



**Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931).
Obra Médica y Doctrina Tisiológica**

TESIS DOCTORAL

Presentada para obtener el grado de doctora por la Universidade da Coruña.

Fdo: Isabel Rego Lijó

Licenciada en Medicina y Cirugía por la USC

A Coruña, 2015

Don Jorge Teijeiro Vidal, Catedrático de Radiología y Medicina Física:

Certifica:

Que la presente tesis doctoral, titulada: **Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931). Obra Médica y Doctrina Tisiológica**, que presenta la Licenciada en Medicina y cirugía doña Isabel Rego Lijó, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones para optar al grado de Doctora, autorizándola para su presentación ante el Tribunal correspondiente.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en A Coruña a 1 de Septiembre de 2015.



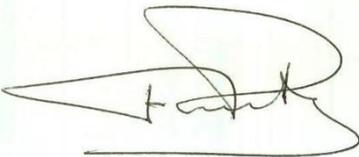
Fdo. Prof. Dr. D. J. Teijeiro Vidal.

Don Fernando Julio Ponte Hernando, Doctor en Medicina y Cirugía:

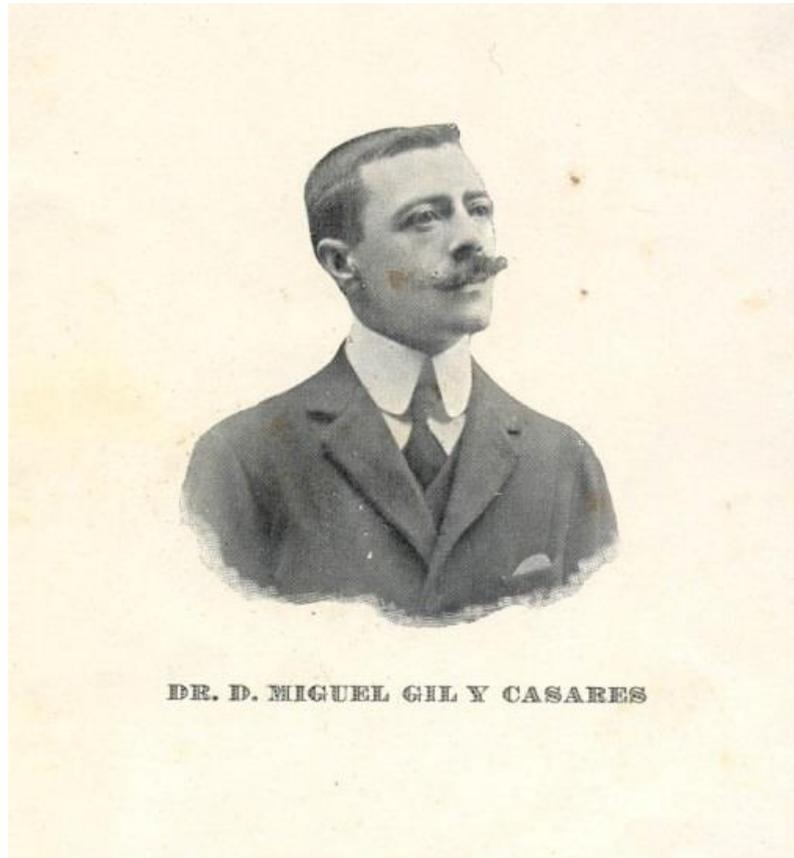
Certifica:

Que la presente tesis doctoral, titulada: **Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931). Obra Médica y Doctrina Tisiológica**, que presenta la Licenciada en Medicina y cirugía doña Isabel Rego Lijó, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones para optar al grado de Doctora, autorizándola para su presentación ante el Tribunal correspondiente.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en A Coruña a 1 de Septiembre de 2015.



Fdo. Prof. Dr. F. J. Ponte Hernando.



Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931):

Obra Médica y Doctrina Tisiológica.

Memoria presentada por Isabel Rego Lijó para optar al grado de doctora por la Universidad de A Coruña.

Dedicatoria

A todos los médicos que lucharon y siguen haciéndolo contra la peste blanca.

Según el último informe de la O.M.S. de 2014 es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial después del SIDA. En 2013 se calcula que contrajeron la enfermedad 9 millones de personas de las que fallecieron 1,5 millones. La mayoría de estas muertes son evitables.

A Mateo.

Que acabó comprendiendo por qué a mamá le gustan tanto los *libros velliños*.

A Ramón y Antonia.

Agradecimientos

A la familia de D. Miguel Gil Casares por su confianza en mí desde el momento en que este trabajo comenzó a gestarse y que se ha mantenido durante los años de desarrollo de la tesis. Agradecer toda la documentación que me han facilitado del archivo familiar que ha sido de gran ayuda para el desarrollo de mis investigaciones.

Al Prof. Dr. Fernando J. Ponte Hernando, quién me propuso la realización de este proyecto, por su generosidad para compartir sus conocimientos y participar activamente en la realización de este trabajo.

Al Prof. Jorge Teijeiro Vidal, distinguido científico por su tutoría de esta tesis.

Al Prof. Golpe Cobas por su amabilidad al facilitarme información de primera mano sobre la lucha antituberculosa en Compostela, pobremente investigada hasta el momento y sin cuyas aportaciones ciertas conclusiones no serían posibles.

Resumen

La presente tesis analiza la labor como tisiólogo del Dr. D. Miguel Gil Casares (1871-1931). Estudia, a través de su obra, la situación médico-social de la enfermedad tuberculosa en el territorio gallego, contextualizándola con lo que ocurría en el resto de España y del continente europeo.

Valora como las especiales características sociodemográficas de la Galicia del primer tercio del siglo XX: alta densidad poblacional, con núcleos distantes y mal comunicados y, con diferencia, el mayor índice de emigración español así como las especiales condiciones climatológicas y la existencia de manantiales con propiedades antiscrofulosas, pudieron ser determinantes en la obra del autor.

Afirmamos que Gil Casares desarrolló una doctrina tisiológica propia. Realizó aportaciones de interés, tanto al estudio etiológico como epidemiológico de la tuberculosis como a los métodos clínicos y complementarios del diagnóstico, divulgando técnicas exploratorias para la detección precoz y promoviendo uno de los primeros gabinetes radiológicos de España. Del mismo modo realizó ensayos con un nuevo fármaco, el fluoruro sódico, sal existente en cantidades relativamente altas en manantiales terapéuticos gallegos. Fue un importante difusor del primer tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo efectivo para la enfermedad, el neumotórax terapéutico. Participó en gran parte de los congresos y reuniones científicas celebradas a nivel nacional, siendo el promotor y presidente del primer Congreso Regional Antituberculoso Español, celebrado en A Toxa y Mondariz en 1925 y promovió la creación de un sanatorio marítimo antituberculoso para niños afectos de tuberculosis extrapulmonar en la playa de A Lanzada.

Resumo

Esta tese analiza a obra como tisiólogo do Dr D. Miguel Gil Casares (1871-1931). Estuda, a través do seu traballo, a situación médica e social da tuberculose en Galicia, contextualizándoa co que ocorría no resto de España e de Europa.

