



LA MEDICINA DEL DOLOR

UNA MIRADA HISTÒRICA

Javier Moscoso

Aquest article versa sobre el naixement de la teoria i el tractament del dolor crònic des de la segona meitat del segle XIX fins a mitjan segle XX. La tesi que s'hi defensa diu que la medicina del dolor va emergir com a resultat de la confluència de pràctiques relacionades amb el tractament dels pacients terminals i dels que patien de dolor incurable. Encara que important, la distinció entre el dolor agut i el dolor crònic no explica per si sola la posada en valor d'una condició que constitueix una anomalia dins del marc teòric o que es percep com una necessitat dins del context cultural.

En una comunicació publicada al desembre de 1832, el professor Elliotson descrivia una neuràlgia resistent a tota forma de tractament. La història alternava l'especificació clínica amb la incapacitat de produir no ja una cura, sinó un alleujament temporal dels símptomes (Turnbull, 1837). El mal es manifestava a les cames, els braços i les monyiques, així com al costat dret de la cara, al nervi submaxil·lar. El pacient havia estat en aquesta situació durant alguns anys, però els inicis de la seua malaltia eren encara més llunyans. Al principi, el dolor –angoixant, agut, com el que produiria el tall d'un plomí que ens travessara el dit– es concentrava al dit índex de la mà esquerra. El menor frec li produïa una reacció molt violenta, com una enrampada elèctrica. La desesperació arribava a l'extrem que es menjava les ungles senceres de la mà sana com si poguera fer desaparèixer amb aquest gest el patiment extrem de l'altra. El metge, que deia desconèixer la causa immediata del mal, no va fer en aquest cas cap referència a l'hipnotisme o a la mesmerització. Al contrari, intentava construir un diagnòstic en funció dels elements negatius que es desprenien de l'exploració: no hi havia inflamació, ni enrogiment, ni augment de la temperatura. «No hi ha res de res –deia– excepte aquest dolor agonitzant.»

Elliotson va començar per administrar carbonat de ferro combinat amb un quart de clorur de morfina. Tam-

bé va aplicar al dit una solució de cianur de potassi. Davant de l'absència de millora, va augmentar la dosi a un gra de morfina cada nit. Va prescindir llavors del ferro i va començar amb l'estricnina, primer en l'exterior i després per via oral. Al mateix temps, va incrementar les dosis de morfina diàries, però la salut general del pacient va començar a deteriorar-se sense que es produïra cap canvi significatiu. Va iniciar llavors un tractament amb arsènic. Quan la quantitat de morfina ja arribava als vuit grans diaris, l'agonia era tan gran que el malalt suplicava l'opiàci en dosis cada vegada més altes. Altrament, deia, a penes si podia existir (Turnbull, 1837). Els extractes d'estràmoni o de belladona es van mostrar també ineficaços. L'amputació del dit que el pacient reclamava amb insistència no solucionaria res, perquè es tractava, escrivia Elliotson, d'una «malaltia crònica, connectada amb alguna malaltia orgànica de què no es troba rastre ni tan sols després de mort, com s'esdevé amb l'epilèpsia o amb la paràlisi» (Turnbull, 1837).

De la mateixa manera que el dolor sense lesió suggereix la presència d'una disfunció psicològica que podem caracteritzar com al·lucinatòria, el dolor crònic també produeix desconfiança. La presència d'un malestar que comença i que no acaba posa en tela de juí l'esquema de racionalitat que ha servit per a enquadrar durant segles l'experiència d'emmalaltir. Enfront de

**«DE LA MATEIXA MANERA
QUE EL DOLOR SENSE LESIÓ
SUGGEREIX LA PRESENCIA
D'UNA DISFUNCIÓ
PSICOLÒGICA QUE PODEM
CARACTERITZAR COM
AL·LUCINATÒRIA, EL DOLOR
CRÒNIC TAMBÉ PRODUËIX
DESCONFIANÇA»**

A l'esquerra, Greta Alfaro. *Dolor 1*, 2011. Collage, 21 x 28 cm.

l'experiència quotidiana del mal, els anestesisistes, els cirurgians, els psiquiatres o els professionals assistencials sempre van entendre aquesta forma d'angoixa com una excepció de la malaltia, com una anomalia que ocorria dins d'un estat en si mateix transitori. No sols era infreqüent, sinó clarament anormal: una modalitat del patiment que contradia les regles protocol·làries que conduïen del símptoma al guariment (o a la mort) mitjançant el tractament.

