

# La novedad en patología

François Delaporte

Traducción de Martha Pulido y Alberto Castrillón

## 1. La enfermedad emergente

Dado que es bien conocido lo que es la enfermedad, se hace innecesaria una larga introducción. Pasemos entonces inmediatamente a un ejemplo concreto para precisar lo que podríamos entender como la novedad en patología. La conquista del Brasil, está ligada a la explotación de riquezas naturales. Al comienzo, el capitalismo mercantil se ocupa del comercio de la madera. En el siglo XVI, la caña

de azúcar sigue a la madera como producto dominante de la economía brasileña. A lo largo del siglo XVIII, es el ciclo del diamante y del oro el que dio su nombre al estado situado en el corazón del Brasil, Minas Gerais. La sociedad minera, a su vez, estimula la agricultura y la ganadería. En el siglo XIX, dominan las plantaciones de café, tabaco y algodón. Para cortar y transportar la madera, extraer los metales, plantar, recoger y refinar los productos de las plantaciones era necesario disponer de una fuerza de trabajo. De ahí surgen las prácticas que buscan **procurarse** una mano de obra indispensable. Se establecieron dos métodos. Los portugueses, señores de factorías africanas, fueron los primeros proveedores de esclavos. Practicaban corrientemente el tráfico de negros que

---

\* François Delaporte es profesor de Filosofía en la Universidad de Picardie Jules Verne e investigador asociado en el INSERM. Ha publicado: *Histoire de la fièvre jaune*, París, Payot, 1989. *Le Savoir de la maladie*, París, PUF, 1990. *Histoire des myopathies*, (en colaboración con P. Pinelly), París, Payot. *La Maladie de Chagas*, París, Payot.

se hacía en las costas del Golfo de Guinea, ya fuera en Africa Occidental o bien, en Africa central (Congo, Angola). El rendimiento de las plantaciones de azúcar y la creación de centros mineros dependía del flujo de esclavos venidos del Africa. Además de la trata de negros, las expediciones llevadas a cabo en el interior del país permitían capturar los Indios y reducirlos a la esclavitud; ellos proveían el trabajo necesario y la institución esclavista cumplía su papel cubriendo las necesidades de los cultivadores, los comerciantes y los mineros. Pero no era suficiente proveerse de una mano de obra poco costosa. Un objetivo de la colonización, que es también uno de sus instrumentos, se imponía de manera natural. Se hacía necesario **fijar** los grupos sometidos a los lugares de trabajo. En las compañías agrícolas de considerable superficie, el rendimiento se lograba gracias a la explotación de esclavos cuyas familias vivían en la misma plantación del señor. Esta era una estructura típicamente feudal, que permitía también una permanente vigilancia, evitando que los indígenas se escaparan. Pero las razones de la sedentarización de estos grupos humanos no son solamente de orden económico. Otro hecho acompaña la conquista, se trata de la creación de las Misiones que constituyen las primeras reservas. El rey interviene para proteger los esclavos contra los

excesos de los colonos. Los jesuitas organizaron las "aldeiras", comunidades indígenas que se encontraban bajo su protección, donde los Indios podían resguardarse de las brutalidades de los ricos propietarios. La creación de pueblos, de comunidades y de reservas son los correlativos de la conquista.

La fijación a un lugar determinado comportaba una ruptura y una innovación. Primero, una **ruptura** con un género de vida nómada y con el habitat correspondiente. Los grupos indígenas vivían de las cosechas, de la caza y de la pesca, pues no contaban, como en los Andes, con animales nativos que pudieran ser domesticados. Las comunidades eran móviles. El ciclo anual incluía la migración hacia los lugares en donde, según las estaciones, la comida era más abundante. Los indígenas del Brasil se desplazaban frecuentemente de un lugar a otro cuando su plantación de mandioca o de maíz se encontraba reducida y la caza era escasa, migrando a cortas distancias, algunas veces más lejos, invadiendo el territorio de otras tribus. Pero el terreno no se invadía de manera definitiva. El sistema de plantación sobre quemas, imponía a una misma comunidad un semi-nomadismo. En la Pampa, un mismo grupo se desplaza frecuentemente, instalando o deshaciendo las tiendas que les servían de abrigo. En el Brasil, la mayor parte de los indígenas vivían en

pueblos efímeros. La madera, las lianas y las hierbas son los elementos de los que disponen para fabricar su habitación. La utilización de estos materiales putrescibles provocaba frecuentemente movimientos de reconstrucción. Las cabañas hechas de bambú y de paja podían ser reconstruidas rápidamente como también, las sencillas armazones de madera, sin muros y recubiertas de un abrigo de palmas. Pero la fijación a un lugar determinado traía también otra innovación que consistía en el surgimiento y la implantación de un nuevo tipo de habitat; la casa de techo de paja formada de una armazón de madera será, en adelante, cubierta de tierra. En esta ínfima modificación arquitectónica que utiliza el revoque de tierra, el adobe y la caña, estaríamos tentados a ver la importación de un procedimiento tradicional utilizado por los africanos. En realidad, se trata más bien de un sincretismo arquitectónico, la asociación de las armazones indígenas tradicionales y el revocado con tierra, que producirá las típicas construcciones de las regiones colonizadas. Una razón de orden cultural, complementaria de la precedente, ha contribuido seguramente al abandono de la simple estructura de madera y a la imposición del nuevo habitat. A ojos de los jesuitas, la desnudez y la promiscuidad de los indígenas era profundamente desagradable, el hecho de rellenar la armazón, que antes