Avalía como as especiais características sociodemográficas da Galicia do primeiro terzo do século XX -alta densidade de poboación, con núcleos distantes e mal comunicados e, de lonxe, a maior taxa de emigración española- e as condicións climáticas especiais ademais da existencia de nacementos con propiedades antiescrofulosas, poderían ser decisivas para a obra do autor.

Afirmamos que Gil Casares desenvolveu a súa propia doutrina tuberculosa. Fixo contribucións interesantes, tanto para a etioloxía e epidemioloxía da enfermidade coma nos métodos clínicos e complementarios de diagnóstico, espallando técnicas exploratorias para a detección precoz e promovendo un dos primeiros gabinetes radiolóxicos de España. Así mesmo realizou ensaios cun novo fármaco, o fluoruro de sodio, sal existente en cantidades relativamente elevadas en fontes terapéuticas galegas. Foi un importante difusor do primeiro tratamento cirúrxico minimamente invasivo eficaz para a enfermidade, o pneumotórax terapéutico. Participou en moitas das conferencias e reunións científicas a nivel nacional, sendo o promotor e presidente do Primeiro Congreso Rexional da Tuberculose en España que tivo lugar na A Toxa e Mondariz en 1925 e promoveu a creación dun sanatorio marítimo para nenos afectos de tuberculose extraplumonar na praia de A Lanzada.

Abstract

This thesis analyzes the labour of Dr Miguel Gil Casares (1871-1931) as phthisiologist. It studies the medical and social situation of tuberculosis in Galicia through his work, contextualizing it in what was happening in the rest of Spain and Europe.

It studies how the specific Galician demographic characteristics in the first third of the Twentieth Century -high population density, mostly living in small scattered and poorly communicated villages, with by far the highest rate of Spanish emigration-, the special climatic conditions and the existence of natural springs with anti-tubercular properties might have been decisive in the author's work.

We can affirm that Gil Casares developed his own phthisiology doctrine. He made interesting contributions to both the etiology and epidemiology of tuberculosis; and to clinical and complementary methods of diagnosis, spreading exploratory techniques for early detection and promoting one of the earliest radiology departments in Spain. He conducted trials with a new drug, fluoride sodium, salt present in relatively high amounts in Galician therapeutic springs. He spread the first effective minimally invasive surgical treatment for the disease, therapeutic pneumothorax. He participated in most of the conferences and scientific meetings at national level, being the promoter and director of the first Regional Congress on Tuberculosis in Spain held in A Toxa and Mondariz in 1925 and promoted the creation of a maritime sanatorium for children affected by extrapulmonary tuberculosis in A Lanzada Beach.

RELACIÓN DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

AAE: Asociación Antituberculosa Española.

ANMLA: Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa.

AHUS: Archivo Histórico Universitario de Santiago.

BCG: Bacilo de Calmette-Guerin.

DGS: Dirección General de Sanidad.

JAE: Junta de Ampliación de Estudios.

Índice:

INTRODUCCIÓN	21
PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS	21
MATERIAL Y MÉTODO.....	22
ESTRUCTURA DEL TRABAJO	25
I. DESARROLLO DE COMPOSTELA COMO CIUDAD UNIVERSITARIA. LA FIGURA DE GIL CASARES.	27
1.1 COMPOSTELA A PARTIR DE LA RESTAURACIÓN.....	27
1.2. BIOGRAFÍA CIENTÍFICA DE GIL CASARES.....	34
1.3. OBRA MÉDICA DE MIGUEL GIL CASARES.....	42
II. TUBERCULOSIS. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA.	53
2.1. SITUACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN LA ÉPOCA DE GIL CASARES.....	53
2.2. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD A FINALES DEL SIGLO XIX- PRINCIPIOS DEL XX. MORTALIDAD GLOBAL. LA SITUACION EN ESPAÑA. EL CASO GALLEGO.....	56
2.3. ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA	74
2.4. ESTRUCTURAS ASISTENCIALES ANTITUBERCULOSAS EN GALICIA. DISPENSARIOS Y HOSPITALES.....	79
2.5. EL SEGURO CONTRA LA TUBERCULOSIS.....	106
2.6. EL CASO CLINICO DE LA DAMA DE LAS CAMELIAS	110
III. HERENCIA Y CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS	117
3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, DESCUBRIMIENTO Y AISLAMIENTO DEL BACILO.....	117
3.2. LA TEORÍA DE LA HERENCIA PARA GIL CASARES	122
3.3. PAPEL DEL RETORNO MIGRATORIO.....	145
3.3.1. CRÓNICAS DE UN VIAJE A LA HABANA	176
3.4. PARALELISMO CON LEPROA.....	185
IV. PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS	197
4.1. EL ALCOHOL: CAUSA Y TRATAMIENTO.....	197
4.2. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN. LA LECHE.....	203
4.3. AISLAMIENTO E INMUNIDAD.....	207
4.4. POLÉMICA CON EL REAL PATRONATO.....	210
4.5. TEORÍAS EUGENÉSICAS.....	224
4.6. LA VACUNA ANTITUBERCULOSA.....	231

V.	DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	247
5.1.	IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO	247
5.2.	EXPLORACION FÍSICA.....	249
5.2.1.	PERCUSIÓN.MÉTODO DE KRÖNIG Y VARIANTES	251
5.2.2.	AUSCULTACIÓN	258
5.2.3	LA TEMPERATURA EN EL PACIENTE TUBERCULOSO	261
5.3.	PALOGRAFÍA	268
5.3.1	PALOGRAMAS DE PULSO DÍCROTO EN EL PACIENTE TUBERCULOSO.....	268
5.4.	TEST DIAGNÓSTICOS	290
5.5.	LA RADIOLOGÍA. LA LABOR DE GIL CASARES EN LA OBTENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS PRIMEROS APARATOS DE RAYOS X DEL HOSPITAL DE SANTIAGO	295
VI.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	315
6.1	EL FLUORURO SÓDICO	317
6.2	FARMACOPEA DE GIL CASARES.....	327
VII.	EL NEUMOTÓRAX TERAPEÚTICO	331
VIII.	EL CONGRESO DE LA TOJA-MONDARIZ.....	349
8.1.	ANTECEDENTES: LA CONFERENCIA DE LA FUENFRÍA.	349
8.2.	CELEBRACIÓN DEL CONGRESO.	353
8.2.1.	LOS PROLEGÓMENOS: POLÉMICA CON EL REAL PATRONATO	353
8.2.2.	PRINCIPALES PONENCIAS Y CONCLUSIONES.	374
IX.	TERAPIA SANATORIAL	411
9.1.	LOS SANATORIOS DE LA ÉPOCA. INDICACIONES. CLIMATOTERAPIA Y TALASOTERAPIA. VIDA SANATORIAL.....	411
9.2.	PUGNA SANATORIO CESURAS-SANATORIO LANZADA.	420
9.3.	EL CLIMA DE LAS COSTAS GALLEGAS COMO RECURSO TERAPEUTICO Y ESPECIALMENTE EL DE LA TOJA.....	434
9.4.	EL SANATORIO DE LA LANZADA.....	452
9.4.1.	CREACIÓN DEL PATRONATO Y PUESTA EN MARCHA	452
9.4.2.	RESULTADOS TERAPÉUTICOS.	462
X.	CONCLUSIONES.....	475
	BIBLIOGRAFÍA	479
	ANEXO I. REGLAMENTO GENERAL DEL SANATORIO DE LA LANZADA	505

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

La presente tesis doctoral es una investigación en Historia de la Ciencia que analiza la labor como tisiólogo de Miguel Gil Casares (1871-1931) en el período que transcurre entre finales del s. XIX y primeros treinta años del s. XX, fechas que coinciden entre la licenciatura en Medicina en la universidad compostelana y la prematura muerte del autor. No se trata de una biografía del personaje, sino que se analiza a través de su obra, la situación médico-social de la tuberculosis en la Galicia de esa época en relación con lo que ocurría en el resto de España, Europa y los países de Latinoamérica con los que Galicia mantenía un flujo migratorio constante en la fechas señaladas, de salida en los primeros años y de retorno fundamentalmente al final de los años veinte, coincidiendo con la crisis que afectó a los principales países de acogida de emigrantes gallegos.

