

LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA EUROPA PRE-INDUSTRIAL: ALGUNAS CONSIDERACIONES HISTORIOGRÁFICAS

Jon ARRIZABALAGA
CSIC - Institució "Milà i Fontanals", Barcelona

ABSTRACTS

El presente trabajo aborda en dos partes, algunos de los problemas historiográficos que plantea el estudio de las causas de muerte en el pasado. Su principal objeto lo constituyen las causas médicas de muerte y, particularmente, las enfermedades infecciosas.

En la primera parte se examinan los modos de afrontar el problema de las causas de muerte en la Europa pre-industrial (con especial atención al periodo comprendido entre el siglo XIV y los comienzos del XVII), en contraste con los propios de la Europa contemporánea. Tres cuestiones sirven de hilo conductor: (1) el proceso de "medicalización" de la muerte; (2) las enfermedades como causas de muerte y los sistemas nosológicos; y (3) el diagnóstico de las causas de muerte.

La segunda parte gira en torno al anacronismo como práctica historiográfica y a dos de sus manifestaciones más características en el campo de la historia de la enfermedad: el ontologismo nosológico y la práctica del diagnóstico retrospectivo.

This article deals with some of the historiographical issues raised by the study of the causes of death in the past. It is focused upon the medical causes of death, particularly infectious diseases.

In the first part, the ways of facing the question of the causes of death in pre-industrial Europe (with special emphasis on the period between the fourteenth and the seventeenth centuries) are examined in contrast to those ways peculiar to modern Europe. Three topics are successively dealt with, first, the process of "medicalisation" of death; secondly, diseases as causes of death, and the nosological systems; and thirdly, the diagnosis of the causes of death.

In the second part, attention is paid to anachronism as an historiographical practice and to two of its most characteristic implications for the history of disease, namely nosological ontologism and the practice of retrospective diagnosis.

Le travail ici présenté aborde en deux parties, quelques uns des problèmes historiographiques qui surgissent en étudiant les causes de mort dans le passé.

Dans la première partie, on examine les différentes façons d'affronter le problème des causes de la mortalité dans l'Europe Pre-Industriel (avec une grande importance de périodes compris entre le XIVe siècle et début du XVIIe siècle), contrairement à ceux de l'Europe Contemporaine. Trois questions sont utilisées como fil conducteur: (1) Le procès de médicalisation de la mort. (2) Les maladies como cause de mort et les systèmes nosologiques. (3) Les diagnostics des causes de mort.

La deuxième partie tourne autour de l'anacronisme come pratique historiographique et autour des manifestations plus caractéristiques de l'histoire de la maladie: l'ontologie nosologique et la pratique du diagnostic retropectif.

LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA EUROPA PRE-INDUSTRIAL: ALGUNAS CONSIDERACIONES HISTORIOGRÁFICAS*

Jon ARRIZABALAGA
CSIC - Institució "Milà i Fontanals", Barcelona

La ciencia y la medicina nacidas en Europa a lo largo del siglo XIX y que ulteriormente las potencias coloniales exportaron a sus dominios ultramarinos se han erigido en el marco de representación dominante del mundo contemporáneo, definiendo no sólo el modo de ver y conocer la realidad circundante, sino también -y sobre todo- el de operar en ella. Es más, la ciencia y la medicina occidentales se han convertido en auténtica

* Este trabajo ha sido parcialmente financiado a través de la ayuda de investigación PB89-0066 de la CICYT (Ministerio de Educación y Ciencia). Una parte de su material fue expuesta y debatida en el seno del taller interdisciplinar *Expresiones diagnósticas y causas de muerte* (Valencia, junio de 1993). Una reelaboración posterior fue presentada como ponencia bajo el título "Diseases as causes of death in late medieval and early modern Europe: some historiographical considerations" en la *Conference on the History of Registration of Causes of Death* (University of Indiana, Bloomington, 11-14 Nov. 1993), cuya colección de ponencias integra un volumen (en preparación) dentro de la serie de "Working-papers publications" editados por la Universidad de Indiana. En su forma presente, se trata de una versión actualizada de la original inglesa.

columna vertebral del mundo contemporáneo en razón del poder que una y otra han conferido a sus poseedores.

Autosatisfecho de sus logros, el Occidente desarrollado ha sucumbido frecuentemente a la tentación de suponer que su representación de la muerte y sus causas es la más genuina, si no la única posible. La realidad histórica y presente contradice ampliamente este supuesto. En toda sociedad humana los misterios de ese fenómeno omnipresente e inevitable que es la muerte han sido objeto de constante preocupación antropológica, filosófica y religiosa. Ahora bien, la muerte como fenómeno social se ha insertado dentro de marcos de representación específicos y diversos en cada colectividad humana; y su variable imagen ha estado estrechamente vinculada a las percepciones y reacciones dominantes suscitadas entre los agentes sociales que en cada caso han contribuido a su definición (Wiener, 1973: I, 634-646; Reich, 1978: I, 221-307; Aries, 1974; Vovelle, 1983).

Los médicos y cirujanos universitarios sólo muy recientemente han alcanzado un papel predominante en la definición de la muerte, tras haber sido gradualmente legitimados por los poderes políticos como "expertos" en la materia. En el pasado -y todavía en algunas sociedades presentes- agentes sociales tales como sanadores no universitarios, sacerdotes y magos compitieron con los anteriores en la definición de la muerte y de sus causas. Entonces y ahora, además, la experiencia de la muerte en Occidente se ve también influenciada por grupos políticos, económicos, ideológicos o religiosos. Potenciales conflictos de intereses entre todos estos agentes sociales pueden condicionar el proceso de construcción social de la muerte, en cuyo desarrollo la negociación entre las partes implicadas juega a menudo un papel decisivo.

En este trabajo, se abordan, en dos partes, algunos de los problemas historiográficos que plantea el estudio de las causas de muerte en el pasado. Su atención se circunscribe a las causas médicas de muerte y dentro de ellas, a las enfermedades infecciosas, las cuales, al fin y al cabo, han constituido el principal capítulo de causas de muerte en la mayoría de las sociedades humanas a lo largo de la historia. En la primera parte se examinan los modos de afrontar el problema de las causas de muerte en la Europa pre-industrial (con especial atención al periodo comprendido entre el siglo XIV y comienzos del XVII), en contraste con los propios de la Europa contemporánea. La segunda parte gira en torno al anacronismo como práctica historiográfica y a dos de sus manifestaciones más características en el campo de la historia de la enfermedad: el ontologismo nosológico y la práctica del diagnóstico retrospectivo.

1. Medicina y muerte en la Europa pre-industrial

Los diversos estados individuales y colectivos (enfermedades, accidentes, lesiones e inanición, entre otros) que pueden conducir a la muerte son, conforme a la antropología actual, consecuencia de causas naturales o sobrenaturales, o efecto de la malevolencia humana (Landy, 1978: I, 222). Al centrarme en las causas naturales de muerte que constituyen el objeto del conocimiento médico, me limitaré a abordar una pequeña parte de las complejidades de este fenómeno social. Me circunscribiré a las causas de muerte en la Europa bajomedieval y moderna, partiendo de la base de que la palabra "causa" no significa lo mismo en cualquier contexto histórico. En las páginas que siguen, abordaré tres principales cuestiones: (1) el proceso de "medicalización" de la muerte; (2) las enfermedades como causas de muerte y los sistemas nosológicos; y (3) el diagnóstico de las causas de muerte.