Durant molt de temps, l'única forma d'evasió definitiva d'aquesta tortura interminable va ser la mort. Encara que, segons el doctor Falret, que va escriure un llibre sobre la matèria a començament del segle XIX, els dolors físics se suportaven amb més resignació que els morals, el seu llibre contenia molts exemples d'éssers humans que s'havien llevat la vida com a resultat d'un patiment prolongat (Falret, 1822). Una dona que sentia com si els gossos li mossegaren i li devoraren la carn es va estrangular amb una corda lligada al sostre de la seua habitació. Una altra, que patia d'un reumatisme

«NO CAL SINÓ OBSERVAR EL CREIXEMENT D'UNITATS ESPECIALITZADES EN CURES PAL·LIATIVES DURANT ELS ÚLTIMS SEIXANTA ANYS PER COMPROVAR FINS A QUIN PUNT EL DOLOR JA DISPOSA D'INSTRUMENTS, SOCIETATS I INSTITUCIONS PRÒPIES»

i que no podia matar-se per ella mateixa, no cessava de suplicar els seus amics que posaren fi a la seua agonia. Una tercera, que patia de càncer d'úter, es va enverinar amb grans d'opi a l'hospital de la Salpêtrière; i així successivament. En les desenes de casos estudiats per aquest expert en hipocondria, el motiu que portava els homes i dones a atemptar contra la seua existència no era la indiferència o el cansament de la vida, sinó «el dolor real o ima-

ginari que, després d'haver destruït l'harmonia de les seues facultats i haver portat el desordre a la seua voluntat els imposava el sacrifici del més preat dels seus béns» (Falret, 1822).

■ EL DOLOR CRÒNIC

L'aparició del dolor com un objecte de la pràctica mèdica, de la indústria farmacèutica i del mercat cultural és un fenomen propi del segle XX. Només llavors *l'amic fidel*, *el crit de la vida*, *el castic de Déu*, *l'arma de*



Aquesta fotografia mostra alguns dels medicaments naturals utilitzats en la primera meitat del segle XX. El grup inclou la cocaina, la morfina i l'opi, entre altres.



© Science Museum, London

Ampolla buida de morfina utilitzada per combatre el dolor al segle XIX. El seu nom fa referència a Morfeu, el deu dels somnis a la Grècia antiga.

Crist, l'instrument punitiu, la regla educativa va arribar a convertir-se en l'objecte de programes d'investigació i institucions assistencials. En el nostre temps, tot i que encara de manera limitada, l'experiència del dany ha trobat una materialització corporativa i un espai de desenvolupament científic. No cal sinó observar el creixement d'unitats especialitzades en cures paliatives durant els últims seixanta anys per comprovar fins a quin punt el dolor ja disposa d'instruments, societats i institucions pròpies (Baszanger, 1998; Beinart, 1988; Szabo, 2009). L'interès clínic i acadèmic per aquest nou objecte va propiciar que, el 1967, mentre arribaven a Occident les imatges i els cossos de la guerra de Vietnam, es fundara la Intractable Pain Society (Societat de Dolor Intractable). La revista *Pain*, dependent de l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor, va començar a publicar-se el 1974 (Natas, 1996). Per als seus protagonistes, l'aparició d'aquesta nova medicina semblava la culminació d'un procés, l'últim capítol d'una seqüència narrativa que havia portat els éssers humans des de la lògica de la resignació a la tecnologia de la resistència. Després de l'«abolició»

© UN Photo/MB

del patiment quirúrgic a mitjan segle XIX i de la introducció massiva d'analgèsics en la cultura del consum del segle XX, faltava trobar un tractament eficaç per a combatre el patiment associat a la malaltia incurable o terminal, però també al mal que avui es denomina fibromiàlgia, a l'artritis reumatoide, a la neuràlgia facial o a les síndromes posttraumàtiques, és a dir: a les distintes varietats de l'agonia física prolongada o intractable. Els cirurgians i neuròlegs sempre van interpretar la seua història d'aquesta manera: com a resultat de la proliferació de fenòmens anòmals que el marc teòric heretat semblava incapaç d'explicar, però també com la culminació necessària d'un procés històric més ampli que incloïa l'arribada de la mirada humanitària al llit del dolor i de la mort.