Fuera de este período, de forma inevitable se harán referencias, con el fin de contextualizar el análisis, a lo sucedido tanto en las décadas previas al período en estudio, como en los años subsiguientes, en relación con las investigaciones o repercusiones de la obra de Gil Casares más allá de su fallecimiento.

Dado que Gil Casares desarrolla su actividad docente en la Universidad de Santiago de Compostela y su actividad asistencial y de investigación en la misma ciudad, tanto en la clínica universitaria como en su consultorio privado, este será el principal marco geográfico del estudio. Dentro de la comunidad gallega, otro lugar

de acción de la labor de Gil Casares es la provincia de Pontevedra, donde será el principal promotor del Primer Congreso Regional Antituberculoso Español, que se desarrollará en A Toxa y de la puesta en marcha de un sanatorio marítimo en A Lanzada, que pertenece al ayuntamiento de O Grove, en la misma provincia. Con excepción de sus viajes científicos por Europa y América, que nunca fueron demasiado prolongados, como vemos, la gran mayoría del trabajo que realizó don Miguel se desarrollará en Galicia.

Aunque la actividad clínico-científica de Gil Casares abarca otros campos además de la tuberculosis, destacando la cardiología, que inexcusablemente hemos de analizar someramente por los estudios que vinculan la tuberculosis con enfermedades del corazón; o la lepra, enfermedad que en el aspecto epidemiológico el autor analiza siempre de forma paralela con la tisis, este trabajo se ceñirá al estudio de la peste blanca en un momento donde representa el mayor problema médico-social y donde comienzan a aparecer los primeros tratamientos efectivos para el mal.

MATERIAL Y MÉTODO

La base documental de esta tesis está constituida por los trabajos (libros, artículos de prensa científica y general, trabajos inéditos, cartas del archivo personal, fotografías...) de Gil Casares pero obligatoriamente también incorpora la obra de otros tisiólogos de la época con los que guardó relación, bien por ser autores de referencia para él, por ser defensores de similares teorías o prácticas, sobre todo si desarrollaban su actividad en la misma región y, por supuesto, cuando existió

desacuerdo y fue origen de controversias científicas que analizaremos en detalle en cada caso.

También se hacen alusiones a la literatura, fundamentalmente gallega, cuando existe una relación estrecha tanto temática como témporo-espacial entre los trabajos del autor y la obra citada, como puede ser la vida universitaria en Compostela, la visión romántica de la enfermedad, el ingreso en un sanatorio, como el de Davos que visitó, el fracaso del retornado de la emigración o la técnica de neumotórax y el shock pleural.

Todas las fuentes han sido analizadas de forma crítica con el fin de estudiar en profundidad la situación de la tuberculosis en la época a estudio centrada en el caso gallego y así proceder a detallar científicamente las aportaciones a la fisiología de Gil Casares

Esta literatura ha sido consultada fundamentalmente en el Archivo familiar de los herederos de Gil Casares, la Biblioteca de la Universidad de Santiago de Compostela, en el Archivo Histórico Universitario de Santiago de Compostela (A.H.U.S.), el Archivo de la Diputación de Pontevedra así como en su Archivo Gráfico, Casa da Cultura Galega, en la biblioteca Penzol de Vigo, el Archivo de la Junta de ampliación de Estudios (J.A.E.) que se encuentra digitalizado, Archivo de imágenes de la R.A.N.M., así como en la adquisición de obras propias del autor o vinculadas que han estado a mi alcance y que he ido adquiriendo en librerías de viejo tanto físicas como en páginas web especializadas (unilibro.com e iberlibro.com fundamentalmente).

También han sido consultados catálogos y bases de datos automatizados en línea destacando entre ellos:

-Catálogo Iacobus de la Biblioteca de la USC.

<http://iacobus.usc.es/>

-Hemeroteca de la Biblioteca de Galicia. Galiciana.

<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/>

-Catálogo del Patrimonio Bibliográfico Español

http://ccpb_opac.mcu.es/cgi-brs/CCPB/abnetopac/O9039/ID8807eddb?ACC=101

-Catálogo bibliográfico de la Real Academia de Medicina

<http://biblioteca.ranm.es/>

-Catálogo REBUIN (Catálogo Colectivo de Red de Bibliotecas Universitarias)

<http://www.rebiun.crue.org/cgi-bin/abnetop/X16245/ID814679249?ACC=101>

-Catálogo de la Biblioteca Nacional de España

<http://www.bne.es/es/Catalogos/>

-Biblioteca Nacional de Cataluña

<http://www.bnc.es/>

-Catálogo de las bibliotecas del CSIC.

http://bvirtual.bibliotecas.csic.es/primo_library/libweb/action/search.do?vid=csic

-JABLE. Archivo de prensa digital de Canarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

<http://jable.ulpgc.es/jable/>

-Fundación URIACH

<http://www.fu1838.org/biblioteca.php#>

-TESEO. Consulta de Base de Datos de Tesis doctorales. Ministerio de Educación, cultura y deporte.

<https://www.educacion.gob.es/teseo/>

-IME. Índice Médico Español.

<https://bddoc.csic.es:8180/>

-Gallica. Buscador de la Biblioteca Nacional de Francia.

<http://gallica.bnf.fr/?lang=ES>

-Index Catalogue de la Biblioteca Nacional de USA.

<https://www.nlm.nih.gov/>

Esta labor me ha permitido recopilar una gran parte de las publicaciones científicas de Gil Casares, tanto sobre tuberculosis como otra temática. He decidido incluir un capítulo con la relación de estas obras por dos razones fundamentales: la primera porque este listado no había sido publicado con anterioridad más que en una pequeña parte y segundo porque al analizar la obra sobre tuberculosis en el conjunto total de la del autor nos permite encuadrar y ponderar el interés que le produjo la materia y la evolución de la misma temporalmente en relación con otros campos de investigación y publicaciones.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

La investigación ha sido distribuida en diez capítulos. Dado que Gil Casares estudió y realizó aportaciones al estudio de la tuberculosis desde todos los puntos de vista posibles: desarrolló teorías propias epidemiológicas como de diagnósticas (incluyendo métodos de exploración física y desarrollo y promoción de pruebas complementarias), de tratamiento (médico, quirúrgico y sanatorial) y fue un importante divulgador del conocimiento científico, participando en gran cantidad de congresos y conferencias sobre tuberculosis, (fue además el principal promotor del

primer congreso regional frente a la enfermedad) se ha decidido mantener el formato de un libro de Patología Médica clásico, de forma que se haga visible la verdadera creación de una *doctrina tisiológica*, a la que se hace referencia en el título.