no tenía muros, colocaba la vida íntima al abrigo de las miradas. De ahí las pequeñas aglomeraciones en las que cada casa está formada por tierra, mezclada con paja desmenuzada y recubriendo la armazón de madera. Construcciones burdas sin revestimiento ni blanqueamiento de las paredes interiores. En suma, una arquitectura tradicional que asocia la madera, la tierra mezclada y el adobe. El rancho o la choza son los elementos de base del habitat rural signo de la **sedentarización**.

Esta innovación arquitectónica facilitaba el contacto entre los insectos salvajes y el hombre. La sustitución de las armazones de madera por una arquitectura de tierra trajo una consecuencia imprevista: los insectos hemípteros silvestres que cazan las chinches podían explotar ventajosamente este nuevo espacio. Esta adaptación biológica de los insectos se da por azar, pero no sin razón. Los insectos encontraban en las chozas un medio propicio, es decir, las condiciones más favorables para su existencia. Por una parte, una temperatura relativamente constante para resistir mejor las intemperies, las variaciones de estación y una protección contra los predadores. Además, se podían disimular en las infractuosidades de los muros y de la paja de los techos para poner sus huevos. En fin, llegada la noche, las chinches podían alimentarse de la sangre de los habitantes y

de los animales domésticos. Sin duda las chinches silvestres existían antes de la llegada de los europeos, pero su adaptación es un fenómeno ligado a la explotación del medio natural por el hombre (intensa deforestación) y su fijación a un lugar determinado (habitación de madera y de tierra). La invasión de las habitaciones humanas constituyó por parte de las poblaciones hematófagas una reacción a la rarefacción de sus resguardos naturales y de sus fuentes de alimento sanguíneo. Si estos procesos tuvieron tanta importancia es porque los triátomos son los vectores de un protozooario, una población de tripanosomas que circula entre los insectos salvajes y domésticos, entre los animales de los charcos salvajes y domésticos, y entre los humanos. De una parte, los insectos salvajes viven en contacto inmediato con su fuente natural de sangre que se identifica con los animales de los charcos; su habitat está constituido de ecótopos naturales utilizados como nido o como refugio para mamíferos como los roedores, los marsupiales, los tatús. De otra parte, los insectos domésticos viven en contacto inmediato con su fuente natural de sangre que puede también identificarse con los animales domésticos y el hombre. Las habitaciones humanas y su dependencia constituyen los nuevos biotopos. Además, entre los animales de los charcos del bosque, algunos pue-

den invadir el territorio predoméstico. De ahí el riesgo suplementario de transmisión del parásito al hombre. Es entonces luego del contacto establecido entre los hombres y los vectores portadores de parásitos cuando la enfermedad aparece, es decir, luego de una modificación de los biotopos naturales. Con las nuevas condiciones que hacen que el hombre y los animales domésticos intervengan el ciclo de transmisión, la asociación natural entre los parásitos y los triátomos dio nacimiento a una parasitosis crónica, producida precisamente por un protozooario flagelado, el **Tripanozoma Cruzii**.

Esta descripción concierne a la historia natural de la enfermedad. Puede valer como ejemplo de lo que se ha llamado una "enfermedad emergente". Muy esquemáticamente podríamos decir que la enfermedad emergente es el resultado de una nueva disposición en las relaciones entre diferentes especies vivientes, en este caso, los tripanosomas, las chinches hematófagas y los mamíferos (del bosque, peridomésticos y el hombre). Cuando un protozooario cambia de nicho ecológico, deja de vivir exclusivamente en relación con su huésped habitual y determina en él una enfermedad que no existía hasta entonces. Por enfermedad emergente podemos entender la **aparición** de una patología que no existía y que no podía existir sin la intervención de una serie de mo-

dificaciones en los ecosistemas respectivos del parásito y de los huéspedes. No sobra distinguir, a partir del verbo "emerger", dos significados diferentes. "Emerger", de "ex" (fuera de), y "mergere" (sumergirse, introducirse). De ahí, el primer significado "salir de", "elevarse", "mostrarse", "manifestarse", "aparecer". Este significado, que es también el del adjetivo, ¿conviene a la definición de la enfermedad emergente? Probablemente no. No se puede decir que una enfermedad emergente es una enfermedad que **existía**, pero que no había sido identificada. No se puede decir tampoco que dicha enfermedad es **revelada** por la sorpresiva aparición de una nueva situación. Esta definición describiría la enfermedad emergente como una enfermedad latente, que gracias a modificaciones ecológicas, se manifestaría aproximadamente como el líquido revelador hace visible, en el revelado fotográfico, una imagen latente. Al contrario, el segundo significado del adjetivo "emergente", parece más conveniente. Este término se emplea en derecho, en un sentido que ya ha desaparecido "que depende de". Aquí el significado no es ya "salir de" sino "tener que ver con". Se señala entonces un hecho histórico a partir del cual somos espectadores del **nacimiento** de la enfermedad. Lo infeccioso del parásito, que resume la enfermedad emergente, debe retomarse a

