

LA PALABRA MÁS BRUTAL: DEFINICIONES DE LA ENFERMEDAD INCURABLE EN LA MEDICINA FRANCESA DEL SIGLO XIX

Juan Manuel Zaragoza

Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

RESUMEN

En el presente artículo se ofrece un análisis de la compleja definición del concepto de «enfermedad incurable» en la medicina francesa durante el siglo XIX. Tras un examen detenido de las distintas definiciones de «enfermedad» manejadas durante ese siglo, el texto se centra en el estudio de tres categorías íntimamente relacionadas: las enfermedades de la vejez, las enfermedades crónicas y las enfermedades incurables. Se presenta un panorama, tanto teórico como práctico, en el que estas tres categorías funcionan dentro de un marco institucional en el que, a todos los efectos, es prácticamente imposible diferenciar una de otras, al compartir tanto los espacios, como las prácticas e incluso las representaciones.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad incurable. Enfermedad crónica. Vejez. Salpêtrière. Francia. Siglo XIX.

THE MOST BRUTAL WORD: DEFINITIONS OF INCURABLE DISEASE IN THE 19TH CENTURY FRENCH MEDICINE

ABSTRACT

This paper offers and analysis of the complex definition of the medical category «incurable disease» in the 19th century French medicine. After a detailed examination of several definitions of «disease» used in the period, I will focus on three intimately related categories: old age's diseases, chronic diseases, and incurable diseases. A complex scene is presented, where these three categories worked in an institutional frame where we cannot distinguish one from another, and both the theoretical discourse and the medical practice show how they shared spaces, practices, and even representations.

KEY WORDS: Incurable disease. Chronic disease. Old age. Salpêtrière. France-19th Century.

INTRODUCCIÓN

La evolución de la medicina francesa del siglo XIX ha sido ampliamente estudiada¹, una amplitud acorde con la importancia que, para la historia de la disciplina, estos años de efervescencia teórica y práctica ostentan. Dificilmente podríamos entender la medicina moderna sin la contribución de Cabanis, Pinel o Broussais, sin la aparición de la anatomía patológica, de la delimitación y reforma de la profesión, sin la consideración de los hospitales como lugares eminentemente médicos, etc. Será también en este siglo cuando se produzca un renovado interés por un conjunto de enfermedades que, como veremos en el desarrollo del presente artículo, no había recibido excesiva atención en los siglos precedentes. Nos referimos a las enfermedades de la vejez, las crónicas y las incurables que, como se hará patente más adelante, se encontraban unidas de forma inextricable.

Intentar hacer la historia de esta catalogación implica partir de un lugar incierto: no hay, como se verá, una definición de enfermedad incurable en el siglo XIX que vaya más allá del consabido «no tiene curación». Esto implica que, para identificar una enfermedad como incurable, debamos atender no a consideraciones de orden patológico, sino a las numerosas listas recogidas en los diversos tratados sobre el tema, o que servían a fines administrativos en hospicios, estaciones termales, balnearios, etc:

“General tremors. Rheumatismal invalidity, gouty or secondary to luxation. Incurable paralysis, complete or incomplete. Urinary or faecal incontinence. Cardiac aneurysm or one involving the great vessels. Chronic or suffocating asthma. Encysted dropsy. Rickets, deformation of the chest, the pelvis or the limbs. Incurable erosive darts. Repulsive deformities or those that render a person incapable of working. Large hernias that are impossible to contain. Loss of a limb. Complete deafness. Deaf-mutism. Idiocy. Epilepsy. Incurable cancer. Complete and incurable blindness, or vision so diminished that the indigent is unable to work.” (Anonymous, 1830, pp. 13-14; citado en Szabo, 2010, p. 16)

¹ Contamos en español con el excelente libro de (Arquiola & Montiel, 1993), en el que se realiza un estudio comparado de la evolución de la disciplina en Francia y Alemania en los últimos años del siglo de las luces y los primeros del XIX, con un marcado interés en la historia de la fisiología patológica. Planteado desde una historia de la profesionalización de la medicina en Francia, (Ramsey, 1988) se ocupa de los mismos años que Arquiola y Montiel, en los que data la aparición de la medicina como profesión. Los profundos cambios sufridos por la medicina en la Francia post-revolucionaria también son estudiados en (Williams, 1994)-

Porque si un cáncer de páncreas era incurable, también lo era la demencia senil, por mucho que ambas no compartieran más que la incapacidad de la medicina para curarlas. Como afirma Jason Szabo, «enfermedad incurable» es un concepto maleable, inclusivo y relativo (Szabo, 2010, p. 18), y las fronteras entre enfermedades crónicas, incurables y lo que hoy llamaríamos terminales resultaban, cuando menos, confusas². Una de las consecuencias de esta «maleabilidad» resulta evidente: puesto que el elemento en común de todas estas enfermedades tiene que ver con el tratamiento de las mismas (es decir, con su «curabilidad» o no), deberemos tener en cuenta, a la hora de identificar una enfermedad como incurable, el tratamiento que le es aplicado. La controversia entre medicina alopática y homeopática, sobre todo a partir de la aparición del libro de Hahnemann sobre las enfermedades incurables (Hahnemann, 1832), resulta ilustrativa para este punto. En dicho libro, el fundador de la homeopatía culpaba de la incurabilidad de ciertas enfermedades siguiendo los métodos alopáticos al desconocimiento de la causa última de su aparición, la *psoré*. La homeopatía, sin embargo, conocedora del mismo, sería capaz de curarlas. A lo largo de las décadas de 1840 y 1850, la prensa médica acogerá encendidos debates sobre *quién cura qué, cómo y dónde* (Salazar, 1846a, 1846b). El tratamiento, por tanto, debe formar parte de todo intento de estudio de la categoría «enfermedad incurable». Una segunda consecuencia tiene que ver con que todo estudio de la enfermedad incurable en el siglo XIX deberá tener en cuenta que la lista de enfermedades que componen la definición puede variar de un lugar a otro. Es decir, que a nivel local la definición de enfermedad incurable cambia. No es lo mismo hablar de enfermedades incurables en *La Salpêtrière* que en el *Royal Institute for Incurables*, en Putney³.

El estudio que llevamos a cabo a continuación intenta tomar en serio estas consecuencias, señalando los discursos y prácticas terapéuticas locales que conformaron la definición de enfermedad incurable manejada en Francia en el siglo XIX.

² Una situación que no difiere tanto como nos gustaría pensar de la actual. Así se hizo patente en el reciente congreso *Making Sense of: Health, Illness and Disease*, sobre todo en el panel titulado *The boundary between chronic and terminal illness*. Las actas del congreso se encuentran on-line en: <http://www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/making-sense-of/health-illness-and-disease/conference-programme-abstracts-and-papers/>

³ Sobre los procesos de clasificación, sigue siendo relevante el capítulo V de (Foucault, 2006, pp. 126-163). También es de utilidad (Canguilhem, 1971). Ian Hacking también trata el problema de las clasificaciones científicas en gran parte de su obra, un buen resumen de sus puntos de vista, que inspiran en parte nuestra aproximación, en (Hacking, 2007).

DEFINIR LA ENFERMEDAD

La enfermedad es un estado opuesto a la salud. *Lo opuesto a la salud*, más exactamente. Y ésta, que es la idea que a casi todos nos viene a la mente cuando nos piden una definición de enfermedad, es la que podemos encontrar, por ejemplo, en el *Dictionnaire des Sciences Médicales*, publicado en 1818. Sin embargo, esta breve definición es seguida por 178 páginas más, dedicadas a esclarecer qué es exactamente ser *opuesto a la salud*. No es éste un caso aislado. Podemos consultar cada uno de los principales diccionarios de medicina publicados en Francia en el siglo XIX y el resultado será siempre el mismo: la enfermedad es lo opuesto a la salud, pero debemos explicar qué es lo opuesto a la salud, porque no está nada claro:

“La seule définition qui puisse avoir chance d'obtenir un assentiment unanime, est celle qui oppose la maladie à la santé. Elle a, par malheur, l'inconvénient de ne rien définir du tout, puisqu'il reste à établir ce que c'est que la santé, dont la maladie est le contraire.” (Jaccoud, 1864 - 1878, pp. 458-459)