Se analiza de esta forma la obra de Gil Casares y la situación médico-social de la enfermedad, siguiendo un esquema básico de tratado de patología: epidemiología, diagnóstico (clínico y pruebas complementarias) y tratamiento, manteniendo una secuencia temporal dentro de cada apartado. Se ha extendido el análisis en aquellos puntos en los que Gil Casares realizó mayores aportaciones o donde su punto de vista estaba más alejado del pensamiento hegemónico del momento.

De esta forma he buscado el análisis de la enfermedad social por excelencia en el primer tercio del siglo XX en Galicia pero sin perder la perspectiva médica. El tipo de estudio realizado está influido, sin duda alguna, por mi situación actual de investigadora de la Historia de la Ciencia compaginado con la actividad asistencial diaria en un Centro de Salud.

I. DESARROLLO DE COMPOSTELA COMO CIUDAD UNIVERSITARIA. LA FIGURA DE GIL CASARES

1.1 COMPOSTELA A PARTIR DE LA RESTAURACIÓN¹

Miguel Gil Casares nace en 1871, tres años antes del inicio de la Restauración borbónica y fallece, de forma prematura a los cincuenta y nueve años, el 12 de abril de 1931, dos días antes de la proclamación de la Segunda República.

En este período, Restauración, Dictadura de Primo de Rivera y desarrollo de lo que sería la Segunda República, se acometen en gran parte de las ciudades españolas reformas de gran relieve, desde ensanches urbanísticos hasta una clara especialización de las funciones, bien en actividades fabriles o en el ámbito del comercio o en los servicios administrativos y militares.

En este panorama el caso de Santiago es ciertamente singular ya que se produce una ralentización evidente del anterior empuje demográfico, comercial e industrial que caracteriza a Compostela desde mediados del s. XVIII hasta una centuria más tarde.

Las razones de este declive son variadas pero una de las no menos importantes fue el encaje de una ciudad levítica y de orientación carlista en el marco de una administración liberal. Al mismo tiempo, la dificultad de convertirse en una ciudad mercantil por lo deficitario de las comunicaciones (pese a la precocidad de la

¹ Vid. VV. AA (2003) Coordinado por Ermelindo Portela Silva. *Historia de la Ciudad de Compostela*. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico Campus Universitario Sur da Universidade de Santiago. Santiago; Imprenta universitaria.

conexión ferroviaria con Carril), el carácter militarmente prioritario de las ciudades de A Coruña y Ferrol, cuando no de las urbes meridionales de Pontevedra y Vigo. Además la pérdida, en décadas previas, de la especialidad en el curtido de cueros, junto con que la moderna industrialización se asentó en otros puntos de Galicia, dejan a Compostela con escasas alternativas.

¿Qué le quedaba a Santiago? “Enseñanza y Sanidad” dijo el alcalde Goyanes en 1922, a lo que habría que añadirle la condición de centro eclesiástico y de incipiente capital turística gracias a la recuperación progresiva de la tradición jacobea², fortalecida tras las excavaciones en la catedral y la recuperación de los Años Santos, con las consiguientes peregrinaciones.

Durante esta etapa, donde la población aumenta poco y los recursos son limitados, se transforma el paisaje urbano debido fundamentalmente a la reestructuración del casco central mediante la remodelación o reconstrucción de muchos de sus edificios, alineamiento y enlosado de calles y la elaboración de un primer plan de ensanche, la humanización de la Alameda y su apertura hacia el Oeste con la Exposición Regional de 1909 y la posterior Residencia universitaria.

Además de esto, entre los años ochenta del s. XIX, debido a la unión fundamentalmente entre la Eugenio Montero Ríos y fuerzas activas de la Universidad y el mundo de los artesanos, se tejió una unión que tendría como fruto la

² En 1879, en un acto promocionado por el Cardenal Payá (1811-1891) se consigue que la comunidad científica y eclesiástica compostelana certifiquen como pertenecientes al Apóstol unos restos óseos encontrados en una excavación en el subsuelo del tras-sagrario y presbiterio de la Catedral de Santiago, gracias a un informe científico en el que participaron el Profesor Antonio Casares (Rector y Catedrático de Farmacia y abuelo de Don Miguel), Francisco Freire Barreiro y Timoteo Sánchez Freire (ambos cuñados y Catedráticos de la Facultad de Medicina). Ver: Ponte Hernando, Fernando; Rego Lijó, Isabel (2012). *La locura y el bisturí. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*. Seminario Mayor Compostelano. Universidade de Santiago de Compostela. (Pág. 173-188).

construcción de edificios de gran porte, como la Facultad de Medicina, la Escuela de Veterinaria o el Colegio de Sordomudos y Ciegos, de forma que la monumentalidad de la ciudad, confinada durante años a la Iglesia, tuvo durante esta época su principal manifestación en obras de carácter civil y de destino mayoritariamente educativo.

La primera obra en acometerse fue el edificio central de la Universidad, que fue aprobada en 1889 según el diseño del arquitecto Velázquez Bosco. La reforma supuso algo más que el añadido de una segunda planta que pese al embellecimiento de fachada con nuevas estatuas modificó notablemente el aspecto del edificio neoclásico diseñado por Ferro Caaveiro. Se construyó un paraninfo, adornándose el techo con pinturas de Fenollera y un gran salón biblioteca, en la planta superior. La remodelación completa no se vio concluida hasta principios del siglo XX.



Pazo de Fonseca en la actualidad. Fotografía de la autora.

