, proyección o excrecencia⁷.

⁵ Bayle (1810): “Cuando los productos de la tisis están duros (?) los enfermos tosen sin expectorar, tienen una fiebre errática, pero más adelante la tos se hace violenta, expelen esputos verdosos, tienen fiebre, pierden el apetito y a veces tienen diarreas. La tisis calcuosa se caracteriza por hemoptisis abundante, medio vaso o uno entero, tose y arroja esputos verdosos, espesos, tiene dolores torácicos y dorsales, sudores nocturnos, enflaquece mucho, pierde sus fuerzas y padece diarreas”. Según C. Galatoire estos conceptos son muy confusos, pero reflejan con fidelidad el desconocimiento de la medicina del siglo XIX.

⁶ El *Dictionnaire de l'ancienne langue française* de Godefroy cita al *Pratiquum* de Bernard de Gordon (1495): “Tisis, c'est un ulcere du polmon qui consume tout le corp”.

⁷ La misma etimología aparece en los diccionarios franceses. “Le tubercule” fue introducido en el siglo XVI por Paré Ambroise, del latín *tuberculum*, que significa “petite bosse” (bultito). En la Enciclopedia de Diderot (1765) la voz tuberculosis cita la definición del médico inglés Morton Richard en su *Phthistologie* (1689): “*des petits tumeurs qui paraissent sur la surface du corps*”. En francés, antes, se llamaban “tubercules” todos los diminutos tumores superficiales; la palabra quedó reservada únicamente para lo que hoy identificamos como tuberculosis, sólo a partir del descubrimiento de su bacilo, por Koch.

De manera que, casi desde la antigüedad hasta hace relativamente poco, tipológicamente tuberculosis era cáncer. Y al cáncer se lo describía, al igual que a la tuberculosis, como un proceso en el que el cuerpo se consumía. La concepción moderna de ambas enfermedades no pudo quedar sentada hasta la aparición de la patología celular a fines del siglo XIX (Vaccarezza, 1978).

El rasgo distintivo del cáncer, un tipo de actividad celular, y el hecho de que no siempre asuma la forma de un tumor externo y ni siquiera palpable, pudo comprenderse sólo con el perfeccionamiento del microscopio. Y no fue posible separar definitivamente cáncer de tuberculosis hasta 1882, cuando se descubrió que esta última era una infección bacteriana.

Estos procesos de la medicina fueron los que permitieron que estas dos enfermedades se diferenciaron realmente, volviéndose casi siempre opuestas. Entonces pudo empezar a tomar forma la imagen moderna del cáncer, una imagen que de los años 20 en adelante iría heredando casi toda la problemática planteada por la imagería de la tuberculosis, aunque ambas enfermedades y sus respectivos síntomas se concibieron de modos diferentes y casi contrarios (Sontag, 1996: 17-18).

La consunción es como la hectiquez, un estado de debilitamiento progresivo y adelgazamiento, pero ni la estructura por edad, ni la estacionalidad permiten asociarla con la tuberculosis. Podrían encubrir procesos morbosos de origen tuberculoso, pero como quiera, afecta a personas mayores de 60 años, todo hace pensar que se trata de enfermedades crónicas (caquexias de origen neoplásico, o cuadros seniles).

Con el término “enfermedad del bronceado” se hace referencia a una característica dermatológica patognomónica de la enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal). Esta enfermedad en esa época era prácticamente sinónimo de tuberculosis, porque la glándula suprarrenal era tomada por el bacilo de Koch en la forma miliar o tuberculosis galopante (diseminación hematógena)⁸.

Por ello, y más allá de los reparos que las estadísticas de la época puedan motivar, la conclusión que se puede extraer es la presencia que tuvo la tuberculosis en la vida de los jóvenes de Luján, si se consideran los casos catalogados como enfermedades del aparato respiratorio, en su mayoría debidos a la tuberculosis.

⁸ Sergent, Ribadeau-Dumas y Babonneix (1901: 405-412).

3. *Las bronconeumopatías y otros catarros*

Las infecciones de las vías respiratorias constituyen otro de los capítulos que merecen ser analizados con cierto detalle.

Ya sea desde el punto de vista de su evolución temporal, de su estacionalidad, o de su distribución por grupos de edades, estas causas forman un conjunto homogéneo.

La hidropesía muestra una evolución diferente y no presenta las mismas características que las bronquitis, pleuresías, neumonías o pulmonías⁹, resultando más oportuna su incorporación al grupo de enfermedades del aparato circulatorio.

Con respecto a la neumonía, que era definida por Osler (1880: 39) a principios de siglo como “el capitán de los ejércitos de la muerte”, sigue estando entre las primeras causas de fallecimiento. Por su parte la pulmonía hace referencia a la misma entidad nosológica, la diferencia radica en que el segundo no es un término médico, sino popular. En el registro hay 4 muertes por pulmonía contra 13 por neumonía, las primeras seguramente asentadas por personal no médico.

La expresión diagnóstica pulmonía forma parte de la llamada patología popular y es resultado de la aculturación de términos y conceptos que se hicieron servir con anterioridad por la propia medicina científica, o de la simple interpretación que realiza la población a partir de sus propios conceptos de salud y enfermedad, o de los mecanismos que las diferentes colectividades han hecho servir para hacer frente a la enfermedad o recuperar la salud¹⁰.

En cuanto al diagnóstico de gangrena de pulmón, en la era preantibiótica se observaba no rara vez el paso del absceso pulmonar a la gangrena debido a la contaminación con anaerobios de la boca. Careciendo de bacteriología, radiología y anatomía patológica, se deduce que lo diagnosticaban por el aliento pútrido del paciente así como por las características necróticas de la expectoración (Sergeant, Ribadeau-Dumas y Babonneix, 1901, Tomo II: 371-383).