Es posible realizar una historia de las teorías médicas de siglo XIX a través de las definiciones de enfermedad que encontramos en estos diccionarios. Cada uno de los distintos *sistemas médicos* que poblaron el siglo XIX definieron la salud y por tanto su opuesto, la enfermedad, de acuerdo a su sistema⁴. Mientras que para Broussais la enfermedad es «[...] *la lésion d'une fonction, dépendante de la lésion de son instrument ou de son organe*» y de la que nos interesará la causa de la lesión, el órgano afectado, la influencia que pueda tener sobre otros órganos y el tratamiento que se le pueda aplicar (Broussais, 1834, p. 33), para Gintrac: «*La maladie ressemble donc, quelquefois du moins, à un être qui naît, se développe, décroît et meurt [...] On a donc raison de la représenter comme une des formes de la vie*» (Gintrac, 1853, p. 295). Ante tal disparidad de criterios, ante la imposibilidad de definir la enfermedad *según su naturaleza*, sólo resta una salida: clasificar las distintas enfermedades. Si no es posible definir, al menos es posible ordenar las innumerables formas de la enfermedad (Foucault, 1999, pp. 129-153; Gintrac, 1853, p. 300). Enfrentado a la multiplicidad de la enfermedad, a sus infinitas variedades, el médico se ve empujado a clasificar lo que no es posible definir. No es

⁴ A este respecto es interesante consultar el término en la segunda edición del Adelon: autores como Broussais, Hahnemann, Hoffmann, Stark, etc., ofrecen toda una serie de definiciones de qué es la enfermedad que poco tienen que ver unas con otras (Adelon, 1832 - 1846).

éste, sin embargo, un proceso sencillo. A la hora de clasificar es necesario escoger un criterio, y puesto que dicho criterio no es derivable de *la* naturaleza de *la* enfermedad, puesto que tal cosa no la podemos definir, no queda otro remedio que *tener* un criterio, una doctrina, un *sistema*:

“[...] les maladies ne sont pas des corps analogues à ceux qui remplissent les cadres méthodiques de l'histoire naturelle: il faut les ériger en entités pour les classer, et cela ne peut se faire sans une doctrine.” (Broussais, 1829, p. 305)

De ahí la diversidad de las clasificaciones que conlleva una diversidad de las prácticas. Algo especialmente evidente en Broussais, al hacer formar parte al tratamiento del contenido de la definición de enfermedad⁵, pero también cierto para el resto, pues es a partir de dicha definición que la práctica médica se organiza. El que entienda que la enfermedad se corresponde con la lesión en un órgano, procurará curar esa lesión. El que entienda que la enfermedad se debe al debilitamiento de las fuerzas vitales, deberá fortalecer esas fuerzas (Arquiola & Montiel, 1993, pp. 282-302). En todo caso, si la práctica forma parte de la definición de «enfermedad», deberemos buscar esa definición en el lugar donde la práctica médica se realiza: un hospital para incurables. Y nada mejor que acudir al que tal vez sea el más famoso de todos ellos: la Salpêtrière.

“[...] la population de cet asile se compose [...] Au point de vue de la clinique médicale [...] deux catégories [...] La première se compose de femmes âgées, en général, de plus de soixante-dix ans [...] La seconde catégorie comprend des femmes de tout âge, frappées, pour la plupart, de maladies chroniques réputées incurables, et qui les ont réduites à un état d'infirmité permanent.” (Charcot, 1874, p. 2)⁶

Charcot nos proporciona dos coordenadas para organizar a los enfermos de su hospital alrededor de una clasificación nosológica que juega con el tiempo:

⁵ «[...] *ce n'est pas assez de savoir quel est l'organe malade, il faut encore déterminer pourquoi il l'est, comment il l'est, et de quelle manière il est possible de faire qu'il ne le soit plus, car c'est en cela que consiste la connaissance de ce qu'on doit entendre par la nature d'une maladie.*» (Broussais, 1816, pp. 412-413) la primera cursiva es nuestra, la segunda del autor. Un estudio sobre enfermedad en el siglo XIX que pone gran énfasis en las prácticas en (Bynum, 2006, pp. 165-175).

⁶ Se encontrará una excelente descripción de las contribuciones de Charcot al conocimiento de las enfermedades de la vejez en (Lellouch, 1992), Este estudio presenta, así mismo, una visión general de la medicina de la vejez en la Francia del siglo XIX. incluyendo obras sobre enfermedades puntuales que escapan al alcance del presente artículo.

por un lado, ancianos enfermos, que sufren los males propios de su edad; por otro, enfermos crónicos «*reputados incurables*», destinados a una vida de enfermedad permanente. En lo que sigue, analizaremos las construcciones teóricas alrededor de estos conceptos en el siglo XIX, para volver, nuevamente, al análisis de las prácticas concretas llevadas a cabo en las salas de la Salpêtrière.

SAVOIR ÊTRE VIEUX

¿Existe una medicina de la vejez? ¿Existe un conjunto de escritos teóricos, instrumentos, instituciones y prácticas que podamos identificar con el tratamiento de los ancianos? Debemos ser extremadamente cautos al respecto. No es posible encontrar un discurso teórico ordenado y general sobre las enfermedades de la vejez hasta, aproximadamente, mediados del siglo XIX. Los autores que escriben sobre ello son conscientes de este hecho (Prus, 1840, p. 1). Son conscientes de que están solos, que son los primeros en intentar un compendio de las enfermedades, tratamientos y condiciones de vida de los ancianos. Así, Charcot reclama para Francia, para su siglo y para la institución que dirige, la constitución de una «patología de la vejez» en toda su originalidad (Charcot, 1874, p. 3) y Durand-Fardel inicia su *Préface* exponiendo la tremenda soledad en que su trabajo se encuentra (Durand-Fardel, 1854, p. V). Podemos decir, sin lugar a dudas, que será éste trabajo de Durand-Fardel el primer gran intento de sistematizar todo el conocimiento sobre la vejez y sus enfermedades que anteriormente se encontraba disperso, tanto en monografías aisladas sobre temas específicos, en las prácticas particulares de las instituciones destinadas al internamiento de los ancianos enfermos, o en las escasas obras que, antes que ella, intentaron, sin lograrlo, esa sistematización (Canstatt, 1839; Fischer, 1760; Floyer, 1724). Sin embargo, y ambos médicos franceses coinciden, el principal enfoque que las obras sobre la vejez anteriores a las suyas habían recibido era, más que médico, filosófico (Charcot, 1874, p. 3; Durand-Fardel, 1854, p. VII). Esta soledad de ambos, este papel de exploradores, no hace más que señalar la dificultad de la tarea que se han propuesto. Están solos, su camino es mucho más arduo, su valor, mayor:

“On nous permettra cependant de signaler ici les difficultés que nous avons rencontrées pour remplir le plan que nous nous étions tracé. Dans un sujet qu'on a jusqu'ici laissé si nouveau, il nous a presque toujours fallu travailler sur notre pro-

pre fonds, et privé de cette aide naturelle que les ouvrages semblables rencontrent ordinairement dans les ouvrages antérieurs.” (Durand-Fardel, 1854, p. VI)⁷

Si caracterizamos una práctica médica por la presencia o ausencia de obras teóricas sobre su materia, deberemos concluir que esa *medicina de la vejez* no existe hasta las obras de Durand-Fardel y Charcot. O, si queremos ser generosos con los anteriores autores, hasta el siglo XIX. Sin embargo, si pensamos que la medicina es, sobre todo, práctica y no teoría, no podemos menos que señalar que la práctica médica de las enfermedades de los ancianos existe, junto a las instituciones en que tal práctica se desarrolla, desde mucho antes. Es por eso que expresamos más arriba la necesidad de ser cuidadosos al pronunciarnos sobre la existencia de una *medicina de la vejez*. Si tenemos en cuenta que la Salpêtrière existe desde el año 1656, y que el Hospital Jesús Nazareno para mujeres incurables es más o menos de la misma época, lo mismo que el Hospital del Rey de Toledo, dedicado exclusivamente al cuidado de ancianos, es mucho más difícil considerar a Durand-Fardel o a Charcot tan solos como dicen estar. Ellos mismos son conscientes de que su obra es dependiente de la institución en que desarrollan su trabajo:

“Sous ce rapport, nous possédons ici [*en la Salpêtrière*] des avantages dont on est privé en grande partie dans les hôpitaux ordinaires, et nous sommes placés dans les conditions les plus favorables pour étudier avec fruit les maladies à lente évolution.” (Charcot, 1874, p. 2)⁸

Son conscientes de que su soledad teórica es también relativa. Alguien, antes que ellos, señaló la laguna en el conocimiento que pretenden llenar. El que, en cierto modo, los libera de su soledad, lo mismo que antes liberó a las locas de sus cadenas, no es otro que Pinel (Charcot, 1874, p. 3). Sin embargo, Pinel sólo mostró el camino, sus ambiciones, más amplias que las de Charcot o Durand-Fardel, le impidieron llegar a ese «punto límite de la ciencia» (Charcot, 1874, p. 4), precisamente el punto al que ellos sí quieren llegar⁹.