partir del conjunto del proceso descrito anteriormente. Esta precisión permitiría evitar la confusión a la que conlleva el primer significado que es bien antropocéntrico y que repercute con frecuencia en el vocabulario de la epidemiología. ¿No está definido el ciclo salvaje como una "zoonosis" (Virchow) y la enfermedad como una "antropozoonosis" (Kegel, 1951)? Todo sucede como si una enfermedad animal, que ya existía, se convirtiera en una enfermedad humana. Pero un ciclo salvaje puede ser totalmente extraño a lo patológico. Sabemos que una especie animal funciona como depósito cuando presenta una parasitemia sin efectos nefastos. Un huésped del bosque infestado es parecido a lo que llamamos un "portador sano", es decir que no presenta la más mínima patología. Ahora bien, la enfermedad emergente nace de la presencia de un parásito que cambia de estatuto, no ya un parásito viviente en su huésped sin producir efectos patológicos, sino un **agente patógeno**. De ahí la importancia de pasajes imprevistos ligados a los azares de las actividades humanas y, finalmente, de una enfermedad que no existía hasta entonces.

## 2. La nueva enfermedad

Pero la descripción de la **enfermedad emergente**, tal y como aparece en el momento de la

conquista está subordinada al descubrimiento de la nueva enfermedad. Es preciso esperar los primeros decenios del siglo XX para que se pueda hablar, por primera vez de la **tripanosomiasis americana**. 1909 es la fecha de nacimiento de la **tripanosomiasis americana** como enfermedad nueva. Más precisamente, el 22 de abril de 1909, aparece la primera comunicación de Carlos Chagas: "Nova especie morbida do homem, produzida por um trypanosoma (trypanosoma *Cruzi*) (Nota previa)" (**Brazil-Médico**, 1909, 16, p. 161). ¿Qué hizo Chagas en 1909 en el centro del Brasil? Es enviado en misión a Minas Gerais, con el fin de llevar a cabo una campaña de erradicación del paludismo que atacaba el campamento de los obreros encargados de la construcción del ferrocarril. En los campamentos descubre una chinche doméstica y, en su intestino, las formas cridiales que podrían ser las formas evolutivas de un tripanosoma. Para probar su hipótesis, bastaba hacer picar un animal virgen de toda contaminación, por los chinches infectados. La experiencia es inmediatamente realizada en un mico. Algunos días después, el animal presenta signos de enfermedad y los tripanosomas son encontrados en su sangre. Es necesario afrontar las consecuencias del descubrimiento del tripanosoma patógeno en el animal sobre el cual se realizó el experimento. Desde el momento en que el in-

secto domiciliario es percibido como el vector de un parásito patógeno dos ideas se imponían de la manera más natural. El hombre y los animales domésticos debían ser los huéspedes definitivos y un cuadro clínico semejante al de la enfermedad del sueño debería manifestarse por medio de la observación. Sólo quedaba identificar la enfermedad en el lugar. Las informaciones recogidas entre la población proveyeron a Chagas con la pista de una enfermedad común de la infancia que se tenía por la anquilostomiasis. Chagas se dio cuenta rápidamente que era necesario separar la tripanosomiasis de la anquilostomiasis: El examen de las heces de los enfermos no mostraba gusanos. Además Chagas eliminaba también el riesgo de una confusión con el paludismo, puesto que en la tripanosomiasis, la fiebre no cedía con la quina y no se encontraban hematozoarios en la sangre. Chagas podía entonces señalar una **nueva** tripanosomiasis humana. En un enfermo con fiebre, profundamente anémico, con los ganglios inflamados, él encuentra los tripanosomas cuya morfología es idéntica a la del **tripanosoma cruzi**. En ausencia de otra etiología para los síntomas mórbidos observados y en concordancia con la experimentación anterior sobre los animales, Chagas juzga que se trata de una tripanosomiasis humana, enfermedad ocasionada por el tripanosoma cruzi, cuyo trans-

misora es la chinche hematófaga. El descubrimiento es también confirmado por una infección experimental, puesto que inmediatamente después de esta verificación Chagas inocula dos cobayos y un mico con la sangre retirada a través de punción venosa. Los cobayos mueren y en su sangre él encuentra flagelos de morfología idéntica a aquella del tripanosoma estudiado.