⁹ *Hidropesía*: nombre genérico que se aplica a toda acumulación mórbida de serosidad en cualquier parte del cuerpo, la cual puede ser producida por un sinnúmero de causas. Comúnmente con esta denominación se designa la del bajo vientre, que produce una hinchazón más o menos considerable. *Pulmonía*: enfermedad muy peligrosa, que consiste en la inflamación del pulmón o tubérculo contenido en él, llámese también perineumonía. *Neumonía*: inflamación de la sustancia del pulmón. *Pleuresía*: enfermedad que consiste en la inflamación de la pleura. Llamada también dolor de costado (Racle, 1880).

¹⁰ *Pleriplemonía o pulmonía*: enfermedades de los pulmones (asma, empiema), algunas de ellas por alguna corriente de reumas del cerebro. *Secretos de Chirurgía*, tomado de González de Fauve (1996: 284-285).

El diagnóstico de muerte por pleuresía, entidad nosológica conocida desde el siglo XIII¹¹, si bien es una denominación que puede corresponder a distintas enfermedades, es de suponer que en este caso corresponde a una tuberculosis (hombre joven que fallece rápidamente).

Las afecciones bronquiales constituyen otra de las patologías que merecen ser analizadas con detenimiento.

Una de las dificultades inherentes a la bronquitis, catarro crónico o inflamación catarral crónica es la referente a su definición. Para el periodo estudiado, bronquitis o catarro crónico es la definida como una tos crónica y productiva sin otra causa demostrable, local ni general. La coincidencia en una misma persona de tos, expectoración, disnea durante el ejercicio, reposo y sibilancias con la respiración es una entidad clínica bien referida ya por Hipócrates, en sus escritos (Adams, 1849: 717-772). Sin embargo, Hipócrates no utilizaba el nombre de EPOC¹² para diagnosticar estos pacientes sino que predominaba el de “asma” para todas las entidades en las que el paciente mostraba una clara falta de aire con su respiración.

Tuvieron que transcurrir varios años hasta que pudieran diferenciarse nosológicamente ciertos matices entre las enfermedades respiratorias.

Este término clasificatorio no tiene ninguna finalidad útil, ya que es probable que, en la mayoría de los pacientes con bronquitis-catarro crónico, aparezcan infecciones o sean el reflejo de enfermedades cardíacas, renales, etc.¹³ Con respecto a entidades clínicas¹⁴, el término asma¹⁵, se utilizaba en muchas ocasiones de una forma incorrecta, aplicándose a otras.

En el registro hospitalario nos encontramos con un fallecido por bronquitis, joven de 18 años, época invernal, y un masculino de 61 años fallecido de catarro crónico en diciembre. En cuanto a la etio-

¹¹ Enfermedad que consiste en la inflamación de la pleura. Llamada también dolor de costado (Gonzalez de Fauve, 1996: 285).

¹² Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

¹³ Nótese la aplicación clínica y a la vez epidemiológica de la definición, en una época como la estudiada, en la que la tuberculosis y la insuficiencia cardíaca hacían estragos entre la población.

¹⁴ Al “edema agudo de pulmón” se lo denominaba como “asma cardíaca”. Al tratarse únicamente de objetivar la presencia de signos y síntomas, la definición resultaba muy aplicable en la práctica médica y con ello se consiguió la popularización de este concepto.

¹⁵ Asma: enfermedad consistente en accesos de dificultad para respirar debidos a la contracción espasmódica de los bronquios (Gonzalez de Fauve, 1996: 273-274).

patogenia de la bronquitis crónica, se señalaban como causas favorecedoras a la predisposición hereditaria, la edad y el sexo y, como factor determinante, el frío. Con arreglo a tal teoría, los varones ancianos estarían más predispuestos a padecerla, especialmente si tenían enfermedades tales como gota, sífilis, alcoholismo y mal de Bright (nefritis). Se suponía que en algunos países, como la Argentina, la bronquitis crónica era un mal endémico por la influencia de las bajas temperaturas, los vientos fríos y la humedad. En un estudio de Juan A. Mendilharzu, basado en el análisis de los datos del Antiguo Hospital de Clínicas, publicado en 1890, las conclusiones fueron que el frío ocasionaba más casos de bronquitis que de neumonía, y que las lluvias abundantes incrementaban la mortalidad de la bronquitis, pero no de la neumonía. En sus *Lecciones de Clínica Médica*, sugiere una curiosa explicación a este respecto (Cairolí, 1965):

Yo creo que el individuo que se expone a un cambio súbito de temperatura puede adquirir una bronquitis por el mismo mecanismo que da lugar, en iguales circunstancias, a una inflamación de la conjuntiva. Sabemos perfectamente que una de las causas más ordinarias de la conjuntivitis es la exposición repentina de los ojos a un aire fuerte y frío, después de haber estado más o menos tiempo sometidos a la influencia debilitante del calor y de la luz; así que no veo la razón de por qué el mismo cambio de temperatura, en idénticas condiciones, no haya de ser la causa determinante de una inflamación de la mucosa bronquial.

4. Las enfermedades del corazón

Las afecciones del aparato circulatorio, incluyendo la hidropesía en sentido estricto, son una de las causas de muerte que más contribuye a la imprecisión diagnóstica, debido al carácter compuesto de su etiología.

En la tradición médica del siglo XIX, la enfermedad se presenta al observador de acuerdo con síntomas y signos. Los unos y los otros se distinguen por su valor semántico, así como por su morfología. El signo, de ahí su posición real, es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible, él es el más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad.

Edemas, dolor de pecho, pulso acelerado y dificultad para respirar no son la hidropesía misma, ésta no se ofrece jamás a los sentidos “no revelándose sino bajo el racionamiento”, pero forman sus

“síntomas y signos esenciales” ya que permiten designar un estado patológico, una esencia mórbida (diferente, por ejemplo, de la neumonía), y una causa próxima (una difusión de serosidad). Los síntomas y los signos dejan transparentar la figura invariable, un poco en retirada, visible e invisible, de la enfermedad (Foucault, 1997: 131).

