

DISCURSOS Y PRÁCTICAS EN LOS SANATORIOS PARA TUBERCULOSOS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. 1910-1947

Dr. Adrián Carbonetti

Universidad Nacional del Litoral, Argentina

RESUMEN

La tuberculosis fue una enfermedad estigmatizante, con una fuerte carga valorativa elaborada desde la misma medicina. Este trabajo pretende realizar un análisis de las concepciones médicas acerca de la enfermedad y su repercusión en los enfermos en un ámbito especial como fueron los sanatorios para tuberculosos. Se parte, para el análisis, de una enumeración de los sanatorios en la provincia de Córdoba, para luego estudiar las miradas médicas acerca de los sanatorios y el contagio como el elemento fundamental para la internación de los tuberculosos. Luego pasamos al análisis de los mitos que se generaron en torno a la enfermedad y, por último, tratamos de entender cómo estos generaron una la conformación de un grupo social particular en esos mismos sanatorios.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis. Sanatorios. Contagio. Medicina. Argentina.

DISCOURSES AND PRACTICES IN THE SANATORIUMS FOR TUBERCULOSIS SUFFERERS IN THE PROVINCE OF CORDOBA. 1910-1947

ABSTRACT

Tuberculosis was a stigmatized disease, with a strong social meaning developed by medicine itself. In this paper, we make an analysis of the medical conceptions about the disease, and their repercussions on patients in a special place such as tuberculosis sanatoriums. In the first place, we enumerate the sanatoriums in the province of Cordoba, after that, we study the medical views about the sanatoriums and the infection, as a central element for hospitalized patients with tuberculosis. Later, we analyze the myths generated around the disease, and finally, we try to understand how these myths made possible to create a particular social group within those sanatoriums.

KEY WORDS: Tuberculosis. Sanatoriums. Infection. Medicine. Argentina.

INTRODUCCIÓN

Entre fines del siglo XIX y principios del XX una enfermedad profundizó las preocupaciones que la medicina argentina tenía acerca de la salud de la población: la tuberculosis. El crecimiento demográfico, fruto del flujo migratorio ultramarino que se instalaba en las grandes ciudades, y el desarrollo de un capitalismo que no brindaba las mismas oportunidades a todos los habitantes de la Argentina generaron condiciones de vida material paupérrimas: hacinamiento, mala alimentación, alcoholismo, etc., condiciones de las que la tuberculosis era tributaria para la medicina criolla. De esta forma pronto, esta enfermedad, se transformó en un serio problema sanitario creando una inquietud creciente en el Estado, la elite médica y la misma sociedad que reaccionaron imponiendo medidas sanitarias, como dispensarios barriales, consultorios externos en los hospitales y sanatorios para tratar de curar a través del clima¹.

A principios del siglo XX, se había reconocido que la tuberculosis era una enfermedad transmisible, pero no había un tratamiento efectivo —y no lo habría hasta mediados del siglo XX, en que las quimioterapias comenzaron a generalizarse—. Estas características generaron estrategias de cura y aislamiento, defendidas por la profesión médica e implementadas en instituciones estatales, sociedades de beneficencia y sanatorios privados.

En la medicina de fines del siglo XIX y principios del XX, si bien existían tratamientos domiciliarios e internaciones en los hospitales en las grandes ciudades, la medicina consideraba como una opción de cura, tomando el ejemplo de la medicina europea, la internación de los enfermos en sanatorios ubicados en ambientes determinados: de llanura, de montaña o de mar; pero cuya característica principal fuera un clima limpio y el aislamiento. En este sentido cabe acotar que dependiendo del tipo de tuberculosis y del órgano que afectaba la medicina recomendaba diferentes tipos de clima; sin embargo, de acuerdo con los saberes que circulaban en la profesión médica, en todos los casos de tuberculosis era necesario el aislamiento. Una de las regiones donde se ubicaron gran cantidad de establecimientos para la cura y aislamiento de los enfermos de tuberculosis fue la ubicada al oeste de la ciudad de Córdoba, en lo que se denomina el valle de Punilla, zona montañosa caracterizada por la sequedad del clima y el alejamiento de los grandes centros urbanos.

En estos establecimientos se desarrollaban estrategias tendentes a higienizar al enfermo, generar pautas morales y conductuales que permitieran la

¹ ARMUS, D. (2007), *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, p. 284.

convivencia con la comunidad de enfermos. Esa higiene moral y física permitiría también —se pensaba— su reinserción en la sociedad en caso de lograr la tan ansiada cura. Por otra parte, los sanatorios debían estar lo suficientemente alejados de la población en su conjunto, pues la *tuberculofobia*² (el miedo al contagio) era una de las preocupaciones que más molestaban a la elite médica, especialmente a partir de la demostración de la transmisibilidad de la tuberculosis, que en Argentina sostenía José Penna³ y que fuera ampliamente adoptada por la mayor parte de la elite médica.

En este artículo pretendemos analizar los discursos médicos sobre la población de enfermos internados en los diversos sanatorios de la Provincia de Córdoba, y las prácticas de los profesionales de la salud que en muchos casos repercutían en los comportamientos y en la salud de los internados. Para ello se analizaron memorias y revistas en las cuales los médicos pusieron el acento en los tratamientos y opiniones acerca del comportamiento de los enfermos. Esto se contrastó con testimonios de tuberculosos internados y relatos provenientes especialmente de la literatura.

LA PROVINCIA DE CÓRDOBA COMO LUGAR DE EMPLAZAMIENTO DE SANATORIOS

La provincia de Córdoba, ubicada en el centro de la Argentina y caracterizada por poseer en su región occidental montañas de altura relativa, fue el lugar elegido por la mayoría de los médicos argentinos para enviar a sus pacientes «enfermos de pecho» a realizar curas en sanatorios. En éstos se practicaban dos tipos de cura: la de «reposo» y la «higiénico dietética», para ambas se requería la internación del enfermo. La elección de estos tipos de tratamiento por parte de muchos médicos tuvo como consecuencia lógica la conformación de una serie de instituciones de carácter público, privado y de la beneficencia que recibieron, internaron y trataron de sanar esos «cuerpos enfermos».