1.1. La "medicalización" de la muerte

En Europa Occidental, las representaciones médicas de la muerte no llegaron a ser dominantes hasta la segunda mitad del siglo XIX. Con todo, desde el siglo XIII, la muerte experimentó a manos de la medicina universitaria medieval ("medicina escolástica"), una "medicalización" gradual, en términos del tipo de atención prestada a quien atravesaba este trance, y de las interpretaciones al uso acerca de cómo y por qué acontecía¹. Esta forma racional de medicina había resultado de la asimilación de la filosofía aristotélica (convenientemente cristianizada, desde luego) y de un gran número de obras, entonces desconocidas en el Occidente latino, de las autoridades médicas clásicas (principalmente Hipócrates y Galeno). Dichas obras habían sido traducidas del griego y/o del árabe y, con frecuencia, sintetizadas, compendiadas o comentadas por médicos bizantinos y árabes. La medicina escolástica fue creada en el sur de Italia entre finales del siglo XI y comienzos del XIII, y se difundió rápidamente a través de las escuelas médicas universitarias que entonces proliferaron por toda Europa Occidental. A resultas de todo ello, surgió un nuevo modelo de prácticos de la medicina que poseían un nivel substancial de conocimiento teórico (en parte compartido con los filósofos naturales, aunque orientado hacia otros objetivos específicos). Los nuevos prácticos de la medicina se dedicaban a una profesión lucrativa que cobró

1. Empleo aquí el polisémico término "medicalización" únicamente en este sentido. Por otra parte, no pretendo negar la existencia de indicios de "medicalización" de la muerte en la Europa medieval latina anterior al siglo XIII, sino más bien subrayar que la construcción de la "medicina escolástica" fue el factor decisivo a este respecto.

de modo gradual legitimidad social, no sólo por la posesión de conocimientos y técnicas particulares, sino también por el apoyo político que recibieron de las autoridades civiles y eclesiásticas (Siraisi, 1990; Jacquart y Micheau, 1990; McVaugh y Siraisi, 1990; García Ballester, French, Arrizabalaga y Cunningham, 1994).

Tras su crisis definitiva a finales del siglo XVI, el modelo escolástico de educación y práctica médicas se vio sustituido por otros, la mayoría de los cuales compartían como rasgo común la exigencia de formación universitaria para los futuros profesionales. Ahora bien, hasta bien avanzado el siglo XIX estos médicos universitarios continuaron cubriendo únicamente una parte (por más que crecientemente importante) de las demandas sanitarias de la población; y los hicieron en competencia con otros prácticos de la medicina, de ambos sexos y otras creencias religiosas distintas al Cristianismo, que carecían de educación universitaria, al haberse formado en el marco de un sistema "abierto" (García-Ballester, 1988, 42-45).

De ahí que durante los seiscientos años transcurridos entre los siglos XIII y XIX, la muerte y sus causas continuaran siendo percibidas desde puntos de vista muy variados y hasta encontrados por los diversos agentes sociales a quienes este fenómeno social preocupaba dentro y fuera del mundo médico universitario. Sólo desde la segunda mitad del siglo XIX una visión médica y unívoca de la muerte se convirtió en dominante en Europa como consecuencia de la difusión de la medicina contemporánea (es decir, la medicina basada en los principios y métodos de la ciencia natural, que fueron asumidos como marco teórico único sustentador de su práctica profesional). No puede, pues, sorprendernos que existan escasos estudios médicos sobre la muerte con anterioridad al siglo XVIII, mientras que, al menos desde el siglo XIV, proliferaron en Europa Occidental las obras morales, religiosas e incluso de ficción consagradas a este tema, hasta el punto de convertirse en populares géneros literarios como el del "Arte de Morir" o el poema escénico "la Danza de la Muerte" (O'Connor, 1942; Warthin, 1930-1931).

Los estudios médicos más tempranos sobre la Muerte (con mayúscula) se imprimieron a mediados del siglo XVII², y la disciplina de la tanatología (es decir, el estudio científico de la muerte, sus causas y fenómenos) sólo se desarrolló a partir del siglo XIX, como parte de la medi-

2. Se cuentan entre los primeros las obras de Roberus y Rollius. Cf. ROBERUS, P.P., *Thanatologia [en griego], sive disputatio philosophica de morte* (Wittenberg, 1656); ROLLIUS, T., *De morte*, Jena, 1659.

cina legal³. Entretanto, el número de estudios médicos específicamente dedicados a la muerte y/o a sus variedades (muerte súbita, muerte aparente y muerte violenta, entre otras) creció de modo continuado a lo largo del siglo XVIII⁴. Pero con anterioridad a estas fechas, a los médicos universitarios europeos "les bastó y sobró con luchar contra la muerte, aliviarla o diagnosticarla" (Ackerknecht, 1968: 19). De hecho, resulta difícil encontrar obras médicas expresamente dedicadas a la muerte antes de 1650, salvo algunos escritos pseudo-hipocráticos breves y de carácter práctico sobre los signos de muerte, que circularon ampliamente en la Europa bajomedieval y moderna. Estos trabajos, con frecuencia conocidos bajo la designación común de "Cápsula ebúrnea" (*Capsula eburnea*) y en su mayor parte espúreos, probablemente derivan del escrito "Pronóstico", auténticamente hipocrático. Todos ellos informan acerca de los signos de vida y de muerte que permitían a los médicos pronosticar el futuro inmediato de los pacientes a su cargo⁵. Obviamente, el interés del médico en la predicción de la muerte no estaba sólo relacionado con el descrédito profesional que pudiera comportarle este, más que cualquier otro, fallo pronóstico. Tenía también otras implicaciones incluso mayores, entre ellas la convicción cristiana de que sólo la condena eterna esperaba a quien, por no prever la hora de su muerte, falleciera en pecado mortal.

Pero, dejando a un lado la tradición de la "Cápsula ebúrnea", esta casi total ausencia de estudios médicos específicos sobre la muerte, ¿significa que los médicos universitarios fueron incapaces de conceptualizar esta realidad de acuerdo a sus premisas? En absoluto. Pasajes referidos a la muerte, sus variedades, causas y/o signos puede encontrarse en algunas de las obras de las autoridades médicas que frecuentemente estudiaron y comentaron los médicos universitarios desde el siglo XIII, entre ellas el libro, auténticamente hipocrático, del *Liber prognosticorum* (en el que se

3. La *Thanatologia, sive in mortis naturam, causas, genera ac sepecies et diagnosin disquisitiones* (Gottingen, 1795) de S. ANCHEL bien podría considerarse como una de las obras fundacionales de esta disciplina. Desde mediados del siglo XX, la tanatología aborda el estudio de la muerte y el morir desde una perspectiva más global, con particular atención a sus implicaciones psicosociales.

4. Para una visión histórica panorámica de la literatura médica sobre la muerte, cf. la información bibliográfica recogida bajo el epígrafe "Death" en las cinco series del *Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office*.

5. Entre estas obra se encuentran *Analogium, Liber praestantiae, Liber de veritate, Prognostica, De pustulis, Secreta y Signa vitae et mortis*. Durante la Edad Media circularon bajo dos traducciones diferentes: una versión anónima greco-latina del siglo V o VI y una versión arabo-latina de Gerardo de Cremona (siglo XII). Cf. Kibre, 1985: 110-123, 226-227.

describe la bien conocida *facies hipocrática*), los escritos *De medicina* de Celso, *De marcore*, *De temperamentis* y otros de Galeno, *Ad regem Mansorem* de Rhazes, y el *Canon* de Avicena⁶.