⁷ Esta queja es repetida por aquellos que trabajan en enfermedades crónicas, por ejemplo (Dumas, 1817, p. 4). Una descripción ajustada y sintética de la medicina de la vejez en la Francia del XIX en (Martin, 2007, pp. 87-110).

⁸ Una cita similar en (Durand-Fardel, 1854, p. V). Igualmente (Prus, 1840, p. 2). Sobre la importancia de la «medicina de hospital» (confrontada con la «medicina de laboratorio») para el surgimiento de la geriatría en el siglo XIX ver el ya citado (Lellouch, 1992, pp. 233-252).

⁹ El libro al que Charcot se refiere es (Pinel, 1804), en el que el fundador de la medicina moderna francesa recoge su experiencia clínica no psiquiátrica en las salas de la Salpêtrière.

Soledad relativa, por tanto, puesto que cuentan con la compañía de un visionario (Pinel), de ciertos estudios fragmentarios y, sobre todo, con la compañía de *sus* enfermos en *su* hospital, organizados espacialmente, distribuidos en las habitaciones y en los lechos, dispuestos para la observación, única fuente posible de conocimiento:

“[...] la nombreuse population de nos salles nous permet d'envisager, sous les aspects les plus divers, les principaux types d'un seul et même genre morbide; mais ce qui est encore plus important, il nous est donné de *suivre ici les malades pendant une longue période de leur existence* [...]” (Charcot, 1874, p. 2)¹⁰

La vejez es un periodo de involución, de «*formation rétrograde*» (Durand-Fardel, 1854, p. X)¹¹. No nos debe de extrañar esta caracterización, pues se trata de una imagen común para definir la vejez: el hombre, tras llegar a su época de madurez, cuando la potencia sexual es más activa, deviene, en la vejez, en una especie de niño que, de alguna forma, recorre el camino inverso que realizó durante los primeros años de su vida, durante su periodo de *evolución*. Esta *involución* no es tan sólo una licencia poética. Tiene, no podía ser de otra forma, un correlato físico. Está localizada en el cuerpo (si bien también en el espíritu) y sus manifestaciones se encuentran por doquier en la anatomía del anciano. No es tan sólo que el anciano disminuya de talla y peso como demostró Quételet (Charcot, 1874, p. 7), sino que todo su cuerpo, en el exterior y en el interior, se encuentra inmerso en un *proceso de atrofia* (Charcot, 1874, p. 8) que no es tan sólo superficial, sino que implica cambios en las características químicas del organismo, cambios que sólo pueden calificarse como degenerativos, lo que convierte a la vejez, sobre todo, en un proceso de *degeneración* (Charcot, 1874, p. 9). Esta degeneración, esta atrofia

rière. Se trata ésta de una obra amplia y ambiciosa, que pareciera querer describir todas las enfermedades posibles. Consiguientemente, Pinel se limita a realizar breves exposiciones que de ninguna forma agotan el tema, pero sí que lo señalan. Así, al menos, lo entiende Charcot. Otra obra de Pinel, que también entraría dentro de esta categoría, es (Pinel, 1823).

¹⁰ La cursiva es nuestra. Para una visión general de los estudios sobre la vejez, consultar (Arquiola, 1995). También puede resultar de utilidad, pese a su brevedad, el trabajo de (Grunjel, 1991). En una línea similar, el más reciente (Thane, 2005) explora las concepciones sobre la vejez desde el punto de vista de la historia cultural, con un fuerte énfasis en sus aspectos iconográficos.

¹¹ Siguiendo a Canstatt. Sobre el concepto de envejecimiento como un «morir constante» y su relación con el trabajo de Xavier Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1801), ver (Katz, 1996, p. 42).

general del anciano, tiene su sede, y por tanto puede contemplarse, en la totalidad de su organismo: el cerebro, que se deseca y endurece (Durand-Fardel, 1854, p. 12); la médula espinal, los troncos nerviosos (Charcot, 1874, p. 8), pero también el sistema circulatorio, el óseo, los tejidos fibrosos y los músculos, etcétera. Y, como resultado de este proceso de degeneración química, de los cambios físicos en los órganos, también las funciones de estos se ven envueltas en la *involution* del anciano: la acumulación de granulaciones adiposas en los músculos explican la paraplejia (Charcot, 1874, p. 9), la deformación de las células pulmonares, la constante presencia de catarrros pulmonares (Durand-Fardel, 1854, p. XVI). Si la enfermedad requiere de una sede, algo en lo que tanto Charcot como Durand-Fardel están de acuerdo, la degeneración del cuerpo del anciano ofrece lugar para todas ellas.

Pero, ¿cómo se explica este proceso de degeneración? ¿Qué es, en definitiva, lo que nos convierte en ancianos? Aquí nuestros autores discrepan. Charcot pertenece a una generación posterior a la de Durand-Fardel y su libro se publica 12 años después¹². Para Charcot, como señalamos en el párrafo anterior, el proceso de degeneración se identifica con los cambios químicos que se producen en los órganos: «[...] *à un degré plus avancé, l'atrophie s'accompagne d'un travail de dégénération [...] les éléments subissent des modifications dans leurs caractères chimiques, et deviennent le siège [sic] d'infiltrations pigmentaires ou graisseuses, et d'incrustations calcaires*» (Charcot, 1874, p. 9). Durand-Fardel ofrece una explicación distinta, basada en la característica de la sangre, que llama, con Canstatt, *venosidad*. La cualidad *venosa* de la sangre del anciano y la disminución de la cualidad arterial —que se explica por el endurecimiento y disminución de la elasticidad contráctil de las paredes arteriales, incapaces, por tanto, de realizar correctamente su función (Durand-Fardel, 1854, p. XVII)—, tienen como resultado una sangre llena de impurezas, de *sustancias descompuestas*, es decir, una sangre con cualidades más venosas que arteriales (Durand-Fardel, 1854, p. XVIII). Será precisamente esta dificultad para realizar correctamente la hematosis la que tenga mayor influencia sobre el organismo de los ancianos, es decir, sobre la *degeneración* de dicho organismo:

“L'accomplissement imparfait de l'hématose, cette grande fonction que l'on peut considérer comme la source, matérialisée, de la vie, est peut-être le caractère le plus saillant de la vieillesse, comme le fait qui exerce l'influence la plus considérable sur l'organisme des vieillards.” (Durand-Fardel, 1854, p. XXVIII)

¹² La primera edición de la obra de Charcot es de 1866. La que se cita en el texto es una edición en octavo que se puede encontrar en www.gallica.bnf.fr

Cuando la fuente misma de la vida se contamina es normal que la vida misma degenera, involucone.

La vejez es un periodo de soledad, de aislamiento. No sólo moral, sino sobre todo físico, orgánico. La característica que más llama la atención de la patología de la edad senil es, precisamente, la independencia de las enfermedades o, lo que es lo mismo, la escasa relación entre los órganos: «*Le caractère principal des maladies des vieillards, dit Canstatt, c'est l'isolement, elles son comme séparées du reste de l'organisme et indépendantes*» (Durand-Fardel, 1854, p. XXXIX). Esta independencia de las enfermedades es el resultado de las características anatómicas que anteriormente hemos expuesto, y se traduce en una separación entre los distintos órganos que completa el proceso de degeneración, de forma que la enfermedad que en un hombre adulto hubiera influido sobre otros órganos y generado, de esta forma, un número mayor de signos, de síntomas, que hubieran ayudado al diagnóstico, en el anciano tan sólo afecta al órgano en cuestión. De ahí la escasez de síntomas, de ahí la dificultad del diagnóstico, de ahí la muerte súbita:

«Les vieillards sont si peu impressionnables dans leur ensemble, les fonctions se sont tellement isolées, qu'on voit souvent les lésions les plus graves ne pas provoquer de fièvre, ne pas déterminer leurs symptômes habituels, et rester *latentes*. On voit des vieillards mourir subitement et présenter des pneumonies suppurées, dont rien n'accusait l'existence.» (Racle, 1864, pp. 647-648)