La región era recomendada por médicos, intelectuales y gobernantes para llevar a cabo la cura de los tuberculosos. Biale Massé en su informe sobre el estado de la clase obrera en Argentina señaló acerca de su clima que sus «aires purísimos eran capaces de curar cinco mil tísicos por año» y la bautizó «la

² ARMUS, D. (2006), Curas de reposo y entierros voluntarios. Narraciones de los tuberculosos en los enclaves serranos de Córdoba. En BONGERS, W. y OLBRICH, T. (comps.), *Literatura, cultura, enfermedad*, Buenos Aires, Paidós, pp. 115/116.

³ BERMAN, G. (1946), *La explotación de los tuberculosos*, Buenos Aires, Claridad, p. 209.

Meca de los tuberculosos»⁴. Gumersindo Sayago, uno de los más destacados fisiólogos argentinos, también hizo referencia a los beneficios del clima de las estaciones climatéricas cordobesas, observando que éstas habían sido visitadas por enfermos de tuberculosis desde fines del siglo XIX⁵. Antonio Cetrángolo escribió una obra excepcional acerca de su experiencia en la atención de los tuberculosos en la que señaló: «En todos los hogares de nuestra tierra, de todas las categorías, cada vez que el problema de la tuberculosis se plantea, la idea de Córdoba y su clima se hace presente en los espíritus»⁶.

En 1927, el gobernador Cárcano en su discurso de apertura de la asamblea legislativa —basado en los informes de la Comisión Provincial de climatología y climatoterapia creada para estudiar el clima de las sierras de Córdoba—, también lo alabó: «algunos elementos del clima de Córdoba, como su humedad, su luminosidad y pureza del aire, se prestan para la curación de todas las formas clínicas de tuberculosis»⁷. En ese mismo discurso el gobernador dio cuenta de la inmigración de enfermos de todas partes del país e incluso del extranjero⁸.

En ese contexto nació el sanatorio que se convertiría en emblema de las sierras de Córdoba: el «Santa María», que comenzó como una empresa de carácter privado emprendida por el doctor Fermín Rodríguez, quien fue ayudado financieramente por el Estado Nacional para la construcción de las instalaciones con la suma de 200 000 pesos, a cambio de la «asistencia permanente de los tuberculosos curables becados por el Poder Ejecutivo»⁹.

Si bien se logró la construcción del sanatorio y comenzó a funcionar, la empresa fracasó y el médico empresario presentó la quiebra. Como consecuencia del quebranto del doctor Fermín Rodríguez, el sanatorio fue comprado por el Estado Nacional en 1909. Según el artículo 1° de la ley 7517 que autorizaba la compra del sanatorio por la suma de 250 000 pesos, éste sería destinado al tratamiento preventivo y curativo de enfermos de tuberculosis, se

⁴ BIALET MASSÉ, J. (1988), *Informe sobre el estado de la clase obrera en Argentina*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, p. 193.

⁵ SAYAGO, G. (1921), *La tuberculosis en la provincia de Córdoba*, Córdoba, Editorial Pereyra, p. 108.

⁶ CETRÁNGOLO, A. (1945), *Treinta años cuidando tuberculosos*, Buenos Aires, Hachette, p. 171.

⁷ CÁRCANO, R. (1927), *Discurso de apertura de las Cámaras legislativas*, Diario de sesiones, Córdoba, 1° de mayo de 1927, p. 193.

⁸ CÁRCANO (1927), p. 194.

⁹ GARZÓN MACEDA, F. (1917), *La Medicina en Córdoba*, Buenos Aires, Talleres Rodríguez Giles, p. 728.

debía hospitalizar preferentemente a los maestros de escuela, miembros del ejército y de la armada, y empleados públicos inválidos al servicio del Estado. A partir de la compra de las instalaciones del sanatorio, el Estado comenzó con la readecuación y construcción de otros pabellones para la internación de enfermos. En la década del veinte del siglo pasado llegó a disponer de más de 1.000 camas.

Luego de esta experiencia fueron creándose otros sanatorios de carácter privado dedicados a la cura, que ponían el énfasis en el descanso, el clima, la higiene y la dieta: en la localidad de Cosquín se establecieron el sanatorio Mieres, la clínica Berna, el Hogar Japonés; el sanatorio Laennec y Galatoire se instaló en Capilla del Monte también con una pequeña clínica que se ocupaba de la cura higiénico-dietética y de reposo¹⁰. Todos los sanatorios antes mencionados tenían su ubicación en el valle de Punilla, es decir, al oeste de lo que se denomina las Sierras Chicas¹¹. A éstos se fueron agregando luego dos sanatorios en las afueras de la ciudad de Córdoba, construidos en parte por el Estado cordobés pero que eran dirigidos y administrados por sociedades de beneficencia. Así nacieron el Sanatorio Tránsito Cáceres de Allende y el Sanatorio de Nuestra Señora de la Misericordia; el primero dirigido a internar tanto varones como mujeres y el segundo a mujeres y niños¹². En 1925 una sociedad de médicos de Buenos Aires instaló en la región oriental de las sierras otro sanatorio destinado a enfermos pudientes.

Estos establecimientos se fundaron al ritmo de la formación de nuevos recursos humanos especializados: hacia la década de 1920 comenzó a constituirse una especialidad en fisiología que se consolidó en la década de 1930 con la creación de la cátedra y el Instituto de Fisiología en el ámbito de las Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba¹³.

¹⁰ HUBER, N. (2000), *El Santa María de Ayer... La estación climatérica y el Hospital Colonia*, Córdoba, Copiar, p. 24.

¹¹ CETRÁNGOLO (1945), p. 175.

¹² CARBONETTI, A. (2004), Beneficencia y tuberculosis. Tensiones y conflictos en torno a la formación del sistema asistencial en la ciudad de Córdoba. 1915-1947. En ÁLVAREZ, A.; REYNOSO, D. y MOLINARI, I., *Médicos, enfermedades e instituciones. Siglos XIX y XX*, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata.

¹³ CARBONETTI, A. (2003), La formación de la fisiología como especialidad médica en Córdoba (Argentina). 1920-1950, *Revista Horizontes*, Universidade São Francisco, 21.

LA MIRADA MÉDICA Y EL SANATORIO

Los sanatorios para tuberculosos formaron parte de los tópicos que fueron objeto de discusiones y análisis de la medicina argentina a fines del siglo XIX y principios del XX, para combatir la enfermedad. Algunos los percibían como focos de infección de tuberculosis, mientras para otros era el lugar perfecto donde aislar e intentar curar a los enfermos. Esta última no era una idea original de la medicina Argentina, sino que devenía de la experiencia europea.

