

# Anàlisi de la mortalitat i causes de defunció en una població rural d'interior: Vilafranca (els Ports), 1894-1936

*The analysis of mortality and causes of death in a rural inland population: Vilafranca (els Ports), 1894-1936*

Rafael Monferrer Guardiola. Metge. [rmonfarrerg@gmail.com](mailto:rmonfarrerg@gmail.com)

Presentat: 4/02/2021

Aprovat: 3/04/2021

## Resum

El present treball és una aproximació a l'anàlisi epidemiològica descriptiva dels aspectes generals, evolució i distribució de la mortalitat amb les causes de defunció a Vilafranca entre 1894 i 1936. La mortalitat global considerada mitjana és semblant en ambdós sexes i segueix l'evolució de les tendències generals de la disminució de la mortalitat ordinària. En la població adulta, les malalties de l'aparell respiratori, digestiu, circulatori i sistema nerviós són les principals causes de defunció amb tendència a una mortalitat en edats avançades en les dones per una major expectativa de vida. La transició demogràfica es manifesta a partir de 1917 amb la disminució de la mortalitat dels menors de cinc anys per afeccions infectocontagioses i generals.

**Paraules clau:** Anàlisi de la mortalitat per causes, classificació de causes de mort, expressions diagnòstiques, epidemiologia històrica, Vilafranca (els Ports), 1894-1936.

## Abstract

The present work is an approach to the descriptive epidemiological analysis of the general aspects, evolution and distribution of mortality with the causes of death in Vilafranca between 1894 and 1936. The overall mortality considered average is similar in both sexes and follows the evolution of the general trends of declining ordinary mortality. In the adult population, diseases of the respiratory, digestive, circulatory and nervous systems are the main causes of death with a tendency to mortality in old age in women due to a longer life expectancy. The demographic transition is manifested from 1917 onwards with a decrease in the mortality of children under five due to infectious and general conditions.

**Keywords:** Mortality by causes of death, classification of causes of death, diagnostic expressions, historical epidemiology, Vilafranca (els Ports), 1894-1936.

## Introducció

L'anàlisi de la mortalitat durant molt de temps ha estat l'única forma d'estudi de la malaltia, la repercussió en una comunitat i una font de l'epidemiologia històrica. La seua importància es deriva de la informació que ens proporciona sobre les defuncions i les causes de mort dels habitants en un lloc i període determinat: l'estat de salut de la població. A més a més, si tenim en compte que el medi ambient i l'entorn de les

persones són part activa en el procés d'emmalaltir, sense obviar els condicionants higienicosanitaris i socioeconòmics de la població, amb l'anàlisi qualitativa de les malalties concretes en dit període podrem apropar-nos a una visió més completa del tema a estudiar.

D'altra banda, encara estem lluny de tindre una perspectiva general de les causes de mort dels habitants en la nostra demarcació geogràfica durant els segles XIX i XX. No disposem d'estudis epidemiològics que analitzen l'impacte de la mortalitat en general i menys la mortalitat atribuïda a les malalties infeccioses, de morts no atribuïdes a malalties no transmissibles i a unes altres causes en unitats petites com és la nostra.<sup>1</sup> Es tracta d'uns indicadors desconeguts en la seua essència que difícilment arriben als nostres coneixements per no recollir-los la historiografia i cap treball històric actual, per localista que siga, no pot ignorar aquestes circumstàncies que han estat posades de relleu pels historiadors de la ciència i especialistes en demografia moderna.

A més a més, val a recordar que l'estadística del moviment de població amb naixements i defuncions instituïda el 1870, era de base municipal. A Vilafranca disposem d'aquesta font municipal d'informació des de 1894 i la dels *quinque libri* parroquials, cosa que facilita dur a terme el present treball amb l'objectiu de conèixer la mortalitat a Vilafranca entre 1894-1936 amb el patró de distribució i evolució temporal segons les variables demogràfiques clàssiques i agrupar les defuncions per les causes generals i específiques d'acord amb les expressions diagnòstiques. Es tracta de conèixer quants, a on i de què morien els habitants de Vilafranca fa un segle.

## Material i mètodes

### *Àmbit*

L'estudi se centra en Vilafranca, municipi situat a la part meridional de la comarca dels Ports, distant 86 km de Castelló capital i 34 km de Morella, aleshores centre de l'administració judicial i eclesiàstica. El terme municipal, amb una extensió de 93,72 km<sup>2</sup>, és majorment muntanyós i envia les aigües a la conca fluvial de l'Ebre (rambla de les Truites) i del Millars (riu Montlleó). L'orografia accidentada entre diferents altures (740 m de la Ferranda i els 1.654 m del tossal dels Mollats) i estar sotmès a tots els vents, condiona el clima mediterrani continental, sa i fred, que afavoreix les malalties estacionals principalment respiratòries. També el caràcter fort, feréstec i molt especial dels vilafranquins. Un poble rural d'interior, de propietat mitjana, economia agrícola i economia artesana familiar; gent treballadora de vida dura i austera, tarannà conservador en la dimensió política, catòlic en la religiosa i de baix nivell d'escolarització, seguia amb els seus costums i rutines.

Pel temps que ens ocupa, els vilafranquins vivien de l'agricultura de secà, ramaderia ovina, tracte d'equins, dels tints de la llana i molins fariners. Comerciaven els productes de sabó blan i xocolate, fusta, faixes i derivats de la llana. Cosa que ja mencionava Cavanilles: «la industria y fábricas suplen la falta de suelo» (Cavanilles, 1985, I, p. 78). La compravenda de cavalleries amb els productes artesanals propis, el

---

1.-Unitats geogràfiques petites són àrees amb característiques socials i demogràfiques paregudes i un tamany de població mínim. Veg. Benach *et al*, 2007: 12.

fruit de la psicologia expansiva dels tractants, va dinamitzar el progrés del poble que va evolucionar a la indústria tèxtil competitiva i de gran activitat que es consolidaria en els últims anys del període fins als cinquanta passats en què comença un declivi progressiu amb la pèrdua poblacional fins a un 62% com a hores d'ara (taula 1).

Taula 1

**Poblament concentrat i disseminat**

Anys censals	Vilafranca poble		Disseminat en masos		Vilafranca municipi
	Total	%	Total	%	
1887	2.001	70,7	826	29,2	2.827
1900	2.159	74,5	739	25,5	2.898
1910	2.437	77,5	709	22,5	3.146
1940	2.905	81,3	666	18,70	3.571
2019	2.218	99,52	23	1,04	2.205

Font: Baila, 1986. Ajuntament de Vilafranca

D'altra banda, val a dir que la manca de fonts municipals és tan desoladora que contestar la simple pregunta sobre els professionals sanitaris que hi havia a Vilafranca durant el període és un repte. Tampoc disposem de memòries sanitàries de coetanis ni topografies mèdiques. No podem precisar amb propietat l'estat higienicosanitari que milloraria en els tres últims lustres del període. L'assistència sanitària estava a càrrec de tres titulars: el metge, el cirurgià (equiparable al professional de la infermeria actual, el practicant també conegut pel barber o ministrant), l'apotecari i el menescal. Els facultatius a més de les retribucions oficials cobraven la iguala als qui estaven conduïts, mena de contracte entre el metge i els ciutadans, que permetia l'assistència pel metge quan el necessitaven. La iguala et permetia assistir a la consulta o estar visitat en el propi domicili. Tres metges correlatius, com veurem, van exercir en el període. Per altra banda, Vilafranca, des del segle XIV, comptava amb un hospital municipal i en activitat fins als cinquanta passats. De reduïdes dimensions, pobrament muntat i deficient, era un lloc d'acollida d'alguns malalts pobres de la població i transeünts, més bé un alberg que no un hospital en el concepte modern del terme.

La gent naixia, creixia, es reproduïa i moria. Els naixements tenien lloc en el domicili, no sempre era fàcil; es procurava allunyar els germans a la casa dels parents, i la comare atenia el part, ajudava a entrar en aquest món. El metge només acudia als parts en casos excepcionals. Cada any alguns nadons morien en el part i alguna mare no sobrevivia, moria de complicacions del part (distòcia, hemorràgia, eclàmpsia o dies després de sèpsia puerperal). La mort també era en el domicili, no marxaven els xiquets, i parents i veïns acompanyaven la família, resant el rosari. El creixement era més o menys difícil. El desenvolupament necessitava proteïnes i vitamines que sovint escassejaven. La dieta d'immemorial pobra, «rajas de pan rociadas con poco aceite y anegadas después en agua hirviendo forman la comida; cuando se añaden algunas judías y porción de grasa es día extraordinario» (Cavanilles, 1985, I, p. 78). La majoria de la població «apenas tienen para comer mal y vestir peor» (Chillida, 1882). Eren molts més els de les panxes buides que els llustrosos. La reproducció complia generosament. Algun any (1914 i 1925) els nounats arriben a vuitanta-vuit.

### *Fonts i disseny*

En aquest estudi epidemiològic descriptiu de la mortalitat a Vilafranca entre 1894-1936 es pretén fer una anàlisi de les defuncions hagudes, codificar-les segons les causes de mort en els setze grans grups de la Classificació Internacional de Malalties, segona revisió de 1903-1913 (CIM-2)<sup>2</sup> (apèndix). La població general dels anys censals, l'oficial de l'Instituto Nacional de Estadística (INE). Les fonts de dades: els llibres de defuncions dels quinque llibres de l'Arxiu Parroquial (vol. 9, 1884-1894) –vuit actes– i del Registre Civil (RC) (toms 9-25, 1894-1937) –des de la primera partida inscrita completa (4 de febrer de 1894) i l'última (29 de desembre de 1936) amb 2.773 registres–. Un total de 2.781 registres de defunció.

Per a la realització de l'anàlisi, es fa un recompte de la informació disposada en una fitxa dissenyada amb les variables de les actes de defunció: nom i cognoms; data de la mort (any, mes, dia i hora), sexe, edat (anys, mesos, dies) i grups etaris en nou intervals de deu anys (de 11 a 20; de 21 a 30; de 31 a 40; 41 a 50; 51 a 60; 61 a 70; 71 a 80; 81 a 80; 81 a 90 i més de 90) a excepció de 0-1 any (subdividit en 0-1 mesos, 2-12 mesos), d'1-5 anys i de 6 a 10. Estat civil i professió (hi ha registres en què no ve especificada o no consta com en els parroquials). Origen del difunt i lloc de l'òbit, generalment en forma d'una adreça (carrer i, de vegades, número), informació que permet afegir una variable important: la localització geogràfica de cada una de les defuncions ocorregudes. La causa immediata de mort i la distribució per causes específiques codificades i agrupades segons la CIM-2, malgrat centrar-se en el criteri anatòmic, la qual cosa, de vegades, dificulta establir els factors etiològics especialment en la mortalitat infantil. En els casos en què la causa de defunció no permet classificar de forma inequívoca en algun dels grans grups de causes, es codifiquen com afeccions mal definides. Per últim, tot i la no infreqüent dificultat de la interpretació d'algunes causes de defunció s'han pogut precisar 467 expressions diagnòstiques.

### *Indicadors de mortalitat*

Amb les dades de població de l'INE s'estableix el càlcul de la taxa de natalitat (TN)<sup>3</sup>, la taxa de mortalitat bruta (TMB)<sup>4</sup> –en els casos possibles, la taxa de mortalitat infantil (TMI)<sup>5</sup> i la taxa de mortalitat neonatal (TMN),<sup>6</sup> tot i que aquests òbits són morts poc lligades a la situació social de l'àrea–. La taxa de mortalitat específica (TME),<sup>7</sup> té en

2.- Segona revisió de la classificació de J. Bertillon, 1899, abreujada en setze grups. Hi ha nombroses classificacions útils a l'hora d'estudiar els processos morbosos; cadascuna de les quals potser idònia per a una zona geogràfica i en un temps determinat. Cap no ha estat exempta de crítiques pels especialistes o demògrafs. Sobre les classificacions de les causes de mortalitat, veg. Bernabeu-Mestre, 1989 i 2003.