La muerte también aparece tratada de pasada en pasajes de obras tales como los tratados de peste y otras escritas por médicos universitarios bajomedievales y renacentistas. Es el caso, por ejemplo, del catalán Jacme d'Agramont cuyo escrito *Regiment de preservació de la pestilència* firmó en Lleida en 1348. Agramont consideraba que a veces era difícil establecer si la muerte había tenido o no lugar. Para salir de dudas, sugería a sus lectores (no se olvide que su obra se dirigía a los profanos en el arte de la medicina) dos sencillas pruebas que afirmaba estar dispuesto a describir al detalle en su deseo de servir al bien común. La primera "consistía en observar si una tira muy fina de lana, colocada junto a las fosas nasales o la boca de una persona presuntamente fallecida, se movía como resultado del aire que entraba y salía con el aliento". La segunda prueba estribaba en "ver si el agua de un vaso colocado sobre su pecho, junto al corazón, se movía como resultado del latido cardíaco". Para Agramont se trataba de una cuestión en absoluto trivial y ponía como ejemplo la *apoplexia*, que él asociaba a un *apostema* cerebral e interpretaba como un efecto del aire pestilencial por sobreenfriamiento. Agramont afirmaba que este aire pestilencial ocasiona una "pérdida súbita de movimiento y de sensibilidad que volvía a los hombres tan inertes, que difícilmente se podía determinar si estaban muertos o vivos ni por el pulso ni por la respiración". La gente común, al pensar que estaban muertos, los enterraba vivos. Por ello aconsejaba la observación cuidadosa y el examen médico de todos los fallecidos de modo repentino "antes de su inhumación"; y si ello no fuera posible, recomendaba dejar transcurrir, conforme al criterio de Avicena, un periodo de 72 horas antes de proceder a ésta (Arrizabalaga, 1994: 268).

Los médicos universitarios bajomedievales y renacentistas también reflejaron su visión de la muerte en, al menos, dos grupos adicionales de fuentes. El primero está constituido por el conjunto de tratados sobre la prolongación de la vida y el retardamiento de la vejez y la muerte que médicos y filósofos naturales como Roger Bacon, Pedro Hispano, Pietro d'Abano, Arnau de Vilanova, Bernard de Gordon, Gabriele de Zerbi, Marsiglio Ficino, Luigi Cornaro y otros escribieron conforme a la tradi-

6. Cf., entre otros pasajes, HIPPOCRATES, *Liber prognosticorum*, 2; CELSUS, *De medicina*, II.6; GALEN, *De marcore*, cap. III; *De temperamentis*, I.III, II.II; RHAZES, *Ad regem Mansorem libri*, X.21; AVICENA, *Canon*, I/1, doct. 4, cap. 3; I/3, cap. 1; III/9, tract. 1, cap. 9; III/11, tract. 2, cap. 6-7; IV/2, tract. 1, cap. 92, 94, 97-99.

ción establecida por dos breves tratados aristotélicos que forman parte de sus *Parva naturalia: Acerca de la longevidad y de la brevedad de la vida y Acerca de la juventud y de la vejez, de la vida y de la muerte, y de la respiración* (Johansson, 1993). De hecho, estas obras son a veces comentarios o meras paráfrasis de los escritos de Aristóteles. El segundo grupo está representado por un número de escritos referentes a cuestiones médico-legales que aparecieron a finales del siglo XVI y comienzos del XVII. Entre los más tempranos se encuentran las *Declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas maneras de muertes que suceden* (Madrid, 1586), publicadas por el médico real castellano y cirujano de Felipe II, Juan Frago (ca. 1530-1597), y que fueron reimpresas en castellano e italiano en numerosas ocasiones durante los siglos XVI y XVII; e, igualmente, los *De relationibus medicorum libri quatuor. In quibus ea omnia quae forensibus ac publicis causis medici referre solent, plenissime traduntur* [= *Cuatro libros sobre informes médicos, en los que se tratan con gran amplitud todos aquellos asuntos a los que los médicos suelen referirse en las causas forenses y públicas*] (Palermo, 1602), obra escrita por el médico siciliano Fortunato Fedele (1550-1630) y reimpresa en tres ocasiones, al menos, durante el siglo XVII.

Sin ignorar las numerosas e importantes diferencias detectables en el contenido de los diversos grupos de obras mencionados, la mayoría de las escritas a partir de Galeno recurrieron a la bien conocida metáfora de la lámpara de aceite, para explicar en qué consistían la vida y la muerte. De acuerdo a esta metáfora, el "húmedo radical" o "innato" es el combustible de la vida, al igual que el aceite de una lámpara. Este húmedo radical nutre el "calor innato" en que la vida consiste, al igual que la lámpara de aceite alimenta la llama. Conforme el húmedo radical se va secando, el calor innato decrece y de ahí que el cuerpo se torne gradualmente frío y seco. De modo natural, la muerte ("muerte natural") llega cuando el calor innato se ha extinguido como consecuencia de la falta de húmedo radical, pero también puede acontecer como resultado de la putrefacción o el rápido desperdicio de éste. Desde su concepción cada persona recibe una proporción cualitativa y cuantitativamente variable de húmedo radical. En función de su cantidad y calidad, y de la idoneidad de su combustión, su muerte natural tendrá lugar antes o después, o lo que es lo mismo, su vida se prolongará previsiblemente más menos. El aprovechamiento óptimo de este húmedo radical y su preservación de las agresiones internas y externas mediante un régimen de vida adecuado constituyeron el objetivo fundamental de todos los tratados citados sobre

la prolongación de la vida. La idea del húmedo radical sólo inició su largo declive a partir de mediados del siglo XVI (Gruman, 1966; Hall, 1971; Niebyl, 1971; McVaugh, 1974).

1.2. Causas médicas de muerte y sistemas nosológicos

Si tomamos en consideración sólo las causas de muerte aceptables dentro de un "discurso" médico, se nos plantea una segunda cuestión general referente al sistema nosológico dentro del cual se conceptualizan estas causas de muerte. Las enfermedades constituyen, sin duda, el principal grupo de causas médicas de muerte en la práctica totalidad de las sociedades humanas. La mayor parte de las enfermedades actualmente reconocidas como tales por la medicina occidental "cristalizaron en forma de entidades específicas" durante el siglo XIX (Rosenberg, 1989: 10). La substitución gradual de un viejo sistema causal cuyos orígenes se remontan a la Antigüedad clásica griega por un nuevo sistema Newtoniano-Laplaciano jugó un papel decisivo en este proceso⁷. Centrémonos en el caso de las enfermedades infecciosas, sin duda el grupo de enfermedades históricamente responsable del mayor número de fallecimientos en la mayoría de las comunidades humanas.

Mediante el ejemplo de la peste, Andrew Cunningham ha mostrado cuán diferentes son los criterios de definición de las enfermedades infecciosas propios de la medicina contemporánea, de aquellos que se aplicaron durante el periodo pre-laboratorio de la medicina, es decir, con anterioridad a la segunda mitad del siglo XIX (Cunningham, 1992). De acuerdo a la medicina de laboratorio y a la teoría bacteriológica de las enfermedades infecciosas, la detección del microorganismo causal específico de la peste (la *Yersinia pestis*) en los tejidos o fluidos de una persona enferma es el factor clave para la definición de esta enfermedad, subordinándose a ella todos los demás rasgos (signos y síntomas, variedades clínicas, epidemiología, patogenia) que la definen. En contraste, con anterioridad al laboratorio los médicos universitarios identificaban la peste a partir de sus síntomas y curso clínico, participando de una visión de la causalidad radicalmente diferente de la actual. El sistema causal pre-laboratorio estaba basado en la supuesta existencia de una cadena causal jerárquica dentro de la cual macrocosmo y microcosmo estaban estre-

7. Tomo la expresión "sistema causal Newtoniano-Laplaciano" de los comentarios de Christopher Hamlin durante el simposio de Bloomington (Indiana), a quien también debo la referencia del artículo de Fagot-Largeault (1993). Para un expresivo caso que ilustra la gran resistencia ejercida por el viejo sistema causal contra su desaparición durante el siglo XIX, véase Hamlin (1992).

chamente interrelacionados. Esta cadena causal se extendía desde la "Primera Causa" hasta la "causa inmediata", pasando por una larga serie de causas intermedias. Una determinada causa podía ser responsable de múltiples enfermedades, y una determinada enfermedad podía deberse a múltiples causas. Con anterioridad al laboratorio se aceptaba también como posible que los enfermos padecieran enfermedades "mixtas", y que la "materia morbosa" se moviera libremente dentro del cuerpo enfermo, cambiando de asiento e incluso transformándose en otra a lo largo de su curso (Cunningham, 1992; King, 1982; Nicolson, 1988; Codell Carter, 1993; Arrizabalaga, 1994).