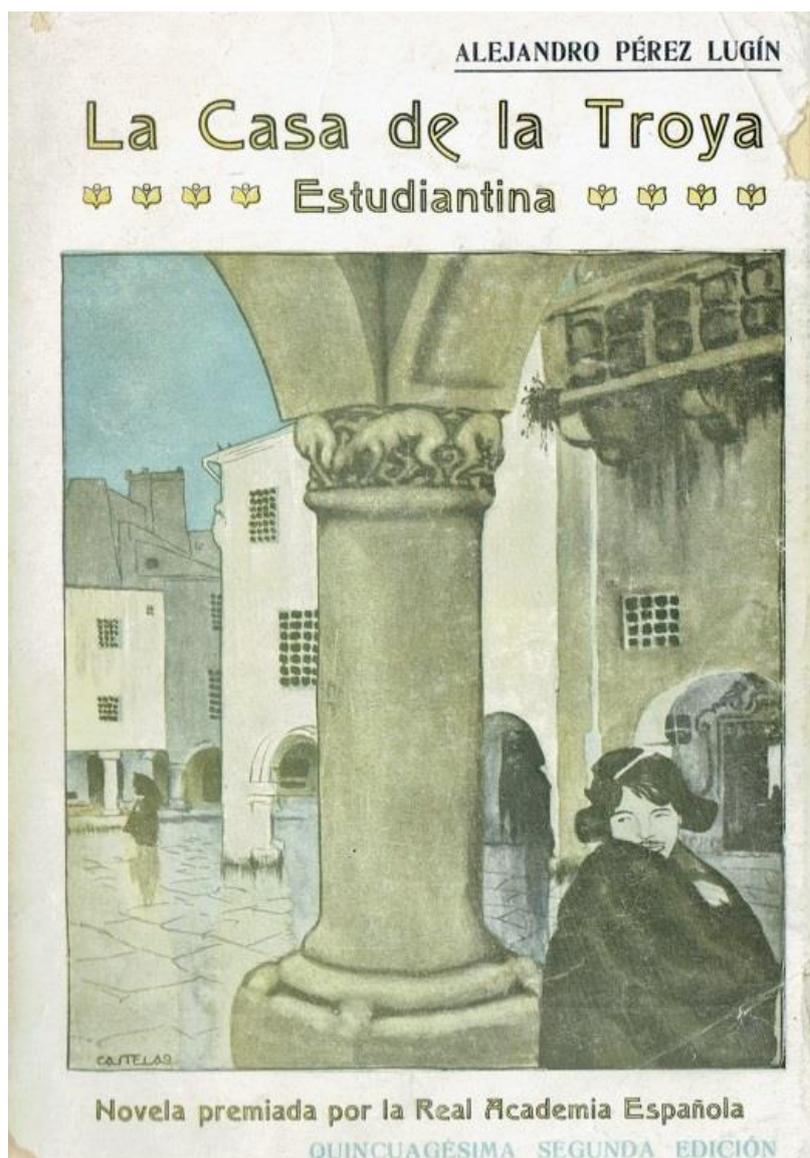
Se construye el edificio de la Facultad de Medicina y se lleva a cabo la ampliación del hospital clínico entre 1910 y 1928 en los terrenos situados entre el Hospital Real y la iglesia de San Francisco. Su diseño fue encargado al arquitecto Fernando Arbós, que además de engarzar el nuevo edificio con el preexistente Hospital Real, establece una nueva alineación de la calle de San Francisco. La importancia de esta obra es que se trata de una intervención de gran magnitud y realizada en un espacio urbano casi inmediato a la catedral y plaza del Obradoiro, reforzando aún más si cabe la monumentalidad de la zona. El presupuesto inicial fue de 2.709.000 pesetas que suponía el triple del presupuesto ordinario anual del municipio a principios del siglo XX.

También se acometen en esta época la creación de un edificio para la Escuela de Veterinaria, que fue creada en la zona del Hórreo (luego cuartel y hoy Parlamento de Galicia) y cuyas obras se prolongaron desde 1903 a 1915 y el Colegio Regional de Sordomudos y Ciegos construido en San Caetano, en las afueras de la ciudad, cuyas obras tuvieron lugar entre 1911 hasta bien avanzados los años veinte, que más tarde sería Hospital militar, después instituto y hoy Sede Central de la Xunta de Galicia.

En lo que a la Universidad en sí se refiere a finales del siglo XIX las aulas compostelanas rondaban los mil matriculados. En términos comparativos la población universitaria representaba algo menos del cinco por ciento del total de España, en un panorama institucional en el que sólo existían once universidades. Solamente se cursaban tres carreras, Derecho, Medicina y Farmacia. No es hasta 1922 en que aparecen la especialización en Química y en Filosofía y en Letras.

En conjunto, el estudiantado universitario compostelano procedía en un 64,6% de Galicia, un 32% de otras partes de España y un 3% de América Latina. Un retrato de lo que sucedía en la Compostela universitaria lo tenemos fielmente

reflejado en la conocida obra de Pérez Lugín *La casa de la Troya*.³, siendo además uno de sus personajes, Don Servando, inspirado en D. Jacobo Gil Villanueva, tío paterno de Don Miguel, convirtiendo en Catedrático de Derecho Mercantil a uno de los más eminentes civilistas gallegos.



Quincuagésima segunda edición de *La casa de la Troya*, de Pérez Lugín con Portada de Alfonso R. Castelao. Propiedad de la autora.

³ Pérez Lugín, A. (1928) *La casa de la Troya. Estudiantina*. Madrid; Librería y Casa Editorial Hernando. Del original del mismo título, 1915.

Es, por tanto, en la década de los años veinte y primeros treinta cuando se produce realmente la transformación de la Universidad, con la aparición de nuevas carreras ya mencionadas, planes de expansión como la Residencia y mejor dotación humana con la incorporación de nuevas hornadas de catedráticos. Cabe destacar que este momento de eclosión de la Universidad compostelana, esta tiene como rectores a dos catedráticos de Medicina, los profesores Blanco Rivero (1921-1929) y Rodríguez Cadarso (1930-1933), que fue vicerrector con el anterior.

Van apareciendo además durante la vida de Gil Casares la mayoría de servicios públicos que incrementan notablemente el bienestar de sus habitantes. Aunque de forma lenta y desigual se fueron introduciendo el alumbrado, la traída de aguas, la red de sumideros y la mejoría del transporte por vía terrestre. El alumbrado público por medio de gas se difunde en el último tercio del siglo XIX (se colocaron en 1874 por primera vez 400 faroles), se construye en la Carreira do Conde una Fábrica de Gas que posteriormente se ampliaría con la producción energética procedente de una planta situada en Trazo, en la ribera del río Tambre. La llegada de la luz eléctrica se retrasaría hasta 1902⁴, más de una década después de otras ciudades como Pontevedra o A Coruña, lo que coloca a Santiago en la última urbe gallega en ser dotada de este servicio.

A finales del siglo XIX sólo 16 de las 26 fuentes públicas de Santiago eran potables, lo que dificultó la mejoría en la canalización de aguas, al sustituir las

⁴ Ponte Hernando, F.; Rego Lijó, I. (2012). *La locura y el bisturí. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*. Seminario Mayor Compostelano. Universidade de Santiago de Compostela. Pág. 109-113.

tuberías de barro por otras de hierro. No es hasta 1922 que comienzan las obras para una traída de agua desde las Brañas de Vrins.⁵

La red de alcantarillado era aún a finales de los años veinte bastante deficiente, lo que justifica aún en tiempos de la República la existencia de un lugar de almacenamiento de residuos urbanos en el campo das Esterqueiras, al lado del Colegio San Clemente.

En 1873 se inaugura la línea férrea Santiago-Carril pero la comunicación por tren con la capital de provincia no tiene lugar hasta 1943 de forma muy indirecta con Madrid, bien por Curtis o bien por Redondela y Tui.

En cuanto a las condiciones de vivienda en Galicia, que serían condicionantes para el desarrollo de la tuberculosis. el Dr. Peña Novo, hace en 1930 en su obra *El problema tuberculoso en Galicia* un resumen general tanto en la ciudad como en el campo.

“La población rural gallega vive en unas condiciones higiénicas verdaderamente vergonzosas, teniendo, por única causa, tal atraso, la ignorancia de las gentes y el abandono de las autoridades.

El tan cacareado problema de la vivienda ciudadana no es un problema privativo de la ciudad; también en el campo se presenta con caracteres agudísimos, puesto que la inmensa mayoría de las viviendas rurales, aparentando excelentes condiciones de habitabilidad, por su interior, serían rechazadas por establos por el veterinario menos exigente; en todas ellas viven en la mayor promiscuidad animales y personas; en todas ellas el retrete común es la cuadra y la cuadra es vivienda y allí se almacenan, día a día y mes a mes y año tras año, todas las excreciones fisiológicas de todos los seres que sufren la inmensa horridez de tales viviendas.