3.- Taxa de natalitat: nombre de nascuts vius en un any/població total per mil. Una taxa de natalitat inferior o pròxima al 10 per mil és tradicionalment característica d'un país ric, mentre que en els països en vies de desenvolupament la taxa de natalitat acostuma a ser molt més alta i es pot acostar, fins i tot, al 50 per mil.

4.- Taxa bruta de mortalitat, l'indicador més utilitzat en la medició de la mortalitat, és el nombre de defuncions en un any/població total per mil.

5.- Taxa de mortalitat infantil: morts menors d'1 any/nascuts vius per mil. Taxa de mortalitat infantil molt baixa (0 per mil-5 per mil), a diferència dels països pobres que la presenten mitjana (5 per mil-20 per mil), alta (20 per mil-100 per mil) o extremadament alta (per sobre del 100 per mil).

6.- Taxa de mortalitat neonatal: morts menors de 28 dies/nascuts vius per mil.

7.- Taxa de mortalitat específica: nombre de morts per una causa determinada/població total per mil.

compte les diferents causes de mort, permet classificar-les i analitzar-ne algunes per la seua particularitat. Per a tindre una visió de la diferència entre morts i vius es calcula el creixement vegetatiu de la població de Vilafranca any a any.<sup>8</sup>

Per a la construcció de la base de dades i fulla de càlcul, hem utilitzat el programa Microsoft Excel (Microsoft Office Professional Plus 2016). Per les característiques de la mostra, no s'apliquen criteris de tractament estadístic més recents. Les xifres entre parèntesi del text indiquen el nombre de la variable analitzada equivalent al percentatge.

## Anàlisi de resultats

La revisió de l'evolució de la població de Vilafranca entre 1894-1936 permet establir la trajectòria demogràfica durant els quaranta-tres anys a estudi. La població general dels anys censals estableix la TN en una mitjana anual de 91 naixements i un rang de 52 (1932)-122 (1902). Dades que ens mostren, si ho comparem a nivell del País Valencià i espanyol, uns valors discretament superiors (taula 2). En el període es manté la natalitat alta (33,49 per mil) en descens progressiu, especialment en les dues últimes dècades amb l'existència d'una població jove en funció de l'escassa emigració.

### 1. Mortalitat general

Per a les defuncions, podem calcular la pèrdua de la població per any (TMB) que a més ens proporciona dades sobre l'edat, sexe, estat civil, expòsits, estació de l'any i procedència del finat, però no les causes de mort. En el nostre cas, una TMB de 24,83 per mil que representa una taxa de mortalitat considerada mitjana.

#### Taula 2

##### Taxa de natalitat-mortalitat anual

Anys censals	Taxa de natalitat infantil				Taxa de mortalitat per mil			
	Vilaf. r.	Prov. CS.	País Val.	Espanya	Vilaf. r.	Prov. CS.	País Val.	Espanya
1887	40,11	40,62	37,06	35,97	31,28	34,72	33,30	32,65
1897	39,97	36,68	33,58	34,48	27,23	26,98	27,12	28,69
1900	36,23	34,30	34,70	33,73	26,91	29,31	26,67	28,83
1910	36,11	28,39	29,46	32,36	22,89	20,48	20,98	22,82
1920	27,23	24,89	25,46	29,14	26,62	21,33	21,97	23,12
1930	21,32	21,92	24,35	27,91	14,03	17,37	17,18	16,66
1940	16,52	19,96	22,52	24,13	15,12	17,45	15,46	16,33

Font: Registre Civil i INE. Elaboració pròpia

De les 2.781 defuncions, un 49,80% (1.385) eren hòmens i un 50,20% (1.396) dones. La taxa de mortalitat és mitjana entre un 14 per mil fins i tot un 31 per mil durant les dues primeres dècades del segle. El pic de TMB, 30,92 per mil (1894), 29,02 per

8.- Nascuts vius en l'any X – morts en l'any X.

mil (1914) i 26,62 per mil (1920 i 1925, respectivament). Les taxes brutes obtingudes mostren unes mitjanes discretament inferiors a les taxes provincial, valenciana i espanyola, respectivament (taula 2). L'evolució de la població segueix un moviment ascendent, només trobem el saldo negatiu en l'any 1932 (-15) i 1936 (-9). La mortalitat va ser compensada pel nombre de naixements de 3.913 amb un balanç positiu de 1.132 nous humans.

### 1.1. Distribució anual

La mortalitat mitjana general anual s'estableix en 64,67 casos. El rang mínim 47 defuncions (23 hòmens, 24 dones) en 1928, i el màxim 90 defuncions (40 hòmens, 50 dones) en 1914 (figura 1)

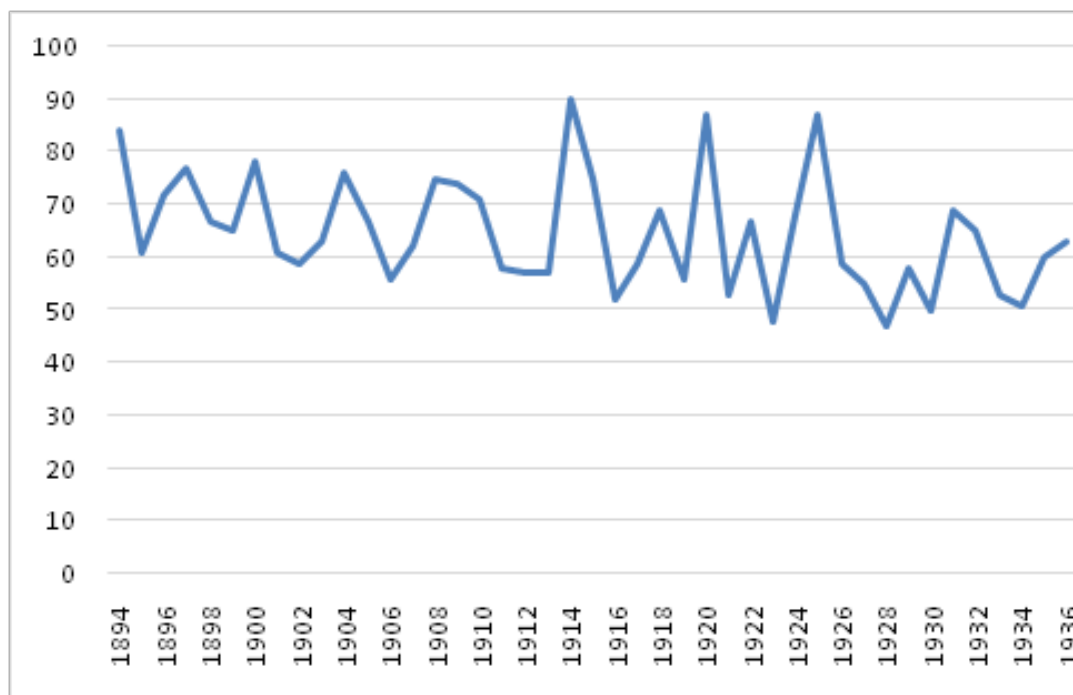


Figura 1. Evolució de la mortalitat. Vilafranca, 1894-1936

La corba de mortalitat, en dents de serra, mostra una tendència al descens amb quatre excessos de mortalitat a expenses de la població infantil: 1894, un 3,02% (84), la meitat dels casos en el segon i tercer trimestre (dentició i processos bronquials). En l'any 1914, un 3,23% (90), en el primer trimestre (xarampió i bronquiolitis, després d'un hivern molt rigorós amb mínimes de  $-14^{\circ}$ ) i en el segon trimestre (enteritis). En l'any 1920 i 1925, un 3,13% (87) en el primer trimestre (xarampió i afeccions respiratòries), respectivament. Els anys amb menys òbits: 1928, un 1,69% (47); 1923, un 1,72% (48), i 1930, amb un 1,80% (50).

### 1.2. Estacionalitat

Respecte a l'estacionalitat, entesa com el període dels mesos de l'any amb unes determinades característiques climatològiques, trobem el major nombre de defuncions a l'estiu 28,12% (787), seguida de l'hivern 24,60% (683), la primavera 24,16% (668) i



la tardor 23,12% (643). Per mesos: agost registra un 10,68% (297), setembre un 9,28% (258), desembre i febrer un 8,88% (247), respectivament. Els mesos amb menys defuncions: novembre un 6,44% (179), març un 7,41% (206) i juny un 7,51% (209). No s'aprecia diferència significativa d'uns mesos a altres. No consta cap defunció al febrer de 1897, novembre de 1925 i octubre de 1928 (figura 3).

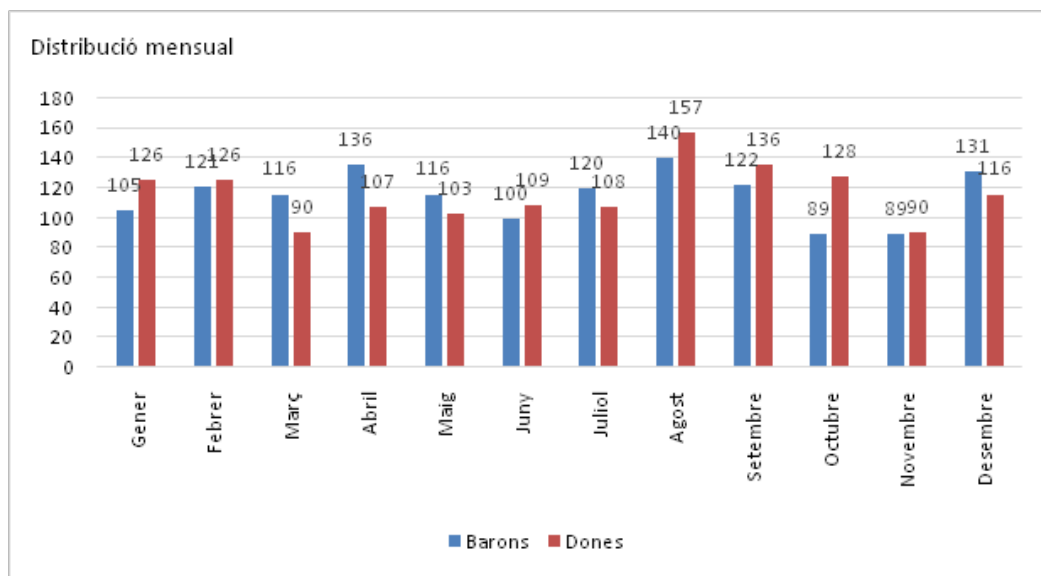


Figura 2. Distribució mensual. Vilafranca 1894-1936

Únicament les causes infeccioses presenten comportament estacional. Els màxims percentatges anuals es contabilitzen a l'estiu (agost-setembre) coincidint amb el màxim de morts per infeccions digestives (diarrees i febres). A l'hivern (desembre-febrer), les malalties per causes respiratòries. La primavera (abril-maig) registra el màxim de mortalitat per causes cardíaques. La tardor, l'estació amb menys mortalitat.