En el año 1889, cuando aún no había comenzado a desarrollarse el sistema hospitalario para la internación de tuberculosos, en una tesis doctoral defendida por el futuro doctor Arguello encontramos referencias a la necesidad de este tipo de establecimientos y las ventajas que acarrearía a la sociedad en su conjunto. Debemos tener en cuenta que a fines del siglo XIX y principios del XX primaba la teoría del contagio directo, por lo tanto el sanatorio se constituía como un factor de alejamiento del enfermo de aquellos a los que podía transmitirles la dolencia. De esta forma, el *sanatorium* existente en Europa pero no en Argentina tenía una finalidad determinada: «los enfermos alejados de sus deudos están constantemente sometidos a la vigilancia y a prescripciones del médico (...)»¹⁴. Para el futuro doctor Arguello la figura del médico tenía una fuerte connotación como garante de la vigilancia del tuberculoso ya que la cura se debería extender a diversos ámbitos de la vida del enfermo: la moral y la física. En el mismo sentido el sanatorio permitiría un alejamiento de aquellos a los cuales el enfermo podría contagiar.

Por otra parte, la medicina ponía el acento sobre los enfermos pobres como los destinatarios a poblar estos establecimientos. El mismo doctor Arguello se explayaba sobre las posibilidades del tratamiento por este medio a los enfermos pertenecientes a las clases menos pudientes: «los que en la actualidad se atienden en los hospitales generales, entre nosotros, siendo por tanto una constante amenaza para las demás personas del establecimiento. Debiera fundarse establecimientos apropiados para aislar y tratar a los tuberculosos pobres»¹⁵. La clase menesterosa pasaba, con esta dolencia y a partir del discurso médico predominante en la medicina a convertirse en clase peligrosa porque «son ellos los que más expanden la enfermedad»¹⁶.

¹⁴ ARGÜELLO, R. (1889), *Generalidades sobre la tuberculosis*, Universidad de Córdoba, Talleres tipográficos de los Estados, Tesis para aspirar al Doctorado en Medicina de la Facultad de Ciencia Médicas, p. 36.

¹⁵ ARGÜELLO (1889), p. 37.

¹⁶ CHALHOUB, S. (1996), *Cidad Febril. Cortiços e epidemias na corte imperial*, Sao Paulo, Editora Schwarcz, p. 23.

El doctor José M. Escallier, reputado médico dedicado al tratamiento de los tuberculosos, en el Primer Congreso Nacional de Medicina de 1916, presentaba un trabajo sobre las ventajas de los sanatorios y no se diferenciaba demasiado de la mirada que hacía el médico tesista veintisiete años antes. El sanatorio tenía más una finalidad de encerramiento para evitar el contagio a la población sana que la misma cura.

«La obras que los sanatorios realizan no solo son la mejor forma de hacer el tratamiento de la tuberculosis, sino también el mejor modo de hacer su profilaxis. En ellos se obtiene la educación del enfermo sometiéndolo a rigurosas reglas de higiene bajo una acertada dirección, se evita su dispersión en medio de poblaciones indemnes en las que vive en peligrosa promiscuidad con los sanos sembrando el contagio, sin otra guía que su propia inspiración (...)».

«La creación de sanatorios en una región elegida entre muchas adaptables a este objeto impondría la concentración de los enfermos peligrosos cuando se dispersan y no están sometidos a cuidados y prescripciones (...)»¹⁷.

El artículo da la pauta del miedo que generaba en la misma medicina la enfermedad, la fobia al contagio y por lo tanto, la necesidad de aislar a los enfermos de tuberculosis. Pero al mismo tiempo se nota que la medicina y el médico se erigían educadores y moralizadores del tuberculoso y por lo tanto en sus controladores.

El construir hospitales en los márgenes permitiría al tuberculoso tener un mayor contacto con sus familiares y su entorno. Este mayor contacto con la realidad y con el exterior jugaría como dique de contención en sus ansias de volver a la ciudad y por lo tanto contagiar a los sanos. Este tipo de escritos llevaron a considerar a los tuberculosos, a partir de que enfermaban, como un grupo social distinto y en muchos casos hasta peligroso. Por lo tanto había un solo camino: el aislamiento.

Una mirada similar dejaba entrever también el Presidente del Consejo Provincial de Higiene el 26 de Octubre de 1925, cuando le informaba al gobernador acerca del lugar donde se ubicaría el sanatorio Ascochinga; el informe se extendía sobre el cumplimiento de la legislación vigente y sus características edilicias. El escrito del doctor Portella, además de notificar sobre aquellas condiciones, también abundaba en apreciaciones sobre su propia posición acerca del peligro de contagio por parte de los enfermos hacia los

¹⁷ ESCALLIER, M. (1917), La necesidad de la construcción de hospitales suburbanos. En *Primer Congreso Nacional de Medicina de la República Argentina. Actas y trabajos*, Buenos Aires, Imprenta y Casa Editora Flabián y Camilloni, p. 253.

sanos y las estrategias que deberían seguirse para que ese contacto no se llevara a cabo.

En la exposición observaba que el emplazamiento del sanatorio se encontraba alejado de las poblaciones que lo circundaban, «siendo el acceso al mismo completamente independiente y lejano del que corresponde al hotel y vecindades que le rodean»¹⁸. Pero lo que más resaltaba el autor eran las características de gueto que asumía la propiedad donde estaría emplazado el edificio y su predio: «estará limitada por tejido metálico, lo cual evitará el libre contacto de los enfermos con los sanos a menos que el médico lo autorice cuando no haya peligro de contagio»¹⁹. Esta solución se generaba a partir de considerar al tuberculoso como una amenaza al orden social a partir del contagio²⁰.

Podemos decir que la tuberculosis fue una enfermedad estigmatizante y excluyente. Durante toda la historia, pero tal vez cuando la enfermedad dejó de ser una dolencia de los bohemios y pasó a constituirse en la enfermedad del proletariado y en el mismo momento en que se descubre el agente etiológico, comenzaron a aparecer y a reproducirse una serie de estigmas y mitos que convirtieron al tuberculoso en un ser marginal²¹.