Moltes vegades, aquesta «mirada humanitària» es va recolzar en la reivindicació de l'ús d'opiàcics en pacients terminals, és a dir, en la política (no sempre acceptada socialment) de posar a disposició del malalt els instruments i les substàncies necessàries per a disminuir el seu patiment (Clark, 2003). Ja el 1890, el metge Herbert Snow advocava per l'ús generalitzat de l'opi en el tractament del càncer incurable (Snow, 1890). Tres anys abans, també William Munk havia començat el seu pioner tractat sobre l'eutanàsia reivindicant la gestió mèdica de la mort; la qual cosa també incloïa posar al servei del pacient els mitjans necessaris per a evitar que patira. Aquest metge i historiador anglès considerava que l'opi havia d'utilitzar-se tant per a alleujar el dolor com per a aplacar el sentiment de cansament i abatiment, l'esgotament i l'ansietat que acompanyava, de vegades, l'últim viatge (Munk, 1887).¹

Quasi cent anys més tard, en una publicació de 1982, Patrick D. Wall i Ronald Melzack deien escriure per a donar compte del dolor que havia turmentat el malalt descrit per Elliotson i altres milers d'éssers humans abans i després d'ell. El seu text partia d'una distinció inicial entre el dolor agut, que havia estat des d'antic un dels signes visibles de la malaltia, i el dolor crònic, que descrivien com una malaltia en si mateixa o, de manera més precisa, com un conjunt de síndromes. En la dècada de 1980, molts membres de la comunitat científica –fisiòlegs, neuròlegs o anestesistes– reconeixien que, mentre que el primer, l'agut, podia mantenir un grau d'utilitat –almenys en tant que permetia anticipar la presència d'alguna condició subjacent–, el segon (el crònic) només

¹ Munk menciona un tractat de Ferriar, de Manchester, *On the Treatment of the Dying*, així com les obres de Paradys i de Sir Henry Halford. Encara que, al seu parer, la mort constituïa un trànsit que, la major part de les vegades, ocorria sense patiment, la medicina havia d'estar atenta per millorar les condicions adverses que pogueren presentar-se.

podia interpretar-se com un desordre que causava una gran quantitat de patiment al pacient, al seu entorn familiar i a la societat en el seu conjunt, sense que la seua presència poguera justificar-se per cap raonament clínic (Bonica, 1976). Encara que l'espai material d'aquesta nova malaltia va començar a poblar-se amb rapidesa, a través de divisions i subdivisions de les síndromes lesives, les primeres taxonomies tenien un caràcter dicotòmic. La medicina va començar a distingir entre el dolor útil i el patiment inútil, entre el dolor de laboratori i el patiment clínic, entre el dolor perifèric i el dolor central, entre el dolor dels membres i el dolor de les vísceres. Algunes altres condicions, com el patiment associat a la malaltia incurable, van adquirir una nova visibilitat. La investigadora Marcia Meldrum sosté que des de mitjan segle XIX fins als nostres dies el dolor es va convertir en l'objecte de tres discursos mèdics relacionats: l'alleujament simptomàtic de dolor agut, el tractament del dolor greu en malalts terminals i el maneig del dolor crònic en casos de migranya, artritis reumatoide, neuràlgia de trigemin o altres síndromes de naturalesa inespecífica (Meldrum, 2003; sobre el desenvolupament de l'aspirina, vegeu Jeffreys, 2004). La paraula clau en aquesta enumeració és *relacionats*, perquè, encara que cada una d'aquestes línies d'investigació va tenir una evolució pròpia, la medicina del dolor sempre es va construir en les seues zones de confluència. L'agut, el crònic, el terminal i l'inespecífic es comprenen tan sols des de les condicions que permeten la parcel·lació de l'experiència i que desemboquen, llavors sí, en la multiplicació dels noms i les teories, en la constitució d'una nova comunitat científica, en una forma institucionalitzada de tractament, així com en un nou grup humà: el malalt de dolor.²

Encara que la distinció entre dolors aguts i crònics ja era present en la fisiologia romàntica, només va fer l'aparició explícita en la segona meitat del segle XX. L'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor,

² D'una banda, al llarg del segle XIX, les condicions de vida van propiciar una major expectativa de vida, la qual cosa va fer que més persones patiren malalties cròniques. El càncer, per exemple, conegut des de temps immemorial, va començar a percebre's com un problema que requeria atenció científica seriosa tan sols al començament del segle XX (De Moulin, 1983). Sobre la història del càncer de mama, vegeu també Robert A. Aronowitz (2007). Igualment interessant en relació al caràcter social de la malaltia, Barrot H. Lerner (2001).



© Science Museum, Londres



© UN Photo/UNPDAC/NI

Flor de l'opi, en un cultiu al nord-oest de Tailàndia en la dècada dels setanta. Ja a finals del segle XIX, metges com Herbert Snow apostaven per l'ús generalitzat de l'opi en el tractament del càncer incurable per les seues propietats analgèsiques. A dalt, a l'esquerra, ampolla de tintura d'opi, de la farmacèutica britànica Burroughs Wellcome & Co., utilitzada entre 1880 i 1940.