Este aislamiento de los órganos, como dijimos, es el resultado del proceso de degeneración que es la vejez, de esa atrofia que caracteriza a su anatomía. La piel, nos dice Durand-Fardel, es el lugar más evidente de este hecho. Al perder su elasticidad, al secarse y endurecerse, ya no es capaz de seguir la retirada de los músculos que encogen, de los tejidos que se atrofian. La piel, de esta forma, adquiere su aspecto común en los *viejos*: arrugada, seca, escamosa. Y no sólo eso, la piel misma se convierte en un cuerpo extraño, que deja de cumplir sus funciones de protección y se convierte en fuente de irritación, impide la correcta transpiración, deja, en definitiva, de cumplir sus funciones y se convierte en una fuente más de preocupaciones patológicas (Durand-Fardel, 1854, p. XXV). Los cambios fisiológicos de los órganos, avisa Charcot, producen, por sí solos, «problemas funcionales extremadamente graves» (Charcot, 1874, p. 10). Pero el aislamiento de los ancianos no se limita a esta separación de los órganos, sino que la separación de los órganos implica, a su vez, una separación del mundo:

«Les *sens* [...] commencent à s'affaiblir en même temps que les organes de la reproduction: ils s'affaiblissent, et par l'altération directe des instruments qui les composent, et par celle des extrémités nerveuses qui s'y répandent: la peau racornie, enduree, privée en partie des vaisseaux qui se sont oblitérés (Bichat), n'est plus le siège que d'un tact obscur et peu distinct. La vue s'obscurcit, se trouble; le cristallin perd de sa transparence, les membranes pituitaire et buccale se dessèchent par la diminution des sécrétions qui leur sont propres, et par le retrait de leurs capillaires; le membrane du tympan subit, sans doute, une altération analogue, ainsi que tout l'appareil auditif [...] Il en est de même des *mouvements* [...]» (Durand-Fardel, 1854, p. XXXII)

Tal y como Duchenne de Boulogne demuestra, la proporción de electricidad que se necesita para obtener la contracción de un músculo está en razón directa de la edad (Durand-Fardel, 1854, p. XXXIII). Este hecho no hace sino demostrar la retirada general de los sentidos, la amortiguación de las impresiones, el debilitamiento del sistema nervioso (tanto de sus centros como de sus ramificaciones) que separa al anciano del mundo, aislándolo de la sociedad de la misma manera que sus órganos se encuentran aislados entre sí, en una perfecta simetría entre lo interior y lo exterior. El proceso de degeneración, como dijimos, abarca a la totalidad del organismo, a la totalidad del individuo. Se produce, de esta forma, lo que Durand-Fardel llama «*el silencio de las simpatías*» (Durand-Fardel, 1854, p. XL). Un silencio que describe perfectamente Racle, en su doble vertiente física y moral:

“[...] l'indifférence pour les objets extérieurs et pour l'humanité s'établit et crée un étroit égoïsme, qui rend la vieillesse presque haïssable. Aussi n'attendez dans la vieillesse aucune de ces maladies mentales qui dérivent de l'exaltation des facultés affectives; ces facultés n'existent plus.” (Racle, 1864, p. 647)

El anciano, ese ser en estado de degeneración, es débil. Las corrientes de aire, los cambios bruscos de temperatura o de ambiente, los espacios viciados, las ropas que viste, el lecho en que se recuesta... todo puede serle perjudicial. Todo esto, por tanto, debe ser controlado por la *higiene*. Y entre las medidas higiénicas, la más importante:

«Mais ce qui est plus à la portée de tous les vieillards, c'est d'éviter la respiration d'un air vicié. Les lieux de grande réunion, les spectacles, les salons, les longs offices même dans les églises [...] Alors que le champ de la vie se restreint, que l'ouïe perd de sa finesse, que l'esprit suit avec moins de facilité la multiplicité des conversations et des idées qu'elles éveillent, il faut rétrécir à proportion le cercle de ses distractions. Si la société, l'entourage, la communication enfin, nous paraissent

plus nécessaires peut-être dans la vieillesse [...] c'est à un degré approprié aux facultés amoindries qui s'y peuvent appliquer. Si le silence consume la vieillesse le grand bruit l'épuise.» (Durand-Fardel, 1854, pp. XLIV-XLV)

Hemos llegado al final. El anciano debe ser aislado, controlado, por su propio bien, para proteger su salud. «Incluso en las iglesias». Precisamente ese aislamiento que permitía a Charcot, recordemos, «seguir a los enfermos durante un periodo prolongado de su existencia». Ésta, que es la principal ventaja con que cuenta el investigador de las enfermedades de la vejez, es, al mismo tiempo, la práctica principal de la misma: el internamiento en un espacio controlado. El aislamiento de la sociedad, incluso de los otros pacientes¹³.

CUESTIÓN DE TIEMPO

La duración de la enfermedad hace referencia al tiempo transcurrido entre que ésta comienza hasta que finaliza. La medicina ha utilizado, ya desde los tiempos de Hipócrates, la distinta duración de cada enfermedad para realizar clasificaciones que puedan ayudar en el diagnóstico y curación de las mismas. Esta división distinguía entre enfermedades efímeras (duran un día), agudas (duran un máximo de cuarenta días) y crónicas, que duran más de cuarenta días. Cada uno de estos grupos contaba, a su vez, con subdivisiones más específicas (efímeras prolongadas, subagudas...) (Landré-Beauvais, 1818, pp. 492-493). Lo primero que debemos resaltar, y que es evidente para cualquiera, es que los cuidados que necesita un tipo de enfermedad u otro son totalmente distintos. Un enfermo con una enfermedad aguda sabe que, como mucho, salvo imprevistos, estará enfermo un máximo de cuarenta días. Esto implica, por ejemplo, que su estancia en un hospital, o su falta de ingresos, serán breves. No es necesario, en un primer momento, buscar más ayuda que la estrictamente curativa. Una vez sanado, el enfermo volverá a su hogar, o volverá a su trabajo, y todo habrá terminado. Esto no es así en el caso de los enfermos crónicos. Su enfermedad puede extenderse durante meses, tal vez años. Sus necesidades, por tanto, de atención y por supuesto de sustento, son

¹³ Sobre las enfermedades de la vejez existen excelentes estudios, muchos de ellos vinculados a la historia de la geriatría. El clásico de (Grmeck, 1958) sigue siendo de interés. Más reciente, y centrado en la historia del surgimiento de la disciplina en Estados Unidos, tenemos el libro de (Achenbaum, 1995). El capítulo dedicado al envejecimiento en (Riley, 1989, pp. 29-61) también hace excelentes comentarios sobre las relaciones entre enfermedad y vejez. Sobre la vejez como estado patológico, ver (Imbault-Huart, 1984).

totalmente distintas. Si el enfermo, a consecuencia de su enfermedad, no puede trabajar, alguien deberá mantenerlo. Si se encuentra en un hospital, debe prepararse para una estancia prolongada, lejos de su hogar. Esto en cuanto a las necesidades del enfermo, pero el hospital también tendrá unas necesidades según sean sus enfermos agudos o crónicos. Los segundos demandan una atención dilatada en el tiempo, ocuparán una cama durante un largo periodo, comerán la comida del hospital durante meses, tal vez años. En el caso de encontrarse en hospitales para enfermos agudos, el hospital no podrá cumplir sus funciones correctamente, puesto que los recursos que debían destinarse a los agudos se gastarán en enfermos crónicos, etc. Vemos por tanto que esta simple división artificial de las enfermedades, atendiendo a su duración, implica diferencias tanto para los enfermos como para su entorno. Pero no se trata de una simple división artificial, al menos, no solamente: *«Les maladies aiguës et chroniques en diffèrent pas seulement par ce caractère artificiel; elles forment deux groupes assez naturels [...]»* (Gintrac, 1853, p. 455). Esta división natural se sustenta en una serie de paralelismos entre sus rasgos principales. Gintrac cita hasta ocho. Nos interesa resaltar alguno de ellos:

1. Mientras que las enfermedades agudas se corresponden con las edades de la juventud y la madurez, las enfermedades crónicas son mucho más comunes durante la vejez.
2. Las causas de las enfermedades crónicas suelen ser oscuras, desconocidas.
3. Las enfermedades crónicas dejan tras de sí cambios profundos y perdurables en el cuerpo del enfermo y en su salud.
4. La terapéutica de las enfermedades crónicas es compleja, frente a la sencillez que suele presentar la de las agudas (Gintrac, 1853, pp. 455-456).