Esa marginalidad se reflejó en el discurso médico y en las reglamentaciones de las instituciones destinadas a aislar y a curar a los enfermos que indudablemente estaban determinadas por este tipo de pensamiento. Si bien estas reglamentaciones no se llegaron a cumplir en su totalidad, estaban imbuidas de un fuerte tono coercitivo donde todos los aspectos de la vida del enfermo eran normados. De esta forma el enfermo de tuberculosis era convertido en un individuo despojado de sus atributos personales, de sus derechos y aún, confundidos con la misma enfermedad. El enfermo de tuberculosis además de ser aislado debía recibir un tratamiento moral y debía ser vigilado por el médico, el cual en el sanatorio se convertía en el garante del orden moral del enfermo.

¹⁸ *Informe del Presidente del Consejo de Higiene de la Provincia de Córdoba al Ministro de Gobierno de la Provincia de Córdoba*, 28 de Octubre de 1925. Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba. (AGPC). Solicitudes Diversas T. 25 1925-1 expediente 132 Letra B folio 392 A.

¹⁹ *Informe del Presidente del Consejo de Higiene de la Provincia de Córdoba al Ministro de Gobierno de la Provincia de Córdoba*, 28 de Octubre de 1925. Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba. (AGPC). Solicitudes Diversas T. 25 1925-1 expediente 132 Letra B folio 392 A.

²⁰ BERTOLLI, C. (1999-2000), Antropología da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos, *Historia Ciencia saúde*, 6 (3), p. 495.

²¹ BERTOLLI (1999-2000), p. 495.

El doctor Cetrángolo, en un artículo publicado en la revista *Reflexiones*, perteneciente a los internados del Sanatorio Santa María pretendía explicar las causas por las cuales habían aparecido los sanatorios y la necesidad de aislamiento de los enfermos. El médico, que trabajaba en ese establecimiento desde hacía cinco años observaba que era la prensa la que había convertido la lucha en contra de la tuberculosis en la lucha en contra del tuberculoso, a partir de la difusión de la idea de contagio como un factor fundamental en el desarrollo de la tuberculosis.

«¿Como proceder de otro modo, si diarios, periódicos y revistas —entidades de gran autoridad y que constituyen la llamada opinión pública— habían afirmado que el tuberculoso era algo terrible porque arrojaba bacilos, no ya sólo con la emisión de la voz, sino capaces de ser transmitidos hasta por la mirada?»²². De esta forma, para el autor, el sanatorio devendría en una forma de aislamiento hacia el enfermo de tuberculosis confundido con la enfermedad, pero esa confusión no derivaba de las miradas médicas que se habían venido formando desde la conformación del saber médico a partir de la idea de contagio, sino de los mismos medios de comunicación. Más allá de estas distintas miradas, el sanatorio para tuberculosos tenía una doble misión, en muchos casos contradictoria: sanar y aislar²³.

EL CONTAGIO

El contagio era percibido como un factor fundamental por el cual los sanatorios habían aparecido en el escenario médico en la lucha contra la tuberculosis. En sí, el sanatorio era considerado como un arma para aislar al tuberculoso de la sociedad para que éste no la contagiara con el bacilo. Sin embargo, hacia dentro del sanatorio el contagio determinaba las prácticas y conductas médicas que, a su vez, tenían una fuerte carga sobre los enfermos.

A lo largo de su extensa carrera en sanatorios para tuberculosos, el doctor Antonio Cetrángolo tuvo ocasión de verificar ciertas prácticas de muchos médicos que tenían aprensión al contagio. Entre ellos había un temor al contacto físico: «En Santa María un colega me preguntó si podía estrecharle la

²² CETRÁNGOLO, A. (1921), El instinto de conservación frente a la tuberculosis, *Revista Reflexiones*.

²³ DESSERTINE, D.; FAURE, O. (1988), Malades et sanatoriums dans l'entre-deux-guerre. En BARDET, J.; BOURDELAIS, P.; GUILLAUME, P.; LEBRUN, F.; QUETEL, C. (dirs.), *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Ed. Fayard, p. 219.

mano a su hermano enfermo sin contagiarse»²⁴. Sin embargo el miedo al contagio no sólo se extendía a este tipo de contactos físicos sino también al miedo a entrar en contacto con ciertos elementos que pudieran haber sido asidos por enfermos de tuberculosis. El mismo Cetrángolo relata que en el Hospital Santa María observaba a colegas que abrían las puertas con el codo²⁵.

Esta aprensión al contagio se extendía a todo elemento que pudiera generar un contacto entre el enfermo y el supuestamente sano, como los insectos. Cetrángolo se percató de los cuidados que tenían otros médicos, cuando un profesor que visitaba el sanatorio de Ascochinga le solicitó con urgencia yodo y alcohol a fin de desinfectarse, ya que lo había tocado una mosca²⁶.

Gregorio Berman, uno de los psiquiatras más reputados de la provincia de Córdoba y profesor titular de medicina legal en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, preocupado también por la problemática de los tuberculosos, relataba que a principios de su carrera era uno de los pocos que visitaba, en el Hospital Muñiz, a los «bacilosos» que iban a morir allí. «Nunca encontré el médico de sala, y el enfermero me decía que iba lo menos posible, tal vez no tanto por holgar, como por el temor a ser contaminado»²⁷. Esas referencias continuaron con prácticas con una fuerte carga discriminatoria hacia los enfermos, que de alguna manera deshumanizaban la relación médico-paciente. Berman decía en 1946: «Todavía quedan médicos que se mantienen a la mayor distancia posible de los enfermos, que se lavan la cara con alcohol y otros desinfectantes al salir de las salas, que sólo abren los picaportes en esos establecimientos con el extremo de su guardapolvo».²⁸

Estas prácticas generaron extremos en los médicos de sala al punto de proponer «el empleo de máscaras cuando están en sus salas, por temor a las gotas de Fluge»²⁹. El temor al contagio se extendía también a aquellos que habían enfermado y curado (es decir que ya no eliminaban bacilos), tal fue el caso, comentado por Cetrángolo, respecto «de un profesor de cirugía (...) que al colega que regresa de una cura de clima en donde alcanza su curación, le ruega no concurrir al servicio, pues tiene miedo al contagio; a contagiarse él»³⁰.

El discurso acerca del contagio como un mecanismo automático de contacto o acercamiento al enfermo, inundó no sólo a gran parte de la medicina

²⁴ CETRÁNGOLO (1944), p. 101

²⁵ CETRÁNGOLO (1944), p. 101.