Tal diagnóstico fue reemplazado del registro en 1894, por el de la localización anatómica afectada¹⁶: hipertrofia al corazón, endocarditis infecciosas, aneurisma en la aorta, angina pectoris y lesión orgánica del corazón.

Los signos exteriores tomados como hidropesía, taquipnea, ictericia, edema doloroso, grande y duro indican peligro de muerte próxima. Lo mismo que una respiración rara y prolongada, con largos intervalos, que se hace más tarde corta y frecuente.

Descripciones convincentes de fiebre reumática (endocarditis bacteriana), donde se establece fiebre, agudos dolores que toman las grandes articulaciones y soplo cardíaco. Esta enfermedad corta y severa, afecta a los jóvenes más que a los ancianos.

El dolor torácico con el carácter de irradiación del dolor cardíaco, que se extiende al cuello, sensación de presión en el antebrazo, o en la región del pecho, sobre el diafragma. La agravación del dolor de pecho por el viento frío. La contextura obesa y los excesos alimenticios favorecen la muerte súbita.

Todos estos síntomas y signos fueron descriptos por Hipócrates, que a pesar de las dificultades e impedimentos de su época, registró descripciones clínicas reconocibles y que perduran hasta nuestros días.

Estos signos exteriores, forman por sus diversas combinaciones cuadros fuertemente pronunciados.

5. La crisis de las fiebres

Las fiebres eran consideradas a fines del siglo XVIII y el XIX, como enfermedades sin lesión orgánica. En principio se entiende por fiebre una reacción finalizada del organismo que se defiende contra un ataque o una sustancia patógena; la fiebre manifestada en el curso de la enfermedad va en contrasentido y trata de remontar su corriente; no es un signo de enfermedad sino de la resistencia a la enfermedad. Tiene por lo tanto, y en el sentido estricto del término, un valor saludable: muestra que el organismo “*morbiferan aliquam materiam sive praeoccupare sive removere intendit*” (Dagoumer, 1831: 9).

¹⁶ Las enfermedades cardíacas que presentan como síntoma la hidropesía son las insuficiencias cardíacas de diversa etiología (miocárdica, valvular, coronaria, etc.).

La fiebre es un movimiento de excreción, de intención purificadora. Sobre este fondo de finalidad, el movimiento de la(s) fiebre y su mecanismo se analizan fácilmente. La sucesión de los síntomas indica sus diferentes fases: el estremecimiento y la impresión primera de frío denuncian un espasmo periférico, y una rarefacción de la sangre en los capilares cercanos a la piel. La frecuencia del pulso indica que el corazón reacciona haciendo fluir la mayor sangre posible hacia los miembros; el calor muestra que, en efecto, la sangre circula más rápidamente y que todas las funciones se aceleran por ello mismo; las fuerzas motrices decrecen proporcionalmente: de ahí la impresión de languidez y la atonía de los músculos. Por último, el sudor indica el éxito de esta reacción febril que llega a expurgar la sustancia morbífica; pero cuando ésta llega a reformarse a tiempo, se tienen las fiebres intermitentes.

Esta interpretación simple, que vincula hasta la evidencia los síntomas y signos manifiestos y sus correlativos orgánicos, ha sido en la historia de la medicina de una triple importancia. Por una parte, el análisis de la fiebre, bajo su forma general, recubre exactamente el mecanismo de las inflamaciones locales; aquí y allá hay fijación de sangre, contracción que provoca una estasis más o menos prolongada, luego, un esfuerzo del sistema nervioso por restablecer la circulación, y por este efecto, movimiento violento de la sangre.

De este modo, la fiebre, cuyo mecanismo intrínseco puede tanto ser general como local, encuentra en la sangre el apoyo orgánico y aislable que (la) hace local o general.

Siempre por esta irritación difusa del sistema sanguíneo, una fiebre puede ser el signo general de una enfermedad que permanece como local a lo largo de su desarrollo.

En un esquema como éste el problema de la existencia de las fiebres, sin lesiones asignables, no podía plantearse: cualquiera que sea su forma, su punto de partida, o su superficie de manifestación, la fiebre tenía siempre el mismo tipo de apoyo orgánico (Pereda, 1879: 1-24).

Por último, el fenómeno del calor está lejos de constituir lo esencial del movimiento febril; no forma más que el resultado más superficial y más transitorio, mientras que el movimiento de la sangre, las impurezas de las cuales se carga, o las que expurga, los entorpecimientos, o las exhudaciones que se producen, indican lo que es la fiebre en su naturaleza profunda.

El médico debe aplicarse sobre todo a distinguir en el calor febril cualidades que no pueden ser percibidas sino por un tacto muy

ejercitado, y que escapan y se ocultan. Semejante cualidad, permite anunciar una fiebre pútrida (Cuenca, 1878: 1-40).

Por debajo del fenómeno homogéneo del calor, la fiebre tiene cualidades propias, una especie de solidez sustancial y diferenciada, que permite repartirla de acuerdo con formas específicas. Se pasa, por lo tanto, de la fiebre a las fiebres.

El deslizamiento de sentido, que nos salta a los ojos, entre la designación de un signo común y la determinación de enfermedades específicas, no puede ser percibido por la medicina de los siglos XVIII-XIX, dada la forma de análisis por la cual descifraba el mecanismo febril.

Por consiguiente, dentro de una concepción muy homogénea, muy coherente de “fiebre”, hay un número considerable de “fiebres”¹⁷.