«ELS CIRURGIANS I NEURÒLEGS SEMPRE VAN INTERPRETAR LA SEUA HISTÒRIA COM LA CULMINACIÓ NECESSÀRIA D'UN PROCÉS HISTÒRIC MÉS AMPLI QUE INCLOÏA L'ARRIBADA DE LA MIRADA HUMANITÀRIA AL LLIT DEL DOLOR I DE LA MORT»



fundada el 1973, depenia tant d'aquesta distinció entre el dolor transitori i el crònic que cal dir que quan el dolor va assolir plena visibilitat en l'àmbit de la investigació clínica ja no ho va fer com un únic objecte, sinó com diversos.³ La seua aparició va coincidir amb la dissolució parcial del que fins llavors s'havia denominat amb aquell nom. El patiment humà es dissol en una tipologia d'éssers intermedis o síndromes lesives (Wall i Melzack, 1996). Alguns dels quals, com la causàlgia, el membre fantasma o la neuràlgia del trigemin, ja eren vells coneguts de la medicina, encara que no sempre amb aquests noms. Molts altres, no obstant això, van aparèixer a recer de les noves parcel·lacions. El 1986, l'Associació per a l'Estudi del Dolor va propiciar la primera gran classificació de les anomenades «síndromes de dolor crònic» (Merskey, 1986). La fibrositis, la síndrome de la boca ardent o la tendinitis van començar a conviure amb la diversificació de la migranya o del dolor d'esquena persistent. El món s'omplia de nous pobladors: l'al·lodínia, l'anestèsia dolorosa, la disestèsia, la hiperalgèsia, la hiperestèsia, la parestèsia, la neuritis o el dolor perifèric descrivien realitats que fins llavors només havien tingut una existència literària, ocultes en els relats incomplets, a vegades increïbles, dels éssers humans afectats. Encara que el valor diagnòstic del dolor no estava qüestionat, el patiment (crònic o terminal) es dissolia en una família d'experiències que sobrepassaven amb escreix, quan no contradieien, els elements teòrics sobre els quals s'havia constituït la relació entre la lesió i el dany. Aquest sem-

³ La definició de dolor que proporciona IASP (International Association for the Study of Pain) mereix ser citada en tota la seua extensió:

«Experiència sensorial i emocional desagradable, associada a un dany tisular, real o potencial, o descrita en termes d'aquest dany. Nota: la incapacitat per a comunicar-se verbalment no nega la possibilitat que una persona experimente dolor i necessite el tractament adequat per a alleujar-lo. El dolor és sempre subjectiu. Cada individu aprèn l'aplicació de la paraula a través d'experiències relacionades amb les lesions que ha patit durant la infància. Els biòlegs reconeixen que els estímuls que causen dolor poden danyar els teixits. En conseqüència, el dolor és l'experiència que associem amb dany tisular real o potencial. És, sens dubte, una sensació localitzada en una o unes quantes parts del cos, però també és sempre desagradable i per tant una experiència emocional. Hi ha experiències que s'assemblen al dolor, però no són desagradables, per exemple, la punxada, que no s'hauria de considerar dolor. En altres sensacions desagradables anòmales (disestèsies) també pot donar-se el dolor però no necessàriament, pel fet que, subjectivament, potser no tinga les qualitats sensorials habituals del dolor.

Moltes persones es queixen de dolor sense que existisca dany tisular o alguna causa fisiopatològica probable, generalment això és degut a raons psicològiques. Generalment, no hi ha manera de distingir aquesta sensació de la produïda per danys en els teixits si s'atén a l'informe subjectiu. Si el subjecte considera la seua sensació com a dolor i si n'informa de la mateixa manera que reporta el dolor causat per dany als teixits, s'ha d'acceptar com a dolor. Aquesta definició evita lligar el dolor als estímuls. L'activitat induïda en els nociceptors i en les vies nociceptives per un estímul nociu no és el dolor, que sempre és un estat psicològic, per bé que observem que la majoria de les vegades el dolor té una causa física pròxima.»