²⁶ CETRÁNGOLO (1944), p. 101.

²⁷ BERMAN (1946), p. 210.

²⁸ BERMAN (1946), p. 210.

²⁹ BERMAN (1946), p. 210.

³⁰ CETRÁNGOLO (1944), p. 101.

ocupada de la problemática de la tuberculosis, sino también a la sociedad en su conjunto. Generó un miedo profundo a contraer la enfermedad que derivó en prácticas de evitación del contacto con la tuberculosis y el tuberculoso; una práctica muy común en turistas que pasaban por Cosquín (pueblo cercano al Sanatorio Santa María) era taparse la boca y la nariz con un pañuelo a fin de protegerse del bacilo³¹.

En ese mismo sentido puede entenderse el miedo al contagio que despertaba en la población de Ascochinga donde se instalaría en 1925 un sanatorio para tuberculosos, al que definían como «triste refugio de enfermos contagiosos atraídos por las empresas comerciales que se interesan en ellos», y opinaban que la profilaxis de la zona no se resolvería con desinfecciones sino con zonas de exclusión de los sanatorios³².

Las miradas médicas eran resignificadas por la sociedad que generaba una visión donde el enfermo era confundido con la enfermedad y por lo tanto propenso a ser aislado; visión que en muchos casos era asida por el mismo enfermo. Cetrángolo observaba que la cura de clima equivalía a un aislamiento discreto y amable. El tuberculoso sentía la presión social devenida de esa visión del contagio, «ya que el enfermo se percata de la aprensión y se crea en él un complejo de inferioridad. Esta situación origina una serie de molestias de las que el enfermo quiere huir (...)»³³.

Sin embargo ese miedo al contagio también se encarnaba en aquellos que habiendo estado enfermos habían curado. Cetrángolo continuaba exponiendo: «Fueron los conceptos dominantes en tisiología que adquiriendo la fuerza de un prejuicio. La idea tantas veces sostenida, hasta por colegas muy distinguidos, de que el tuberculoso que curaba en las sierras debía vivir siempre allí, y ellos mismos radicarse definitivamente en las sierras después de curar»³⁴.

LOS OTROS MITOS

También la tuberculosis, a través de los saberes médicos de la época, generó un sinnúmero de mitos que surgieron acerca de la enfermedad y el enfer-

³¹ CETRÁNGOLO (1944), p. 101.

³² *Ampliación de reclamo para la prohibición del establecimiento de un sanatorio en Ascochinga*, 23 de noviembre de 1925. Archivo de Gobierno de la Provincia de Córdoba. (AGPC). Solicitudes Diversas T. 25 1925-1 expediente 132 Letra B folio397 R.

³³ CETRÁNGOLO (1944), p. 177.

³⁴ CETRÁNGOLO (1944), p. 154.

mo, entre los cuales se encontraba el asignar al enfermo una psicología particular. La tesis más común acerca del carácter y la psicología del tuberculoso se centraba en el efecto de las toxinas provocadas por la misma enfermedad, doctrina que Berman rechazaba por retrógrada hacia mediados de la década de 1940, pero que según el autor regía en la mente de la mayoría de los médicos³⁵.

En el mismo sentido se explayaba Cetrángolo acerca del carácter de los tuberculosos:

«Desde épocas remotas le fue atribuida al tuberculoso una psicología particular. Su personalidad psicológica se caracterizaba por una gran sensibilidad y egoísmo (...) A su egoísmo le atribuían el deseo de transmitir su enfermedad a los suyos y al prójimo (...) le era atribuido un exotismo extraordinario»³⁶.

Varios fueron los médicos o futuros médicos que desarrollaron sus ideas acerca de la psicología del tuberculoso y que fueron representantes de una mirada particular sobre la enfermedad: asignar una psicología particular, misteriosa, egoísta, exótica.

Julio Caraffa escribió en 1890 su tesis doctoral titulada *Prevención y tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Cargada de una serie de preconcepciones y escaso asidero científico, la tesis se extendía acerca de los excesos sexuales del tuberculoso y de los perjuicios que esto generaba en su salud. «El acto venéreo que desgasta rápidamente la fuerza vital es uno de los peligros más serios para el enfermo, pues su abuso precipita seguramente la enfermedad hacia un fin funesto». Escribió también: «(...) el médico debe prevenir a su enfermo la gravedad de las consecuencias que reportarían a su salud el abuso de este acto, tanto más que en esta afección parece que hubiera un acrecentamiento mayor de los deseos sexuales»³⁷.

Hacia 1935 el doctor Jacinto Parral publicó un artículo en la revista *Momento Médico*³⁸, de amplia difusión entre los facultativos. En este artículo, con un sugerente título, «Contribución al estudio de la psicopatología del tuberculoso», el autor se propuso describir la psiquis de los tuberculosos, y entre las particularidades que destacó se encontraba el «ansia de sexo y amor

³⁵ BERMAN (1946), p. 176.

³⁶ CETRÁNGOLO (1944), p. 154.

³⁷ CARAFFA, J. (1890), Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Talleres tipográficos de los Estados, p. 10.

³⁸ PARRAL, J. (1935), Contribución al estudio de la psicopatología del tuberculoso, *Momento Médico*, XV.

así como (...) su egoísmo», y citó algunos casos, como el de un padre de familia que obligaba a su esposa y a su hijo a convivir con él para contagiarlos³⁹. Esta visión se había extendido hacia toda la sociedad; son varias las obras literarias que perciben al tuberculoso con una particular psicología, un apetito sexual desmesurado y una maldad también particular, que determinan la vida del enfermo en el sanatorio⁴⁰. Tal vez por ello el reglamento del Sanatorio Santa María en su artículo 21 disponía: «Está terminantemente prohibido a todo enfermo el tránsito, por ningún motivo de pretexto, en los pabellones, pasillos y paseos destinados a otro sexo»⁴¹. La disposición, si bien estaba imbuida de un moralismo victoriano, tenía también que ver con el pensamiento médico dominante; esto es, que el enfermo no debía tener relaciones sexuales, y que la misma enfermedad generaba en él un exacerbado apetito sexual. Por otra parte, muchas de las rebeliones y actos de insubordinación que los enfermos generaban en los sanatorios eran considerados como consecuencias de esa particular psicología.