Los cuatro siglos de intervalo entre el nacimiento de la enfermedad emergente y su descubrimiento como nueva enfermedad se explican fácilmente. Las condiciones que hacen posible la constitución de esta nueva entidad mórbida son a la vez numerosas y complejas. La creación del Instituto Oswaldo Cruz a comienzos del siglo XX, ha jugado un papel importantísimo ya que su inserción en el paisaje brasileño y su modo de funcionamiento permiten el encuentro con una chinche doméstica. Encuentro, que como lo hemos visto, tiene fuertes consecuencias. El descubrimiento de formas criticidiales en el intestino del hematófago conducía a Chagas a asociar el tripanosoma patógeno y la enfermedad que él determina. La relación entre la institución y el discurso científico y médico de Chagas puede hacerse visible en varios niveles. Primero, con la actualización de los programas de enseñanza, el Instituto integraba la protozoología como disciplina electiva en los estudios médicos. De ahí, una prime-

ra relación entre la institución y la investigación de Chagas. Si bien, con toda seguridad, la **protozoología** no impuso el descubrimiento de nuevos tripanosomas, sí permitió despertar el interés del joven investigador por esos nuevos objetos. Su aprehensión supone la existencia del saber dispensado por Prowasek y por Hartmann, los mejores discípulos de Schaudinn, quienes habían sido empleados por el Instituto para dar esa formación. Luego, con la redefinición de las formas de investigación biomédica el Instituto fue conducido a solicitar la colaboración de esos mismos investigadores. Así se puede inferir una segunda relación entre la institución y el estudio de los parásitos. Los científicos alemanes, claro está, no impusieron su percepción a la de Chagas, pero sí determinaron la forma y el sentido de su discurso médico. La práctica **discursiva** del joven médico brasileño se encontraba reglamentada por la estructura teórica de la protozoología alemana. Con todo, con el establecimiento de nuevas formas de intervención médica, el Instituto estaba en capacidad de responder a las necesidades de las empresas en materia de profilaxis. Por lo tanto, podemos establecer una tercera relación entre la institución y el descubrimiento ya que la misión profiláctica de Chagas en Minas Gerais no llevaba los resultados de la observación de los vectores y de los parásitos que

estos albergaban, sino que los colocaba en los **lugares** donde esa observación podía hacerse. Dichos lugares estaban constituidos por las condiciones de existencia de los obreros en los sitios de trabajo, es decir su habitación y el tipo de vida que se llevaba en las regiones del centro del Brasil. La institución científica hacía posible, no tanto contenidos de saber sino la forma misma de una nueva percepción, es decir un triple campo de **visibilidad**, de **decibilidad** y de **presencia**. Pero las condiciones bajo las cuales los nuevos objetos pueden ser vistos, descritos y ofrecidos a la mirada no son todavía suficientes. Este conjunto permite comprender la posibilidad de un encuentro con la chinche doméstica; pero es obviamente necesario encajarlo en otro conjunto que también es determinante.

¿De qué manera Chagas ha constituido esta nueva enfermedad que solamente a nuestros ojos aparece como una monstruosidad nosológica? Pregunta legítima ya que, para Chagas, la tripanosomiasis americana es sinónimo de **tirodito parasitario**. Desde abril de 1909, el descubrimiento del parásito en la sangre de un niño parecía indicar una "nueva tripanosomiasis". Pero todo estaba aún por hacer. Chagas estaba confrontado con tres problemas. El primero se refería al ciclo evolutivo del parásito; el segundo a la clínica de la enfermedad; el tercero a su

epidemiología. En su esfuerzo por resolverlo él ponía en duda el significado primitivo de esta nueva tripanosomiasis. Por lo que causaba, había que considerarla como una afección parasitaria, y por sus procesos patógenos había que asociarla con una enfermedad endocrina. Para describir la invención de esta afección brasileña, es necesario mostrar brevemente cómo y a qué título diferentes prácticas científicas hacen parte de las condiciones de aparición del discurso médico de Chagas. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, tres disciplinas habían modificado el paisaje de la medicina. La protozoología elucidó el ciclo evolutivo de los flagelos que estaría marcado por la alternancia de formas tripanosoma y hemozoario. Los primeros se multiplican por división binaria y, por consiguiente, afectan los caracteres sexuales convirtiéndose en gametos masculino y femenino. La endocrinología renueva la comprensión de afecciones como el bocio, el mixoedema y la enfermedad de Basedow, que están todas ligadas a un problema en la glándula tiroides. Con todo, la preeminencia de la bacteriología sobre la medicina permite inscribir, a título de hipótesis, un factor infeccioso en el registro de la etiología general de los problemas en la tiroides. De ahí, emerge una nueva manera de aprehender la epidemiología del bocio y del cretinismo endémicos. Recentrar la práctica



científica de Chagas en esas tres disciplinas es describir el conjunto de relaciones que han jugado un papel determinante. La relación de la protozoología con el discurso científico de Chagas, aparece con el estudio de la formación del ciclo evolutivo del parásito. La escuela alemana impone la idea de alternancia de las generaciones entre tripanosomas y hematozoarios hemoglobulares, proveyendo las reglas de desciframiento del ciclo del **tripanosoma cruzi**. La relación de la endocrinología con el discurso médico de Chagas aparece con el estudio clínico de la enfermedad. La endocrinología que asocia los signos de hipotiroidismo con los desórdenes tiroidianos posibilita el registro de lectura que permite describir las lesiones y los principales síntomas de la enfermedad. Finalmente, se puede entender la relación de la bacteriología con el discurso epidemiológico de Chagas cuando analizamos el estudio de campo. La etiología parasitaria del bocio endémico tiene que ver con la teoría infecciosa de las afecciones endocrinianas. Solamente este conjunto de relaciones permite comprender el significado, el alcance y los límites del trabajo brasileño. El entrecruzamiento de estas tres líneas de investigación permitía el nacimiento de un sistema médico.