### 1.3. Incidència diària

La incidència màxima diària és de quatre defuncions registrades en l'any 1903 (31 desembre), 1914 (18 juny) i 1916 (28 abril). Tres diàries el 1894 (10 agost), 1897 (20 agost), 1901 (6 novembre), 1903 (21, 24 i 27 desembre, respectivament), 1905 (8 febrer), 1914 (8 juny), 1919 (2 novembre), 1920 (6 i 14 abril, respectivament), 1922 (22 abril), 1930 (11 març) i 1935 (9 desembre), respectivament. Dues defuncions i una per dia es registren en tots els mesos del període revisat a excepció de febrer de 1897, novembre de 1925 i octubre de 1928.

### 2. Defuncions per edat i grups d'edat

La mitjana d'edat dels morts és de 35,48 anys: 34,73 els homes i 36,23 les dones. S'estableix el valor mínim igual a un any (ambdós sexes) i el valor màxim igual a 100 anys (una dona) i 87 (home). La taula 3 mostra la distribució etària en nou intervals d'edat, com s'ha indicat. El major nombre de les defuncions es concentren en el grup dels menors de cinc anys amb un 36,60% (1.018) i adults entre 71-80 any amb un

Taula 3

**Mortalitat total per grups d'edat i sexe. Vilafranca, 1894-1926**

Grups d'edat	Hòmens		Dones		Ambdós sexes	
	Freqüència	%	Freqüència	%	Freqüència	%
0-1	317	12,89	263	18,83	580	20,85
0-1 m	150	10,83	106	7,6	256	9,21
2-12 m	167	12,06	157	11,25	324	11,64
1 a 5	215	15,52	223	15,98	438	15,75
6 a 10	37	2,67	44	3,15	81	2,91
11 a 20	48	3,47	75	5,37	123	4,42
21 a 30	59	4,26	91	6,51	150	5,41
31 a 40	48	3,46	62	4,44	110	3,95
41 a 50	70	5,05	76	5,44	146	5,25
51 a 60	120	8,67	96	6,88	216	7,77
61 a 70	164	12,56	135	9,67	309	11,11
71 a 80	224	16,17	231	16,55	455	16,36
81 a 90	73	5,28	95	6,8	168	6,04
>91	0	0	5	0,36	5	0,17
Total	1.385	100	1.396	100	2.781	100

Font: Arxiu Parroquial i Registre civil. Elaboració pròpia

16,36% (455). Quant al sexe, en els menors d'un any i entre els 51-70 anys hi ha un discret predomini del sexe masculí; en la resta dels grups el sexe femení.

### 3. Sexe

Respecte al sexe, la mostra és paritària amb una diferència del 0,48% decantada al sexe femení. Un 49,80% eren hòmens i un 50,20% dones.

### 4. Estat civil

Pel que fa a l'estat civil, un 48,62% (1.352) eren solters, un 29,59% (823) casats i un 21,79% (606) vidus. Respecte a les dones amb fills, no es pot fer cap estimació per no constar en les defuncions, ni poder deduir-se per la freqüència de la mortalitat de la dona per causa dels processos patològics puerperals.

### 5. Professió

Les professions ens apropen al nivell social dels difunts. Si ens atenem que la professió només està registrada en un 59,94% dels casos (801 hòmens, 866 dones), podem establir que els morts de forma majoritàriament són gent d'ofici: jornalers 23% (384), llauradors 18,17% (303) i dones dedicades a les tasques domèstiques 43,17% (720), les quals representen el 50,59% de totes les professions registrades. A més, hi ha les altres ocupacions habituals de la vida quotidiana –sense especificar: oficis (p.e.



albarder), càrrecs (p.e. secretari) i estats (p.e. capellans)– propietaris (28), eclesiàstics (12), sanitaris (5) i funcional (5), fins i tot situacions marginals com expòsits (2), captaires (3) i pobres de solemnitat (1). De manera global, les professions registrades representen un 64,18% de les persones actives.

### **6. Hora de defunció**

Respecte a l'hora de defunció, s'observa el pic màxim pel matí entre les 9-10 hores (5,68%) i les 6-7 hores (5,50%), a la nit entre les 23-24 hores (5,25%) i a primeries de la vesprada 15-16 hores (4,96%). El moment més benèvol, la primera hora de la matinada (0,03%).

### **7. Procedència del difunt**

El percentatge dels nascuts i morts en la localitat incideix sobre les dades socials i econòmiques conegudes: propietat mitjana, economia agrícola i economia artesana familiar, les suficients per a l'autoabastament i la satisfacció de les necessitats primàries. En l'últim decenni del període en què s'assenta el procés industrial trobem registrada la defunció d'un foraster tècnic especialista «montador».

Pel que fa a la procedència dels difunts, un 86,58% (2.408) són naturals de Vilafranca. Un percentatge relativament significatiu procedeix de pobles dels voltants. Així val a destacar els nascuts a Mosquerola (70) i Benassal (65), seguits de Castellfort (26), Vistabella (25), Ares (25) i l'Anglesola (22). En menor proporció Portell (11), Cantavella (11), Culla (8), Albocàsser (6), Mirambell (6), Morella (5), Cinctorres (5), Forcall (4), Catí (3) i Atzeneta (2).

A Vilafranca també moren i són enterrades persones d'unes altres regions. La valenciana aporta el major nombre de casos, un 7,73% (212 de la província de Castelló i 8 de València). L'Aragó 4,55% (124 de la província de Terol, 2 d'Osca, 1 de Saragossa) i Catalunya 0,54% (12 de la província de Barcelona, 2 de Tarragona, 1 de Girona) amb uns altres de procedència diversa.

### **8. Cartografia**

En la font utilitzada es registra el lloc de la defunció que en la bona part dels casos és el domicili del finat. Una informació que permet afegir la localització geogràfica de cada una de les defuncions.

Tot i que en un 12,12% (338) dels casos no consta el lloc de defunció, la mortalitat urbana s'estableix en un 71,19% (1.980). La major concentració dels òbits (22,38%) es situen en els carrers de la perifèria del migdia-ponent: barri del Maset 11,21% (222), la Raval 11,11% (221) i les Costeres 7,42% (147), àrees més extenses i de residència dels veïns de les classes més baixes i vivendes més humils. Seguits pels carrers de l'Abadia 10,15% (201) i Major 8,58% (107), els carrers més habitats de la localitat.

La mortalitat extraurbana de 16,65% (463) en els masos dispersats pel terme (102 censats al 1910). Un 59,83% (186) de les defuncions es van registrar a la partida de Baix i un 40,17% (277) a la partida de Dalt.

## 2. Causes de defunció segons la freqüència

Del recompte general de les defuncions per grans causes i grups més significatius segons la CIM-2, les afeccions de l'aparell respiratori (broncopneumònies i afeccions bronquials) i l'aparell digestiu (diarrees) representen les primeres causes, ambdós grups amb una major incidència en l'edat infantil. Seguides de les malalties de l'aparell cardiocirculatori (asistòlies i lesions valvulars cardíques) i del sistema nerviós (processos cerebrovasculars). A continuació, les malalties epidèmiques-infeccioses i la tuberculosi (taula 4, figura 3).

Taula 4

### Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904

Grup de causes de defunció	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	%
I. Malalties infeccioses-epidèmiques	106	107	213	7,66
II. Tuberculosi	60	77	137	4,93
III. Malalties generals	35	18	53	1,90
IV. Malalties del sistema nerviós	125	154	279	10,05
V. Malalties de l'aparell cardiocirculatori	150	213	363	13,02
VI. Malalties de l'aparell respiratori	282	242	524	18,84
VII. Malalties de l'aparell digestiu	273	246	519	18,66
VIII. Malalties de l'aparell genitourinari	81	57	138	4,96
IX. Malalties puerperals	25	38	63	2,26
X. Dèficits de desenvolupament	68	43	111	3,99
XI. Senilitat	29	61	90	3,23
XII. Mort violenta	14	8	22	0,79
XIII. Traumatismes	7	1	8	0,28
XIV. Càncers. Tumors	14	21	35	1,26
XV. Altres malalties	19	13	32	1,51
XVI. Mal definides	97	97	194	6,97
	1.385	1.396	2.781	100

Font: Registre Civil. Elaboració pròpia

No està de més indicar que la salut igual que la malaltia és més que una qüestió individual. Depèn de factors biològics, sanitaris, culturals i socials; també del lloc de residència, estrat socioeconòmic, nivell d'educació, pobresa, entre altres. Si comparem els percentatges de les causes de mort de Vilafranca amb unes altres comarques del País Valencià, les diferències existents ens clarifiquen en part el panorama etiològic de la mort. Així, en referència al clima, caldria emular una observació de Cavanilles: «en todas partes se respira un ayre puro, y nuestra especie prolonga la vida con brillantez. Es muy diferente el clima aun en cortas distancias, siendo frío en las inmediaciones de Peñagolosa, Culla, Ares y Benafigos; y al contrario templado y delicioso en las llanuras de Benicarló, Vinaroz y Alcalá» (Cavanilles, 1985, I, p. 29). Un factor geogràfico-climàtic que revela asimetria i apropa Vilafranca a les poblacions valencianes dels

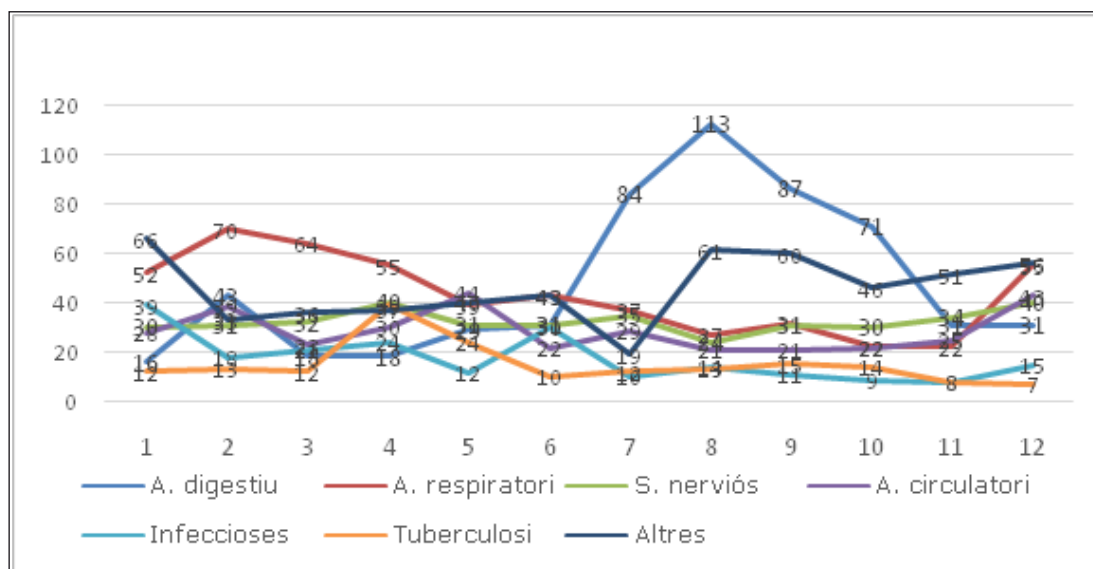


Figura 3. Distribució mensual per grans causes. Vilafranca, 1894-1936

altiplans del patró geogràfic nord-sud de l'interior i a unes altres de terra endins peninsulars, ben diferents a les del prelitoral i zona costera (taula 5). Unes dades com per no marcar cap tendència diferent molt marcada.