Tal como afirma Cunningham, para sostener que la enfermedad X del pasado y la enfermedad Y del presente son idénticas, estamos obligados a definir las condiciones necesarias en que fundamentamos nuestra afirmación de identidad; y "ésta es una cuestión filosófica e historiográfica, no un problema técnico médico". Puesto que hay una discontinuidad esencial entre la identidad de la peste -o de cualquier otra enfermedad infecciosa- antes y después del laboratorio, ambas pestes son inconmensurables entre sí: "somos simplemente incapaces de afirmar que [una y otra] son iguales, pues se han cambiado los criterios de «igualdad»" (Cunningham, 1992: 29, 61). Más adelante me referiré a las implicaciones de esta cuestión en la historiografía de la enfermedad. Ahora, sólo quisiera anotar que la superposición de dos o más sistemas médicos en cualquier sociedad puede conducir a una imagen distorsionada de su patrón de causas de muerte e incluso a la infravaloración de sus tasas de mortalidad⁸.

1.3. El diagnóstico de las causas de muerte

La tercera y última cuestión general sobre las enfermedades como causas de muerte que abordaré, concierne a la propia naturaleza de las fuentes de información (habitualmente los registros de muertes) al respecto, y a la peculiar posición del diagnóstico de las causas de muerte en la práctica médica. En los países europeos más desarrollados el registro de muertes no quedó bajo control pleno de los médicos y cirujanos universitarios, ni se efectuó conforme a un lenguaje médico universitario (sea en latín o en vernácula) hasta las últimas décadas del siglo XIX⁹. Pero incluso bajo tal control, no puede olvidarse que la nosología y el

8. La importancia de esta cuestión ha sido puesta de relieve por Jannetta (1993) para el caso del proceso de occidentalización del Japón a partir de 1868.

9. Numerosos trabajos presentados al simposio de Bloomington han insistido en este punto.

diagnóstico representan dos niveles diferentes del pensamiento médico. Ninguna causa específica de muerte es expresión directa de un determinado sistema nosológico, sino el reflejo final de un proceso de negociación entre los diversos agentes sociales que, en el pasado y en el presente, se han estado habitualmente envueltos en el establecimiento del fallecimiento de una persona, y de sus causas.

Un registro de causas de muerte puede haberse escrito con numerosos propósitos, no necesaria, ni exclusivamente, médicos. Landry y Lessard han mostrado en su trabajo sobre los registros parroquiales del Quebec de los siglos XVII y XVIII, que "muchas de las causas de muerte anotadas en los certificados de entierro [dentro de estos registros] sirvieron de hecho para justificar al sacerdote cuando no había podido administrar los últimos sacramentos" en casos de muerte súbita, vómitos frecuentes, enfermedad mental, inconsciencia y muerte violenta, y despejar así cualquier sospecha de actuación negligente que pudiera recaer sobre él (Landry y Lessard, 1993).

En otros casos, puede ocurrir que una determinada enfermedad sea ocultada de modo deliberado como causa de muerte. Es bien conocida la resistencia a la declaración pública de cualquier enfermedad epidémica seria (peste, viruela, cólera, tifus exantemático, fiebre amarilla), que ha caracterizado el comportamiento de los responsables sanitarios a lo largo de la historia, en razón del pánico que esta información habitualmente provocaba en el seno de las comunidades afectadas, y de los numerosos perjuicios de toda clase (económicos, políticos y sociales, entre otros) derivados del mismo. Hace ya más de veinte años, Bartolomé Bennassar caracterizó expresivamente este comportamiento como "el miedo a la palabra" (*la peur du mot*) (Bennassar, 1969: 56-57). Una muestra bien reciente de que no se trata de algo definitivamente desterrado al pasado, ni tampoco ajeno al Occidente desarrollado nos la brinda un incidente en relación al Sida, en el que se vieron envueltas destacadas autoridades sanitarias estadounidenses. A mediados de los ochenta, ante las fuertes críticas que los responsables del banco de sangre estadounidense recibieron por no haber advertido a la opinión pública desde el primer momento en que sospecharon la existencia de un Sida postransfusional, el director del Centro de Sangre de Nueva York replicó: No debe gritarse *fuego* en un teatro abarrotado de gente ni siquiera cuando las llamas están allí mismo, porque el pánico resultante puede provocar más muertes que el fuego" (Grmek, 1990: 162).

Como el caso del Sida permite igualmente ilustrar, a veces la causa real de muerte puede ocultarse de modo deliberado al objeto de evitar una

estigmatización social de la persona fallecida y/o de sus allegados. Giulia Calvi nos ha suministrado varios ejemplos del siglo XVII al respecto: durante la peste florentina de 1630-1633 algunos obtuvieron falsos certificados de defunción firmados por cirujanos-barberos o médicos, que atribuían el fallecimiento de sus familiares -víctimas, de hecho, de la peste- a otras causas; todo ello con el fin de asegurarles una muerte honrosa (de acuerdo con el ideal barroco de ésta) y de evitar la deshonra social de los enterramientos masivos fuera de la iglesia y de cualquier otro lugar consagrado (Calvi, 1989: 104-117).

La mortalidad encubierta atribuible a una enfermedad particular puede responder a veces a razones múltiples. Linda Bryder ha ilustrado espléndidamente este problema para el caso, bien significativo, de la tuberculosis durante los siglos XIX y XX. En su trabajo, muestra que esta enfermedad puede no aparecer recogida en los registros como consecuencia de un fallo diagnóstico (las técnicas médicas no garantizaron por completo el establecimiento correcto del diagnóstico de tuberculosis hasta después de la II Guerra Mundial!); o bien, por la resistencia de los familiares de la víctima a admitir su presencia, en razón de su temor a la estigmatización social y/o a las dificultades con que pudieran toparse a la hora de cobrar su seguro de vida (Bryder, 1993; Van Poppel y Van Dijk, 1993).

Con todo, no son éstas las únicas razones históricamente operativas en la ocultación de las causas de muerte. Junto a ellas otras menos obvias, aunque tal vez más importantes, han contribuido a la mistificación de las causas de muerte a lo largo de la historia, como recientemente han ilustrado Lindsay Prior y Mick Bloor para el caso del Occidente desarrollado del siglo XX. Tras analizar tres representaciones científicas de la muerte y sus causas (la tabla de vida, el informe de mortalidad y el certificado de defunción), concluyen que los actuales profesionales de la medicina, al asignar causas de muerte, tratan ante todo de encajar "un fallecimiento dentro de un marco conceptual y explicativo aprobado, más que de suministrar hallazgos empíricos detallados", ya que en estas circunstancias les interesa fundamentalmente "suministrar «buenas razones organizativas» para morir (en el formato requerido)". Para estos médicos, "la muerte es puramente un asunto del cuerpo, que debe explicarse de acuerdo a la geografía de la anatomía humana y los principios de la patología forense". El empleo de la categoría de muerte «natural» les permite "oscurecer y naturalizar al mismo tiempo los efectos de las desigualdades sociales y económicas que están relacionadas con las diferencias de mortalidad dentro del mundo industrial avanzado" (Prior y Bloor, 1993: 369-370).