⁵ Beiras García, E. (2012). *El arte del agua. Compostela y sus fuentes públicas monumentales de la Edad Media al siglo XX*. A Coruña; Ineditor. Grupo Towers.

La cocina es generalmente lugar oscuro y tético en el cual se almacena la comida de las personas y de los animales, en donde esta comida se prepara. Es sala de confianza y centro de reunión durante largas noches invernales; es la habitación de todos los pequeños animales domésticos; el lugar en donde la harina se amasa y el pan se cuece; en donde se hila, se calceta y se charla; en donde se preparan la manteca y el queso, y en donde, los domingos, se hacen la toilette sus habitantes. y aun no es esto lo peor, existen unas alacenas , que los campesinos llaman alcobas, dentro de las cuales y sobre un bajo estante existe un jergón de hojas de maíz, con una manta que, a juzgar por su aspecto, debe padecer hidrofobia, y sobre este jergón y bajo esta manta, dentro de esa alacena, a puertas cerradas, disfrutando de la vecindad de la cuadra, la mala atmósfera de la cocina y el venenoso aire de su encierro, han de permanecer durante siete u ocho horas una o varias personas que, con alimentación de dudosa suficiencia deben rendir al siguiente día una cantidad de trabajo que, la inmensa mayoría de las veces, no guarda relación con sus posibilidades orgánicas.”⁶

1.2. BIOGRAFÍA CIENTÍFICA DE GIL CASARES

Miguel Gil Casares nació⁷ en la ciudad del Apóstol, en la Plaza del Toural número 11 el 22 de septiembre de 1871, en el domicilio de su abuelo paterno, donde hoy en día está la Farmacia Bescansa fundada por él en 1843. Fue bautizado ese mismo día imponiéndosele los nombres de Miguel, Antonio, Jesús y Mateo. Sus padrinos fueron Diego Gil de Araujo, abuelo paterno y Jesusa Gil Villanueva⁸, tía. Sus padres vivieron en la Plazuela de la Universidad número 3.

Miembro de una saga de la Universidad compostelana, era hijo de Ramón Gil Villanueva, que fue catedrático de Física de la Universidad de Santiago, nieto del célebre químico y Rector de la Universidad, Antonio Casares Rodríguez, oriundo de Monforte de Lemos y sobrino paterno de Jacobo Gil Villanueva, el personaje que

⁶ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. A Coruña, Imprenta Moret.

⁷ AHUS Leg. 528. Exp.3.

⁸ Jesusa Gil de Villanueva, tía de don Miguel, se casó en segundas nupcias con Antonio Casares, de ahí la especial relación de tíos-primos que Gil Casares tenía con los Casares Gil.

Pérez Lugín describe con el nombre de Don Servando en *La casa de la Troya*. Su tío paterno, Jacobo Gil Villanueva, fue catedrático de la Facultad de derecho de Santiago de Compostela, de cuya Universidad fue rector dos veces.

Su madre, Valentina Casares Teijeiro, era sobrina del célebre doctor Maximino Teijeiro Fernández, catedrático de Anatomía en 1862 y más tarde Senador por la Universidad de Santiago y rector de la misma.

Cursa el bachillerato en el Instituto de Santiago de forma brillante, entre 1881 y 1886. Sigue la carrera de Medicina en la que consigue 15 matrículas de honor y 11 sobresalientes. Se licencia en 1893, a los 22 años con Premio Extraordinario. Ese mismo año se le concede el Premio Urquijo.



Miguel Gil Casares de niño. Imagen cedida del Archivo familiar.

Obtiene el título de doctor en la Universidad Central de Madrid en 1894, como era preceptivo entonces, con sobresaliente, con la tesis *Del hematocele yuxtauterino* ante un tribunal presidido por el eterno Decano (estuvo 25 años en el cargo, desde 1877) D. Julián Calleja, actuando como Secretario el Prof. Zúñiga, y como vocales D. Abdón Sánchez Herrero, el apóstol español de la hipnología; D. Ildefonso Rodríguez Fernández, Catedrático de Historia de la Medicina de Madrid y D. Jesús Grinda.⁹

En 1898 se casa con Joaquina Armada Losada, hija de Juan Armada Valdés, Marqués viudo de Figueroa, con quien tendrá seis hijos: Juan, Ramón, María del Pilar, Miguel, Bernardo y Joaquín.

Amplió estudios en importantes Institutos científicos de Francia y Alemania, donde tomó contacto con el gran clínico Barón Joseph von Mering, descubridor con Minkowsky de la etiología pancreática de la diabetes; autor del famoso tratado de Medicina Interna que lleva su nombre, que Gil Casares tradujo posteriormente; y en el que además publicó con su permiso y elogios el capítulo de Lepra.

⁹ Ponte Hernando, F.; Rego Lijó, I.; Freijanes Morales, J. (2012). *La fuente de los templarios. Un manuscrito inédito del Prof. Gil Casares y otros antiguos, sobre las aguas de Sela de gran interés*. Santiago. Cátedra de Hidrología USC-Balnearios de Galicia. Unidixital



DR. GIL CASARES

ABC. Fresno. El Congreso Nacional de Medicina. 24 de abril de 1919

Realizó viajes de actualización a Suiza, Inglaterra, Alemania, Estados Unidos y Cuba.

En 1897, a los 26 años, consigue, por oposición, la Cátedra de Enfermedades de la Infancia, en dura pugna con otros seis opositores y que abandonará en 1901, por traslado, por concurso de méritos, a la de Patología y Clínica Médicas, que había quedado vacante por fallecimiento de D. José Andrey y Sierra, y que ostentará de por vida.

También en 1897, D. Miguel consigue, en concurso anónimo, el Premio Dr. Gari de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, con una memoria titulada *Las*

nociones zoológicas y patogenéticas que hoy tenemos de los hemosporidios maláricos.