**Taula 5**

**Percentatges de la causa de mort més freqüent en diferents indrets del País Valencià**

Grup de causes	Vall del Vinalopó (1900)	Ribera del Xúquer (1896-1917)	Vinaròs (1915-1917)	Vilafranca (1894-1936)
Malalties de l'aparell respiratori	21,3	19,8	22,4	18,84
Malalties de l'aparell digestiu	22,4	17,6	8,4	18,66
Malalties cardiovasculars	6,0	7,7	10,4	13,06
Malalties del sistema nerviós	8,2	23,8	22,4	10,03
Malalties infectocontagioses	12,8	16,6	18,6	67,66

Font: Ferrater, Terol, 1996. Elaboració pròpia

**2.1. Mortalitat infantil**

La mortalitat infantil, com s'ha anotat, és el millor indicador del nivell socio sanitari d'un país. Atès que la infància era la població amb la mortalitat més alta, és perquè encetem l'anàlisi de les causes de defuncions dels menors de cinc anys. La causa principal, les infeccions prevalents estacionals: les diarrees a l'estiu i les bronquials a l'hivern. Les infeccions epidèmiques venen representades pel xarampió, diftèria, erisipela i febres (taula 6).

Unes altres causes no infeccioses del primer mes són les morts relacionades amb problemes del part com l'asfíxia neonatal i les incidències en el postpart per sèpsia i afecions puerperals (eclàmpsia, infeccions específiques com onfalitis, febres) no infreqüents.

Un tercer grup, les malalties típicament infantils que venen condicionades en funció dels trastorns de la nutrició per l'alimentació inapropiada i deficient en els primers

mesos de vida. És el cas de la lactància en un paper preventiu i rellevant davant les malalties. Uns altres determinants com el deslletament, el pas a una alimentació variada, la dentició<sup>9</sup> i l'atrèpsia<sup>10</sup> –la CIM-2 les agrupa en les causes de l'aparell digestiu– com responsables més visibles del dèficit de desenvolupament, la hipoatròfia i debilitat congènita. I al darrere les poques condicions de l'habitatge i alimentàries com a factor de contagi.

### Taula 6

#### Deu principals causes de mort entre 0-5 anys

Grups de causes	Xiquets	Xiquetes	Freqüència	%
1 Digestives	149	205	354	34,77
2 Respiratòries	164	178	342	33,59
3 Hipoatròfia-debilitat congènita	58	36	94	9,23
4 Xarampió	27	38	75	7,36
5 Asfíxia del nadó	14	12	26	2,55
6 Dèficit de desenvolupament	10	7	17	1,67
7 Eclàmsia infantil	8	3	11	1,08
8 Erisipela	2	4	6	0,59
9 Febres	2	4	6	0,59
10 Diftèria	2	3	5	0,50
	436	490	936	91,34

Font: Registre Civil. Elaboració pròpia

La revisió, com s'ha dit, permet establir una aproximació a les defuncions dels menors de cinc anys, un 36,60% (1.018) del total. El pic, l'any 1914 amb un 54,08% (53) del total anual. En el període 1928-1936 es registra la menor mortalitat infantil amb un 20,18% (107), els anys amb menys defuncions 1933 amb un 8,05% (7), seguit de 1928 amb un 11,90% (8) i 1919 amb un 14,28% (8).

## 2.2. Malalties de l'aparell respiratori

Les afeccions respiratòries representen la primera i principal causa de presència constant al llarg del període revisat amb un 18,84% (524) del total de defuncions i la segona causa de mort en el grup dels menors de cinc anys. La màxima anual es registra el 1925 (35), seguida de 1898 (22) i 1894 (21). Per mesos, la mitjana és de 43 casos; la major incidència al febrer (70), març (64), abril (55), desembre (55) i gener (52); menor, octubre i novembre (22), respectivament.

9.- La dentició en el fons tenia una base gastroentèrica. Indica afeccions gàstriques infantils en el moment de canviar el tipus d'alimentació. A més, és conegut les febres altes que acompanyen en la primera eclosió dental en el xiquet i la forta irritació de l'estómac provocada per la saliva tragada.

10.- L'atrèpsia és una malaltia pròpia dels nadons i dels xiquets de pit que es caracteritza per una desnutrició lenta i progressiva a conseqüència de la impossibilitat de digerir els aliments.

Les malalties més freqüents són les broncopneumònies i bronquitis que sovint es presenten com a complicacions d'uns altres processos com la grip, cosa que afavoreix la persistència en els nivells de la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori.

### 2.3. Malalties de l'aparell digestiu

Les malalties de l'aparell digestiu són la segona causa de mort, un 18,66% (519), bàsicament representades per les diarrees i dèntició, les principals responsables de les defuncions infantils del segle XIX. La mortalitat per aquesta causa en els menors d'un any s'atribueix a la precarietat en la higiene, l'alimentació i en les cures dispensades al xiquet. Es tracta de processos infecciosos, inflamatoris o una combinació d'ambdós, els quals escagassen més al període estival. En l'expressió sindròmica de diarrea s'inclouen enteritis, gastroenterocolitis i disenteria que impliquen un 11,90% (331) del total de les defuncions, de les quals més de la meitat, un 58,30% (193) són en menors de cinc anys.

El període de més òbits per aquesta causa: 1894-1906, 1909-1911 i 1915-1917. A partir de 1926, hi ha una disminució manifesta. El major nombre de morts es registra en l'any 1894 (25) i 1897 (23); en l'any 1934, un cas. La major incidència a l'estiu: agost (113), setembre (87) i juliol (84).

Dins de la patologia digestiva també hi ha altres processos menys freqüents (amigdalitis, ileo, cirrosi, etc.) Els càncers de causa digestiva s'inclouen en el grup de les neoplàsies. Entre 1989-2014, la malaltia ulcerosa (gàstrica i duodenal) ocupa la tercera causa (+29%) del grup (Martínez, 2020).

### 2.4. Malalties de l'aparell cardiocirculatori

Les malalties de l'aparell circulatori i cardiovasculars representen la tercera causa del total de les defuncions amb un 13,02% (362). El màxim es va produir el 1931 (15) i 1930 (13). El menor, l'any 1914 (3). Per mesos, maig (44) i desembre (43).

Les causes més freqüents: l'asistòlia, lesions valvulars i lesions orgàniques, sobretot en persones d'edat avançada del sexe femení. A hores d'ara (1989-2014), la insuficiència cardíaca representa una causa d'alt risc (+29%) (Martínez, 2020).

### 2.5. Malalties del sistema nerviós

Prèviament, val a recordar l'apoplexia també anomenada en la seua presentació insult, feridura, atac, accident cerebral vascular o ictus com l'origen de moltes morts, invalideses i reblaniment cerebral.<sup>11</sup> Afecta majorment a les persones d'edat avançada. El diagnòstic és sempre evident i no hi havia motiu per ocultar-lo. El consum d'olis vegetals era mínim o pràcticament nul. Es cuinava i es consumia el greix del bacó conservat en forma sòlida anomenat sagí (llard) que liquava en tirar-lo a la paella calenta. La cansalada, pell i grossa capa de greix subcutani de l'animal, tallada a tires i

---

11.- És de notar la vaguetat de l'accepció reblaniment cerebral i la seua polietimologia. Segons el diccionari terminològic de Ciències Mèdiques, reblaniment cerebral o encefalomalàcia és una afecció aguda o crònica del cervell produïda per diverses causes: hemorràgia, arteriosclerosi, trombosi, embòlia, isquèmia vascular i que es tradueix per distints trastorns del sistema nerviós central (hemiplègies, afàsies, paràlisis diverses, demències).

fregida, cobria les pataques bullides habituals. El consum de sal era alt. La hipertensió desconeguda, però present. La tensió arterial fins a mitjan segle XX no es controlava. Propassats els cinquanta anys, amb més freqüència els hòmens, patien un atac d'insult, de vegades d'efectes letals fulminants. Uns morien en pocs dies, uns altres quedaven la resta de la seua vida amb seqüeles (afàsies, hemiplegies, paràlisis facials, demències) amb la morbiditat consegüent.

Les malalties del sistema nerviós representen la quarta causa de mortalitat amb un 10,03% (279) del total, de les quals un 68,55% són els accidents cerebrovasculars (hemorràgies, embòlies i reblaniment cerebral) més freqüents en les dones. Les lesions cerebrals inflamatòries (meningitis, encefalitis, mielitis) amb major freqüència en els menors de cinc anys.

La distribució és irregular. El major registre en l'any 1901 (23) i 1902 (18), el menor el 1894 i 1895 (2 casos, respectivament). Per mesos, desembre i abril (40 casos, respectivament), el menor l'agost (24).

## 2.6. Malalties contagioses

Les malalties infectocontagioses han dominat pràcticament tota la història de la medicina. Junt al còlera, malalties com la pigota, el xarampió i la tuberculosi són les principals responsables de les crisis de mortalitat de finals del segle XIX. El canvi de signe no ha arribat definitivament fins a mitjan segle XX amb el coneixement i ús dels antibiòtics. El símptoma més comú, com a sensació de malaltia, ha estat la febre. Algunes malalties són d'evolució aguda i han estat més perceptibles perquè es trasmeten per contagi. Altres són d'evolució més crònica. Els agents causals no van ser descoberts de manera progressiva fins a la segona meitat del segle XIX: els microbis. Els virus han arribat a un protagonisme ja en el segle XX. És així que hi haurà un disminució de les defuncions per patologies infeccioses per un millor coneixement de la contagiositat de les malalties infeccioses, l'aplicació de l'asèpsia i antisèptics, les mesures en l'assistència en els parts, la vacunació (pigota) i la millora de la higiene i condicions de vida de la infància.

En el nostre cas, les malalties infeccioses no representen la primera causa de mortalitat, sinó la cinquena. A propòsit, cal fer notar que es consideren malalties infeccioses aquelles conseqüències de causa infecciosa amb independència del grup CIM-2 de la causa de mort. En aquest sentit, per exemple, ningú no dubta que la grip i les pneumònies són malalties infeccioses, però en la CIM-2 figuren en el grup «malalties de l'aparell respiratori». A més, altres malalties infeccioses (meningitis, endocarditis, hepatitis, nefritis, etc.) es classifiquen per l'òrgan afectat i no per la causa. És així, contra el que podria pensar-se, la importància de les causes infeccioses estiga subestimada.

En la sèrie, les malalties contagioses representen un 7,66% (213). Per la freqüència i periodicitat és de notar el xarampió, causa de dos dels quatre excessos de mortalitat el 1914 (30) i el 1896 (14). En els anys 1895, 1902, 1911, 1912 i 1917 no es va registrar cap defunció de causa epidèmica. El xarampió és una infecció viral, extremadament contagiosa i de caràcter cíclic que afecta sobretot els xiquets nascuts després de l'última pàssia, majors de sis mesos. En general, no variava en les diferents epidèmies. En el període examinat en trobem 75 defuncions, desconeixem el nombre de malalts. Però



si tenim en compte que en els quaranta-tres anys van nàixer 3.913 xiquets, veurem que la mortalitat per xarampió (1,92%) rau dins els límits de la mortalitat global. Quan apareixia una complicació com una broncopneumònia, meningitis o enteritis la mortalitat era molt alta (62,66%).

Les altres malalties típicament contagioses i transmissibles més comunes com la diftèria també coneguda com crup o «garrotillo» i la pigota les trobem en decreixement, cosa que podria atribuir-se a una millora en les condicions higièniques. La grip va provocar una gran pandèmia cíclica (1918-1920) amb una major mortalitat per complicacions respiratòries com en el nostre cas (1918, 1920).<sup>12</sup> No es registren altres malalties epidèmiques com el còlera. En suma, una evolució que segueix la tendència de transició demogràfica general.

La màxima mortalitat mensual per causes epidèmiques i xarampió es registra en els mesos d'abril i juny (40), seguit de gener (39). La menor freqüència al novembre (9) i desembre (10).