El primer punto debe ser resaltado, puesto que al identificar enfermedad crónica con la vejez, algo que también está presente en (Landré-Beauvais, 1818, p. 494), situamos al enfermo crónico en las mismas coordenadas que las descritas para la vejez en el apartado anterior: el enfermo crónico, al igual que el anciano, posiblemente por serlo, es un enfermo solitario, apartado del resto de la sociedad por su enfermedad, por los profundos cambios que ésta imprime en su cuerpo y en su entorno social (punto 3). Los puntos segundo y cuarto nos conducen a otra realidad, a la realidad de una terapéutica compleja, y muchas veces infructuosa. La oscuridad de las causas conduce directamente a la dificultad de la curación. Es éste el argumento que emplea Hahnemann para explicar la imposibilidad de curar la enfermedad crónica por los métodos

tradicionales. No se trata solamente de que los métodos alopáticos sean groseros e inútiles. Si las enfermedades crónicas son la «desesperación de la medicina» (Hahnemann, 1832, p. 3). es porque ésta desconoce la causa profunda, la única causa, de la multitud de enfermedades crónicas: la *psore* (Hahnemann, 1832, p. 12). La enfermedad crónica será uno más de los campos de batalla entre las distintas *doctrinas*. Sin embargo, sí parece haber coincidencia en algo: no se estudia las enfermedades crónicas por su dificultad para conocer causas y lograr éxitos terapéuticos y, por tanto, es muy difícil desarrollar una terapéutica, puesto que nadie se presta a su estudio. Ante tal estado de cosas, poco es posible hacer para sanar la enfermedad:

“La thérapeutique des maladies chroniques se traine dans l'ornière des palliatifs désastreux, tels que l'opium, la belladone, etc., et des curatifs douloureux et inefficaces, tels que les cautères, les moxas, les vésicatoires, les ventouses, etc.” (Fleury, 1866, p. 355)

La enfermedad crónica sumerge al enfermo en un mundo de privaciones, de dolor, que puede tornarse insoportable (Fleury, 1866, p. 355). La Salpêtrière, por tanto, es el lugar idóneo para ellos. Donde serán cuidados, resguardados del frío que puede herir sus delicadas articulaciones. Resguardados, si no del dolor, al menos del mundo.

INCURABLES

Llegados a este punto, ¿qué es una enfermedad incurable? ¿Lo son las enfermedades de la vejez? ¿Lo son las enfermedades crónicas? Littré lo tiene muy claro: «*Se dit des maladies pour lesquelles on ne connaît pas encore de moyen de guérison, ou qu'on ne peu réellement guérir*» (Littré & Robin, 1873, art. Incurable). Más información nos aporta el Panckoucke, que distingue entre aquellas enfermedades que son incurables por imperfección del arte (médico), aquellas que lo son por la naturaleza del mal y aquellas que lo son porque su cura implicaría el desarrollo de una enfermedad más grave y peligrosa para la salud del individuo (C.-L.-F. Panckoucke, 1812-1822, art. Incurable). La *Encyclopedie Méthodique* (C.-J. Panckoucke, Agasse, & Agasse, 1787 - 1830) no nos aporta muchas más pistas. El artículo *Incurables (maladies)* es, en realidad, una soflama en favor del progreso del conocimiento humano, que terminará por hacer innecesario el término. En todo caso, para el que lea este artículo una cosa queda clara: una enfermedad incurable es

aquella que, sencillamente, no se puede curar. Vemos por tanto que la doctrina sobre las enfermedades incurables no ha variado a lo largo del siglo XIX, y que éstas son aquellas enfermedades que no tienen cura, por alguna de las causas indicadas en el Panckoucke. Ante esta definición, no se puede hacer otra cosa que realizar listados, apuntar qué enfermedad es curable y cuál no, y desear que, con el paso del tiempo, la segunda lista se vaya haciendo más y más corta. Mientras, al enfermo sólo le resta estremecerse:

«Comprenez-vous, cher lecteur, un mot plus brutal que celui-là? C'est un arrêt, c'est une sentence! [...] Incurable... vous prononcez cela sans tressaillir? Ne comprenez-vous donc pas qu'il renferme tout un avenir de découragement, des jours lents et pleins de tortures!» (Massé, 1861)

¿Dónde se produce la intersección de estas tres categorías: enfermedades de la vejez, crónicas e incurables? Porque no todas las enfermedades de la vejez son crónicas, ni todas las enfermedades crónicas son incurables. ¿Qué tienen en común, entonces, aparte de ese futuro de desaliento, de días lentos? El lugar donde ese futuro, donde esos días, transcurren. La sede de la enfermedad¹⁴.

LOCALIZANDO LA ENFERMEDAD: LA SALPÊTRIÈRE

Como hemos indicado anteriormente, es necesario localizar la enfermedad. Esto significa, en primer lugar, distribuirla en el espacio en que se desarrolla, en este caso, el Hospital de la Salpêtrièrre, donde tanto Durand-Fardel como Charcot realizan sus observaciones. En segundo lugar, es necesario atender a lo que se hace en ese hospital, es decir, aquellas prácticas que son ejercidas sobre los cuerpos enfermos, recostados en sus lechos, encerrados entre las paredes del recinto del hospital. La intención que nos guía es la de establecer el contenido de la categoría. Una categoría no definida del todo, en la que se mezclan, como hemos visto, enfermedades de la vejez, enfermedades crónicas y enfermedades incurables. Atendiendo a este doble objetivo, el apartado presente se divide en dos partes, la primera está dedicada a la arquitectura del Hospital de la Salpêtrièrre, la distribución de las salas, el mobiliario que se

¹⁴ Se ha hecho notar, por parte de los editores, la posibilidad de confundir entre «sede anatómica» y «sede institucional». En efecto, la idea del autor es que tal «confusión» venga a la mente.

puede encontrar allí, etc. El segundo apartado se centrará en las distintas acciones que se ejercían sobre, y eran ejercidas por, el enfermo.

El Hospicio de Mujeres Incurables de la Salpêtrière fue mandado construir por Louis XIII sobre los terrenos del antiguo Arsenal, en el *Quartier Saint-Victor*. Debía ser, en principio, un «pequeño arsenal», en el que se trabajaría el salitre (de ahí su nombre), sin embargo, los trabajos fueron interrumpidos, durante el inicio del reinado de Louis XIV, por las revueltas de la Fronda. Una vez terminadas éstas, el Parlamento de París presenta a Mazarino un proyecto para la construcción de un hospital para pobres, que sea, al mismo tiempo, lugar de encierro. El 27 de abril de 1656, se publica un edicto real en que, reconociéndose el estado de miseria de París, se aprueba la construcción de dicho lugar, y se autoriza la búsqueda de fondos para el mismo. El objetivo, según dicho edicto, era aportar a los pobres no sólo los cuidados materiales que les eran necesarios, sino, sobre todo, los espirituales (Boucher, 1883, p. 27). Es en este momento cuando Louis XIV cede los terrenos y construcciones del «*petit Arsenal*» o «*Salpêtrière*» para este fin. La historia de la Salpêtrière es larga y compleja. Durante un tiempo convivieron en ella ancianas, alienadas, delincuentes (pues hubo una cárcel, la prisión de la Force, construida en 1684), etc.