Recordemos lo esencial: podemos dar una segunda definición de la novedad en patología.

Una nueva enfermedad es una enfermedad que no había sido descrita, porque no se conocía. Esta definición incluye obviamente las enfermedades calificadas como antiguas. Este es el caso de la enfermedad de Chagas cuya existencia no se sospechó durante más de cuatro siglos. Su **emergencia en el campo del conocimiento**, como lo hemos visto, está ligada a una serie de transformaciones institucionales y epistemológicas. La posibilidad de ver y describir una nueva enfermedad obedece a las reglas de formación del discurso médico en un momento dado y en una sociedad dada. Esquematisando, en nuestro caso, era necesaria la protozoología, la entomología médica, la histopatología, la endocrinología y la teoría infecciosa para formular una etiología parasitaria del bocio. Entonces, el descubrimiento de una nueva patología es posible gracias al develamiento etiológico, de su vector, del huésped definitivo, y en este huésped, los síntomas y las lesiones características. Se trata de la emergencia de una patología que, para **Chagas y sus contemporáneos**, no existía hasta ese momento. Allí, donde durante cuatro siglos no se veía nada surgió una nueva patología. Deseamos insistir solamente en que la existencia de la enfermedad está ligada a su descubrimiento a comienzos del siglo XX. Pero hablar del descubrimiento de una nueva enferme-

dad podría llevar a una confusión análoga a la que hemos señalado a propósito de la enfermedad emergente. El término "descubrimiento" deja entender que la enfermedad existía ya, pero que no había sido percibida. Solamente lo que se **sabe** de una enfermedad es lo que se puede **decir** sobre ella. Se puede hacer una historia de las definiciones de la enfermedad pero no del referente. Para evitar toda ambigüedad ligada a la idea de descubrimiento es preciso hablar de la invención, o de la constitución de una nueva enfermedad. Ahora bien, esta invención, como ya lo hemos visto, supone un juego de condiciones de posibilidad históricas y concretas. En la medida en que un descubrimiento es un hecho histórico fechado, que hace ver lo que no se veía antes, se puede decir que la enfermedad que se percibe es una enfermedad nueva, aunque posteriormente, se califique de enfermedad antigua. Una enfermedad que no había sido nunca descrita, porque no se conocía, debe ser denominada como nueva enfermedad.

### 3. Observaciones:

Existen dos maneras de considerar la novedad en patología. Era necesario detenernos un momento en las dos definiciones de la enfermedad: la tripanosomiasis americana como enfermedad emergente y la tripanoso-

miasis americana como enfermedad nueva. El punto común entre estas dos definiciones consiste en que caracterizan enfermedades que no habían sido nunca descritas. Pero, en todo lo demás, son fundamentalmente diferentes. Una de las enfermedades no había sido nunca descrita simplemente porque **no existía**, por esto hablamos de su **nacimiento**; la otra, no había sido nunca descrita porque **se ignoraba todo** de ella, por esto hablamos de su **conocimiento**. Esta distinción es útil en la medida en que permite evitar las dificultades insuperables que se encuentran a partir del momento en que se quiere reservar la denominación enfermedad nueva para las que no existían hasta ahora. Es pertinente decir, que la tripanosomiasis, tal como aparece **en el momento de la conquista** es una auténtica enfermedad nueva. Pero la tripanosomiasis, tal como la describe Chagas **a comienzos del siglo XX** es una falsa enfermedad nueva ya que lleva cuatro siglos de existencia. La distinción entre enfermedad emergente y enfermedad nueva permite evitar la confusión con relación al momento de su aparición y al momento de su descubrimiento. Se comprende fácilmente que una enfermedad emergente se convierte en una enfermedad antigua y que la descripción de ésta es, desde este punto de vista, la descripción de una enfermedad antigua. Pero también comprendemos que estaría-

mos equivocados si negamos que dicha descripción es también la de una enfermedad nueva, puesto que no la conocíamos, y **para nosotros**, no existía. Esta distinción es también útil en la medida en que permite precisar la **relación** estrecha que existe entre el develamiento de una enfermedad nueva y el de una enfermedad emergente; permite seguramente evitar algunos anacronismos. Sin duda, el conocimiento de una enfermedad emergente supone que se tenga en cuenta, como en el ejemplo escogido, la historia de los ciclos salvajes y domésticos, así como la historia de las prácticas humanas. Pero el tiempo de esta historia es un objeto ya dado. Así, el objeto "enfermedad emergente" tiene —con relación a la ciencia que lo toma como objeto de conocimiento—, una independencia con respecto al discurso. Eso es lo que podemos llamar un objeto natural. Ahora bien, dicho objeto natural, fuera de todo discurso que se tenga sobre él, no es el objeto científico. Es la medicina la que lo constituye como tal. La descripción de la enfermedad emergente se encuentra en cualquier comunicación científica sobre la Enfermedad de Chagas "el riesgo de infección por la enfermedad de Chagas está directamente ligado a factores socio-económicos: el vector, un triátomo hematófago encuentra un habitat favorable en las fisuras de los muros de las habitaciones pobres de las zonas ru-