### Taula 7

#### **Malaties infectocontagioses. Distribució mensual, ambdós sexes**

	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setem.	Oct.	Nov.	Des.
A. digestiu	16	43	18	18	29	31	84	113	87	71	31	31
A. respiratori	52	70	64	55	39	43	37	27	31	22	22	55
S. nerviós	30	31	32	40	31	31	35	24	31	30	34	40
A. circulatori	28	39	23	30	44	22	29	21	21	22	25	43
Epidèmiques	39	18	21	24	12	30	10	14	11	9	8	15
Xarampió	0	0	0	16	16	10	5	3	0	0	2	1
Tuberculosi	12	13	12	39	24	10	12	13	15	14	8	7
Altres	66	33	36	37	40	43	19	61	60	46	51	56
	231	247	206	243	219	209	226	297	258	214	179	247

## **2.7. Tuberculosi**

La tuberculosi, considerada com un dels flagells del segle XIX i primeres dècades del XX, tot i tractar-se d'una malaltia transmissible, per la seua incidència és classificada en un grup propi. En els anys del nostre estudi, encara alguns dubtaven del contagi. Es creia que la tuberculosi era com una malaltia afavorida no tan sols per la misèria, la fam i l'herència sinó també per hàbits, ambients i excessos poc recomanables. En el nostre cas, els treballadors de les barques del tint de les fàbriques pels vapors i la falta de ventilació del recinte eren més propensos a desenvolupar-la, curiosos en un municipi amb un clima idoni per la convalescència dels malalts. Les famílies amb tuberculosos eren més o menys aïllades, evitades o mirades amb prevenció per una part del veïnat i no era infreqüent que els familiars del malalt procuressen convèncer el metge per ocultar o perquè fes constar algun altre diagnòstic.

12.- Pel que fa a l'epidèmia de grip, el 1918 es van registrar 12 defuncions (sis barons i sis dones entre 27 de setembre-13 novembre). El 1919, un home. El 1920, 11 defuncions (set barons, quatre dones, entre el 18 de gener i 13 de febrer).

La tuberculosi està present en tot el període revisat. És la malaltia infecciosa que més morts va causar. Representa un 4,93% (137). El diagnòstic predominant és la tuberculosi pulmonar (87) amb la forma tabes mesentèrica (24), fimia pulmonar (2), tisi (1), escrofulisme (1) i en unes altres localitzacions com l'òssia o mal de Pott (4) i laríngica (2). La casuística més elevada es registra en la dècada 1925-1936 (51). El major nombre de defuncions el trobem l'any 1935 (10) i només l'any 1917 no en consta cap. Per mesos, abril (38) i maig (24) agrupen la major freqüència. La menor, en novembre (8) i desembre (7).

## 2.8. Malalties generals

Es tracta de malalties que responen a criteris de naturalesa simptomàtica i diagnòstic de procedència diversa 1,9% (53), sobretot de causa febril i inflamacions. Unes afeccions sempre difícils de distingir amb un nombre reduït per figurar en uns altres grups d'etiologia més definida.

## 2.9. Malalties genitourinàries

Representen la cinquena causa de la mortalitat (4,96%) (138). Les causes específiques més freqüents són les lesions orgàniques renals (123) que es registren d'una manera progressiva a partir de 1917 amb la màxima incidència el 1936 (9).

## 2.10. Puerperals

Es tracta de processos relacionats de manera aleatòria amb el part (2,26%) (18).

## 2.11. Falta de desenvolupament

Representa un 3,99% (111) del total de la mortalitat com queda referit en el paràgraf de la mortalitat infantil.

## 2.12. Senilitat

La senilitat suposa un 3,23% (90) de les defuncions. Queda expressada principalment com debilitat senil, marasme senil i d'altres formes. Comença a registrar-se amb més freqüència a partir de 1904, l'any en què es contabilitzen més casos. Més freqüent en el sexe femení, atribuït a conseqüència d'una major longevitat i per tant d'una mortalitat més tardana.

## 2.13. Les causes externes de mortalitat

Les causes externes de mortalitat són aquelles no relacionades amb problemes de salut derivats de malalties. Es deuen a accidents i a altres causes com ara homicidis, suïcidis, ofegaments o cremats, per citar-ne alguns exemples.

Els morts per aquestes causes representen un 1,07% (30) del total. En el grup de mort violenta (0,79%) destaquen els suïcidis per penjament amb 8 casos (7 dels quals, hòmens joves, els més joves d'11 anys, 16 i 19 anys, respectivament). Un risc vigent en un +29% (1989-2014) (Martínez, 2020).

Els traumatismes representen un 0,28% (8) dels òbits. Responen a causes accidentals sobretot en el sexe masculí (87,5%), atès que la població masculina ha estat més exposada als accidents i traumatismes.

### 2.14. Càncer. Tumors

En el grup de càncer (1,26%) (35) són capdavanteres les neoplàsies gàstriques (17 hòmens, 9 dones)<sup>13</sup> i les formes cutànies que afecten principalment les dones – exposició al sol –, a banda de les neoplàsies específiques femenines.

### 2.15. Altres causes

Conformen un grup miscel·lani d'altres malalties (1,51%) (35) representades per afeccions de la sang, endocrines i reumatismes, a les quals cal afegir les malalties mal definides (6,97%) (194).

### 2.16. Un cas especial de mortalitat: defuncions de no residents

Es tracta de vuit òbits per causes diferents i presentació aguda en transeünts (un carreter d'Alcalà de 43 anys mort *in situ* per accident de carro. A la fonda, mor un altre carreter de 63 anys, d'Alboraia.

A l'hospital van faltar un captaire de 38 anys, resident a Santolea. Un altre captaire de 38 anys, domiciliat a Ejulbe. Una dona de 16 anys, de Graus. Un home solter, de 21 anys, de Miravete. Dos xiquets de dos anys (Tolva) i tres anys (Halluenca)

## 3. Mortalitat segons els grups d'edat

En l'anàlisi del nombre de morts per grups d'edat, com s'ha anotat, s'observa el major pic en el grup dels menors de cinc anys i en els majors de 70 anys. La corba es manté estable entre els 6-50 anys i augmenta a partir dels 50 anys (taula 4).

En els menors de cinc anys la principal causa de mort, com s'ha anotat, són les malalties infeccioses gastrointestinals i respiratòries. Les causes epidèmiques venen representades especialment pel xarampió; la diftèria, erisipela, calentures, coqueluche i pigota, en descens, i a més, les altres causes no infeccioses del primer mes i la resta de malalties del primer any de vida. La revisió permet establir una TMI en 50,65 per mil habitants,<sup>14</sup> i la TMN 54,80 per mil habitants.<sup>15</sup> Remeto a l'apartat de la mortalitat infantil.

Entre els 6-10 anys, la causa de mortalitat predominant són les afeccions respiratòries entre l'hivern-primavera.

Entre els 11-20 anys, el segon grup de la sèrie que menys mortalitat registra, destaquen per la freqüència la tuberculosi pulmonar especialment en dones, infeccions tifoïdes i processos respiratoris (broncopneumònies i pneumònies). Trobem tres defuncions per diftèria, una per pigota i tres penjaments de barons.

Entre els 21-30 anys sobresurt per la freqüència la tuberculosi pulmonar majoritàriament en dones, seguit d'uns altres processos respiratoris (broncopneumònies

13.- Tendència que ha persistit fins al segle actual, en què s'ha invertit el patró ara per la neoplàsia de colon. Veg. Monferrer, 1996.

14.- Naixements totals: 3.913; nascuts vius: 3.850. Morts menors d'un any 580; nascuts morts: 63. (TMI: 580/3.850: 50,65 per mil). Veg. nota 18.

15.- Naixements totals: 3.913; nascuts vius: 3.850; morts menors de 28 dies: 211. (TMN: 211/3.850: 54,80 per mil).

i pneumònies) amb un grup menor miscel·lani en el qual es registra un penjament d'una dona i una defunció relacionada amb el part.

En el grup 31-40 anys es repeteix el mateix patró pel que fa a la tuberculosi, malalties respiratòries i tifoïdes. Comencen a registrar-se morts per causes cardíaques (lesions valvulars) i s'enceta la patologia de les malalties renals. A més, es registren defuncions de dones relacionades amb l'embaràs («preñez extrauterina»), part («hemorragia por implantación de la placenta») i postpart (eclàmsia, «fiebre puerperal»). Cosa que va comportar matrimonis en segones núpcies per poder fer el nucli familiar.<sup>16</sup>

Entre els 41 i 50 anys, prenen la davantera les causes cardíaques (lesions valvulars, assistòlia, angina de pit), seguit per afeccions de l'aparell digestiu dominades pels processos gastroentèrics i altres afeccions no infeccioses (cirrosis, oclusions intestinals, peritonitis), la irrupció del càncer (estòmec i mama) i les afeccions pròpies de l'edat (pròstata, metrorràgia menopàusica). La tuberculosi i les causes respiratòries, en disminució.

En el grup 51-60 anys predomina la patologia cardíaca (valvular, assistòlies i cardiopaties), cerebrovascular aguda (hemorràgia, apoplexia, reblaniment, embòlia, atac i congestió cerebral) i digestiva amb malalties hepàtiques (cirrosi), biliars i càncer.

A partir dels 61 anys es presenta una propensió a determinades patologies: malalties relacionades amb l'envelliment per causes cardíaques, cerebrals, respiratòries, digestives, urinàries i diabetis. En menor escala les malalties respiratòries i digestives, les altres causes afecten amb major freqüència el sexe masculí.

En el grup 71-90 anys, la causa de mort més freqüent són els accidents cerebrovasculars presentats en forma aguda d'ictus amb més freqüència en els homes.

En els majors de 91 anys, les pròpies de l'edat avançada: marasme i debilitat senil, arteriosclerosi i bronquitis aguda, tots de sexe femení.

En conclusió, amb l'edat distribuïda en sis etapes, observem que les causes de mort tenen distint pes: en edats menors de 10 anys les causes principals són les malalties de l'aparell respiratori (grup VI) i de l'aparell digestiu (grup VII). En els majors de 60 anys les malalties de l'aparell circulatori (grup V), afeccions del sistema nerviós (grup IV) i malalties de l'aparell respiratori (grup VI).

Pel que fa al sexe, no s'observen diferències en els menors de deu anys. La distribució és diferent en la població adulta: els processos d'etiologia respiratòria, digestiva, genitourinària i causes externes són més freqüents en els homes. Les afeccions cardíaques, sistema nerviós, tuberculosi i senilitat afecten més el sexe femení. La senilitat és més manifesta en les dones per la major longevitat de la població femenina.

Respecte a l'estacionalitat meteorològica, únicament les causes infeccioses presenten un comportament estacional. Els màxims percentatges anuals són a l'estiu (agost-setembre) coincidint amb el pic de morts per causes infeccioses gastrointestinals i a l'hivern (desembre-febrer) per causes respiratòries, ambdues principalment en la població infantil.

Les infeccions epidèmiques venen representades principalment pel xarampió amb la major incidència al final de la primavera (abril-juny). La primavera (abril-maig)

---

16.- El cas de Xert és revisat per J. A. Micó, 1996.

és l'estació que registra la màxima mortalitat dels adults per causes cardíaques. L'increment del fred fa que les persones fràgils i vulnerables estiguen més exposades a infeccions per virus com els refredats, la grip i els bacteris com la pneumònia. Al temps que contribueix a descompensar patologies cròniques com les respiratòries i les cardíaques, és el patró que a hores d'ara domina. A l'extrem oposat trobem la tardor i novembre com el mes més benigne quant a nombre de defuncions. Cosa que s'explica perquè és una època en què el fred encara no és intens i més ben tolerat en una terra on la mitjana de la temperatura és baixa o moderada que quan afecta una zona acostumada al calor, i amb les necessitats dels queviures cobertes i al rebost.