Los médicos reconocían 34, a las cuales añaden las fiebres “nuevas y desconocidas”. La específica, ora por el mecanismo circulatorio que las explica, también llamada “sinoca”¹⁸, que puede corresponder tanto al significado original, procedente de la medicina galénica, como a otro posterior que tendría su origen en un sistema médico de la Ilustración, en el cual es sinónimo de “fiebre inflamatoria” o “fiebre pútrida o adinámica” que así mismo corresponde al concepto de “tifus abdominal o entérico” o “fiebre tifoidea”, por el síntoma no febril más importante que las acompaña (fiebre biliosa), según los órganos a los cuales lleva la inflamación (fiebre gástrica, mesentérica), según la cualidad de las excreciones que provoca (fiebre pútrida), y por último según la variedad de las formas que ella toma y la evolución que sigue (fiebre maligna, atáxica, infecciosa, héctica, intermitente, efímeras, pestilencial y tifoidea o exantemática).

Un análisis de las fiebres, sólo de acuerdo con sus síntomas y sin esfuerzo de localización, se hacía posible, e incluso necesario; para dar estructura a las diferentes formas de la fiebre era menester sustituir el volumen orgánico, por un espacio de repartición en el cual no entrarían más que los signos y lo que ellos significan¹⁹.

¹⁷ Adinámica, atáxica, biliosa, catarral, cerebral, consecutiva, consuntiva, dentaria, efímera, exantemática, gástrica, lenta, maligna, mesentérica, neumónica, petequial, puerperal, reumática, séptica, sinoca, terciana, quartana, tífica.

¹⁸ Sinoca: dicese de la fiebre continua sin remisiones, bien definidas.

¹⁹ Las fiebres sin lesión son esenciales; las fiebres con lesión local son simpáticas. Estas formas idiopáticas, caracterizadas por sus manifestaciones exteriores, dejan aparecer “propiedades comunes como suspensión del apetito y la digestión, alteración de la circulación, interrupción de ciertas secreciones, impedimento del sueño, excitación, o disminución de la actividad y del entendimiento, afección de algunas funciones de los sentidos, o incluso suspensión de ellas. Pero la diversidad de los síntomas permite también la lectura de especies diferentes,

La enfermedad no es más que un cierto movimiento complejo de los tejidos con relación a una causa irritante: allí está la esencia de lo patológico, porque ya no hay ni enfermedades esenciales, ni esencias de las enfermedades. “Todas las clasificaciones que tienden a hacernos considerar las enfermedades como seres particulares, son defectuosas y un espíritu juicioso es sin cesar, y como a pesar suyo, llevando hacia la búsqueda de los órganos que sufren” (Burucúa, 1955: 4-5). Por ello la fiebre no puede ser esencial: no es “sino una aceleración del curso de la sangre, con un aumento de la calorificación y una lesión de las funciones principales. Este estado de la economía es siempre dependiente de una irritación local”.

6. *Miasmas, inmundicias y suciedades*

La fiebre tifoidea²⁰ existió en la edad antigua y media, confundándose con otras afecciones epidémicas de carácter esporádico, especialmente con aquellas en que dominaban la obnubilación sensorial o el estupor.

Es muy probable, como opina Trousseau, que se involucrara esta enfermedad en las descripciones del *synochus putris* (Cullen), *febris pútrida* (Stoll), fiebre maligna nerviosa (Huxham), fiebre mucosa (Roederer), fiebre biliosa (Tirsot), fiebre adinámica, ataxo-adinámica, etc. (Foucault, 1997: 245-273).

Hasta mediados del siglo XIX no se llegó a la fase del conocimiento científico de esta afección. En este sentido debemos mucho a los clínicos franceses.

una forma inflamatoria, o angiotónica “marcada fuera son los signos de irritación, o de tensión de los canales sanguíneos” (es frecuente en la pubertad, en el comienzo del embarazo, después de excesos alcohólicos); una forma “meningo-gástrica” con síntomas nerviosos, pero con otros, más primitivos, que parecen “corresponder a la región epigástrica”, y que siguen en todo caso los trastornos del estómago; una forma adeno-meníngea “cuyos síntomas indican una irritación de las membranas mucosas del conducto intestinal”; se encuentra, sobre todo, en los sujetos de temperamento linfático, en las mujeres y en los ancianos; una forma adinámica “que se manifiesta especialmente en el exterior por los signos de una debilidad extrema y de una atonía general de los músculos”; se debe probablemente, a la falta de limpieza, a la frecuentación de los hospitales, de las cárceles y de los bares, a la mala alimentación, estamos hablando de la tuberculosis y el cáncer; por último la fiebre atáxica, o maligna se caracteriza por “alternativas de excitación y debilitamiento, con las anomalías nerviosas.

²⁰ La fiebre tifoidea es una infectopatía específica producida por el bacilo de Eberth (*salmonella typhosa*), germen que se transmite de hombre a hombre, transportado por las heces, agua y alimentos, el cual penetra en las formaciones linfáticas del intestino, que se infartan y ulceran, y a través de ellas entra en la sangre, albergándose ulteriormente en el reticuloendotelio. Clínicamente determina un proceso tóxico febril con estupor tífico, de unas cuatro semanas de evolución. Para ampliar el tema véase Pons (1960: 289-342).

Prost fue, indudablemente, el primer autor que destacó la presencia de las lesiones intestinales en el curso de las fiebres que entonces se designaban como mucosas, gástricas, pútridas, etc. (Prost, 1810).

Representaron un progreso importante en el conocimiento de la enfermedad los trabajos de Petit (1823) y Serres, acerca de la denominada por ellos *fiebre enteromesentérica*.

Las aportaciones de Bretonneau constituyen el momento crucial en la diferenciación de la fiebre tifoidea y su caracterización definitiva dentro del grupo de las pirexias, en que estaba confundida. Éste recalcó la lesión intestinal que la caracteriza²¹.

Establecidos los cimientos anatomoclínicos de la tifoidea, se entró en la etapa de su estudio etiopatogénico. Dos tendencias aparecieron en la liza, representadas ambas por dos autores ingleses: la doctrina miasmática, defendida por Murchinson (1867), y la específica, representada por Budd (1873).