«La Salpêtrière est le plus grand hôpital de Paris, et peut-être de l'Europe: cet hôpital est en même temps une maison de femmes et une maison de force; on y reçoit des femmes et de fils enceintes, des nourrices avec leur nourrissons; des enfant mâles, depuis l'âge de sept à huit mois jusqu'à quatre et cinq ans; de jeunes filles à toute sorte d'âges; de vieille femmes et de vieux hommes mariés, des folles furieuses, des imbéciles, des épileptiques, des paralytiques, des aveugles, des estropiées, des teigneuses, des incurables de toute espèce, des enfants avec des humeurs froides, etc., etc.»¹⁵

Si bien el complejo en sí era inmenso, las salas principales estaban concentradas en los llamados edificios Mazarino y Lassay, que flanqueaban la igle-

¹⁵ TENON, 2eme. Mémoire, art. 15, p. 83, citado por (Husson, 1862, p. 284, n. 1). Sobre los cambios sufridos en las instituciones hospitalarias parisinas durante la transición entre el Antiguo Régimen y la Revolución, véase (Frangos, 1997). Comenzando con la reforma de 1774 y terminando con Napoleón, Frangos ofrece una panorámica ejemplar de los cambios sufridos en la legislación francesa. Tratando un tramo temporal ligeramente posterior, el trabajo clásico de Ackerknecht sobre los hospitales franceses sigue resultando de interés (Ackerknecht, 1986). De interés tangencial para el tema del presente artículo, pero que ofrece una panorámica de los hospitales parisinos de una época posterior, también puede consultarse el texto (Martineaud, 2004).

sia. Era, sin lugar a dudas, un lugar grandioso, que ocupaba 31 hectáreas de terreno a orillas del Sena, cerca del *Jardin des Plantes*, en el centro de París. Un lugar en el que habitaban, el día 1 de julio de 1862, 5.035 personas, de las cuales 4.257 eran enfermas, repartidas en 4.422 lechos (Husson, 1862, pp. 288-289). Las internas estaban divididas en dos grandes grupos: el de las indigentes y el de las alienadas, siendo el primero el grupo más numeroso (2.635 personas, frente a las 1.513 del segundo). Para cubrir sus necesidades se contaba con 553 empleados y sirvientes, además de 56 personas más entre personal de administración, médico y religioso (Husson, 1862, p. 289). Todas ellas distribuidas en 14 de los edificios que componían la institución, quedando las indigentes reunidas en las antiguas construcciones originarias junto a la iglesia y en las antiguas dependencias de la cárcel, y las alienadas distribuidas en los llamados edificios de Rambuteau, Esquirol y Pinel¹⁶.

El siguiente cuadro de la escuela francesa, datado hacia 1780, en que se representa la visita de Jacques Necker al *Hospice de la Charité*, nos puede ayudar a hacernos una idea de cómo podían ser las salas en las que reposaban los enfermos (II. 1). Podemos ver a un grupo reunido alrededor de una camilla en la que se transporta a un enfermo. El grupo está compuesto por los señores Necker, dos monjas, un capellán y los dos camilleros, además del enfermo. A la derecha de este grupo, vemos un lecho abierto, en el que reposa un enfermo. A su lado, mirando al grupo principal, un hombre vestido de negro, muy posiblemente un médico, pues parece tomar el pulso a la persona de la cama. A la izquierda del grupo principal, vemos una sucesión de lechos con dosel, hasta un total de ocho. Cuando terminan, a través de una puerta en la pared que da a otra sala que es de suponer igual a la que ocupa el primer plano, más lechos. La luz proviene de los altos ventanales que, por encima de las camas, llegan al techo. Las paredes son blancas. El suelo, marrón. Tal vez de tierra.

Lo primero que llama la atención es el número de camas que debía haber por cada sala. Hemos contado ocho, tan sólo en un lateral y tan sólo en lo que parece ser una sección de la estancia. El número de camas por sala en este

¹⁶ La historia arquitectónica de la Salpêtrière es tan compleja como cabría esperar, con edificios construidos en diversas épocas siguiendo planes y concepciones del hospital completamente distintos. Para el estudio del diseño de hospitales, sigue siendo pertinente el estudio de (Thompson & Goldin, 1975). En concreto, los capítulos 4 y 5, que comprende el diseño de hospitales desde el Renacimiento (caracterizado por salas de tamaño medio), hasta el siglo XIX (en el que se inicia la construcción de los grandes pabellones hospitalarios). Con un punto de vista más actual, (Le Clech-Charton, 2010) ofrece una versión más local y centrada en la cultura material de la evolución de los hospitales en Francia.

hospital de la *rue de Sèvres*, debía ser, probablemente, cercano a treinta o treinta y cinco. Lo segundo que nos sorprende es la suntuosidad de las camas. Amplias camas con dosel, con ropa limpia, blanca, que parece de buena calidad. No hay, sin embargo, más mobiliario. Tan sólo camas, una al lado de la otra. ¿Ofrece este cuadro una imagen real de lo que podía ser el interior de un hospital de este estilo? Los doseles en las camas nos pueden hacer dudar, sin embargo este detalle se ve confirmado por Husson, que nos muestra, en su interesante representación del mobiliario de los hospitales en 1862, que la presencia de doseles en las salas hospitalarias era algo bastante común (**II. 2**). Husson calcula que de las 19.602 camas del total del sistema hospitalario francés, 7.443 contaban con dosel (38%) (Husson, 1862, p. 82). Junto a la cama con dosel, vemos que Husson representa otra serie de accesorios que se encontraban presentes en los hospitales franceses del XIX: una mesa de noche, una luz artificial colgante, sillas y sillones, todo tipo de tazas, vasos, botes, etc. ¿Podemos suponer que en la Salpêtrière se contaban con todos estos lujos? Tal vez sea mucho suponer.

En la **Ilustración 3** podemos observar otro tipo de cama, muy distinta a la anterior. No cuenta con dosel. No cuenta con somier de muelles. En el texto de la parte superior se lee claramente: «*Lit sans montants et à tiroir pour les hospices*». Estos lechos sin dosel ascendían a 9.519 (49%) (Husson, 1862, p. 82). En la **Ilustración 4** podemos contemplar una visita de Charcot a sus enfermos, junto a un numeroso grupo de, suponemos, estudiantes. Charcot ausculta a la mujer, mientras el resto escucha atenta y pacientemente. Uno parece tomar notas. En todo caso, en el presente contexto nos interesa la sala en que esta escena ocurre, no tanto la escena en sí. Techos elevados, grandes ventanales situados de forma que no puede verse el exterior. La sala debe de ser inmensa, si atendemos a la diferencia de tamaño entre las figuras del primer plano y las del fondo. A la derecha, casi fuera de cuadro, algo que podía ser una estufa. A la izquierda, las camas. Sin dosel. Lo cual, para Charcot, es siempre una ventaja. Recordemos que tan sólo la observación impersonal y positiva puede hacer ciencia. El cabecero de la cama hace las veces de mesilla, y, sobre él, vemos frascos, una taza, una botella. Al lado de cada cama, colgadas de la pared, una carpeta con las anotaciones médicas. La suntuosidad del cuadro de la Ilustración 1 ha desaparecido. Pero los espacios siguen siendo inmensos, llenos de gente. Podemos hacernos una idea más aproximada de la composición de los espacios con la ayuda del siguiente texto, en que se describe la enfermería general de la Salpêtrière:

«L'infirmierie générale, parfaitement installée, peut recevoir 223 malades dans les services de médecine, et 68 dans le service de chirurgie. Les salles en sont vas-

tes, élevées de plafond, et on y remarque cette disposition que chaque lit est placé en face d'une croisée, ce qui permet aux malades, souvent condamnées à une immobilité absolue, de se distraire par la vue des arbres ou du mouvement extérieur» (Husson, 1862, p. 291).

VIDAS EN ESPERA

La Salpêtrière no era, es fácil imaginarlo, un lugar agradable en el que vivir. Las grandes salas debían ser frías en invierno, pese a las estufas que estaban instaladas. Por otra parte, muchos de sus ocupantes sufrían dolores crónicos, otros sufrían enfermedades del aparato digestivo, algo que podemos traducir en diarreas y vómitos. Toses, ahogos, gritos de dolor, suspiros..., todo esto debía convertir la sala de internas en un lugar muy poco habitable. Y sin embargo, también es cierto que muchas de las enfermas no venían de vivir en condiciones mejores. El dolor es el mismo dentro que fuera de la Salpêtrière, y allí, más o menos, era tratado. Las asiladas recibían vestimentas nuevas, eran bañadas, sus camas tenían sábanas de lino blanco. Recibían tres comidas diarias en el comedor general y, si no podían levantarse, en su lecho. A las que podían, se les permitía salir los miércoles y domingos durante todo el día. Y recibían visitas los jueves y domingos. Sabemos que recibían lecciones de canto, sobre todo las alienadas, como parte de la terapia, y también que se celebraban bailes y fiestas (Husson, 1862, p. 291). Y con todo, y pese a todo, no era un lugar para vivir, mucho menos para sanar. La tasa de mortalidad fue del 21,3% para el año 1861 (Husson, 1862, p. 290). La vida diaria debía ser una constante espera: esperar la siguiente comida, esperar que llegase el domingo, para salir o recibir visitas; esperar al maestro de canto; esperar al baile; esperar al doctor que hiciera su ronda; esperar a la enfermera que trajese los medicamentos; esperar el siguiente dolor, la siguiente arcada, la siguiente asfixia. La vida de la enferma en la Salpêtrière era una vida en espera.