2. El anacronismo en la historiografía de la enfermedad

Después de todo lo dicho, la comprensión real y plena de las "expresiones diagnósticas" empleadas como causas de muerte en un contexto histórico-cultural específico parece difícilmente imaginable fuera del correspondiente marco de representación. Cuando se aborda el estudio de las "etiquetas" diagnósticas pasadas desde el marco de representación de la medicina contemporánea, las dificultades para la obtención de resultados concluyentes son tanto mayores cuanto más amplio es el salto temporal efectuado. Obviamente, las dificultades son cualitativamente mayores si nos remontamos al periodo pre-laboratorio de la medicina (Bernabeu, 1991: 73-74). Ahora bien, ni siquiera el estudio histórico de la medicina del siglo XX está enteramente libre de este tipo de obstáculos.

En efecto, la propia medicina contemporánea, lejos de ofrecernos un "suelo" nosológico firme desde el cual abordar el pasado más reciente, es crecientemente cuestionada en su capacidad para afrontar nuevos retos, por ejemplo, algunas de las nuevas enfermedades. El Sida viene de nuevo al caso. Como cualquier otra enfermedad, el Sida de ningún modo puede considerarse como una especie de entidad "natural", esencialmente continua en el espacio y en el tiempo (salvo en lo referente a los potenciales cambios ligados a la variable biología del retrovirus HIV), y que ha estado únicamente esperando ser "descubierta". Se trata, por el contrario, se trata de un fenómeno enteramente nuevo, específico del mundo de las postrimerías del siglo XX. Y ello no sólo en razón de las específicas condiciones ecológicas y sociales que han posibilitado su irrupción, sino también porque su conceptualización nosológica resulta inimaginable fuera del marco de representación de la supertecnificada medicina occidental actual.

Tal como Mirko Grmek ha señalado, una pandemia de las características del Sida no parecía factible "antes de la mezcla actual de poblaciones, antes de la liberación de las costumbres sexuales y morales y, sobre todo, antes de que los avances de la medicina moderna permitieran controlar la mayor parte de las enfermedades infecciosas graves e introdujeran las técnicas de inyección endovenosa y de transfusión de sangre" (Grmek, 1990: 109)¹⁰. Pero hay aún una razón más de distinto orden, por la cual hemos de considerar el Sida como una enfermedad peculiar del final de este segundo milenio de nuestra era: lo es

10. De acuerdo al concepto de "patocenosis" (*pathocénose*), que Grmek desarrolló en 1969, la eliminación de enfermedades infecciosas previas ha preparado el camino para el Sida y otras nuevas enfermedades.

también porque "sus manifestaciones patológicas no hubieran sido siquiera comprendidas como una enfermedad con anterioridad al advenimiento de nuevos conceptos resultantes de desarrollos recientes en el campo de las biociencias" (Grmek, 1990: 109). No creo necesario insistir en la distancia conceptual existente entre el modelo de "especie morbosa" que se configuró en el seno de la medicina occidental a lo largo del siglo XIX y principios del XX (signos y síntomas de lesiones y disfunciones + una causa específica) y el que ilustra el Sida -una infección específica causada por un retrovirus, que puede tener como signos potenciales un conjunto numeroso, y continuamente creciente, de especies morbosas específicas (en su mayoría, infecciones oportunistas y neoplasias malignas poco frecuentes)-¹¹.

Pero dejando de lado el caso del Sida, me referiré ahora al anacronismo como práctica historiográfica y a dos de sus manifestaciones más características en el campo de la historia de la enfermedad: el ontologismo nosológico y la práctica del diagnóstico retrospectivo.

2.1. El anacronismo como práctica historiográfica

Hace ya más de sesenta años, al tratar el problema del anacronismo historiográfico, el historiador inglés Herbert Butterfield caracterizó como "historia whig" (*Whig history*) la tendencia entonces presente en muchos cultivadores de la historia de Inglaterra a escribir en favor de los protestantes y del partido *whig*, alabando sólo las revoluciones que habían tenido éxito, subrayando ciertos principios de progreso en el pasado y produciendo, en última instancia, una historia que constituía la legitimación, cuando no la glorificación, del presente (Butterfield, 1931).

Tal como A. Wilson y T.G. Ashplant han mantenido, la "historia whig" no es sino una variedad específica del problema general del "presentismo" historiográfico; o lo que es lo mismo, que "la posición del historiador/a dentro de las categorías perceptivas y conceptuales del presente constringe y tiende a distorsionar su construcción del pasado". Obviamente, se trata de un problema "inherente al proceso de investigación histórica", que convierte toda inferencia histórica en "inherentemente problemática". Ahora bien, la mera conciencia del problema "ayuda a es-

11. En 1993, de acuerdo a los "Centers for Disease Control" de Atlanta (Estados Unidos), se consideraba que un individuo tenía Sida si además de ser seropositivo padecía una o varias de las 26 enfermedades específicas que se asocian al Sida. Las tres últimas incluidas en esta lista han sido la tuberculosis, la neumonía bacteriana recurrente y el cáncer muy avanzado de cuello de útero.

quivar algunas de las falacias propias del anacronismo" -tales como la "historia *whig*"- (Wilson y Ashplant, 1988; Ashplant y Wilson, 1988).

Durante las últimas décadas, en coincidencia con el creciente cuestionamiento de la ciencia como actividad libre de valores y su progresiva pérdida de credibilidad social, ha habido en el campo de la historia de la ciencia una importante reacción contra la "historia *whig*" y otras formas de anacronismo histórico. Ahora bien, ni la historia de la ciencia ni la historia de la medicina escaparon anteriormente a su influjo. Es más, durante mucho tiempo estas concepciones historiográficas profundamente anacrónicas encontraron en ambas disciplinas un caldo de cultivo propicio a su desarrollo, entre otras razones, por el gran predicamento de que la idea de progreso ha gozado habitualmente entre científicos y médicos - dos colectivos sociales profesionalmente demasiado próximos a los cultivadores tradicionales de la historia de la ciencia y de la medicina, para que éstos pudieran eludir por completo su influencia a este respecto-.

Una de las consecuencias más obvias del anacronismo historiográfico ha sido la progresiva devaluación de la historia a medida que nos distanciamos, temporal o espacialmente, del Occidente desarrollado. Ello ayuda a explicar, por ejemplo, el interés limitado que tradicionalmente se ha suscitado entre los historiadores occidentales tanto por la filosofía natural y de la medicina anteriores al siglo XVIII, como por la historia de la ciencia y de la medicina en los países del llamado "Tercer Mundo".