© Science Museum, Londres

Botella de Papine, nom comercial d'un analgèsic efectiu de la família dels opiacis, de començament del segle xx. La il·lustració de l'etiqueta fa referència directa a la flor del cascall (*Papaver somniferum*).

pre va ser el primer problema: «Els metges estan disposats a admetre molt ràpidament que el dolor és una reacció de defensa, una advertència afortunada que ens posa en avís sobre els perills d'una malaltia. Però a què anomenem una reacció de defensa? De defensa contra qui? Contra què? Contra el càncer que amb tanta freqüència produeix símptomes quan ja és massa tard? Contra les afeccions cardíaques, que es desenvolupen sempre en silenci?» (Leriche, 1949). Així pretenia el cirurgià René Leriche repudiar la falsa concepció que associava la presència del dolor a un mal necessari i que, sobretot a França, havia estat la base de la investigació fisiològica del dolor des de començament del segle XIX. La semiòtica dels laments, la traducció dels gestos expressius en signes clínics, havia permès, entre altres coses, parlar del patiment animal o del dolor en la infància, però sempre es va mostrar incapaç d'explicar quina podia ser l'advertència que proporcionava una neuràlgia de trigemin o de què podia protegir el patiment que acompanyava un carcinoma. Quan el dolor es mostrava resistent a tota categorització i a tot

tractament perdia el caràcter significatiu, no sols en el sentit (obvi) que ja no podia interpretar-se com el signe d'una lesió encoberta, sinó també en la mesura que la ciència ja no disposava dels elements necessaris per a visualitzar-lo.

Un altre tant ocorria en relació al càncer. Alhora que la malaltia es multiplicava en una pluralitat de varietats, el discurs mèdic ja no podia dirigir-se a la identificació de la causa de la malaltia, sinó a l'aclariment del seu desenvolupament i, en molts casos, a la cerca de tractaments pal·liatius (Stoddard Holmes, 2003). Per un costat el mateix mal es disgregava en una pluralitat de noms que, com l'epitelioma, el blastoma, l'úlcer rodent, el fibroma o el linfocarcinoma, convivia amb classificacions més primàries. En un sentit molt general, els tumors semblaven dividir-se en benignes i malignes, així com en dolorosos i silenciosos (Snow, 1893; Bland-Sutton, 1903). Aquesta última distinció, encara que extraordinàriament simple, tenia una enorme rellevància, perquè mentre que alguns tumors evolu-

«EL DOLOR ES VA CONVERTIR EN L'OBJECTE DE TRES DISCURSOS MÈDICS RELACIONATS: L'ALLEUJAMENT SIMPTOMÀTIC DEL DOLOR AGUT, EL TRACTAMENT DEL DOLOR SEVER EN MALALTS TERMINALS I EL MANEIG DEL DOLOR CRÒNIC»

cionaven sense dolor o només amb petites molèsties, molts altres, fins i tot del mateix tipus, produïen un patiment extrem i prolongat (Fell, 1857). La constatació de malalties de llarga durada que podien cursar sense símptomes no va ser sinó la contrapartida de la proliferació de símptomes (també de llarga durada) als quals no corresponia cap malaltia, o almenys cap malaltia «curable».

■ LA TRIPLE OCULTACIÓ

Tant els casos de lesions sense símptomes com en els de símptomes sense malaltia evidenciaven un triple procés d'ocultació relacionat amb la perspectiva experimental i amb la pràctica clínica. D'una banda, els manuals de fisiologia a penes es referien als dolors viscerals, és a dir: a aquells que no s'adien fàcilment amb les pràctiques de laboratori i els seus procediments mecànics d'objectivació i manipulació experimental (Ryle,



© U. S. National Library of Medicine

El cirurgià francès René Leriche va destacar per rebutjar la concepció del dolor com a mal necessari dins d'una malaltia.



Interior d'una farmàcia clàssica de finals del segle XIX. El dolor com a objecte de la indústria farmacèutica no apareixerà fins al segle XX, al mateix temps que ho farà en l'àmbit mèdic i social.

1948). En segon lloc, la medicina clínica i els esforços que feia per objectivar la malaltia conduïen a la inevitable ocultació de l'ésser humà. Enfront de la desaparició del malalt en la cosmologia mèdica del segle XIX (Jewson, 1979), preocupada per trobar una connexió entre la lesió i la malaltia, la medicina hospitalària havia de descansar en l'examen minuciós, l'interrogatori exhaustiu i la descripció detallada dels experiments que la mateixa naturalesa operava de manera espontània en l'organisme humà (Ryle, 1935). Al contrari que en la medicina científica, la nova pràctica clínica no havia de veure la malaltia en el cos del pacient, sinó entendre cada malalt en el context de la seua malaltia. Per als professionals de l'assistència sanitària, la tasca del metge consistia a curar quan fóra possible, i a pal·liar el patiment quan no ho fóra. Finalment, però no menys important, la desigual distribució del dany entre sectors diferents de la població també va conduir grups humans complets a la invisibilitat social i a l'oblit clínic. Aquesta última forma d'invisibilitat no sols afecta la història de la medicina, sinó que constitueix un fenomen de molt més abast relacionat amb l'elaboració cultural d'una malaltia, o d'un conjunt d'aquestes, que no va afectar tots els ciutadans de la mateixa manera, sinó que va tenir una incidència especial en els cossos i en els modes d'existència dels sectors de població més desprotegits.