### Taula 8

#### Deu principals causes de mort en majors 6-100

Causa	Hòmens	Dones	Freqüència	%
1 Asistòlia	7	71	127	8,68
2 Broncopneumònia	5	29	124	7,03
3 Tuberculosi	9	62	101	5,73
4 Hemorràgia cerebral	42	47	91	5,16
5 Insuficiència mitral	34	42	76	4,31
6 Debilitat senil	25	48	73	4,14
7 Bronquitis crònica	28	34	62	3,52
8 Lesió del cor	22	34	56	3,17
9 Urèmia	37	8	45	2,55
10 Apoplexia cerebral	17	19	36	2,04
	226	394	791	46,33

Font: Registre Civil. Elaboració pròpia

#### 4. Sobre les expressions de la causa de mort

Una altra dificultat a l'hora d'analitzar les causes de mort rau en la perspectiva diacrònica de la terminologia semàntica d'algunes malalties. Val a recordar la contextualització mèdica de la malaltia en aquell moment de la ciència mèdica sense oblidar que el conjunt d'expressions diagnòstiques és la resultant de la difusió social dels sabers mèdics procedents de distintes èpoques, sistemes i escoles.<sup>17</sup> Els conceptes varien amb el temps, cosa que dificulta convertir la terminologia del passat a una nomenclatura actual. En el nostre cas, trobem expressions que avui no s'utilitzen o potser equivocades, però mostren els coneixements científics d'aquella època i en molts casos l'estat de malaltia era simplement descrit mitjançant la causa que suposadament ho desencadenava o el procés fisiopatològic principal. Per aquest motiu, es recorre a la CIM-2 per tractar-se de la classificació que abraça la major part de la cronologia del

17.- L'estudi de les expressions diagnòstiques, les causes de mort i les propostes metodològiques són part de diverses publicacions en revistes especialitzades a finals de la dècada del segle XX, els autors són J. Bernabeu, D. Ramiro, A. Sanz i E. Robles. Veg. Bernabeu-Mestre, López Piñero, 1987: 75; Bernabeu-Mestre, 1989; Barona, 1993 i 1994; Micó, Martínez, 1993. Per motius obvis, tot i l'interès de la terminologia semàntica mèdica, ometem la relació de les expressions diagnòstiques, les quals queden a disposició de l'interessat.

període revisat. Per altra banda, cal no ignorar la formació dels metges que signaren les defuncions, almenys en el sentit de l'expressió utilitzada així com evidenciar una motivació i/o uns coneixements novetosos per al seu temps. En el nostre període, tres metges van ser els encarregats de la sanitat vilafranquina 1894-1903, 1904-1917 i 1917-1936.<sup>18</sup>

Dels 2.781 òbits, coneixem les causes de defunció en 2.773 (99,71%) casos amb 467 expressions diagnòstiques. La revisió de les expressions de les causes de mort, element clau en l'anàlisi demogràfica de la mortalitat, indica que la classificació global de les causes de defunció no és tan insuficient com cabria esperar. Mostra general uniformitat i criteri. La terminologia mèdica retrospectivament vista, es pot dir que és correcta. Trobem distints matisos de referir-se a una mateixa malaltia («esclerioarteriosis» per «arteriosclerosis»; «estrechez» per «estenosi»; «fímia», «tisis» i «escrofulismo» per «tuberculosis»; «pulmonía» i «pneumonía» per «neumonía»; «grippal» per «gripe»). La indefinició de l'evolució aguda d'una mateixa afecció: «enteritis» per «enteritis aguda». La no especificació del procés com «carcinoma de cuerpo», etc. Des d'un primer moment crida l'atenció el registre d'expressions imprecises per a notificar la causa de mort basada en un criteri simptomàtic de què fan referència a símptomes («congestión», «hidremia», «hiperhidremia», «reblandecimiento cerebral», «asfíxia», «diarrea», «encefalitis») o del signe («fiebre», «hemorragia-melenas», «vómica», etc.) que pot emmascarar algunes patologies. A més dels termes que es corresponen al *criteri etiològic* («tuberculosis», «sarampión», «viruela», etc.). Al *criteri anatòmic* de vegades sense indicar la localització («coxalgia», «hernia inguinal estrangulada», «rotura de aneurisma», «rotura de la cara», o més ben especificat «rotura de aneurisma aórtico», càncer («cáncer de mama izquierda»), «preñez extrauterina», «flemón difuso de miembro izquierdo torácico»). Unes altres expressions diagnòstiques d'acord amb un *criteri cronològic* en referència a una etapa concreta de la vida («dentición», «niñez», «iba a la escuela», «vejez», «senil», «senectud»).

En la primera etapa del període (1894-1903) és quan es registren més termes imprecisos i que manquen d'especificat com els iniciats per «lesión», «afección», «ataque», seguides «de» i un òrgan determinat o regió anatòmica («lesión del corazón», «lesión cardíaca», «lesión del hígado», «lesión del peritoneo», «lesión intestinal», «lesión pulmonar», «lesión del centro circulatorio», «lesión de la médula espinal», «afección de la médula espinal», «afección de la vejiga de la orina», «afección del corazón», «afección cerebral», «reumatismo cardíaco», «cólico miserere»).

De forma general, els diagnòstics són prou precisos, segueixen la mentalitat *anatomoclínica* i *terminologia científica* com «enterocolitis aguda», «hepatitis crónica», «pericarditis aguda», als quals s'afegeixen els diagnòstics amb una major precisió com «amigdalitis gangrenosa», «mielitis» o «metroperitonitis puerperal», «cirrosis hipertròfica» o «cirrosis atròfica», «nefritis intersticial», «nefritis parenquimatososa».

18.- Entre 1894-1903, va exercir Juan Monfort Fabregat (-Alcalà, 1904), desconexim la procedència de l'escola mèdica. Entre 1904-1917, va exercir Evaristo Alcón Fandos (Mosquerola, 1865-Vilafranca, 1923), acaba la carrera el 1894, desconexim la procedència de l'escola mèdica. Malalt d'una gastropatia crònica, va estudiar les propietats medicinals de l'aigua (càlcica i bicarbonatada) de la font dels Pradets indicada per als problemes, hepàtics i renals, que arribà a comercialitzar amb el boticari local Gerardo Vergés en 1904. Entre 1917-1936, Manuel Palomo Pallarés (l'Alcora, 1886-Vilafranca, 1953), format a València, acaba la carrera el 1915, va exercir a Vilafranca des de 1917 fins la seua defunció el 1953.



La revisió de les expressions de moda diagnòstica ens porta a un registre de «còlico intestinal» a favor de «còlico miserere», també els nous termes que es registren per primera vegada: «diabetes sacarina», «angina de pecho», «arteriosclerosis», «ictus apoplético». Fins i tot, pleonasmes: «encefalitis cerebral». En suma, uns diagnòstics que, independentment de la competència professional, denoten una informació científica de major qualitat per aquells que emeten el diagnòstic.

Pel que fa al registre de diagnòstics d'origen popular o del llenguatge quotidià només es detecta el terme «crup» que coexisteix amb «garrotillo». O vulgarismes com «sarrampión». Per altra banda, una de les característiques del llenguatge mèdic és l'ús habitual d'epònims com trobem en la revisió: «persistencia del agujero de Botal», «mal de Brighth», «angina de Ludwig», «corea de Sindeham», «mal de Pott», etc. Per últim, val a recordar algunes expressions singulars sense indicar la causa de mort com «estaba impedido», «rotura de la cara», «encontrado muerto en la cerrada de la Gatera», o la part afectada causant del decés, «muerto por disparo de arma de fuego en un pajaro de San Roque».

Respecte a la terminologia dels diagnòstics, a mesura que anem avançant en el temps, els termes són més precisos i tècnics. Els primers diagnòstics, com s'ha anotat, solen ser més ambigus fins a l'extrem de no poder determinar en alguns casos una causa concreta de mort. Alguns diagnòstics són difícils o impossibles de saber avui, a quina malaltia es referien: «encefalitis cerebral», «reumatismo», «asfixia», etc. Aquestes apreciacions confirmen les mateixes dificultats que indiquen els experts. Tampoc els metges no es calfaven massa el cap. Així, a la majoria de les complicacions cardiovasculars anotaven «asistolia» (parada cardíaca), és a dir, que el cor no funciona, i es quedaven tan amples. Cosa que comporta una dificultat afegida per classificar les causes específiques de mort. Amb tot, la terminologia dels diagnòstics no deixa de reunir un gran interès semàntic.

## Transició demogràfica

En el model clàssic de la transició demogràfica de les societats europees occidentals es descriu una gradual i progressiva transició des d'una alta mortalitat fins arribar a una baixa mortalitat amb la disminució significativa de les malalties epidèmiques, especialment de les formes agudes. Tot i el seu descens, encara representen les causes de mort més freqüents dels menors de cinc anys a mitjans segle XX, en les poblacions rurals de l'interior peninsular quan estaran desplaçades per les malalties no infeccioses, cròniques i degeneratives que permeten arribar a una edat avançada.

El descens de la mortalitat és la característica principal de l'evolució demogràfica a Espanya en el segle XX, a excepció dels anys 1918-1920 (grip) i 1936-1939 (guerra civil). En el nostre cas, la transició epidemiològica es notarà a partir de 1917 quan la natalitat comença a disminuir i la mortalitat segueix amb la tendència general; la grip de 1918-1920 no va alterar l'estructura de la mortalitat. La disminució de la natalitat suposa un estímul per la disminució de la mortalitat de les dones en edat fèrtil (15 a 49 anys), en concret de la mortalitat puerperal i infantil. Els factors: l'absència d'episodis bèl·lics i d'epidèmies amb la millora higienicosanitària i de la salubritat fins el terrabastall de 1936 que ho canvia tot. Entre 1894-1936, Vilafranca veu augmentada la població. La població estimada de 3.571 habitants el 1940, representa un increment

del 79% respecte al tombant del segle. La població infantil, la més beneficiada del descens de la mortalitat.

## Conclusions

En aquest treball es realitza una anàlisi descriptiva de la mortalitat general i les causes específiques de mort a Vilafranca, unitat geogràfica rural petita de l'interior, entre 1894-1936.

En el període es revisen un total de 2.781 defuncions, de les quals coneixem la causa de mort en 2.773 (99,71%) casos, reunides en 474 expressions diagnòstiques que semblen més significatives. La TMB de 24,83 per mil és considerada una taxa de mortalitat mitjana. Del total de defuncions, un 49,80% (1.385) eren hòmens i un 50,20% (1.396) dones. L'edat mitjana s'estableix en 35,48 anys: 34,73 els hòmens i 36,23 les dones.

En la distribució temporal hi ha quatre pics (1896, 1914, 1920 i 1925) motivats per afeccions infectocontagioses en la població infantil. La major mortalitat anual es registra el 1914 per una onada de xarampió. Per estacions climatològiques destaca mitjans de l'estiu (afeccions gastrointestinals), primeries de l'hivern (afeccions respiratòries) i primavera (afeccions cardíques); la tardor (novembre), la més benigna. La màxima diària s'estableix en quatre defuncions. Pel que fa a l'hora de mort, s'observa un màxim de decessos entre les 6-9 del matí. La majoria dels finats (86,51%) són naturals de Vilafranca, bona part dels quals (71,19%) moren en la mateixa localitat. Els jornalers (23%) i llauradors (18,17%) són les professions més afectades en el sexe masculí, i les tasques domèstiques les dominants en el femení (50,59%).