Otro de los estigmas y mitos que se generaron en la tisiología, fue la necesidad de que los tuberculosos se abstuvieran de tener hijos, especialmente las mujeres. Caraffa opinaba que el embarazo de las mujeres tuberculosas no debía llegar a su fin, puesto que trastocaba no sólo su salud, sino también la de sus futuros hijos, que podían ser contagiados⁴². Antonio Cetrángolo recordaba que la inmediata reacción de los médicos y de él mismo frente a las mujeres internas del sanatorio Santa María que quedaban embarazadas era la de hacerlas abortar, ya que estaba en riesgo su salud y la del niño. La prohibición de tener hijos iba más allá de su enfermedad; les estaba prohibido tener hijos aun cuando ya estaban curadas⁴³.

El mito acerca del embarazo generaba también ciertas prevenciones acerca del matrimonio de un tuberculoso con una persona sana. «El matrimonio no trae ninguna ventaja positiva para el tuberculoso tanto más si se consideran los resultados funestos y la miserable vida que espera a su prole»⁴⁴. Este tipo de pensamiento guiaba otra tesis doctoral de 1920, escrita por Ángel Gracila-

³⁹ CETRÁNGOLO, A. (1944), p. 177.

⁴⁰ CARBONETTI, A. (2002), Tuberculosis y literatura en Córdoba en la primera mitad del siglo XX. En *Cuadernos de Historia, Serie Economía y Sociedad*, Centro de Investigaciones, Facultad de Filosofía y Humanidades, U.N.C., N° 5.

⁴¹ Reglamento del Sanatorio Santa María, Buenos Aires, 1910.

⁴² CARAFFA (1890), p. 18.

⁴³ CETRÁNGOLO (1944), p. 161.

⁴⁴ CARAFFA (1890), p. 18.

zo, cuyo título es explícito acerca de las concepciones del autor, el cual no dejaba lugar a dudas: *Incompatibilidad del matrimonio con la tuberculosis y la sífilis*⁴⁵.

De estos escritos se pueden extraer varias ideas acerca del pensamiento médico sobre la tuberculosis. En primer lugar, existía una idea eugenésica: el enfermo no podía tener hijos por su salud o la predisposición que podía heredar a sus hijos; lo que conduciría a la degeneración de la especie. En segunda instancia, se asignaban al tuberculoso ciertos atributos supuestamente derivados de la enfermedad, como la exacerbación del apetito sexual, que era perjudicial para su salud. Ambos se reflejaron en las prácticas médicas dentro del sanatorio.

LA VIDA COTIDIANA EN EL SANATORIO

El aislamiento obligaba a los enfermos a constituirse como un grupo social marginado con códigos propios y hábitos distintos que los diferenciaban de la sociedad. Antonio Cetrángolo trataba de dar una explicación a dicho fenómeno: «(...) un sanatorio o un hospital para tuberculosos es una cosa muy distinta de un hospital general; en éste predomina la enfermedad que domina las conversaciones, y el estudioso presta poca atención al enfermo»⁴⁶. El tisiólogo también hacía diferencia con un hospital para alienados: «En éste el enfermo está ausente». En cambio, en los sanatorios para tuberculosos el enfermo estaba, según el autor, «atento en la gran mayoría de los casos. La agudeza del proceso no siempre le impide fijar la atención en su enfermedad. Él sigue conservando su personalidad y fiscaliza la evolución de su mal; por eso está siempre alerta en el hospital; el enfermo domina, podría decirse, sobre la enfermedad».⁴⁷

Lo que Cetrángolo quería decir, y para ello realizaba la comparación con otros establecimientos, es que, a pesar de las reglamentaciones, en el sanatorio para tuberculosos el médico era puesto constantemente a prueba por el enfermo. Su enfermedad era larga y, a diferencia de los alienados, el enfermo de tuberculosis se encontraba inserto en la realidad del hospital, y además

⁴⁵ GARCILAZO, A. (1920), *Incompatibilidad del matrimonio con la tuberculosis y la sífilis*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Tesis para optar al grado de doctor en Medicina y Cirugía, pp. 24 y 25.

⁴⁶ CETRÁNGOLO (1944), p. 187.

⁴⁷ CETRÁNGOLO (1944), p. 187.

poseía conciencia de su enfermedad. Esta conciencia llevaba al tuberculoso, en muchos casos, a cuestionar al mismo médico y a la institución. Con respecto a la segunda no fueron pocas las rebeliones que se dieron en el Sanatorio Santa María, de las cuales da cuenta Armus: los enfermos «fueron capaces de negociar y enfrentar a los médicos y administradores sanitarios, organizaban sus demandas y fueron muchas las veces en que esa organización galvanizaba en una comisión organizadora de enfermos»⁴⁸.

De acuerdo con las memorias de Centrángolo, en el hospital:

«El enfermo estaba atento al gesto del médico y el más insignificante era motivo de un análisis minucioso, y después de algún tiempo alcanzaba su interpretación más exacta. Y lo que pasaba con el gesto ocurría, claro está, con la palabra (...). El espíritu de pandilla que se encuentra en esos ambientes, sintoniza los gestos y las palabras con una sutileza extraordinaria (...). Al lado de esas características existe otra muy importante, la memoria. En el alma colectiva del sanatorio, nada se olvida nunca»⁴⁹.

Si bien el ingreso al sanatorio, como decía Babini,⁵⁰ era una especie de tabla de salvación o de sobrevida de la enfermedad, también el individuo que ingresaba en estos establecimientos dejaba de pertenecer a una parte de la sociedad para pasar a ser parte de otra: la de los enfermos de tuberculosis; un mundo distinto alejado de la sociedad de los sanos. «El hombre se ha formado un concepto de su situación y pasa a formar parte de otra clase de individuos, es y será en adelante siempre un tuberculoso»⁵¹.

Era justamente el sanatorio con sus ventajas sobre la salud y sus desventajas lo que hacía que el enfermo tomara conciencia sobre su enfermedad y la gravedad de ésta, y se incorporara a un nuevo mundo donde aquello que estaba escondido en el ámbito familiar y social se volviera real. Sobre esto refiere Cetrángolo una anécdota. Por precaución, a causa del problema de contagio, él comunicaba a todo enfermo su diagnóstico, pero en el caso del primer paciente al que aplicó el neumotórax artificial la madre de éste le solicitó que no diera identidad a la enfermedad:

«Sé que usted acostumbra a decir a sus enfermos la naturaleza de su enfermedad, pero le ruego que con mi hijo no lo haga. En mi casa se ha hablado mucho de

⁴⁸ ARMUS (2007), p. 365.