Los acercamientos anacrónicos a la historia de las enfermedades humanas continúan teniendo una audiencia amplia entre los historiadores de la medicina. Ello ha hecho que las enfermedades infecciosas del periodo anterior a la doctrina bacteriológica sigan siendo aún frecuentemente estudiadas desde la perspectiva de la medicina de laboratorio. Dicha óptica, a menos que nuestro interés se circunscriba a una estricta historia biológica y ecológica de la enfermedad, no parece la más adecuada para estudiar el pasado de las enfermedades humanas, puesto que, lejos de ampliar el horizonte del conocimiento histórico, limita enormemente el alcance de nuestras indagaciones. En efecto, desde las anteojeiras de la medicina contemporánea, el estudio de las enfermedades sufridas en el seno de cualquier sociedad humana del pasado carece de interés e, incluso, de sentido en sí mismo, a menos que anticipe la nosografía y nosología médicas contemporáneas dentro de una concepción lineal y progresiva de la historia de la medicina; cuando la descripción de estas enfermedades pasadas no se presenta como mero contrapunto ingenuo y/o pintoresco del saber médico contemporáneo -científicamente fundamentado y pretendidamente definitivo-.

2.2. *El ontologismo nosológico*

La relación entre biología y cultura en el ámbito de las enfermedades humanas ha suscitado durante las dos últimas décadas encarnizadas controversias en los ambientes académicos occidentales. Por ello, quisiera dejar claro que no pretendo negar a realidad biológica inherente a buena parte de las enfermedades humanas. Sin embargo, quisiera destacar que una comprensión real de las enfermedades va mucho más allá de su mera biología. En palabras de Charles Rosenberg, "no existe una relación única y necesaria entre las dimensiones biológicas y sociales de la enfermedad", porque "el sentido no es necesario, sino negociado" (Rosenberg, 1988: 12).

Las diversas concepciones sobre la naturaleza de la enfermedad -y aplicables, por lo tanto, a las "expresiones diagnósticas" que aparecen como causas de muerte- pueden situarse a lo largo de un amplio espectro intelectual, cuyos extremos se ven ocupados por las formas más radicales de "realismo" y de "relativismo" filosóficos¹². El ontologismo nosológico, es decir, la idea de que las enfermedades son "clases naturales" y tienen, por tanto, su entidad propia lo mismo que las especies animales y vegetales, se encuentra en el extremo "realista" de este espectro. Con todo, esta concepción ha gozado de una persistencia notable en la historiografía de la enfermedad, particularmente en el caso de las enfermedades infecciosas.

El ontologismo nosológico, que en el pasado de la medicina brotó bajo diversas formulaciones en multitud de ocasiones, recibió nuevas alas a finales del siglo XIX y comienzos del XX con la teoría bacteriológica de las enfermedades infecciosas, la cual relacionaba de modo específico y biunívoco la especie morbosa y su germen causal (Temkin, 1977). Consecuencia de las necesidades de legitimación de sus posiciones que tuvieron los primeros bacteriólogos frente a sus numerosos oponentes (Stevenson, 1955), y de la eventual primacía que pronto alcanzaron en la medicina contemporánea, durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX la historia de las enfermedades infecciosas fue reescrita, tal como Cunningham ha subrayado, desde la premisa de que la teoría bacteriológica había proporcionado "la primera comprensión exitosa de la peste y otras enfermedades terribles, reemplazando viejos, fracasados y equivocados intentos" de lograrlo (Cunningham, 1992).

De acuerdo a esta "perspectiva bacteriológica", la historia de la medicina era "presentada como la historia de la lucha de la evidencia y el sentido

12. Sobre el problema filosófico de la naturaleza de la enfermedad, cf. Reznik, 1987.

común contra la teoría y la estupidez"; una contienda que había sido finalmente ganada gracias al laboratorio. Para reafirmar sus posiciones inventaron su propia genealogía reivindicando los nombres de Fracastoro, Leeuwenhoek, Redi, Spallanzani, Semmelweis y otros, como microbiólogos y bacteriólogos *avant-la-lettre*; y se presentaban a sí mismos como "los sucesores de estos hombres clarividentes cuyo inevitable sino había sido el de no haber sido apreciados en su propio tiempo" (Cunningham, 1992).

El desarrollo teórico que la nosología médica ha experimentado desde la década de 1920 ha atemperado notablemente los "excesos" ontologistas de la primitiva doctrina bacteriológica (Laín Entralgo, 1982: 119-182). Consecuentemente, la mayor parte de los historiadores de la medicina han ido abandonando de modo gradual este acercamiento historiográfico a la enfermedad humana. Sin embargo, no puede aún dársele por enteramente desaparecido.

2.3. *La práctica del diagnóstico retrospectivo*

La primacía alcanzada por la medicina y la ciencia contemporáneas ha legitimado hasta tal punto su representación de la enfermedad que para muchos historiadores de la medicina la identificación de las enfermedades humanas del pasado en términos nosológicos actuales es factible siempre que se dispongan de fuentes documentales y/o materiales apropiadas para este propósito¹³.

Pese a que durante las últimas décadas se aprecia una cautela creciente hacia el diagnóstico retrospectivo, su práctica continúa teniendo cierto impacto en la historiografía de la enfermedad, y muchos investigadores continúan, de modo consciente o inconsciente, integrándola como parte habitual de su discurso¹⁴. Además, en algunos campos de estudio el diagnóstico retrospectivo se ha prodigado hasta el punto de constituir un fin en sí mismo. Tal es el caso de las patobiografías históricas, un área de trabajo que, en razón de la espectacularidad de algunas de sus conclusiones, posee con frecuencia una "visibilidad" social elevada, pese al escaso nivel de muchas de estas investigaciones¹⁵.

13. Esta actitud es bien patente en Grmek, 1983.

14. Para netos ejemplos de esta actitud, cf. Cipolla, 1993.

15. Para un controvertido ejemplo reciente, con resonancias incluso en la prensa diaria, cf. Lloyd Davies, 1991. En este sorprendente artículo, relativo al problema histórico de la muerte y resurrección de Cristo, los autores concluyen, a partir de una nueva lectura de los correspondientes pasajes neotestamentarios a la luz del conocimiento médico actual, que Cristo no murió en la cruz y que, por lo tanto, no resucitó, sino que meramente se recuperó de un colapso cardíaco tras su prematura remoción de la cruz. Como muestra de su eco en la prensa diaria española, cf. *El mundo del siglo XXI*, Madrid, 28-IV-1991.

¿Podemos estar seguros de que la peste (*pestis*) de las sociedades preindustriales se identifica con la enfermedad que actualmente conocemos como tal? ¿Cómo sabemos si la enfermedad designada como *lepra* en un documento medieval es la misma que la que nosotros llamamos lepra? ¿Eran el "mal francés" (*morbis gallicus*) de los documentos médicos y profanos de finales del siglo XV y del siglo XVI, la *syphilis* de Fracastoro (1530), o la *lues venerea* de los siglos XVII y XVIII, la misma entidad morbosa que la sífilis venérea actual? ¿En qué apartado de la nosología contemporánea cabe colocar el gran capítulo de las "fiebres" de la medicina pre-laboratorio? ¿Cómo traducir a términos médicos actuales el *mal di petto*? ¿Con qué enfermedad actual puede identificarse la "dentición", a la que de tantas muertes durante la primera infancia se responsabilizó hasta bien entrado el siglo XX? (Arrizabalaga, 1992; Perdiguerro y Bernabeu, 1994).

Como ya he señalado, existe una amplia fractura entre la medicina pre-laboratorio y la medicina de laboratorio y, consiguientemente, una esencial inconmensurabilidad entre las enfermedades que la medicina occidental conceptualizó antes y después del laboratorio.

Sin embargo, tal como Cunningham ha subrayado para el caso de las enfermedades infecciosas, "historiadores y bacteriólogos efectúan de modo regular contorsiones intelectuales en su determinación por establecer identificaciones a través de esta línea divisoria, y presumiblemente seguirán haciéndolas, por muy extrañas que sus afirmaciones resulten a veces en relación a sus propios criterios de evidencia y prueba" (Cunningham, 1992: 242).