Les xifres de mortalitat després d'un pic en el grup dels menors de cinc anys, s'incrementen amb l'edat amb un màxim entre els septuagenaris. Excepte en els menors d'un any i entre els 51-70 anys, en la resta de grups les xifres de morts de les dones sobrepassen a les dels hòmens, diferència més acentuada a partir dels 80 anys per la major longevitat del conjunt femení.

El patró de mortalitat mostra que les malalties de l'aparell respiratori, digestiu, cardiocirculatori i sistema nerviós són les quatre causes més importants de mort en la població adulta. Les altres causes segons freqüència: les malalties infeccioses i tuberculosi, afeccions genitourinàries i senilitat. Tot i que la importància de les causes infeccioses estiga subestimada, les malalties infectocontagioses són les causes de més mortalitat en els menors de cinc anys, a les quals cal afegir les relacionades amb el part, desenvolupament i puerperi, en el primer any de vida. S'aprecia la tendència progressiva a la disminució de les malalties infeccioses.

La transició epidemiològica es palesa a partir de 1917. En els 43 anys estudiats, l'emigració és escassa i es constata l'augment de la població en una taxa anual del 0,65% amb un saldo de 1.132 i un balanç positiu com a conclusió final.

Per últim, val a recordar que l'anàlisi s'ha basat en les dades i els diagnòstics naturals dels registres oficials de defuncions i malgrat les seues limitacions ens proporcionen una informació valuosa per establir una aproximació a la mortalitat a Vilafranca entre 1894 i 1936 i a l'epidemiologia històrica de la terra.

**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
<b>I. Malalties infeccioses-epidèmiques</b>				<b>213</b>	<b>7,66</b>
I.1. Pigota	1	1	2		
I.2. Xarampió	14	14	28		
Xarampió complicat	23	24	47		
I.3. Diftèria	2	1	3		
Laringitis diftèrica		4	4		
I.4. Grip (Grippe)	5	5	10		
I.4.1. Pneumònia, broncopneumònia, bronquitis gripal					
Pneumònia gripal	2	7	9		
Broncopneumònia	5	11	16		
Bronquitis gripal	6		6		
Catarro gripal		1	1		
Infecció gripal	6	1	7		
Meningitis gripal	2		2		
I.5. Tifus. Dotienteria	3	14	17		
Neumotifus	2	1	3		
Tifus abdominal		1	1		
Paratífiques	2	3	5		
Neurotifus		1	1		
I.6. Coqueluche	2	1	3		
I.7. Lepra	1		1		
I.8. Parotiditis		2	2		
I.9. Erisipela	2	1	3		
I.10. Sífilis	1	1	2		
I.11. Altres	27	13	40		
	<b>106</b>	<b>107</b>	<b>213</b>		
<b>II. Tuberculosi</b>				<b>137</b>	<b>4,93</b>
II.1. Tuberculosi	3	1	4		
II.2. T. Pulmonar	31	57	88		
Pleuresia tuberculosa	4		4		
II.3. T. Intestinal i abdominal (tabes mesentèrica)	2	2	4		
Enteritis tuberculosa	1		1		
II.4. Altres					
Tuberculosis laríngica	1	1	2		
Meningitis tuberculosa	4	7	11		
Tuberculosis òssia	2	2	4		
Tuberculosis renal	1		1		
Altres	11	7	18		
	<b>60</b>	<b>77</b>	<b>137</b>		

**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
<b>III. Malalties generals</b>				<b>53</b>	<b>1,9</b>
III.1.1. Febre					
III.1.2. F. Adinàmica. Atàxica. Ataxo- adinàmica	2		2		
III.1.3. F. Cerebral	3	1	4		
III.1.4. F. Gàstrica	2		2		
III.1.5. F. Gastrointestinal	1	1	2		
III.1.6. F. Gripal	1		1		
III.1.7. F. Intestinal	3		3		
III.1.8. F. Nerviosa		1	1		
III.1.9. F. Pútrida	3		3		
III.1.10. F. Sèptica. F. Septicèmica		2	2		
III.1.10. F. Tífica	14	7	21		
III.2. Septicèmia	4	2	6		
III.3. Inflamacions i infeccions específiques		1	1		
III.4. Inanició i caquèxia	2	3	5		
	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>53</b>		
<b>IV. Malalties del sistema nerviós</b>				<b>279</b>	<b>10,03</b>
IV.1. Malalties inflamatòries					
Encefalitis	6	2			
Meningitis	39	30			
Meningoencefalitis	3	7			
Mielitis	1	1			
IV.2. Accidents vasculars. Reblaniment cerebral					
Apoplexia	21	20			
Reblaniment	3	1			
Arterioesclerosis	15	44			
Encefalomalàcia	1	1			
Hematocefàlia	8	16			
Congestió cerebral	13	12			
Hemorràgia cerebral	1	7			
IV.3. Tètanus	1				
IV.4. Paràlisi	3	2			
IV.5. Altres					
IV.5.1. Epilèpsia essencial	2				
Crisi-atac epilèptic	3	2			
IV.5.2. Tumor cerebral	1				
IV.5.3. Hidrocèfal	2	4			
IV.5.4. Lesió medul·la espinal	1	2			

**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
IV.5.5. Corea		1			
IV.5.6. Espasmodia		2			
IV.5.7. Esclerosis en plaques	1				
	<b>125</b>	<b>154</b>			
<b>V. Malalties de l'aparell circulatori i cardiovasculars</b>				<b>362</b>	<b>13,02</b>
V.1. Lesions orgàniques, miocarditis, pericarditis, cardiopaties					
Afecció cardíaca		5	5		
Lesió cardíaca	22	36	58		
Miocarditis	5	6	11		
Pericarditis	5	5	10		
Angina	11	3	14		
V.2. Lesions valvulars i endocarditis. Reumatisme cardíac					
Lesió mitral	34	42	76		
Lesió aòrtica	3	1	4		
Lesió tricuspídia	7	6	13		
Endocarditis	2	8	10		
Doble lesió valvular	1		1		
Reumatisme cardíac	2	1	3		
V.3. Asistòlia, colapse cardíac, síncope					
Asistòlia	53	80	133		
Colapse	2	5	7		
Síncope	3	8	11		
V.4. Circulatòries		3	3		
V.5. Hemorràgies		3	3		
	<b>150</b>	<b>212</b>	<b>362</b>		
<b>VI. Malalties respiratòries</b>				<b>524</b>	<b>18,84</b>
VI.1. Pneumònia, broncopneumònia					
Broncopneumònia	97	34	131		
Pneumònia	19	20	39		
Pulmonia	4	8	12		
VI.2. Bronquitis	15	18	33		
Bronquitis capilar	68	63	131		
Bronquitis aguda	15	32	47		
Bronquitis crònica	28	38	66		
Catarro sufocant (asma)	5	4	9		
VI.3. Laringitis					
Laringitis aguda		2	2		
Laringitis ulcerosa		1	1		
VI.5. Congestió pulmonar (Apoplexia pulmonar)	23	11	34		
VI.6. Altres					

**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
Afecció pulmonar. Lesió pulmonar		1	1		
Pleuresia	1	1	2		
Hemoptisis	1	1	2		
Vòmica		1	1		
Trombosis		1	1		
Infecció pulmonar		1	1		
Supuració pulmonar	2	3	5		
Gangrena pulmonar	2		2		
Embòlia pulmonar		1	1		
Catarro pulmonar	1		1		
Edema pulmonar	1	1	2		
	<b>282</b>	<b>242</b>	<b>524</b>		
<b>VII. Malalties digestives</b>				<b>519</b>	<b>18,66</b>
VII.1. Atrèpsia	6	5	11		
VII.2. Diarrees					
Catarro intestinal	1	2	3		
Enteritis	28	43	71		
Enteritis aguda	28	38	66		
Enteritis crònica	8	9	17		
Enterorrea	2	7	9		
Enterocolitis	9	4	13		
Enterocolitis aguda	14	14	28		
Enterocolitis crònica	6	6	12		
Gastroenteritis	6	13	19		
Gastroenteritis Aguda	14	15	29		
Gastroenteritis crònica	2	1	3		
Gastroenterocolitis	14	15	29		
Gastroenterocolitis crònica	3	1	4		
Disenteria	16	10	26		
Altres	3	5	8		
VII.3. Dentició	27	15	42		
VII.4. Amigdalitis	1		1		
Angina de Ludwig	1		1		
Altres	3	1	4		
VII.5. Oclusió intestinal	13	8	21		
Lesió intestinal	1	1	2		
Còlic intestinal o miserere	2		2		
Altres	1		1		
VII.6. Peritonitis	1	3	4		
Lesió peritoneal	1		1		



**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
Peritonitis aguda	6	5	11		
Peritonitis supurativa	1		1		
Peritonitis traumàtica	1		1		
Peritonitis infecciosa	1		1		
<b>VII.7. Malalties hepatobiliars</b>					
Hepatitis	2	2	4		
Cirrosis	18	11	29		
Lesió del fetge. Icterícia	6	4	10		
Colecistopatia		2	2		
<b>VII.8. Altres</b>					
Estomatitis. Noma	1	1	2		
Càries		1	1		
Invaginació intestinal	1		1		
Gangrena maxilar. Gangrena boca	2	1	3		
Hematemesis-melenes	5		5		
Hemorràgia intestinal		1	1		
Perforació intestinal	1	1	2		
Úlcera d'estòmac	11		11		
Hèrnia estrangulada	4	1	5		
Apendicitis	1		1		
Pancreatitis	1		1		
	<b>273</b>	<b>246</b>	<b>519</b>		
<b>VIII. Malalties genitourinàries</b>				<b>138</b>	<b>4,96</b>
<b>VIII.1. Nefritis</b>					
Nefritis Aguda	4	5	9		
Nefritis crònica	12	18	30		
Nefritis estreptocòcica	1		1		
Nefritis hidrogènica	1		1		
Nefritis infecciosa	3	2	5		
Nefritis intersticial	1	1	2		
Nefritis parenquimatososa	7	6	13		
Mal de Bright	1	4	5		
<b>VIII. 2. Urèmia, albuminúria, esclerosi renal</b>					
	37	8	45		
<b>VIII. 3. Altres</b>					
Abscés renal	1		1		
Abscés d'ovari		1	1		
Quiste d'ovari		1	1		
Pròstata	2		2		
Bufeta orina		1	1		
	<b>81</b>	<b>57</b>	<b>138</b>		

**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
<b>IX. Malalties puerperals</b>				<b>63</b>	<b>2,26</b>
IX.1. Eclàmsia	1	5	6		
Eclàmsia infantil	8	3	11		
IX.2. Infeccions puerperals		1	1		
Metroperitonitis puerperal		2	2		
Metrorràgia postpart		1	1		
Erisipela umbilical		2	2		
Erisipela puerperal		1	1		
Sèpsia puerperal		6	6		
Peritonitis puerperal		1	1		
Febre puerperal		1	1		
IX.3. Altres					
Asfíxia del nadó en el part	14	12	26		
Onfalitis	1		1		
Icterícia neonatorum	1		1		
Hemorràgia postpart		2	2		
Embaràs extrauterí		1	1		
	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>		
<b>X. Falta de desenvolupament</b>				<b>111</b>	<b>3,99</b>
Falta de desenvolupament	10	7	17		
Debilitat congènita	58	36	94		
	<b>68</b>	<b>43</b>	<b>111</b>		
<b>XI. Senilitat</b>				<b>90</b>	<b>3,23</b>
Debilitat senil	25	48	73		
Marasme senil	2	11	13		
Caquèxia senil		1	1		
Gangrena senil	1		1		
Altres	1	1	2		
	<b>29</b>	<b>61</b>	<b>90</b>		
<b>XII. Mort violenta</b>				<b>22</b>	<b>0,79</b>
XII.1. Suspensió	7	1	8		
XII.2. Sumersió	1	2	3		
XII.3. Sofocació		2	2		
XII.4. Arma de foc	3		3		
XII.5. Cremats	2	3	5		
XII.6. Fulguració	1		1		
	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>22</b>		
<b>XIII. Traumatismes</b>				<b>8</b>	<b>0,28</b>
Politraumatismes. Aplastament. Shock	3	1	4		
Fractures de crani	4		4		
	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>		