rales" (**Weely Epidemiological Record**, 1997, **72**, p. 1. Llegamos así a lo esencial, al punto de **conocimiento** de una enfermedad emergente sin conocimiento **previo** de la enfermedad nueva. Es obvio que, la anterioridad cronológica de la enfermedad emergente no debe hacernos olvidar la anterioridad lógica del conocimiento de la enfermedad nueva. Es después, y solamente después de la descripción de la enfermedad nueva como la enfermedad emergente puede ser comprendida dentro de una historia natural de la enfermedad. Dicho de otra manera, la enfermedad está en relación con una epidemiología histórica que sigue siempre a la formación del concepto de enfermedad nueva.

#### 4. Otras definiciones:

¿Cómo una enfermedad rara, casi inexistente entre la población de las ciudades, pudo haber llegado a convertirse en frecuente? La forma urbana de la enfermedad de Chagas o, si se prefiere, la tripanosomiasis como **infección urbana** es un buen ejemplo para elucidar esta pregunta. Resumamos entonces los encadenamientos: al comienzo, se tenía una unidad ecológica constituida de un ecotopo compuesto de mamíferos y de triátomos selváticos, todos infectados por el tripanosoma; luego, un ciclo doméstico dependiente de factores socio-económicos

deforestación, habitat favorable a los insectos transmisores y depósitos peri-domésticos, de donde emerge la enfermedad; en los años 70 y 80, en América Latina, los movimientos migratorios entre el campo y las ciudades modificaron el cuadro epidemiológico clásico de la enfermedad. A partir del momento en el que una proporción elevada de la población está constituida de migrantes que han pasado los primeros años de su vida en las zonas endémicas, pero también a partir del momento en que la transfusión sanguínea es una práctica cada vez más corriente, están reunidas las condiciones para que aparezca la forma urbana de la infección tripanosomiasis. Evidentemente, el grupo de hemofílicos es el más expuesto debido al número de transfusiones que necesitan. Sabemos que la tasa de seropositividad depasa a menudo el 20% en las zonas de fuerte endemia en Argentina y en Brazil, y el 60% en Bolivia. Así, es posible entender una nueva definición de la enfermedad emergente como enfermedad jamás descrita en las ciudades o como enfermedad rara que pasa desapercibida y que luego se vuelve frecuente. A partir del ejemplo de la infección urbana, podemos extrapolar y hablar, según la expresión de Mollaret y Reilly, de "la patología a través de la jeringa". Ese fue el caso de la hepatitis B provocada por la introducción accidental de un virus presente

en la sangre. Las transfusiones efectuadas por motivos médicos o quirúrgicos, multiplican los riesgos, pero no son las únicas que los provocan. Como ejemplo, podemos citar la vacunación en serie utilizando la misma aguja que podría haber sido un factor de extensión del SIDA en Africa. Hasta el momento, si se tiene en cuenta la enfermedad emergente como aquella que cambia de huésped o de ecosistema, es necesario considerar la patología a través de la jeringa **generadora** de patología, como un verdadero "alternador de emergencia". Sin duda, la historia natural de las enfermedades emergentes debe integrar un conjunto de factores del mismo orden, pero ninguno puede llegar a ser evocado como causa de su difusión, una historia que se contentara con sumar las modificaciones que resultan de las prácticas médicas o culturales y de los nuevos medios de transporte sería una historia ilusoria. No se puede perder nunca de vista que se trata de una configuración nueva, original y singular que se identifica con las múltiples estrategias de los virus.

Podríamos dar todavía otra definición de la enfermedad nueva. En 1909, como lo hemos visto, Chagas describía la tripanosomiasis americana cuando en realidad se trataba de la tiroiditis parasitaria, es decir, de una infección endocrina. Parecía entonces, a los ojos de sus contemporáneos que la descripción de

la tiroiditis parasitaria correspondía precisamente a la del bocio o del cretinismo. En el peor de los casos, Chagas había dado la descripción del bocio y del cretinismo como si fueran formas crónicas de la tiroiditis parasitaria. En el mejor de los casos, la descripción de la forma aguda dejaba mezcladas dos afecciones distintas, es decir, en el primer caso, Chagas había, sin ninguna duda, descrito dos afecciones **yuxtapuestas**. En el segundo caso había cometido una lamentable **confusión**. La consecuencia lógica de esos errores fue rápidamente denunciada, ya que la enfermedad de Chagas fue percibida como una afección extremadamente rara, casi inexistente, debido a que el agente causal parecía inofensivo. Verdaderamente, el agente causal no era responsable de la patología descrita por Chagas. Esta situación corresponde a la de un agente etiológico conocido y bien identificado pero sin correspondencia patológica realmente establecida. El **tripanosoma cruzi** se encontraba en la situación de un virus "huérfano". Sólo en 1935 Romaña identifica la entidad patológica provocada por el parásito. Es necesario esperar este momento para que pueda hablarse por primera vez de la tripanosomiasis americana como de una verdadera parasitosis. Podemos entonces decir que esta **nueva definición** corresponde al develamiento de una **nueva enfermedad**, no sólo porque Roma-