Pero incluso más allá de estas consideraciones, podemos preguntarnos en qué medida el ejercicio intelectual del diagnóstico retrospectivo proporciona a la investigación histórico-médica un conocimiento relevante acerca de cómo y por qué una determinada sociedad histórica percibió y reaccionó frente al ataque de cualquiera de las actualmente conceptualizadas como "enfermedades sociales". Tal como Collingwood sugería recurriendo al ejemplo histórico-naval de la batalla de Trafalgar:

"A menos que pueda uno ver la batalla a través de los ojos de un hombre criado en barcos de vela, armados con cañones de corto alcance, no se es ni siquiera principiante en historia naval, se está fuera de ella. Si al pensar en la estrategia de la batalla de Trafalgar, nos imaginamos a los barcos movidos por vapor y armados con cañones de largo alcance y retrocarga, ya en ese momento nos hemos dejado llevar fuera de la región de la historia" (Collingwood, 1953: 64).

3. Comentario final

En el contexto de este encuentro interdisciplinar entre historiadores de la demografía, la epidemiología y la medicina no puede eludirse el hecho de que el enfoque "presentista" y la práctica del diagnóstico retrospectivo -siquiera *grosso modo*- resultan metodológicamente indispensables en el estudio de la historia biológica y ecológica de la humanidad y de sus enfermedades y que juega un papel muy importante en áreas de investigación tan vivas y fecundas como la paleopatología y la epidemiología y demografía históricas. Tampoco puede ignorarse su valioso papel en la construcción de grandes modelos bio y ecohistóricos, que en buena medida se apoyan en los resultados de las disciplinas citadas. Piénsese, por ejemplo, en la historia mundial (*global history*) de Alfred Crosby y William McNeill, o en los estudios de Kenneth Kiple sobre la historia biológica de la población afroamericana (McNeill, 1984; Crosby, 1972; Crosby, 1988; Kiple, 1984; Kiple, 1988).

Todas estas construcciones históricas y cualesquiera otras centradas en la historia biológica y ecológica de la enfermedad se basan en fuentes materiales (restos humanos, animales y vegetales, principalmente) y documentales (escritas e iconográficas). En ellas, el saber médico y científico actual constituye el marco de representación desde el cual se interpretan las diferentes fuentes empleadas. En el caso de las fuentes materiales éste es, además, el soporte técnico-experimental de dicha interpretación. Todo ello, de modo insoslayable, introduce en estas construcciones un cierto grado de anacronismo, variable en función del grado de sofisticación de la metodología y técnicas empleadas.

Por otra parte, estas construcciones históricas se enfrentan a una importante limitación metodológica, hoy por hoy insalvable: la imposibilidad material de reproducir experimentalmente las condiciones biológicas y ecológicas que acompañaron la aparición de cualquier enfermedad en el pasado. Puesto que, en última instancia, sólo esta experiencia -inimaginable por razones técnicas y, sobre todo, éticas- podría suministrar la prueba definitiva que las validase o refutase.

Frente a estas limitaciones, los estudios de demografía y epidemiología históricas han progresado no poco merced a la combinación de evidencias fragmentarias derivadas de un amplio espectro de fuentes y métodos de investigación, tanto propios de ambas disciplinas como ajenos a sus fronteras tradicionales. Ello ha comportado, entre otras cosas, una sofisticación creciente del análisis estadístico en el estudio de las poblaciones humanas del pasado y de sus enfermedades; y un acercamiento gradual a un área de encuentro interdisciplinar que incluye saberes y téc-

nicas procedentes de la medicina y la ciencia, la historia de la medicina, la antropología, la sociología y otras disciplinas¹⁶.

En el marco del Taller interdisciplinar de Valencia sobre las expresiones diagnósticas como causas de muerte, ante el sinfín de dificultades inherentes a la tarea de interpretar correctamente muchas expresiones diagnósticas del pasado, que los historiadores de la medicina ponían de relieve, un historiador de la demografía manifestó no estar interesado en aquella discusión teórica, sino únicamente en saber en qué casilla de la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte" había de colocar cada expresión diagnóstica presente en los registros de muerte. No abrigo ninguna duda de que la identificación de las causas de muerte en el pasado constituya un problema histórico legítimo al que puede, hasta cierto punto, darse frecuentemente (no siempre) respuesta. Pero en la *boutade* de este demógrafo hay implícita una traducción de carácter histórico y transcultural que realmente no es tan fácil de efectuar como pudiera parecer a primera vista. En este trabajo he tratado de mostrar algunas de sus complejidades desde un punto de vista histórico-médico.

Agradecimientos

A Montserrat Cabré y Fernando Salmón, y a los organizadores y participantes en el Taller *Expresiones diagnósticas y causas de muerte* (Valencia, junio 1993) y en la *Conference on the History of the Registration of the Causes of Death* (Bloomington, noviembre 1993), por sus valiosos comentarios y críticas.

Bibliografía

- ACKERKNECHT, E.H., 1966, *History and Geography of the Most Important Diseases*, Hafner, Nueva York-London (ed. original alemana: F. Enke, Stuttgart, 1963).
- ACKERKNECHT, E.H., 1968, "Death in the history of medicine", *Bull. Hist. Med.*, XLII, 1, 19-23.
- ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993, *Conference on the History of Registration of the Causes of Death* [colección de los trabajos presentados al simposio],

16. Los estudios demográficos y epidemiológicos relativos a sociedades pre-industriales y pre-capitalistas actuales constituyen un instrumento auxiliar de valor inestimable para este propósito, al ofrecer modelos aproximativos a la historia de la enfermedad desde su geografía. Cf. Ackerknecht, 1963; Carmichael, 1986.

- University of Indiana, Bloomington (en preparación su edición como una "working-papers publication" por la University of Indiana).
- ARIES, P., 1974, *Western attitudes towards death: from the Middle Ages to the present*, J. Hopkins University Press, Baltimore.
- ARRIZABALAGA, J., 1992, "Syphilis", en KIPLE, K.F. (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 1.025-1.033.
- ARRIZABALAGA, J., 1994, "Facing the Black Death: perceptions and reactions of university medical practitioners", en GARCÍA BALLESTER, L. et al. (eds.), 1994, pp. 237-288.
- ASHPLANT, T.G. y WILSON, A., 1988, "Present-centred history and the problem of historical knowledge", *The Historical Journal*, XXXI, 2, 253-274.
- BENASSAR, B., 1969, *Recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne a la fin du XVIe siècle. Problèmes de documentation et de méthode*, S.E.V.P.E.N., Paris.
- BERNABEU, J., 1991, "Enfermedad y población: una aproximación crítica a la epidemiología histórica española", *Revisiones en Salud Pública*, II, 67-88.
- BRYDER, L., 1993, "«Not always one and the same thing». The registration of tuberculosis deaths in Britain, 1900-1950", en ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993.
- BUTTERFIELD, H., 1931, *The Whig Interpretation of History*, London (para una edición reciente: Penguin, Harmondsworth, 1973).
- CALVI, G., 1989, *Histories of a plague year: the social and the imaginary in baroque Florence* (trad. inglesa de D. Biocca y B.T. Ragan Jr.), University of California Press, Berkeley.
- CARMICHAEL, A.G., 1986, *Plague and the Poor in Renaissance Florence*, Cambridge University Press, Cambridge.
- CIPOLLA, C.M., 1993, *Contra un enemigo mortal e invisible*, Crítica, Barcelona [este volumen agrupa dos monografías suyas, previamente publicadas en italiano, *I pidocchi e il Gran Duca* (Il Mulino, Bolonia, 1979) y *Miasmi ed umori* (Il Mulino, Bolonia, 1989)].
- CODELL CARTER, K., 1993, "Causes of Disease and Causes of Death", en ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993.
- COLLINGWOOD, R.G., 1953, *Autobiografía*, Fondo de Cultura Económica (ed. original inglesa: Pelikan, London, 1939).
- CROSBY, A.W., 1972, *The Columbian Exchange. Biological and Cultural Consequences of 1492*, Greenwood Pub. Co., Westport, Conn.
- CROSBY, A.W., 1988, *Imperialismo ecológico. La expansión biológica de Europa, 900-1900*, Crítica, Barcelona (ed. original inglesa: Cambridge University Press, Cambridge).
- CUNNINGHAM, A., 1992, "Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease", en CUNNINGHAM, A. y WILLIAMS, P. (eds.), *The labora-*