¿Cómo era la visita del médico? ¿Qué ocurría en esas ocasiones en que Ms. Charcot, junto a sus alumnos, bajaba a la sala para visitar a sus enfermas? ¿Qué ocurría después de que reposara su oreja en la espalda de la enferma y escuchara la carraca de sus pulmones? ¿Qué era lo que se anotaba en las tablillas que había junto a la cabecera de la cama? En definitiva, ¿qué se hacía a las enfermas de la Salpêtrière además de enseñarles a cantar y darles de comer y ropas limpias? ¿En qué consistía su tratamiento? En la **Ilustración 5** podemos ver el *Bulletin Statistique* del *Hospital de Lariboisière*, un hospital parisino que empezó a funcionar a mediados del siglo XIX, en la orilla dere-

cha del Sena. Este boletín pertenece al año 1861, y en él se describe la historia clínica de Jean Baptiste Letourner, de treinta tres años, que ingresó en el hospital el 7 de agosto de ese mismo año. La enfermedad que se le diagnosticó fue un reumatismo articular crónico primitivo, progresivo y muy intenso (Charcot, s.d.). Esta enfermedad, que aquí encontramos en un joven de 33 años, es una de las que poblaban las salas de la Salpêtrière¹⁷.

En este *Bulletin Statistique* podemos seguir los primeros pasos del enfermo al entrar al hospital. Lo primero es asignarle una sala y una cama, que a partir de ese momento serán su lugar, el sitio donde habitará, la sede de su enfermedad. El siguiente paso es tomar su nombre, su edad, su sexo y estado civil, así como su profesión, lugar de nacimiento y domicilio. Se indica la fecha de entrada. La de salida y la de muerte quedan en blanco. Los datos que se han recogido hasta el momento no son meramente administrativos. Todos ellos ayudarán al médico a la hora de realizar el diagnóstico, que se inicia con un interrogatorio:

«Cette femme est âgée de quarante-cinq ans, née de père et de mère l'un et l'autre domestiques de ferme [...] La femme Étarde a habité pendant les dix-neuf premières années de sa vie, dans une petite maison très basse et très humide [...] A vingt-huit ans, n'étant pas mariée, elle devient enceinte [...]» (Charcot, 1853, p. 31)

Lo primero que hace el enfermo con su médico es, por tanto, confesarse¹⁸. Y tendrá que hacerlo cada vez que él se lo pida, ante el grupo de alumnos que estén ese día en la sala, dispuesto a aprender, dispuestos a realizar sus tesis doctorales, a rellenar sus libretas con historias clínicas, con bocetos. El enfermo, a partir de ahora, estará totalmente expuesto, no sólo a las miradas, también a los oídos, al sentido del gusto y al del tacto de los que lo cuidan. Tras esta primera confesión, una vez que el paciente ha contado su historia, se debe dar el siguiente paso. Es el momento en que el médico toma la palabra, describiendo, en primer lugar, el estado actual del enfermo:

¹⁷ Se encontrará una detallada descripción de la historia, procedimientos de admisión y vida cotidiana en el hospital de la Lariboisière en (Martineaud, 1998).

¹⁸ El problema ético de la medicina clínica, que aquí se ilustra, ha sido convenientemente señalado por Foucault: «El problema moral más importante que la idea clínica había suscitado era éste: ¿con qué derecho se podía transformar en objeto de observación clínica, un enfermo al cual la pobreza había obligado a solicitar asistencia al hospital?» (Foucault, 1999, p. 125). Sigue siendo relevante el capítulo dedicado a los hospitales en la obra del filósofo francés (Foucault, 1999, pp. 97-128). Se encontrará una visión general de la historia de los hospitales en (Risse, 1999).

«La malade est pâle, anémique, son teint est plombé; les avant-bras sont dans une pronation extrême, les tendons des fléchisseurs des doigts forment des cordons à la face antérieure de l'avant-bras devenue postérieure; l'avant-bras est en même temps fléchi sur le bras à angles obtus.» (Charcot, 1853, p. 32)

Y ahora es cuando es posible realizar el diagnóstico. Una vez que se conoce la historia y se conoce el estado actual, los síntomas que la enferma presenta, es cuando el médico puede dar el nombre a la enfermedad, nombre que posibilita realizar una actividad más sobre el enfermo: la terapia. Pero, ¿qué tipo de terapia se aplica a una enfermedad que es incurable? «[...] *d'ailleurs, on peut dire que le traitement du rhumatisme articulaire chronique est encore moins efficace que celui de la goutte*» (Charcot, 1874, p. 246). No podemos hacer nada, entonces, con los enfermos, excepto una cosa: «*Mais ce que nous apprenons à connaître ici, mieux que partout ailleurs, c'est le prix qu'il faut attacher aux moyens qui soulagent, lorsqu'il est impossible de guérir*» (Charcot, 1874, p. 3).

El reumatismo articular crónico es una de las enfermedades más comunes, y también una de las más crueles. Las deformidades que produce esta enfermedad en las articulaciones impiden, en primer lugar, el movimiento de la parte afectada. El enfermo queda, por tanto, incapacitado: para comer por sí mismo, para lavarse, para levantarse, para hacer sus necesidades... Y, por otra parte, origina un gran dolor, tanto en las articulaciones, como de origen muscular, un dolor que, además, lo más probable es que no desaparezca jamás (Charcot, 1853, p. 12). No debe extrañar, por tanto, que el tratamiento que se aplique en los hospitales para incurables, como el de la Salpêtrière, esté más encaminado a aliviar al enfermo que a curarlo:

«Dans les cas où il y a des phénomènes d'acuité, les indications sont à peu près les mêmes que dans le rhumatisme articulaire aigu. On prescrit l'opium, le sulfate de quinine, les saignées locales, etc., quelquefois avec succès: mais le plus souvent, on est impuissant à entraver la marche progressive de la maladie.» (Charcot, 1874, p. 246)

Así pues, vemos que en este caso concreto, en esta enfermedad concreta, la medicina debe limitarse a tratar los síntomas, a hacerlos más llevaderos, sin esperanzas de que se produzca una curación. Los métodos aplicados por Charcot y por otros en los enfermos reumáticos (los alcalinos en grandes dosis, el carbonato sódico, la tintura de yodo, el arsénico, tanto ingerido como en forma de baños, amoniaco de guayacán, yoduro potásico, vesicatorios, botones de fuego, unturas de tintura de yodo, baños medicinales...) no curan

esta enfermedad. Como mucho, controlan los síntomas, palian sus efectos, los mitigan:

«Nous avons cherché à mettre en lumière les moyens thérapeutiques qui nous ont paru doués de l'efficacité la plus réelle: mais, il faut en convenir, le rhumatisme chronique est une affection que toutes les ressources de la médecine, dans la majorité des cas, en parviennent pas à guérir.» (Charcot, 1874, p. 248)

CONCLUSIONES

En las páginas precedentes se ha intentado describir de forma muy resumida el tipo de prácticas más comunes a las que las pacientes de la Salpêtrière eran sometidas. Prácticas de tipo *higiénico*, entre las que se incluyen los baños frecuentes y las clases de canto; de tipo dietético, con una alimentación diaria, regular y controlada; de tipo médico, con el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad y con el tratamiento terapéutico adecuado, de tipo exclusivamente paliativo, tratamiento que incluía las visitas a los baños termales así como la cauterización local, utilizando los botones de fuego, y las sangrías, las inyecciones intravenosas y la ingestión oral de preparados farmacéuticos más o menos eficientes.

El análisis de las discusiones teóricas sobre el concepto de enfermedad y sus clasificaciones, así como el de las prácticas llevadas a cabo en las instituciones hospitalarias, representadas en este artículo por la Salpêtrière pero que pueden trasladarse sin mucho esfuerzo a otras instituciones en diversos países, ofrece un panorama que en determinados aspectos, sobre todo aquellos que tienen un mayor impacto sobre la experiencia del enfermo, nos resulta familiar (lo cual no implica que todos ellos resulten negativos): la dificultad teórica de deslindar entre categorías tan próximas como las presentadas, que conlleva la cohabitación de enfermos dispares en los mismos servicios; los problemas organizativos que esto supone; la renuncia a intentar curar la enfermedad y la aplicación de remedios paliativos, etc. Por no mencionar las dificultades que la asunción, por parte del Estado, del cuidado de estos pacientes implica, punto no considerado aquí, y que será tratado en un artículo de próxima aparición, centrado en el caso español.