ña trabaja en zonas libres de bocio y de cretinismo, sino también porque comprende por primera vez el verdadero significado de un síndrome constante y patognómico, el entumecimiento de la cara. Se trataba de un edema y no de un mixoedema como lo creía Chagas, es decir, de la expresión de una inflamación en el punto de entrada del tripanosoma, y no de un signo de una insuficiencia de la tiroides provocada por una lesión imaginaria de la glándula tiroides en la que Chagas creyó ver los parásitos. Todo el significado de las investigaciones médicas de Chagas residen en lo que ocultan o en lo que muestran. Enmascaran un signo patognómico ligado a un modo de contaminación, sus investigaciones ocultan el elemento fundamental que luego hará oscilar la enfermedad de Chagas hacia el campo de las parasitosis haciendo visible su relación con la patología endocrina. A partir de Romaña puede ser percibido el desplazamiento de sentido y de nivel conceptual entre el signo de una parasitosis —el edema palpebral— y el mixoedema (síntoma de una insuficiencia tiroidea). Una enfermedad nueva es una enfermedad que no había sido nunca descrita porque no se la conocía; precisando además que no se la conocía debido a un error relativo a su naturaleza. La enfermedad nueva está entonces ligada a una transformación epistemológica operada por Ro-

maña: el signo que ahora lleva su nombre produce toda la diferencia.

Estamos pues ante otras formas de considerar la novedad en patología ya que podemos dar nuevas definiciones como la de la forma urbana de la tripanosomiasis americana en tanto enfermedad emergente y como nueva percepción de la tripanosomiasis que hace de ella una enfermedad nueva. Estas dos definiciones tienen en común el que caracterizan enfermedades que no habían sido descritas hasta el momento. La primera no había sido nunca descrita porque no existía y entonces podríamos hablar del **nacimiento** de la forma urbana de la tripanosomiasis americana. La segunda no había sido nunca descrita porque, bajo el nombre de tripanosomiasis, se percibía **otra enfermedad**, la tiroiditis parasitaria que era confundida con el bocio y con el cretinismo. La definición de la forma urbana de la tripanosomiasis como enfermedad emergente no conlleva mayores problemas. No había sido descrita puesto que no existía en las ciudades y solamente con los movimientos migratorios y con las prácticas de transfusión la infección urbana llega a ser frecuente. Por el contrario, ¿por qué considerar como enfermedad nueva aquello que finalmente no es sino una nueva definición de la enfermedad? Es porque esta nueva definición conlleva a una nueva percepción, y

es así como la tripanosomiasis como parasitosis no es lo mismo que la tripanosomiasis como tiroiditis parasitaria. Pero tenemos que considerar una serie de consecuencias que no podemos dejar de lado. A partir de los trabajos de Romaña la enfermedad adquiere, según consideraciones epidemiológicas, de manera súbita la dimensión de una **plaga continental**. De ser una enfermedad rara y controvertida, pasa a ser una endemia mayor en América Latina. Desde el instante en que se dispone de un signo patognómico, el diagnóstico puede ser realizado con certeza por cualquier médico, el develamiento de la tripanosomiasis americana como nueva plaga es entonces tributario del conocimiento de la enfermedad nueva. Hasta 1935 se habían identificado solamente 30 casos en toda América Latina; luego, los casos se contarán por miles. Entonces, la redefinición de la tripanosomiasis implica evidentemente una redefinición de la enfermedad emergente. La definición de la tripanosomiasis se encuentra en cualquier tratado de patología tropical, pero el año de edición permite comprender toda la diferencia. Antes de 1935, la descripción de la enfermedad emergente incluye el bocio y el cretinismo; después de 1935, la descripción de la enfermedad emergente define una simple parasitosis. De los trabajos de Chagas solamente queda el agente causal, ya que toda la clínica de la en-

fermedad debió ser replanteada. Con todo, esta distinción es todavía útil en la medida en que permite precisar la estrecha relación que existe entre el develamiento de una enfermedad nueva y el de una enfermedad emergente. No existe entonces **conocimiento rectificado** de una enfermedad emergente sin el conocimiento **previo y también rectificado** de una enfermedad nueva.

## 5. Conclusión

### "Hacia nuevas enfermedades"

Se trató aquí, sin duda, de la descripción de las enfermedades que deben clasificarse en el grupo de las enfermedades emergentes más recientes, es decir, de las enfermedades que atacan actualmente. El desvío por la historia permitió esbozar dos definiciones de la enfermedad emergente que se aplican a las enfermedades más recientes. Se trata de una enfermedad jamás descrita, ya fuera porque no existía (cambio en los ecosistemas) o bien, porque si había sido descrita, la enfermedad se implantaba en lugares nuevos, por ejemplo, tomaba la forma urbana pero si el problema tratado aquí tenía como objetivo la visualización de las enfermedades emergentes, ¿cómo tratar el problema de las enfermedades nuevas? El desvío por la historia de las investigaciones sobre