Murchinson estableció la doctrina basada en la putrefacción de las sustancias del medio exterior. Propuso el nombre de “fiebre fitogénica” para la enfermedad, la cual sería provocada por un principio miasmático inhalado o ingerido, contenido en cualquier sustancia en putrefacción, siendo las más importantes las derivadas de las materias fecales.

Budd defendió la doctrina de la especificidad: las materias fecales, cualquiera que sea su estado, sólo son peligrosas cuando proceden de un enfermo tifoideo. En una agrupación humana sólo es peligrosa la presencia de otro enfermo tifoideo, diseminador de un principio tifógeno transportado por sus materias fecales.

Finalmente en 1881 se alcanzó el apogeo del conocimiento de la enfermedad con el descubrimiento, por Eberth, del agente bacteriano específico (Echegaray, 1896: 110).

La sinonimia incluye tifus abdominal o entérico, fiebre eberthiana, entérica, ileotifus o dotienteritis. Estos conceptos es importante tenerlos en cuenta, para interpretar correctamente algunos diagnósticos asentados en el registro hospitalario.

Cuando hacen mención a “tifus” en realidad están hablando del “tifus entérico” o “fiebre tifoidea”; también el término “sinoca” puede corresponder tanto en el significado original, procedente de

²¹ La primera obra importante fue la de Francois Joseph Broussais, titulada *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques* (1820), donde estudia una serie de lesiones inflamatorias de diversos tejidos pulmonares y gastrointestinales como bases lesionales de numerosas afecciones febriles. Comenzó de esta forma a desmontar el capítulo de “fiebres esenciales”.

la medicina galénica, como a otro posterior que tendría su origen en un sistema médico de la Ilustración; la fiebre gástrica la cual es sinónimo de “fiebre inflamatoria” o “fiebre pútrida o adinámica”, que así mismo corresponde al concepto de tifus o fiebre tifoidea²². Y no del “tifus exantemático”, producido por una rickettsia inoculada por una picadura de piojo o pulga.

El tifus exantemático es una enfermedad infecciosa, contagiosa, endémica en ciertas regiones, caracterizada por una postración profunda que la hizo confundir durante mucho tiempo con la fiebre tifoidea, y por un exantema que recuerda mucho por sus caracteres el del sarampión²³.

No hubo en Luján enfermos con bubones o landres, ni epidemias que se anunciaran con ratas y animales domésticos muertos, signos característicos de la peste con los que estaban familiarizados los médicos de la época. Por ello, puede afirmarse que no hay un solo dato que permita afirmar que hubo tifus en Luján (Guerra, 1999: 636-648).

La primera lectura que se puede hacer con respecto a los diagnósticos de muerte por fiebre tifus, fiebre tifoidea y fiebre gástrica es si eran considerados realmente como la misma enfermedad porque tanto el primer profesional (desde 1892 hasta 1896) como el segundo (desde 1896 hasta 1904) utilizan alternativamente los distintos términos nosológicos. Se podría inferir que hubiera dudas diagnósticas incrementadas por la imposibilidad de una confirmación bacteriológica²⁴. O la procedencia de los conocimientos de quienes emitieron los diagnósticos estudiados.

Las fiebres malignas o enfermedades infecciosas intestinales, que incluyen las disenterías y otros cuadros diarreicos de diversa etiología, son de comienzo agudo, dolor abdominal, fiebre y deposiciones sanguinolentas. En estas circunstancias por lo general de poco servía el examen físico²⁵.

²² Chavalongo, nombre vulgar de la fiebre tifoidea.

²³ El signo de la lengua permite el diagnóstico precoz entre el tifus exantemático y la fiebre tifoidea. Los afectados de tifus exantemático no pueden ejecutar los movimientos de la lengua. Otra diferencia es el exantema que es similar al de la fiebre tifoidea, pero la erupción en ésta se hace de un solo brote (Sergent, Ribadeau-Dumas y Babonnix, 1901: 149-154).

²⁴ En 1920 Juan Barnech donó la instalación completa de Rayos X y un microscopio. Recién en 1929, el Asilo-Hospital va a contar con un laboratorio bacteriológico.

²⁵ Con el nombre de disentería, palabra griega ya empleada por Hipócrates para denominar los dolores intestinales, se designa aquellos síndromes anatomoclinicos caracterizados por inflamaciones extensas del colon, producidos por distintos agen-

Las causas de muerte atribuidas a enfermedades digestivas, eran etiológicamente debidas a la deficiente calidad que presentaban los comestibles de consumo más extendido, es decir, del mal alimento, consecuencia sobre todo de sus condiciones de producción y del tratamiento que recibían a lo largo de la red de comercialización.

Se hace imprescindible abordar la cuestión de la calidad del agua, debido a su utilización como higienizador de los distintos comestibles y de los utensilios propios para la preparación e ingesta de la comida y, sobre todo, porque ella era la bebida de consumo más difundido desde el punto de vista social, espacial y etario, no sólo de manera directa, sino también indirecta es decir, incorporada a otros fluidos, como la leche adulterada, o a infusiones como el té, el café y el mate. Esos múltiples usos y modalidades de consumo del agua, conjugados con su deficiente calidad permiten explicar, claro que parcialmente, la presencia de la fiebre tifoidea y la amplia difusión de las patologías digestivas (Rissotto, 1902).

La mayoría de estas enfermedades se caracterizan por mostrar un fuerte componente estacional al concentrar las defunciones en la estación veraniega.

El caso de las fiebres es un buen ejemplo de las dificultades que entraña la precisión diagnóstica. Cada causa, debe ser abordada teniendo presente su nosología, su evolución, su relación con las otras causas y los conocimientos médicos teóricos y prácticos de la época.

7. Otras plagas

Otras enfermedades infecciosas que también aparecen en el registro hospitalario son la hepatitis, gangrena, tétano, quiste hidatídico, lepra, erisipela e influenza. Esta última plantea la duda si la causa de muerte fue realmente por la gripe, ya que el tiempo de internación fue prolongado, hubo falta de otros casos en época invernal y se trataba de una paciente de edad que podía tener patología concomitante.