Encara que de totes les malalties es pot dir, de manera gairebé tautològica, que han estat *construïdes*, allò que la malaltia crònica deu al seu context social és encara més determinant, perquè, de la mateixa manera

que la mera recurrència de símptomes no determina la presència d'una condició clínica, la història de la medicina ens ha fornint d'exemples de malalties que avui considerem inexistents els símptomes de les quals s'assemblen a alguns dels nostres moderns quadres clínics.

Penseu, per exemple, en la neurastènia. Els símptomes d'aquesta condició debilitant tan de moda en la segona meitat del segle XIX presenten una notable similitud amb alguns quadres de depressió, d'estrès o, més específicament, de l'anomenada síndrome de fatiga crònica de les societats contemporànies.⁴ El mateix podria dir-se de la histèria, considerada com una epidèmia pels psiquiatres de mitjan segle XIX.

El dolor crònic ocupa un espai, i no menor, en moltes condicions intractables o incurables. Al

mateix temps, apareix de manera recurrent en malalties nervioses de llarga durada, tant si a aquestes malalties se'ls atribueix un origen orgànic com psicològic. Aquestes evidències històriques suggereixen que l'absència o presència de l'expressió «dolor crònic» no permet per si sola aclarir la naturalesa de la malaltia. El problema no depèn de l'existència d'un nom —que d'altra banda no es va estendre fins a la dècada de 1970—, sinó de la manera com el pacient interpreta els seus símptomes i de la manera com aquests es

**«AL CONTRARI QUE EN
LA MEDICINA CIENTÍFICA,
LA NOVA PRÀCTICA CLÍNICA
NO HAVIA DE VEURE LA
MALALTIA EN EL COS DEL
PACIENT, SINÓ ENTENDRE
CADA MALALT EN
EL CONTEXT DE
LA SEUA MALALTIA»**

⁴ Sobre neurastènia, vegeu Drinka (1948). Sobre estrès posttraumàtic, Brewin (2003) i Gijswijt-Hofstra i Porter (2001), especialment el capítol 1: Porter, «Nervousness, Eighteenth and Nineteenth Century Style: From Luxury to Labour». Sobre la síndrome de fatiga crònica, que apareix a mitjan anys vuitanta, vegeu, Aronowitz (1998) capítol 1: «From Myalgic Encephalitis to Yuppie Flu. A History of Chronic Fatigue Syndromes».