"la" tripanosomiasis americana muestra que una enfermedad nueva puede ser, ya una enfermedad que no se conocía hasta el momento (la enfermedad de Chagas como tiroiditis parasitaria) o bien, una enfermedad que se creía conocer pero cuya definición resulta científicamente falsa, ya que es necesario sustituir el concepto de tiroiditis parasitaria por una nueva definición: la de la tripanosomiasis como parasitosis. Más aún, la distinción entre enfermedad nueva y enfermedad emergente no solamente está bien fundamentada sino que es necesaria. Es así como la historia de la segunda supone el conocimiento de la primera, es decir, no existe enfermedad emergente sin la identificación de la enfermedad nueva. La historia natural de una enfermedad que se inscribe claramente en una ciencia de las enfermedades, no puede ser sino el objeto de una reflexión secundaria. Reflexión que vendrá siempre **después** de la constitución de la enfermedad como entidad patológica. Este principio de derivación impone al problema de las enfermedades emergentes al mismo tiempo un límite y una expansión. En primer lugar, un límite, en la medida en que las enfermedades emergentes que vendrán no pueden siquiera sospecharse. Tienen que ver entonces con consideraciones inactuales, es decir, no existen todavía en la actualidad. No podemos determinar **a priori** la nueva confi-

guración que podría surgir de la cual resultaría una enfermedad emergente. Dicho de otra manera, el problema de las enfermedades emergentes tiene que ver siempre con un estado del saber en un momento dado. Decíamos que el problema de las enfermedades emergentes también conlleva una expansión, en tanto la distinción entre una enfermedad antigua y una enfermedad tan reciente como se quiera no parece pertinente, ya que la una y la otra pertenecen al pasado, el más lejano o el más cercano, eso poco importa. Entonces nos equivocáramos si quisiéramos restringir el problema de las enfermedades emergentes al problema de las enfermedades recientes. La actualidad de una enfermedad nueva se refiere siempre a una enfermedad que **está ya ahí**, así sea antigua o reciente. Antes de hablar de enfermedad emergente, es necesario identificar una patología, es decir, una enfermedad nueva. La temporalidad del proceso histórico y concreto del cual depende la emergencia de una enfermedad es objeto de una reconstrucción retrospectiva y tiene que ver con la epidemiología histórica.

#### **Ultima consecuencia:**

"Hacia nuevas enfermedades" nos lleva necesariamente y de la manera más natural **hacia** la actualidad de la investigación en medicina. Las pre-

guntas que sería legítimo plantear serían: ¿Qué podemos saber? ¿Cuáles objetos nuevos podemos constituir cuya historia natural pudiese enseguida mostrar que no existían hasta entonces? El problema de las enfermedades emergentes debe ser identificado con los problemas que plantea el pensamiento médico actual. Hasta el momento, la historia de la emergencia de una enfermedad es problemática ya que siempre debemos tratar con un acontecimiento históricamente fechado y también en la medida en que ciertos factores nos escapan obligatoriamente y nada asegura que los objetos biológicos sean exactamente los mismos. Recientemente la historia del SIDA recordaba extrañamente las disputas sobre el origen y sobre la historia natural de la sífilis en el siglo XV. De la misma manera, la historia de la encefalopatía esponjiforme bovina (ESB), o enfermedad de la "vaca loca" y su difusión brutal y masiva en el seno del ganado bovino del otro lado del canal de la Mancha, fue percibida como consecuencia directa de una modificación de los procesos industriales de fabricación de harinas provenientes de la incineración de los cadáveres y de los desechos de animales de ganadería. Con la hipótesis de la transmisión a los bovinos de una enfermedad neurodegenerativa (temblor del cordero), aparecía la idea de la emergencia y de la difusión de una enfermedad bovi-



na, rara hasta entonces y, por lo tanto, no percibida como una entidad patológica específica. Hoy en día, sin embargo, una nueva hipótesis es formulada con respecto a la importación de harinas animales de carne y de huesos provenientes del sudoeste africano, consistente en que las diferentes especies de animales salvajes (guepardo, niala y kudú) que viven en África, pueden estar espontáneamente o no afectadas por enfermedades similares al ESB. De ahí la idea de la aparición en un país de Europa de una enfermedad de origen africano. Dominique Dormont, presidente del Comité de Expertos Franceses de las Enfermedades Transmisibles declaró: "Teniendo en cuenta las incertidumbres médicas y científicas existentes en este dominio, podemos de todas maneras considerar la hipótesis de un origen exó-

tico paralelamente a la hipótesis de un origen ovino o bovino continental (citado por Jean-Yves Nau, *Le Monde*, 4 de agosto de 1997). Pero la pregunta que se podría también plantear con respecto a las enfermedades nuevas, así sean antiguas o recientes, podría ser la siguiente. ¿Cómo dirigirnos hacia una menor presencia de la enfermedad? No hacia una menor presencia de enfermedades emergentes, puesto que su principal característica consiste en depender de un juego de factores culturales y biológicos identificados a posteriori, es decir, cuando el mal está hecho, en el sentido propio de la expresión. Este problema podría ser abordado mediante una reflexión sobre lo que llamamos ecología médica, ecoepidemiología o antropología médica. Claro que como es obvio también involucra una noso-política.