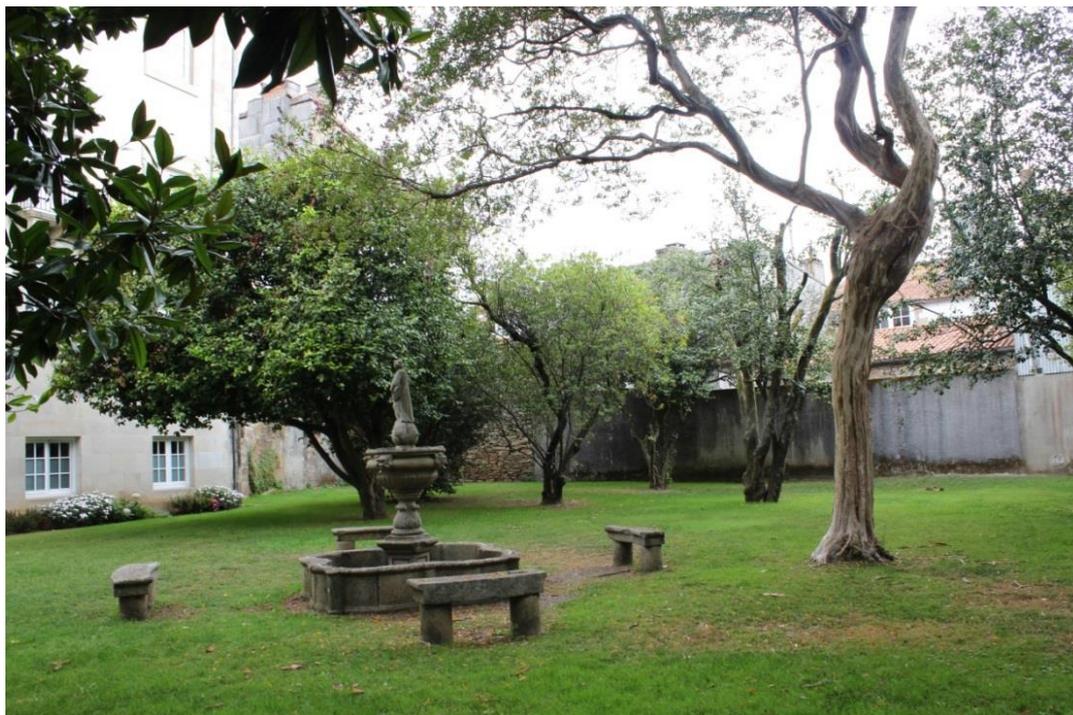
Según el archivo de la JAE ¹⁰ solicita con fecha de Marzo de 1912 una beca para ampliación de estudios en Berlín para formarse en la enseñanza médica en aquella universidad.¹¹ Según se recoge en el mismo archivo, la beca fue concedida, pero al solicitar Gil Casares una prórroga de la incorporación, por motivos personales, que no fue autorizada, finalmente no hizo uso de la pensión.

Fue además encargado de la asignatura de Otorrinolaringología en la Facultad de Medicina de Santiago, desde sus inicios, en los cursos académicos 1901-1902, 1902-1903 y 1903-1904. Es sustituido a partir del curso 1903-1904 por el Dr. Jesús Nóvoa López, que era además catedrático de Higiene de la Universidad Compostelana. Según Vázquez Barro, volvería a impartir la asignatura en los primeros años de la segunda década hasta que en 1930, se encarga de ella Francisco Romero Molezún hasta su fallecimiento en 1938.¹²

¹⁰ La **Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (J.A.E.)** fue una institución creada en 1907, en el espíritu de la Institución Libre de Enseñanza, para promover la investigación y la educación científica en España. Presidida por D. Santiago Ramón y Cajal desde su fundación hasta su muerte en 1934. Inauguró una etapa de desarrollo hasta entonces no alcanzado para la ciencia y la cultura españolas, becando a centenares de estudiantes y profesionales para su especialización en los países punteros de la Ciencia del momento: Alemania, Francia, Inglaterra y los U.S.A., fundamentalmente. Su impulsor fue el Ministro y Catedrático de Patología General de la Universidad de Madrid D. Amalio Gimeno Cabañas, Conde de Gimeno. Tras la Guerra Civil, a partir de su estructura, se creó el CSIC.

¹¹ Se solicitaba que cubriese un billete en primera clase de ferrocarril desde Santiago de Compostela a dicha ciudad y setecientos cincuenta francos mensuales para gastos Archivo JAE/67-473.

¹² La asignatura de Enfermedades de los oídos, nariz y garganta con su clínica comenzó a explicarse en las facultades de Medicina a partir del Real Decreto del Conde de Romanones de 1902. En la facultad de Santiago, se denominó desde un principio Otorrinolaringología. Vid. Vázquez Barro, Juan Carlos (1988) *Los orígenes de la otorrinolaringología en Galicia (1875-1936)*. Tesis doctoral.



Patio interior del Pazo de los Condes de Amarante, en la Algalia donde Gil Casares tenía su residencia y consultorio privado. Fotografía de la autora.

Durante su etapa como docente serían decanos de la facultad de Medicina compostelana Luis Rodríguez Seoane (1896-1902), Jesús Nóvoa López (1902-1906), Ángel Martínez de la Riva (1907-1921) y Francisco Piñeiro Pérez (1921-1931).¹³

Compaginaba su actividad docente en la facultad con la asistencial tanto en el Hospital Universitario como en su consulta privada, anexa a su vivienda en la calle Algalia de Abajo del casco viejo compostelano, en el Pazo de los Condes de Amarante. Fue médico de la Beneficencia Provincial desde el 31 de mayo de 1900.

Sus campos de investigación se centraron en la tuberculosis y en la patología cardíaca, siendo autor de una importante cantidad de libros y artículos centrados en el corazón y pulmón así como artículos sueltos que atañen a una temática diversa,

¹³ Gurriarán, R.; Otero Costas, X.; García Iglesias, J.M. (2014). *A galería de decanos da Facultade de Medicina*. Santiago; Imprenta USC.

desde su tesis que versa sobre el hematocele yuxtauterino a temas como la malaria, patología otorrinolaringológica, pediatría, radiología o lepra. Colaboró en un gran número de revistas científicas: *Archives de Medicine des Enfants*, *Fortschritte auf dem Gebiete Roontgenstrahlen*, *Archives de Maladies du Coeur*, *Revista Médica de Hamburgo*, *La Terapéutica de Hamburgo*, *La Terapéutica del Clínico*, *Medicina Social Española*, *EL Siglo Médico*, *Revista Española de Medicina y Cirugía*, *Unión Médica*, *Archivos de Hematología y Cardiología*, *La Medicina Hispano-Germánica*, *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, *Medicina Íbera*.¹⁴ También publicó en la prensa general una gran cantidad de artículos, muchos de ellos en relación con sus viajes de estudio.¹⁵

Dio conferencias en las universidades de Lyon, Burdeos, La Habana y en La Unión Médica de Berlín, en el Hospital Universitario de Londres y en sociedades médicas de París y New York.

Coincide en la función de la introducción de la modernidad médica con otras tres grandes figuras de la Universidad Compostelana que son por orden de nacimiento: D. Ángel Baltar Cortés (1868), Don Manuel Varela Radío (1873) y D. Roberto Nóvoa Santos (1885).¹⁶

Además del *Tratado elemental de patología interna* de Mering, tradujo del alemán el artículo *El ciclo térmico de las enfermedades infecciosas agudas* de Maragliano (1895) y los libros *El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del*

¹⁴ Véase capítulo específico de bibliografía.

¹⁵ Vid. Fuster Siebert, M.; Sisto Edreira, R. (2012). *Álbum da ciencia*. Consello da Cultura Galega.

¹⁶ Vid. Álvarez Blázquez, D. Apuntes biográficos de médicos gallegos. En *Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina* celebradas en Granada del 24 al 26 de Abril de 1973.

estómago de Ismar Boas (1902) y el *Diagnóstico de las enfermedades internas* de Oswald Vierordt (1907). Dio clases de alemán en la facultad compostelana para facilitar a sus alumnos la recepción de las novedades científicas germanas.

En cuanto a la cardiología destaca el invento del Palógrafo, instrumento diseñado para registrar el ritmo cardiaco así como flebogamas y arteriogramas al que dedicaría una gran cantidad de artículos. Este invento sería recogido en el Boletín de la Asociación de Cooperación Intelectual de la Sociedad de Naciones como una de las obras más notables publicadas en el mundo en 1924.