- tory revolution in medicine*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 209-244 (trad. castellana en *Dynamis*, XI, 1991, 73-117).
- FAGOT-LARGEAULT, A., 1993, "On medicine's scientificity - Did medicine's accession to scientific 'positivity' in the course of the nineteenth century require giving up causal (etiological) explanation", en DELKESKAMP-HAYES, C. y GARDELL CUTTER, M.A. (eds.), *Science, Technology, and the Art of Medicine: European-American Dialogues*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 105-126.
- GARCÍA BALLESTER, L., 1988, *La medicina a la València medieval*, Edicions Alfons el Magnànim, Valencia.
- GARCÍA BALLESTER, L. et al. (eds.), 1994, *Practical medicine from Salerno to the Black Death*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GRMEK, M.D., 1969, "Préliminaires d'une étude historique des maladies", *Annales E.S.C.*, XXIV, 1.437-1.483.
- GRMEK, M.D., 1983, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale. Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*, Payot, Paris.
- GRMEK, M.D., 1990, *History of AIDS: emergence and origin of a modern pandemic* (trad. inglesa de R.C. Maulitz & J. Duffin), Princeton University Press, Princeton [hay una versión castellana editada por Siglo XXI, Madrid, 1992].
- GRUMAN, G.J., 1966, *A history of the ideas about the prolongation of life. The evolution of longevity hypotheses to 1800*, Transactions of the American Philosophical Society [new series vol. LVI, part 9], Philadelphia.
- HALL, T.S., 1971, "Life, death and the radical moisture. A study of thematic pattern in medieval medical theory", *Clio medica*, VI, 3-23.
- HAMLIN, C., 1992, "Predisposing Causes and Public Health in Early Nineteenth-Century Medical Thought", *Social History of Medicine*, V, 1, 43-70.
- INDEX-CATALOGUE of the Library of the Surgeon-General's Office*, 1880-1961, Washington, 5 series, 61 vols.
- JACQUART, D. y MICHEAU, F., 1990, *La médecine arabe et l'occident médiéval*, Maisonneuve et Larose, Paris.
- JANNETTA, A., 1993, "Registering Deaths by Cause: Problems of Classification in Nineteenth Century Japan", en ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993.
- JOHANSSON, S.R., 1993, "Longevity Theory: Optimism, Pessimism and the Causes of Death", en ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993.
- KIBRE, P., 1985, *Hippocrates Latinus. Repertorium of Hippocratic writings in the Latin Middle Ages*, ed. revisada, Fordham University Press, Nueva York.
- KING, L.S., 1982, *Medical Thinking. A Historical Preface*, Princeton University Press, Princeton.
- KIPLE, K.F., 1984, *The Caribbean slave: a biological history*, Cambridge University Press, Cambridge.
- KIPLE, K.F., 1988, *The African exchange: toward a biological history of black people*, Duke University Press, Durham, N.C.

- LAÍN ENTRALGO, P., 1982, *El diagnóstico médico. Historia y teoría*, Salvat, Barcelona.
- LANDRY, Y. y LESSARD, R., 1993, "Causes of Death in 17th- and 18th-Century Québec as Recorded in the Parish Registers", en ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993.
- LANDY, D., 1978, "Anthropological perspective [of death]", en REICH, W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, Nueva York-London, I, pp. 221-229.
- LLOYD DAVIES, M. y T.A., 1991, "Resurrection or resuscitation?", *Journal of the Royal College of Physicians*, XXV, 2, 167-70.
- MCNEILL, W.H., 1984, *Plagas y Pueblos*, Siglo XXI, Madrid (ed. original inglesa: Anchor Press / Doubleday, Garden City, New York, 1976).
- MCVAUGH, M.R., 1974, "The «humidum radicale» in thirteenth-century medicine", *Traditio*, XXX, 259-283.
- MCVAUGH, M.R. y SIRAIISI, N.G. (eds.), 1990, *Renaissance medical learning. Evolution of a tradition*, en *Osiris*, 2nd series, VI (número monográfico).
- NICOLSON, M., 1988, "The Metastasic Theory of Pathogenesis and the Professional Interests of the Eighteenth-Century Physician", *Medical History*, XXXII, 277-300.
- NIEBYL, P.H., 1971, "Old age, fever, and the lamp metaphor", *J. Hist. Med.*, XXVI, 351-368.
- O'CONNOR, M.C., 1942, *The Art of Dying Well. The Development of the Ars moriendi*, Columbia University Press, Nueva York (repr. facs.: AMS Press, Nueva York, 1966).
- PERDIGUERO, E. y BERNABEU, J., 1994, "Morir de dentición, ¿una creencia popular?", *Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 3 (en prensa).
- POPPEL, F. Van y DIJK, J.P. Van, 1993, "The Development of Cause-of-Death Registration in the Netherlands: 1865-1955", en ALTER, G. y CARMICHAEL, A. (eds.), 1993.
- PRIOR, L. y BLOOR, M., 1993, "Why people die. Social representations of death and its causes", *Science as Culture*, III, 3 (nº 16), 346-374.
- REICH, W.T. (ed.), 1978, *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, Nueva York / London, 4 vols.
- REZNEK, L., 1987, *The nature of disease*, RKP, London / New York.
- ROSENBERG, C., 1988, "Disease and social order in America: perceptions and expectations", en FEE, E. y FOX, D. (eds.), *AIDS. The burdens of history*, University of California Press, Berkeley, 12-32.
- ROSENBERG, C.E., 1989, "Disease in history: frame and frames", en ROSENBERG, C.E. y GOLDEN, J. (eds.), *Framing disease: the creation and negotiation of explanatory schemes (The Milkbank Quarterly, LXVII, Suppl. 1)*, 1-16.
- SIRAIISI, N.G., 1990, *Medieval and Early Renaissance Medicine. An Introduction to Knowledge and Practice*, The University of Chicago Press, Chicago / London.

- STEVENSON, L.G., 1955, "Science down the drain: on the hostility of certain sanitarians to animal experimentation, bacteriology and immunology", *Bull. Hist. Med.*, XXIX, 1, 1-26.
- TEMKIN, O., 1977, "The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness" [1963], en *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, John Hopkins University Press, Baltimore, pp. 441-455.
- VOVELLE, M., 1983, *La mort et l'Occident de 1300 a nos jours*, Gallimard, Paris.
- WARTHIN, A.S., 1930-1931, "The Physician of the Dance of Death", *Annals of Medical History*, New series, 2, 351-371, 453-469, 697-710; 3, 75-109, 134-165.
- WIENER, P.P. (ed.), 1973, *Dictionary of the History of Ideas*, Ch. Scribner's Sons, New York, 5 vols.
- WILSON, A. y ASHPLANT, T.G., 1988, "Whig history and present-centred history", *The Historical Journal*, XXXI, 1, 1-16.