Llama poderosamente la atención que sea el único caso de muerte registrado. La influenza o gripe, patología muy contagiosa²⁶, no registra brotes en la Argentina hasta 1910. Sí es endé-

tes, que evolucionan con numerosas deposiciones diarias mucosanguinolentas, evacuadas con molestísimo tenesmo intestinal.

²⁶ La gripe, denominada también influenza por creerse, durante la Edad Media, que esta enfermedad era producida por influencia de los astros, es una enfermedad infecciosa aguda, transmisible, producida por virus como el ortomixovirus influenza que presenta tres tipos antigénico, A, B y C.

mica en Europa, en el siglo XIX hubo dos olas epidémicas, en 1847 y en 1892. En esta última, la morbilidad alcanzó entre 40 y 70% de la población. Parece ser que a partir de esta pandemia, la gripe se tornó endémica en gran parte del mundo. En los años posteriores a la pandemia de 1918, se han alternado brotes epidémicos de poca importancia con otros que afectaron a zonas más extensas del mundo (Valdez Aguilar, 2002: 37-43).

Luego está el tema de los tumores. En el registro se encontraron diagnósticos de certeza como es el caso de cáncer de útero, de estómago y de cáncer sin especificar su localización.

Se puede inferir que el diagnóstico se realizó en otro centro asistencial con mayor complejidad o el cuadro era tan avanzado que no quedaban dudas, ya que el tiempo de internación es corto con respecto al curso de la enfermedad. Por último utilizar el término cáncer como causa de muerte puede indicar un deterioro tal del paciente que se lo asocia a tal entidad nosológica lo que deja muchas dudas.

Las causas de muerte por senectud²⁷, rechazadas por la medicina científica contemporánea, son consecuencia, en mayor grado que otras causas, del celo etiológico y de la práctica del médico. El error diagnóstico varía dentro de amplios márgenes.

Es de esperar que en los ancianos existan dificultades en el diagnóstico, no sólo porque casi siempre tienen más de una enfermedad, sino también por el deterioro de las funciones intelectuales propias de la senectud y del nivel de conciencia vigil que provocan las infecciones graves, que interfieren con la comunicación directa médico-paciente. Es obvio que no se diagnostica aquello en lo que no se piensa (Prieta Miralles, 2002: 36-39).

²⁷ Si hacemos un poco de historia podríamos situar la emergencia de la geriatría, en primera instancia a través de Nascher, como respuesta ante una serie de coyunturas sociales que determinaron un giro en la perspectiva del sujeto y un nuevo corte en lo social.

Nascher cuestiona a la patología del viejo desde un presupuesto epistemológico distinto, es decir desde la multideterminación de la patología en grupos con ciertas particularidades. De hecho el primer grupo con el cual este investigador va a rastrear una problemática similar es con las prostitutas.

Por ello va a ser importante situar el contexto más inmediato desde el cual emergerán dichos presupuestos. Nascher era amigo personal de Jacoby, creador de la pediatría, es decir se produce un corte transversal en la medicina en la cual la patología será pensada desde la noción de edad. Esta particular forma de articulación devendrá de la importancia que lo moderno y en particular la ideología burguesa le otorgó a las edades del hombre. Las que determinarían posiciones y roles muy específicos que llevaron a puntualizar de un modo poco común cada edad como un momento evolutivo apto para realizar o no ciertas actividades o funciones.

Se observa en efecto, cómo un cambio de médico en 1896 condujo a la desaparición de las defunciones atribuidas a senectud.

De esta manera se ve cómo un cierto contexto va entramando un concepto de vejez que incluye nuevos significados. Resultó necesaria una multiplicación del discurso acerca de la senectud, a fines del siglo XIX, desde el lenguaje médico, demográfico. Lo cual generó una densa preparación lingüística, resultando potencialmente apto para que aparezca una ciencia que se ocupe de ello (Green, 1993).

Conclusiones

El estudio histórico-social de la mortalidad plantea dos vertientes principales: la estimación de la mortalidad en las poblaciones del pasado y su tipificación a través del estudio de las causas de muerte. Si consideramos este último aspecto, resulta metodológicamente clarificador distinguir dos niveles de análisis: uno es la propia realidad de la enfermedad; otro es el proceso intelectual realizado por la medicina para construir las formas de enfermar.

Hay que tener en cuenta que el fenómeno de la enfermedad es variable histórica y geográficamente, en función de factores demográficos, económicos o de estructura social, entre otros.

El estado sanitario de Luján para esos años estaba supeditado a la aparición de pestes o plagas. El desarrollo sorpresivo e inarmónico de la planta urbana, su mala urbanización, lo escaso de las obras de infraestructura sanitaria, como eran las cloacas para evacuar las aguas servidas y detritus humanos, creaban condiciones altamente peligrosas para la vida de la población.

Las expresiones diagnósticas de las causas de muerte son un importante dato de morbimortalidad cuya magnitud es difícil de estimar. La excepción que limita esta dificultad la constituyen aquellas enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, que han sido elaboradas a los efectos de detección y tratamiento, tal como sucede con la tuberculosis, cólera, fiebre tifoidea, difteria, etc. Éstas eran de denuncia obligatoria, obteniéndose registros bastante seguros sobre el número de casos nuevos, muertes y/o abandonos.

Las edades del hombre permitirán transversalizar al saber de la medicina de dos modos: por un lado asociando dos presupuestos fuertes dentro del esquema moderno iniciado a fines del siglo XIX. La posibilidad de apertura es concebible en tanto que la edad se convierte en otro parámetro desde el cual pensar la patología del anciano. Para Stanley Hall, "Senectud" es un fenómeno multideterminado. Para ampliar el tema se puede consultar Neugarten (1999) y Lacub (2001).

Si bien es cierto que la tuberculosis era un problema, la neumonía lo era más, por el mayor número de casos.