**Mortalitat per als XVI grups de la CIM-2. Vilafranca, 1894-1904**

Grup de causes	Hòmens	Dones	Ambdós sexes	Total	%
<b>XIV. Neoplàsies</b>				<b>35</b>	<b>1,26</b>
XIV.1. Caquèxia neoplàsica i afecció general	1	1	2		
XIV.2. Neoplàsia digestiva	1	1	2		
XIV.2.1. Gàstrica	6	5	11		
«Cuerpo»		1	1		
XIV.3. Ginecològica					
XIV. 3.1. Mama		4	4		
XIV. 3.2. Úter		1	1		
Bulba		1	1		
Vagina		1	1		
XIV.4. Altres neoplàsies	2		2		
Vesical	2		2		
Cuir cabellut		3	3		
Cara. Llavi	1	2	3		
Boca. Llengua. Vel paladar	1	1	2		
	<b>14</b>	<b>21</b>	<b>35</b>		
<b>XV. Altres malalties</b>				<b>32</b>	<b>1,51</b>
XV.1. Malalties de la sang					
Púrpura	2		2		
Cloroanèmia		1	1		
Anèmia perniciosa	1	3	4		
Anèmia		1	1		
Anèmia cerebral	2	1	3		
XV.2. Diabetes	9	2	11		
XV.3. Altres.					
Reumatismes	5	4	9		
Llavi leporí		1	1		
	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>32</b>		
<b>XVI. Mal definides</b>	<b>60</b>	<b>77</b>	<b>137</b>	<b>137</b>	<b>4,92</b>

Font: Registre Civil. Elaboració pròpia

## Referències bibliogràfiques

### Fonts

Arxiu Municipal de Vilafranca. Registre Civil. *Libro de Defunciones*, tom 10, 1894-1897. Tom 11, 1897-1899. Tom 12, 1899-1901. Tom 13, 1901-1902. Tom 14, 1902-1904. Tom 15, 1906-1910. Tom 16, 1911-1916. Tom 17, 1914-1916. Tom 18, 1916-1919. Tom 19, 1919-1920. Tom 20, 1920-1922. Tom 21, 1922-1928. Tom 22, 1928-1930. Tom 23, 1930-1932. Tom 24, 1932-1935. Tom 25, 1935-1938.

Arxiu Parroquial de Vilafranca. *Libro de Defunciones*, vol. 9, 1884-1914.

### Bibliografia

BAILA PALLARÉS, Miquel Àngel (1986): Transició demogràfica i industrialització a Vilafranca. *Cuadernos de geografía*, núm. 39-40, p. 157-174. ISSN 0210-086-X.

- (1988): Una aportació a l'estudi del procés de transició demogràfica al País Valencià: el cas de Morella (Els Ports). A: PÉREZ APARICIO, Carmen (dir.). *Estudios sobre la población del País Valencià*. Actes de les I Jornades d'Estudi sobre la Població del País Valencià, València-Alacant, 20-22 de març de 1986, vol. 2, p. 625-644. ISBN 84-404-1359-9.

BARONA VILAR, Josep Lluís (1994): «Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte». A: BERNABEU-MESTRE, Josep; ROBLES GONZÁLEZ, Elena (eds.). *Expresiones diagnósticas de causas de muerte*, Alicante: Universidad de Alicante, p. 49-64. ISBN 84-88890-02-8.

BÉCARES, F. (1927): *Interpretación de la estadística demográfica de Adanero (Ávila) correspondiente a los años 1901-1925*. Madrid: Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad, p. 604-611. Citat a García *et al.*

BENACH, Joan (dir.) (2007): *Estudio geográfico de la mortalidad en España. Análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios*. Bilbao: Editorial Nerea, ISBN 978-84-96515-40-6. Disponible a: <[https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2007\\_estudio\\_geografico\\_mortalidad.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2007_estudio_geografico_mortalidad.pdf)> [llibre en línia].

BERNABEU-MESTRE, Josep (1993): «Expresiones diagnósticas y causas de muerte: algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad». *Revista de Demografía Histórica*, vol. 11, núm. 3, p. 11-21. ISSN 1696-702X.

- (1998): «Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica). 1885-1942». *Revista de Demografía Histórica*, vol. 16, núm. 2, p. 15-38. ISSN 1696-702X.

BERNABEU-MESTRE, Josep *et al.* (2003): «El análisis histórico de la mortalidad por causas: problemas y soluciones». *Revista de Demografía Histórica*, vol. 21, núm. 1, p. 167-192. ISSN 1696-702-X.

BERNABEU-MESTRE, Josep; ROBLES GONZÁLEZ, Elena (2000): «Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y transición sanitaria». *Política y Sociedad*, núm. 35, p. 45-54. ISSN 1130-8001.

BERTILLON, Jacques (1899): *Nomenclatura de las enfermedades [Causas de las defunciones...]*. Madrid: Imp. de la Dirección del Instituto Geográfico Estadístico. Citat a Bernabeu-Mestre, 2003, p. 171.

- BURRIEL DE ORUETA, Eugenio L.; CASTELLÓ TRAYER, Josep E. (1988): «La transición demográfica en el País Valenciano». A: *Estudis sobre la població del País Valencià: actes de les I Jornades d'Estudi sobre la Població del País Valencià*. València-Alacant, 20-22 de març de 1986, vol. 2, p. 613-623. ISBN 84-404-1359-9.
- CAVANILLES PALOP, Antonio Josep (1985): *Observaciones sobre la historia natural, geografía, agricultura, población y frutos del Reyno de Valencia*. València: Albatros, vol. I.
- CHILLIDA MELIÁ, Joaquín (1882): «La Farmacia rural». *Revista Médico-Farmacéutica*, II, 27 juny.
- FERRATER CUBELLS, María Asunción; TEROL GRAU, Vicent (1996): «Malalties i població al País Valencià: la Ribera del Xúquer (1819-1910)». BARONA VILAR, Josep Lluís; MICÓ NAVARRO, Juan Antonio (edit.). *Salut i malaltia en els municipis valencians*, València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, p. 263-276. ISBN 84-370-2693-8.
- GARCÍA RAFANELL, Josep Maria; SÁEZ ZAFRA, Marc; FAIXEDAS, María Teresa (2001): «Análisis de la mortalidad en una población rural catalana en el último tercio del siglo XIX: Canet d'Adri, 1872-1900». *Revista Española de Salud Pública*, vol. 75, núm. 1, 2001. ISSN 1135-5727.
- GOZÁLVEZ PÉREZ, Vicente (2003): «Natalidad y mortalidad de la población valenciana (1858-1960)». *Cuadernos de geografía*, núm. 73-74, p. 277-302. ISSN 0210-086X.
- GONZALVO CIRAC, Margarita (2010): *La transición de la mortalidad en el siglo XX: el caso de Tarragona*. Disponible a: <<https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/68140/Margarita%20Gonzalvo.pdf?sequence=1>> [en línia].
- LLORET PASTOR, Juan; HERNÁNDEZ RAMÍREZ, Vicente (1996): «Estudi de la mortalitat a Alcàsser». A: BARONA VILAR, Josep Lluís; MICÓ NAVARRO, Juan Antonio (edit.). *Salut i malaltia en els municipis valencians*, València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, p. 153-165. ISBN 84-370-2693-8.
- MCKEOWN, Thomas (1990): *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica. ISBN 84-7423-455-7.
- MARTÍNEZ BENEYTO, Miguel Ángel (dir.) (2005): *Atlas de Mortalidad de la Comunidad Valenciana 1991-2000*. València: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.
- (2020): *Nuevo Atlas Nacional de Mortalidad en España. Todas las causas de muerte 1989-2014. [Vilafranca del Cid]*. Disponible a: <[https://medea3.shinyapps.io/atlas\\_nacional/](https://medea3.shinyapps.io/atlas_nacional/)> [consulta: 7 febrer 2020] [en línia].
- MICÓ NAVARRO, Juan Antonio (1996): «Morir en Xert (1852-1884): Aproximación al estudio de los diagnósticos de muerte en una comunidad rural del Baix Maestrat». A: BARONA VILAR, Josep Lluís; MICÓ NAVARRO, Joan A. (edit.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, p. 239-248. ISBN 84-370-2693-8.
- MICÓ NAVARRO, Juan Antonio; MARTÍNEZ MONLEÓN, Francisco (1993): «La utilización de las técnicas del análisis semántico-documental en el estudio e interpretación de las expresiones diagnósticas de las causas de muerte». *Revista de Demografía Histórica*, vol. 11, núm. 3, p. 173-186. ISSN 1696-702X.
- MONFERRER I GUARDIOLA, Josep (1997). *Vilafranca: evolució urbana d'un poble industrial*. València: Fundació Medioambiental. ISBN 84-923270-0-6.
- MONFERRER GUARDIOLA, Rafael (2017-2018): «Les epidèmies de cólera a Vilafranca en el segle XIX. El cólera de 1855». *Estudis castellonencs*, núm. 2, p. 175-205. ISSN 1130-8788.

MONFERRER GUARDIOLA, Rafael *et al.* (1996): «Incidencia del cáncer gástrico en el Área de Salud 02 de Castellón». *Anales de Medicina Interna*, vol. 13, núm. 2, p. 68-72. ISSN 02127199.

NADAL OLLER, Jordi (1984): *La población española (siglos XVI a XX)*. 4a ed. Barcelona: Ariel, ISBN 84-344-1011-7.

OMRAN, Abdel R. (2005): «This is a reprint of “The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change”». *Milbank Mem Fund Q*, vol. 83, núm. 4, p. 731-757. DOI 10.2307/3349375. Disponible a: <<https://www.jstor.org/stable/3349375>> [en línia].

PERDIGUERO GIL, Enrique I.; BERNABEU-MESTRE, Josep (1998): «El descenso de la mortalidad: la transición sanitaria y epidemiológica de la población valenciana». A: *La población valenciana. Pasado, presente y futuro*, vol. II, Institut Alacantí de Cultura Juan Gil-Albert, Alacant, p. 33-58. ISBN 84-7784-323-6.

PÉREZ MOREDA, Vicente (1980): *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*. Madrid: Siglo Veintiuno de España. ISBN 84-32303-80-1.

SANZ GIMENO, Alberto (2001): «Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932)». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 95, p. 129-154. ISSN 0210-5233.

SANZ GIMENO, Alberto; RAMIRO FARIÑAS, Diego (2002): «La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte». *Cuadernos de Historia Contemporánea*, vol. 24, p. 151-188. ISSN 0214-400-X.

SANTONJA CARDONA, Josep Lluís (2002): «Salut i medi ambient: els informes oficials sobre els corregiments d'Alcoi i Xixona (1764-1787)». A: BARONA VILAR, Josep Lluís, *et al.* (edits.). *Medi ambient i salut en els municipis valencians. Una perspectiva històrica*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, p. 63-77. ISBN 84-699-9887-0.

VILLALONGA-OLIVES, Ester *et al.* (2013): «Análisis de desigualdades en mortalidad en áreas pequeñas: queda camino por recorrer». *Gaceta Sanitaria*, vol. 27, núm. 4, p. 378-380. Disponible a: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.002>> [en línia].