La continuidad de algunos de estos problemas debería conducirnos a una profunda reflexión sobre el desarrollo histórico de las categorías manejadas en este artículo, que pueda servir de ayuda a la hora de enfrentarnos, hoy día, a situaciones a veces demasiado parecidas a las que hemos encontrado en la Salpêtrière.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbaum, W. Andrew (1995), *Crossing Frontiers. Gerontology Emerges as a Science*, New York, Cambridge University Press.
- Ackerknecht, Erwin H. (1986), *Le médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot.
- Adelon, Nicolas Ph. (1832 - 1846), *Dicctionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sur le rapport théorique et pratique* (2è éd. ed.), Paris, Béchet jeune.
- Anónimo (1830), *Manuel des commissaires et dames de charité*, Paris, Mme. Huzard.
- Arquiola, Elvira (1995), *La vejez a debate*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Arquiola, Elvira y Montiel, Luis (1993), *La corona de las ciencias naturales. La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Boucher, Louis (1883), *La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790. Ses Origins et son fonctionnement au XVIIIe siècle*, Université de Paris, Paris.
- Broussais, François-Joseph-Victor (1816), *Examen de la doctrine médical généralement adoptée et des systèmes modernes de nosologie*, Paris, J. Moronval.
- Broussais, François-Joseph-Victor (1829), *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie* (3 ed. Vol. 2), Paris & Bruxelles, M. Delaunay & Dépôt General de la Librairie Medicale Française.
- Broussais, François-Joseph-Victor (1834), *Cours de Pathologie et de Thérapeutique Générales* (2 ed. Vol. 1), Paris, J.B. Baillière.
- Bynum, William F. (2006), "The rise of Science in Medicine, 1850-1913". En Bynum, William F; Hardy, Anne; Jacyna, Stephen; Lawrence, Christopher; Tansey, E. M. (eds.), *The Western Medical Tradition, 1800 to 2000*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 111-246.
- Canguilhem, George (1971), *Lo normal y lo patológico* Buenos Aires, Siglo XXI.
- Canstatt, Karl F. (1839), *Die Krankheiten des höheren Alters und ihre Heilung dargestellt*, Erlangen, Enke.
- Charcot, Jean-Martin (1853), *Études pour servir a l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaires chronique forme primitive, etc.*, Université de Paris, Paris.
- Charcot, Jean-Martin (1874), *Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques* (2 ed.), Paris, Adrien Delahaye.
- Charcot, Jean-Martin (s.d.), "Goutte Rhumatisme. Manuscrits des leçons de J.M. Charcot", *Manuscrits des leçons de J.M. Charcot* [en línea], disponible en <http://jubil.upnc.fr>, [consultado el 28/05/2008].
- Dumas, Charles Louis (1817), *Tratado Analítico de las enfermedades crónicas; ó Doctrina General acerca de estos males, para fundar sobre ella su conocimiento teórico y práctico* (Vol. 2), Madrid, José del Collado.
- Durand-Fardel, Maxime (1854), *Traité Clinique et Pratique des Maladies des Vieillards*, Paris, Germer Baillière.

- Fischer, Ioannis Bernhardi (1760), *De senio, eiusque gradibus et morbis, nec non de eiusdem acquisitione, tractatus, de novo revisus...*, Erfordia, In Officina Weberiana.
- Fleury, Louis (1866), *Traité thérapeutique et clinique de d'Hydrothérapie. De l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies chroniques* (3 ed.), Paris, P. Asselin.
- Floyer, John (1724), *Medicina Gerocomica: or the Galenic Art of Preserving old Men's Health*, London, J. Isted.
- Foucault, Michel (1999), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2006), *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, Madrid, Siglo XXI.
- Frangos, John (1997), *From Housing the Poor to Healing the Sick*, London, Associated University Press.
- Gintrac, Elie (1853), *Cours Théoretique et Clinique de Pathologie Interne et de Thérapie Médical* (Vol. 1), Paris, Germer Bâillière.
- Granjel, Luis S. (1991), *Historia de la Vejez. Gerontología, gerocultura, geriatria*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- Grneck, Mirko D. (1958), *On Aging and Old Age. Basic Problems and Historic Aspects of Gerontology and Geriatrics*, La Haye, Funk.
- Hacking, Ian (2007), "Kinds of People: Moving Targets". *Proceedings of the British Academy*, 151, 285-318.
- Hahnemann, Samuel (1832), *Des Maladies Chroniques, de leur nature spéciale et de leur traitement homoeopathique*, Lyon, Louis Babeuf.
- Husson, Armand (1862), *Étude sur les Hopitaux considérées sous le rapport de leur Construction de la distribution de leurs batiments de l'ameublement, de L'Hygiène et du Service des Salles de Malades*, Paris, Paul Dupont.
- Imbault-Huart, Marie-Jose (1984), "La vieillesse: état pathologique ou ultime equilibrio de vie?", En: Peset, Jose Luis (ed.), *Enfermedad y castigo*, Madrid, Instituto Arnau de Vilanova – Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Jaccoud, Sigismond (1864 - 1878), *Nouveau dictionnaire de médecine de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte*, Paris, J.B. Bailliere.
- Katz, Stephen (1996), *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*, Charlottesville & London, University Press of Virginia.
- Landré-Beauvais, Agustin-Jacob (1818), *S m iotique, ou Traité des signes des maladies* (3 ed.), Paris, J.A. Brosson.
- Le Clech-Charton, Silvie (ed.) (2010), *Les établissements hospitaliers en France du Moyen âge au XIXe siècle. Espaces, objects et populations*, Dijon, Editions Universitaires de Dijon.
- Lellouch, Alain (1992), *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*, Paris,  ditions Payot.
- Littré, Emile; Robin, Charles (1873), *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent* (13 ed.), Paris, J.-B. Baillère.
- Martin, Jean Paul (2007), *Histoire de la Gériatrie. De l'Antiquité à nos jours*, Levallois Perret, Animagine  dition.

- Martineaud, Jean-Paul (1998), *Une Histoire de L'Hôpital Lariboisière. Le Versailles de la Misère*, Paris, L'Harmattan.
- Martineaud, Jean-Paul (2004), *La Commune de Paris, l'assistance publique et les Hôpitaux en 1871*, Paris, L'Harmattan.
- Massé, Jules (1861), *Trois maladies réputées incurables. Épilepsie - Dartres - Scrofules (Exemples de guérison)*, Paris, P. Brunet.
- Panckoucke, Charles-Joseph; Agasse, Henri; Agasse, Veuve de Henri (eds.), (1787 - 1830), *Encyclopédie méthodique*, Paris & Liège, Packoucke & Plomteux.
- Panckoucke, Charles-Louis-Fleury (ed.), (1812-1822), *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, Paris, C.L.F. Panckoucke.
- Pinel, Philip (1804), *La médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*, Paris, J.A. Brosson.
- Pinel, Philip (1823), "Considérations sur la constitution sénile et sur son influence dans les maladies aiguës", *Memoires et observations: Archives générales de médecine*, I (2).
- Prus, Clovis René (1840), "Recherches sur les maladies de la vieillesse", *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, 8, 1 - 27.
- Racle, Victor Alexandre (1864), *Traité de Diagnostic Médical ou Guide Clinique por l'étude des Signes Caractéristiques des Maladies* (3 ed.), Paris, J.B. Bailliere et Fils.
- Ramsey, Mathew (1988), *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830. The Social World of Medical Practice*, Oxford, Oxford University Press.
- Riley, James C. (1989), *Sickness, Recovery and Death*, Iowa, University of Iowa Press.
- Risse, Guenter B. (1999), *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*, New York & Oxford, Oxford University Press.
- Salazar, M. R. (1846a), "Contestación a las ideas del Sr. Hysern sobre Homeopatía", *Gaceta Médica*, II (42), 329 - 330.
- Salazar, M. R. (1846b), "Contestación a las ideas del Sr. Hysern sobre Homeopatía", *Gaceta Médica*, II (44), 345 - 346.
- Szabo, Jason (2010), *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press.
- Thane, Pat (2005), *The Long History of Old Age*, London, Thames & Hudson.
- Thompson, John D.; Goldin, Grace (1975), *The Hospital: a Social and Architectural History*, New Haven & London, Yale University Press.
- Williams, Elizabeth A. (1994), *The Physical and the Moral. Anthropology, Physiology, and Philosophical Medicine in France, 1750-1850*, Cambridge, Cambridge University Press.

Recibido: 22 de febrero de 2011

Aceptado: 12 de noviembre de 2011