A través del registro hospitalario de las causas de muerte se puede conocer cuáles de las expresiones diagnósticas constituyen un problema a resolver: el llamado problema diacrónico, la influencia del conocimiento popular y su importancia para la valoración de las expresiones diagnósticas, la ausencia de consenso para establecer una única clasificación y nomenclatura, y en forma indirecta deducir su incidencia en la salud pública.

Como afirma Arrizabalaga “las dificultades existen incluso para los siglos XIX y XX, pero se incrementaron de modo exponencial a medida que nos remontamos en el tiempo” (1992: 558-560).

La preocupación por el correcto análisis de los diagnósticos de muerte se planteó ya en 1978 en las conclusiones del coloquio celebrado en Munich sobre “El diagnóstico médico en la historia y el presente”, en las que se afirmaba que para resolver este intricado problema se debían crear grupos de trabajo interdisciplinarios formados por médicos y demógrafos históricos. Pero se estima que tienen razón Bernabeu Mestre y López Piñero (1987: 70-79) al indicar que la inclusión de médicos “per se” no es correcta, pues si no poseen una formación histórica en nuestra especialidad que les permita discernir los contenidos semánticos de los términos según la época y escuela médica de procedencia, en lugar de esclarecer el tema e iluminar con sus conocimientos a los estudiosos de la demografía contribuirán a oscurecer el correcto entendimiento de la fuente archivística, al extrapolar conceptos semánticos actuales a diagnósticos que respondían en épocas pasadas a distinta patología de la que responden en la actualidad.

Se incluyeron todas las muertes (126) ocurridas en un periodo de diez años, desde 1892 a 1902. Se establecieron pautas para unificar patologías según la denominación nosológica utilizada a fines del siglo XIX.

En la categoría esencialista se incluyeron causas de muerte que responden a signos, síntomas o síndromes (39,70%). Aquí predominaron diagnósticos como: parálisis, hemiplejía, anemia, pulmonía, etc. A propósito, como afirma Terrada Ferrandis (1983), los denominados “lenguajes naturales”, aquellos que utilizamos de forma cotidiana (pulmonía), son de gran complejidad y están condicionados por múltiples factores psicológicos subjetivos. Por ejemplo la consideración de la enfermedad social, que a lo largo de la historia ha tenido determinados procesos patológicos, como la tuberculosis, las enfermedades venéreas, y en general las enferme-

dades infecciosas, que en líneas generales han conllevado un deterioro de la calidad diagnóstica, especialmente problemas de ocultación a través de la utilización de otras rúbricas diagnósticas como pulmonía, enfermedad del bronceado, etc.

La primera observación que surge del presente análisis es que la causa de muerte más frecuente no es una enfermedad sino un estado o trastorno que no permite identificar ninguna patología específica (nosología esencialista).

En ocasiones, las expresiones diagnósticas no fueron formuladas de acuerdo con criterios estrictamente científicos, por el contrario, aparecen centradas en otro tipo de consideraciones como relacionar la causa de la muerte con los síntomas o signos más prominentes de la enfermedad o enfermedades que presenta el difunto, con la afectación anatómica más destacada, con las etapas de la vida de la persona fallecida (parálisis, afección cardíaca, senectud, consunción, etc.).

En tanto para la nosología especificista (29,41%) los diagnósticos de muerte muestran un alto predominio de las patologías infecciosas (90%). Este último debido a las malas condiciones de vida de la población, que es precisamente lo que motiva a las autoridades sanitarias a profundizar los conocimientos sobre éstas con el correspondiente progreso en el campo académico²⁸.

Las rúbricas anatomopatológicas (23,52%), como cirrosis hepática, cirrosis atrófica, cirrosis al hígado, cirrosis hipertrófica, no son sólo una palabra, son una estructura bien definida, palpable. Se recuerda que para la medicina de la época, se la relacionaba con una historia de alcoholismo.

Por último se encuentran las causas mal definidas o desconocidas (7,35%), abrititis y mercaditis no responden a ninguna nosografía médica conocida. Se puede inferir que estas rúbricas fueron escritas en el registro por un no profesional, quien interpretó la información suministrada por un familiar o por el médico de la mejor manera posible.

El problema que plantea la interpretación de los diagnósticos de muerte que se encuentran en la fuente de archivo, parte de su gran complejidad semántica, lo que dificulta gravemente el transvase de dicha información a una nomenclatura normatizada de causas de muerte.

²⁸ Higiene Pública fue establecido como un curso obligatorio en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y Guillermo Rawson, designado como profesor. Por los mismos años Eduardo Wilde dictaba un curso de higiene en el Colegio Nacional de Buenos Aires.

Los términos que informan las causas de muerte son el resultado de una estratificación terminológica de los saberes médicos procedentes de distintos sistemas. Esto determina su gran complejidad semántica.

Tal es el caso de los diagnósticos de muerte por tuberculosis si se piensa que su concepción unicista no se impuso, de forma indiscutible, hasta la era bacteriológica, por lo que se encuentran sus efectos de morbilidad distribuidos en varias expresiones diagnósticas: tisis, consunción, f. héctica, enfermedad del bronceado, pleuresía, pulmonía.

Este hecho se da también en el vocabulario utilizado por los médicos, que no se ajusta a un criterio uniforme debido al cambio de significado que han sufrido los términos a través del tiempo, así como a los problemas que han planteado los epónimos, la proliferación de abreviaturas y los diferentes fenómenos semánticos como la polisemia, la homonimia y la sinonimia, aquellos términos diagnósticos que presentan mayor cantidad de sinónimos como "fiebre tífus".

Cada causa, como ocurre en este caso con las fiebres, debe ser abordada teniendo presente su nosología, su evolución, su relación con las otras causas y los conocimientos médicos-teóricos y prácticos.