⁴⁹ CETRÁNGOLO (1944), p. 188.

⁵⁰ Entrevista al Dr. Babini. 17 de enero de 1997. Realizada por Adrián Carbonetti.

⁵¹ CETRÁNGOLO (1944), p. 138.

esta enfermedad, pues mi familia se ha interesado por la asistencia de estos enfermos y se la ha considerado siempre como inevitablemente mortal. Los médicos han dicho siempre eso y usted comprenderá el mal que le haríamos»⁵².

De esta forma el ingreso y la permanencia en los sanatorios para tuberculosos implicaba para el enfermo una serie de condicionamientos: la aparición explícita de la enfermedad, la idea de muerte, el pasar a formar parte de otro grupo social caracterizado por sus propios códigos, estigmatizado a partir del contagio y por los propios mitos que la medicina y la sociedad generaba en el enfermo.

Estos factores estarán también explícitos en la autobiografía que Ulises Pettit de Murat escribiera en 1934. La novela, de carácter autobiográfico permite acceder a la visión que poseía el enfermo de tuberculosis con respecto a su enfermedad y las consecuencias de la misma; en muchos casos, la reclusión en el sanatorio. La trama comienza su desarrollo en un hotel de las sierras de Córdoba, donde se encuentra el autor en búsqueda de la cura para su enfermedad. Mientras la escena se desarrolla en este hotel, los personajes que interactúan no mencionan la palabra tuberculosis. Se puede conocer la dolencia que poseen la mayoría de los personajes a través de la mención de los síntomas, pero no a través de la palabra «tuberculosis»: «Un temor inconfesado los acercó a la zona prohibida. Primero dieron satisfacción a esa oscura delectación del enfermo, que consiste en hablar de su enfermedad por caminos indirectos (...)»⁵³.

El término tuberculosis es suplantado por otro menos cruel y, en todo caso, menos corrosivo y más incierto: «la enfermedad». Esta palabra surca constantemente el escenario, expresando el horror que siente cada uno de los personajes frente a la tuberculosis. Ese horror queda patentizado por el personaje central que, cuando debe irse del hotel donde se alojaba para internarse en un Sanatorio de Ascochinga, piensa:

«¡Me echan porque me muero! Si estaba así con la gente, agrio y enconado era porque buscaba un enemigo concreto, menos fantasmal que el que le andaba crujiendo y silbando adentro del tórax (...). Y sentía la humillación de la enfermedad en su escala más baja»⁵⁴.

El enfermo veía la tuberculosis como una enfermedad contra la cual era imposible luchar. Esta visión de la tuberculosis, que era muy común en la

⁵² CETRÁNGOLO (1944), p. 140.

⁵³ PETTIT DE MURAT (1968), p. 54.

⁵⁴ PETTIT DE MURAT (1968), p. 55.

sociedad argentina de principios y mediados del siglo XX, surca además toda la novela y se acentúa cuando el personaje es internado en el sanatorio. Consideramos esta parte de fundamental importancia, ya que las vivencias del autor eran, creemos, similares a las de aquellos que se internaban en el Sanatorio Santa María. En ese sentido el autor expresa los sentimientos que pudo haber poseído un tuberculoso cuando se internaba en un sanatorio. «Federico, dando la espalda a la vida, penetró al pabellón. Allí viviría, a partir de ese instante, una existencia secreta, desechado por el mundo, en conexión abierta, confesada con el contagio, con el delirio, con la ausencia, con la soledad, con la muerte»⁵⁵.

A partir de su ingreso al sanatorio la enfermedad se volvía explícita, comenzaba a ser nombrada; el enfermo pasaba a interactuar con otros enfermos que estaban más conectados con la enfermedad y con la muerte de lo que habían estado los que se encontraban afuera del sanatorio. Cuando el personaje central de la novela se encuentra instalado en su pabellón aparece por primera vez la palabra «tuberculosis», es en momentos que otro enfermo lo visita y se produce el siguiente diálogo:

«¿Qué tiene?— le preguntó el otro mientras se acomodaba al pie de la cama.

Y sin esperar su respuesta:

¡Ya sé —dijo sonriente— Tuberculosis, no es cierto?

En su casa, en el hotel, en toda su vida anterior, jamás se había pronunciado la mala palabra. Le impresionó la soltura con que el hombrecillo la había dicho»⁵⁶.

El autor refleja el cambio que sufría el tuberculoso al ingresar al sanatorio, al oír mencionar por primera vez la palabra tuberculosis que era considerada una *mala palabra*.

Pero estos escritos no sólo reflejan los cambios que experimentaban los enfermos de tuberculosis en el sanatorio, sino también cómo actuaban e interactuaban éstos. La enfermedad y el sanatorio generaban en los enfermos un sentimiento de pertenencia caracterizado por sus propios códigos de comunicación, un lenguaje particular. Pettit de Murat refleja dichos códigos, ya que a lo largo de la novela aparecen términos que deben ser constantemente aclarados por el autor, la *freni* el corte de un nervio; la *pneumo*, la aplicación de la técnica del neumotórax, o el *accidente*, la aparición de la hemoptísis (el vómito de sangre), que lógicamente eran interpretadas únicamente por los mismos internados.

⁵⁵ PETTIT DE MURAT (1968), p. 64.

⁵⁶ PETTIT DE MURAT (1968), p. 66.

Este testimonio coincide, de nuevo, con el que nos da Cetrángolo:

«El recién llegado, ya sea médico o enfermo, se sorprende de la naturalidad con que en esos ambientes se habla de la enfermedad y de la muerte. Los enfermos dicen que por lo menos no tienen que disimular. Son todas las angustias y temores echados a volar para aliviar sus espíritus. Así lo dicen y quizás tengan razón. Por ello el visitante no enfermo es un extraño entre ellos. No se comprenden»⁵⁷.