© WHO

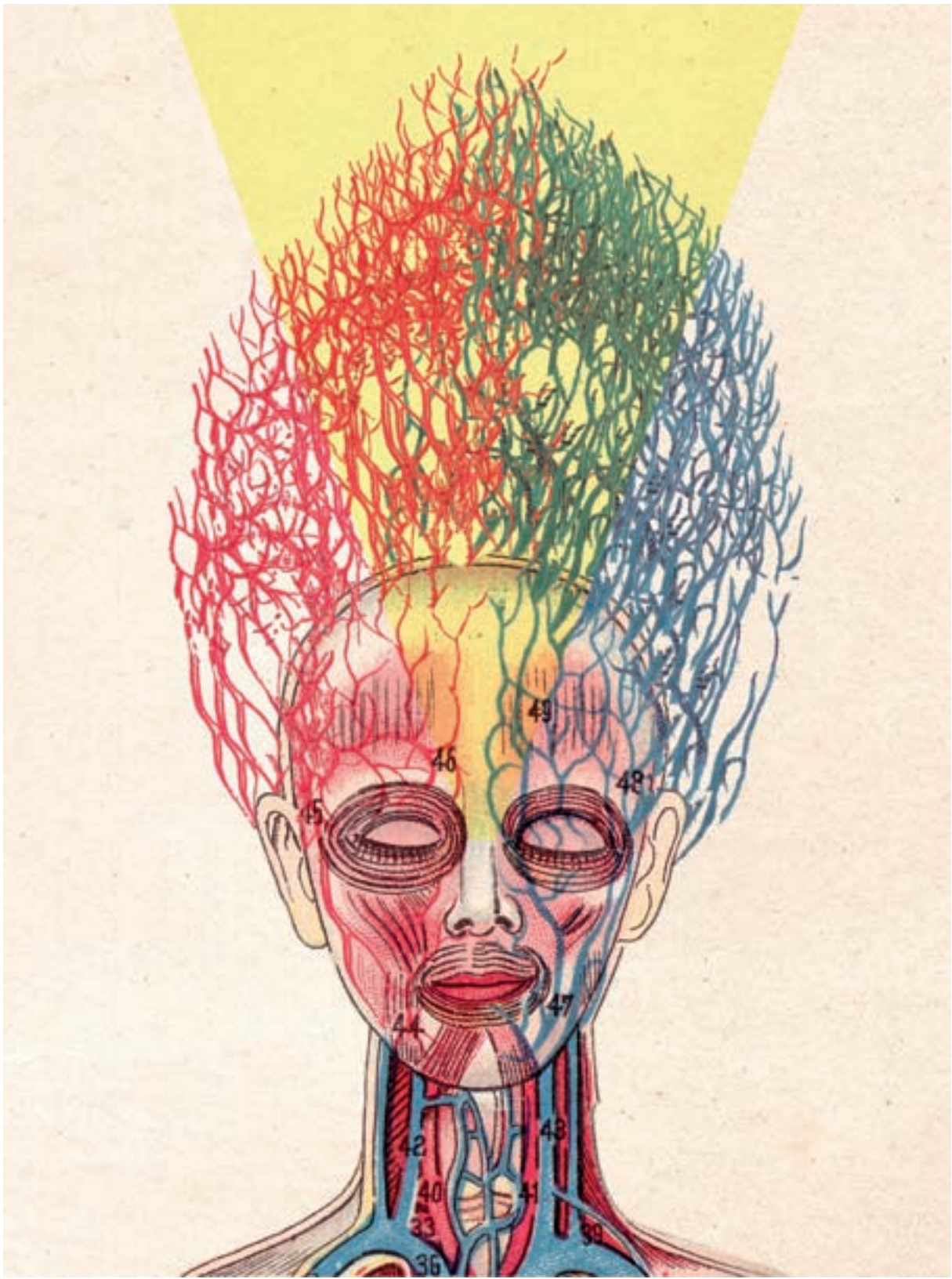


interglobe.es

editing and translation services

www.interglobe.es

info@interglobe.es



Greta Alfaro. *Vida 3*, 2011. Collage digital, 21 x 28 cm.

van poder enquadrar en un context mèdic i cultural que els fera significatius. La distinció entre el dolor agut i el dolor crònic, sobre la qual es recolza ben sovint l'explicació històrica del sorgiment de la medicina del dolor o, com l'ha anomenat David B. Morris, del «dolor postmodern», no és una prerrogativa del segle XX ni tampoc permet explicar per si sola el desenvolupament de la medicina pal·liativa (Morris, 1998). L'ús limitat d'aquesta expressió tampoc permet explicar l'ocultació sistemàtica de grups humans sotmesos a unes condicions de vida que jutjaríem avui penoses.

El que ha permès l'aparició d'una ciència del dolor no ha estat, per tant, el desenvolupament intern de les ciències. La colonització científica i cultural de l'experiència lesiva –l'entrada de la mirada clínica en l'àmbit de la subjectivitat– no obeeix ni pot explicar-se mitjançant una seqüència teleològica que fera de la medicina del dolor la conclusió lògica del patiment sencer de la humanitat pretèrita. El dolor crònic ha pogut aflorar com a condició clínica una vegada que el flux de la vida que descrivia el malalt d'Elliotson es va poder transformar en una experiència susceptible d'estendre's durant dies, setmanes o anys. La seua aparició com a objecte de la ciència no és el final d'una història, sinó el començament d'una altra que ha permès la materialització d'una forma de vida que, fins llavors, havia quedat diluïda i oculta, sense significat clínic ni valor cultural. Per això la medicina del dolor es correspon en part amb el desenvolupament de la pràctica assistencial lligada a altres tantes malalties de llarga durada l'aparició de les quals en l'àmbit de la biomedicina es considera també recent (Arney i Bergen, 1983). Tampoc pot lligar-se la seua aparició a la culminació d'un procés històric vinculat, per exemple, al procés civilitzador, sinó que ha de ser emmarcada en la forma com el nostre món contemporani ha estat capaç de transformar el dolor continuat en una experiència susceptible d'indagació científica, tractament clínic i, no menys important, també significat cultural. ☺

BIBLIOGRAFIA

- ARNEY, W. R. i B. J. BERGEN, 1983. «The Anomaly, the Chronic Patient and the Play of Medical Power». *Sociology of Health and Illness*, 5(1): 1-24.
- ARONOWITZ, R. A., 2007. *Unnatural History. Breast Cancer and American Society*. Cambridge University Press. Cambridge.
- BASZANGER, I., 1998. *Inventing Pain Medicine. From the Laboratory to the Clinic*. Rutgers University Press. Londres.
- BEINART, J., 1988. «The Snoball Effect: The Growth of the Treatment of In-