El Libro de Entradas del Asilo-Hospital de Luján constituye la única manera de establecer los diagnósticos de muerte, pero no siempre es confiable, por las razones ya comentadas. Entre otros inconvenientes se cuenta el hecho de que no siempre el médico es el mismo que informa la causa de muerte, con lo cual inscribe una causa de muerte aproximada para completar el trámite.

Esta situación empeora cuando el sujeto fallece fuera del horario en que concurre el galeno a la institución de salud y el trámite es completado por un no profesional que se limita a recoger lo que la familia describe como última enfermedad.

A su vez, nadie contempla la historia clínica para determinar la causa final, lo que nos permite inferir que como hidropesía, seguramente se encuentran los estadios finales de la insuficiencia cardíaca y otras patologías que tienen como componente último la retención de líquidos (edema agudo de pulmón, enfermedad hepática y/o renal, etc.).

Se considera que la causa de muerte asma, ha tenido en el registro baja sensibilidad y alta especificidad, lo que nos permite inferir que un indeterminado número de casos de asma no fue considerado causal de muerte o bien se registraron con nombres de patologías similares, por lo que constituye un elemento incierto.

Esta ausencia de la conformidad en el significado de la terminología médica que informa de las causas de muerte acontecidas en el Asilo-Hospital en Luján finisecular, afecta a la claridad y precisión de la información transmitida a través de la comunicación oral como en las publicaciones históricas, médicas, lo cual se multiplica, cuando el lenguaje médico “natural” se utiliza en los sistemas de recuperación de la información médica, que resultan poco eficaces si no se crea un lenguaje controlado que elimine el “ruido” en las búsquedas y permita ser exhaustivo en la localización del material que interesa para realizar la investigación.

Bibliografía

- Adams, F. (1849). *The genuine works of Hippocrates, translated from de greek, wi preliminary discourse and annotations. Aphorisms*. Vol. II. London: Sydenham Soc.
- Arrizabalaga J. (1992). *Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad a propósito del constructivismo social*. Madrid: Ed. Arbor.
- Balcells Gorina, A. (1974). *Patología general*. Tomo 1. Barcelona: Editorial Toray.
- Bayle, L. (1810). *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. París.
- Bernabeu Mestre, J. y López Piñero, J. (1987). *Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: Higiene, salud y medio ambiente*. Valencia, Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, vol. 2, pp. 70-79.
- Bouchut, E. (1889). *Diccionario de Medicina y terapéutica médica y quirúrgica*. Madrid: Imprenta de C. Bailly-Bailliere.
- Broussais, F. (1820). *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*.
- Burucúa, J. (1955). *La semiología en el siglo XIX*. Buenos Aires. Trabajo de adscripción, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Ub. T. 7500 (Inédito).
- Cairolí, A. (1965). *La tesis “Asma”*. Buenos Aires. Trabajo de adscripción, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Ub. CD 61 (09) 592 (Inédito).
- Cuenca, L. (1878). *Cuatro palabras sobre fiebre pútrida o gastroenteritis foliculosa*. Buenos Aires. Tesis doctoral, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Inv. 22537.
- Dagourmer, Th. (1831). *Précis historique de la fièvre*. París.
- Echegaray, A. (1896). *Contribuciones al estudio de la fiebre tifoidea; estudio y observaciones personales*. Buenos Aires. Tesis doctoral. Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Inv. 10899.
- Foucault, M. (1997). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Editorial siglo XXI.
- Gonzalez de Fauve, M. (1996). *Medicina y sociedad: curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVII*. Buenos Aires: Instituto de Historia de España “Claudio Sanchez Albornoz”, UBA.

- Green, B. (1993). *Gerontology and the construction of Old Age. A study in discourse analysis*. New York: Ed. IFA.
- Guerra, F. (1999). *Epidemiología americana y filipina (1492-1898)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hurtado de Mendoza, M. (1869). *Vocabulario médico-quirúrgico o Diccionario de Medicina y Cirugía*. Madrid: Editorial Boix.
- Lacub, R. (2001). *El desafío de los mayores*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Luchetti de F. de Monjardín, M.A. (1996). *Luján y su gente*. Buenos Aires: Librería de Mayo Luján.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Ed. Herder.
- Osler, W. (1880). "Oedema of left lung-morphia poisoning". En: *Published Memoirs and Communications*. Montreal: Montreal General Hospital, N° 2.
- Pereda, M. (1879). *La fiebre sólo consiste en el aumento del pulso y del calor y que depende de la lesión de un órgano o del corazón mismo*. Buenos Aires. Tesis doctoral, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Inv. 22525.
- Petit, M. (1823). *Traité de la fièvre entéro-mésenterique*. París.
- Pons, A. (1960). *Tratado de Patología y Clínicas Médicas*. Tomo VI. Barcelona: Editorial Salvat.
- Prieta Miralles, V. (2002). *La historia clínica, aspectos lingüísticos y jurídicos*. Madrid: Panacea, Vol. 3, N° 8.
- Prost, P. (1810). *La médecine éclairée par L'observation et L'ouverture des corps*. París, 2 vols.
- Racle, A. (1880). *Diccionario Castellano*. París: Ed. Librería de Rosa y Bouret.
- Rissotto, A. (1902). *La fiebre tifoidea y otras infecciones intestinales en Buenos Aires*. Buenos Aires. Tesis doctoral, 185 pág., Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Inv. 23239.
- Sergent, E.; Ribadeau-Dumas, L.; Babonneix, L. (1901). *Tratado de Patología Médica y de Terapéutica Aplicada*. Tomo XVI. Barcelona: Editorial Pubul.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Editorial Aguilar, Altea-Taurus.
- Terrada Ferrandis, M. (1983). *La documentación médica como disciplina*. Valencia: Centro de Documentación e Informática Biomédica.
- Vaccarezza, R. (1978). *Historia de una idea. Contagiosidad de la tuberculosis*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Valdez Aguilar, R. (2002). "Pandemia de gripe", *Revista Elementos de Ciencia y Cultura*, N° 47, vol. 9, México, pp. 37-43.