Ambos testimonios coinciden en lo mismo: la enfermedad invadía todos los ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo la conversación; esto los distinguía de los otros, los normales, que se sentían extraños frente a un grupo que hablaba con naturalidad de la muerte y de la enfermedad. Dos testimonios más se refieren a este fenómeno. Carlos Alberto Reyna refiere una anécdota en la cual un enfermo apostó un reloj contra las botas del otro; el último en morir ganaría la apuesta⁵⁸. Un hecho de las mismas características es mencionado por Cetrángolo:

«La idea de la muerte es tomada en esos ambientes hasta en broma. Dos enfermos de larga evolución compartían una habitación en el Pabellón Rawson en el Sanatorio Santa María (...). Se llevaban muy bien en la última etapa de sus vidas encontradas, y haciendo como broma una última apuesta, cada uno afirmaba que el otro moriría primero, y éste debía pagar una pequeña suma de dinero»⁵⁹.

Puede apreciarse que las vivencias que generaba la enfermedad en el sanatorio despertaban en los enfermos actitudes que serían inusuales para los «normales», según la categoría que define Goffman⁶⁰, lo que impondría la generación de una identidad propia.

La permanencia en el ámbito sanatorial, muchas veces por años, generaba una adaptación del enfermo al hospital, por lo cual una vez curado, no quería volver a su lugar de origen. Esto a su vez era potenciado por la idea de que quien se curaba debía seguir viviendo en las sierras por temor a las recaídas, y debido a la ausencia de una legislación laboral que le permitiera volver al trabajo que antes poseía.

⁵⁷ CETRÁNGOLO (1946), p. 196.

⁵⁸ Entrevista al Sr. Carlos Alberto Reyna. Agosto de 1997. Realizada por Diego Armus y Adrián Carbonetti.

⁵⁹ CETRÁNGOLO (1946), pp. 196-197.

⁶⁰ GOFFMAN, E. (1993), *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorroutu editores, p. 15.

De acuerdo con Centrángolo:

«El sanatorio aumentaba cada vez más su capacidad y el personal de enfermeros no se conseguía en las villas vecinas ni en Córdoba. El temor al contagio dominaba entonces en esos ambientes y nadie quería aceptar un cargo en Santa María, si no era enfermo. Hube de acudir a los enfermos curados. Por primera vez, el trabajo del enfermo era utilizado en el mismo establecimiento en el cual había obtenido la curación. (...) Tuve en un momento como enfermeros encargados de sección, personas que habían sido empleados de bancos o de comercio y algunos que tenían años aprobados en el Colegio Nacional. Hubo que enseñarles todo, pero lo aprendieron con gran rapidez. Muchos de ellos hicieron carrera dentro y fuera del sanatorio»⁶¹.

Este fue el caso Carlos Alberto Reyna, quien había nacido en San Francisco del Chañar y que enfermó de tuberculosis a los 22 años, cuando trabajaba en Jujuy como empleado de comercio. Él ingresó al sanatorio a través de influencias de un diputado nacional. Como era una persona preparada, en relación con los demás enfermos, mientras se encontraba en terapia comenzó a realizar laborterapia como secretario de uno de los médicos del hospital. Una vez curado, siguió trabajando en el mismo hospital hasta su jubilación⁶². Como éste muchos casos más se dieron en el sanatorio Santa María, y es posible que haya pasado en otros sanatorios. La vida en aquella institución y el miedo que generaba en los ex enfermos volver al seno de la sociedad generaron ésta práctica.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La historia social y cultural de la tuberculosis tiene muchas aristas⁶³ pero tal vez la historia de los pacientes internados en los sanatorios es una de las más ricas, a pesar de la casi inexistencia de fuentes para su análisis.

Partimos de que la tuberculosis fue una enfermedad estigmatizante que generó una confusión entre el enfermo y la dolencia. Fueron los saberes médicos, que circularon entre fines del siglo XIX y principios del XX, los que contribuyeron en gran medida a generar esta confusión. La idea de contagio directo, tan fuertemente instalada en la elite médica, asentó la tuberculofobia. El miedo a contraer la enfermedad a través del contacto con un tuberculoso inundó las percepciones y las prácticas médicas y también a la sociedad.

⁶¹ CETRÁNGOLO (1944), p. 200.

⁶² Entrevista a Carlos Alberto Reyna. Agosto de 1997.

⁶³ ARMUS (2007), p. 16.

Los sanatorios se conformaron entonces en especies de diques de contención, en guetos donde los tuberculosos podrían vivir y morir sin perjudicar a los sanos. El aislamiento de los enfermos en los sanatorios generó también una particular visión médico-social sobre ellos, que se reforzó por una serie de mitos particulares acerca de la personalidad del tuberculoso, provocada por la misma enfermedad. De esta forma se percibió al tuberculoso como un personaje egoísta, en muchos casos malvado, que pretendía contagiar a quienes estaban cerca de él y diseminar la tuberculosis. A ese mito se asociaron otros como la compulsión por el sexo, provocada por la misma enfermedad, cuya práctica a su vez debilitaba el organismo. De esta forma la exacerbación del apetito sexual del enfermo era producida por la propia tuberculosis y al mismo tiempo era un debilitador del organismo. A ello se asoció la idea de la inconveniencia de las mujeres con tuberculosis a tener hijos ya que la gestación debilitaría su organismo y generaría una prole de niños débiles o proclives a adquirir la tuberculosis, una idea que se acercaba mucho a la eugenesia.

Las percepciones y prácticas médicas y sociales tuvieron una fuerte influencia sobre los enfermos internados en los sanatorios ya que éstos conformaron una parte de la sociedad caracterizada por conductas y códigos de comunicación particulares, diferentes en muchos casos de la sociedad de los sanos para quienes ese tipo de conductas y comunicación eran difíciles de entender.

Los sanatorios se convirtieron en instituciones donde se intentó la ansiada cura, pero también en lugares en los cuales se desarrollaron prácticas y percepciones sobre los tuberculosos que generaron una particular conformación social y una forma de vida distinta a la de aquellos que se encontraban por fuera de estas instituciones. Modo de vida que en muchos casos se extendió a lo largo de la existencia de los enfermos o ex enfermos, lo que llevó a decir a Cetrángolo, parafraseando a un periodista, «la tuberculosis (...) se mantiene durante toda la vida»⁶⁴.

Fecha de recepción: 11 de febrero de 2008.

Fecha de aceptación: 5 de junio de 2008.

⁶⁴ CETRÁNGOLO, A. (1944), p. 154.