**«EL DOLOR CRÒNIC OCUPA
UN ESPAI, I NO MENOR,
EN MOLTES CONDICIONS
INTRACTABLES O
INCURABLES. AL MATEIX
TEMPS, APAREIX DE MANERA
RECURRENT EN MALALTIES
NERVILOSES DE LLARGA
DURADA»**

- tractable Pain in Postwar Britain». In MANN, R. D. (ed.). *The History of the Management of Pain*. The Parthenon Publishing Group. Nova Jersey.
- BLAND-SUTTON, J., 1903. *Tumors. Innocent and Malignant. Their Clinical Characters and Appropriate Treatment*. Cassell and Company. Londres, París, Nova York.
- BONICA, J. J., 1976. *Proceedings on the First World Congress of Pain*. Raven Books. Nova York.
- CLARK, D., 2003. «The Rise and Demise of the Brompton Cocktail». In MELDRUM, M. L. (ed.). *Opioids and Pain Relief: A Historical Perspective*. IASP Press. Seattle.
- DE MOULIN, D., 1983. *A Short History of Breast Cancer*. The Hague, Dordrecht, Martines Nijhoff Publishers. Boston.
- DRINKA, G. F., 1984. *The Birth of Neurosis: Myth, Malady and the Victorians*. Simon and Schuster. Nova York.
- FALRET, J. P., 1822. *De l'hypochondrie et du suicide. Considérations sur les causes, sur les sièges et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter et d'en prévenir le développement*. Croullebois. París.
- FELL, W., 1857. *Treatise and Cancer, and Its Treatment*. John Churchill. Londres.
- GIJSWIJT-HOFSTRA, M. i PORTER, R., 2001. *Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War*. Rodopi. Amsterdam i Nova York.
- JEFFREYS, D., 2004. *Aspirin: The Remarkable Story of a Wonder Drug*. Bloomsbury. Londres.
- JEWSON, N. D., 1979. «The Disappearance of the Sick Man from the Medical Cosmology, 1770-1870». *Sociology*, 10: 225-244.
- LERICHE, R., 1949. *La chirurgie de douleur*. [1937]. Masson y Cie. París.
- LERNER, B. H., 2001. *The Breast Cancer Wars. Hope, Fear and the Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*. Oxford University Press. Oxford.
- MELDRUM, M. L., 2003. «A Capsule History of the Pain Management». *Journal of the American Medical Association*, 290: 2470-2475.
- MERSKEY, H. (ed.), 1986. «Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Pain, 3: 1-225.
- MELZACK, R. i P. D. WALL, 1996. *The Challenge of Pain*. [1982] Penguin. Londres.
- MORRIS, D. B., 1998. *Illness and Culture in the Postmodern Age*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles i Londres.
- MUNK, W., 1887. *Medical Treatment in Aid of Easy Death*. Longmas, Green and Co. Londres.
- NATAS, S., 1996. *The Relief of Pain: The Birth and Development of the Journal Pain from 1975 to 1985 and its Place within Changing Concepts of Pain*. B. Sc. Dissertation. University College.
- RYLE, J. A., 1935. *The Aims and Methods of Medical Science*. Cambridge University Press. Cambridge.
- RYLE, J. A., 1948. *The Natural History of Disease*. [1928]. 2a edició. Oxford University Press. Londres, Nova York, Toronto.
- SNOW, H., 1890. *The Palliative Treatment of Incurable Cancer, with an Appendix of the Use of the Opium-Pipe*. J. & A. Churchill. Londres.
- SNOW, H., 1893. *Cancers and the Cancer-Process*. J. & Churchill. Londres.
- STODDARD HOLMES, M., 2003. «The Grandest Badge of His Art: Three Victorian Doctors, Pain Relief, and the Art of Medicine». In MELDRUM, M. L. (ed.). *Opioids and Pain Pain Relief: A Historical Perspective*. IASP Press. Seattle.
- SZABO, J., 2009. *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*. Rutgers University Press. New Brunswick, Nova Jersey i Londres.
- TURNBULL, A., 1837. *A Treatise on Painful and Nervous Diseases, and on a New Mode of Treatment for Diseases of the Eye and Ear*. John Churchill. Londres.
- Javier Moscoso**. Professor d'Investigació de l'Institut de Filosofia, CSIC-Centre de Ciències Humanes i Socials. Projecte FFII2010-20876: «Epistemologia històrica: història de les emocions en els segles XIX i XX».