Fue el principal impulsor del gabinete de radiología en la Universidad compostelana, uno de los primeros de España.

Clasificado por algunos autores como regionalista de ideas conservadoras, fue elegido en 1916 consejero tercero de las Irmandades da Fala en el año de su constitución en Compostela.

Falleció el 11 de abril de 1931, víctima de un carcinoma hepático que llevaba padeciendo varios años. En las crónicas a su muerte destacaba el Dr. Puente Castro: *con escalofriante serenidad y estoica resignación señalaba el ilustre enfermo las etapas y los progresos del mal, dando aliento a los que le rodeaban y aconsejando paternalmente a sus seres más queridos*. Sus restos fueron acompañados por un numeroso cortejo fúnebre y a hombros de sus alumnos fue trasladado desde la Iglesia de Santo Domingo hasta un carruaje que lo conduciría a Cambados, a la capilla del Pazo familiar de Fefiñanes.¹⁷

¹⁷ El funeral por don Miguel Gil Casares. *El Compostelano*. 13 de abril de 1931.



Lápida de Gil Casares realizada en bronce por Asorey que data de 1932. En la actualidad en los pasillos de la Facultad de Medicina compostelana. Archivo Gráfico de *El Correo Gallego*.

1.3. OBRA MÉDICA DE MIGUEL GIL CASARES.

Podríamos dividir la obra médica del Dr. Gil Casares en tres bloques fundamentales: la fisiología, la cardiología y un tercer grupo de miscelánea en la que aborda temas tan variados como la pediatría o la malaria.

A continuación realizaré una recopilación de las obras de las que he tenido conocimiento, clasificándolas en función de las tres temáticas mencionadas y ordenándolas por orden cronológico lo que nos sirve además, para acercarnos a conocer los intereses que fueron ocupando al maestro a lo largo de su carrera y por la

temática de los libros y ponencias, nos adentra en la evolución de sus teorías como fisiólogo. Considero además oportuna la introducción de esta relación ya que las recopilaciones de la obra de Gil Casares publicadas hasta el momento solo abarcaban una pequeña parte de su autoría.

Como vemos, varios de sus artículos eran publicados de manera más o menos simultánea, en ocasiones con pequeñas modificaciones o aparición de adendas en texto o imágenes, en varias revistas científicas, en diversos idiomas y países lo que no era extraño entre los autores de la época.

Se hace también relación de las traducciones de varias obras del alemán y de notas de prensa general, publicadas en su mayoría en relación con sus viajes con fines de estudio o haciendo alusión a hechos científicos de interés.

I.-TISIOLOGÍA

1. 1893. *Tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Ejercicio de oposición al Premio Extraordinario de la asignatura Clínica Médica en Junio de 1893. Inédita.
2. 1908. *Historia clínica de la Dama de las Camelias*. Discurso leído en el Ateneo León XIII el día 11 de abril de 1908. Santiago; El eco de Santiago Reimpreso por los alumnos del autor en 1918.
3. 1908. *Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico*. Comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza. Santiago: El Eco de Santiago.18 pág.
4. 1908. Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de disolución de fluoruro sódico. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, pág. 102-108.
5. *Traitement de la tuberculose par les injections intraveineuses de fluorure de sodium*. Comunicación verbal a la Societé de therapeutique de París. Recogida por Georges Rosenthal para el Boletín de la misma. Tomo XII, 11 de Noviembre de 1908. Pág. 825-828.
6. 1909. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar crónica con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. (Madrid). Año XXXIII. Tomo LXXXIII, pág. 129-133.

7. 1910. *Resultados del tratamiento con las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico en la tuberculosis pulmonar crónica*. Comunicación presentada al Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en Barcelona. Santiago; El Eco de Santiago. 15 pág.
8. 1910. *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*. Comunicación presentada al primer Congreso Internacional de la Tuberculosis en Barcelona y laureada con el Diploma de Honor. Santiago; El Eco de Santiago. 18 Pág.

También en 1912 en *I Congreso Español Internacional de la tuberculosis. Barcelona. 22 de Octubre*. Barcelona; Serra Hnos. y Russel. Pág. 547-564.

9. 1912. *Nota sobre un nuevo método de percusión (percusión resonante)*. Comunicación presentada al segundo Congreso Internacional de la tuberculosis en San Sebastián. Laureada con Diploma de Honor. Santiago; El Eco de Santiago. 6 pág.
10. 1912. *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago; El Eco de Santiago. 16 pág.
Comunicación a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis en octubre de 2012.
11. 1912. Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. Núm. 28. Pág. 363-369.
12. 1912. Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos. Comunicación presentada a las Sesiones Científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis. *Liga Popular contra la Tuberculosis. Trabajos del Dispensario Antituberculoso María Cristina de Madrid*. Madrid; Imp. Y Encuad. de V. Tordesillas. Pág. 299-315.

También como folleto en 1912: *Comunicación a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis, en Madrid, octubre de 1912. Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos* .en 1912. Santiago; El Eco de Santiago. 15 pág. y en *Revista Clínica de Madrid*. Núm. 9. Pág. 14-26.

13. 1913. *El clima de las Costas Gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja*. Ponencia presentada al IX Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología. Madrid, octubre de 1913. Bilbao: Imprenta Lit. y Enc. de Eléxpuru Hermanos. 28 pág. 2 mapas.
14. 1913. La tuberculosis en Galicia. ¿Por qué aumenta? *Suevia*. Núm. 9. Pág. 13.
15. 1913. Capítulo de enfermedades de los bronquios, de los pulmones y de las pleuras. En Hernando, Teófilo; Marañón, Gregorio. *Manual de Medicina Interna*. 1 ed. 3 vols. Librería de Gutemberg de José Ruiz.

1925. Capítulo de enfermedades de los bronquios, de los pulmones y de las pleuras. En Hernando, Teófilo; Marañón, Gregorio. *Manual de Medicina Interna*. 2 ed. 3 vols. Librería de Gutemberg de José Ruiz.
16. 1914. Tratamiento de la tuberculosis, por las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. *La Escuela de Medicina. Órgano de los intereses de la Facultad de Medicina y de Farmacia*. Guatemala. Tomo XVIII. Núm. 11. Pág. 157-160.
17. 1915. Sobre el tratamiento de las hemoptisis. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. Pág. 148-153.
18. 1916. Exposición y predisposición a la tuberculosis. *La Medicina Social Española*. Pág. 641-649.
También en *Semana Médica* (Buenos Aires). Núm. 24. Pág. 534-537.
19. 1921. Algunos detalles sobre la técnica, peligros e indicaciones del neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 1. Pág. 2-7.
20. 1921. Palografía del pulso dícroto en los tuberculosos. *Archivos Españoles de Fisiología*. Núm. 3. Vol. 1. Barcelona. Pág. 1-9.
21. 1922. Estudio de la respiración cardio-vesicular. *Revista médica gallega*. Núm. 2. Pág. 33-38.
22. 1923 y 1925. Capítulos de Enfermedades de los bronquios, de los pulmones y de las pleuras. *Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón*. Madrid.
23. 1925. *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Comunicación presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia celebrado en La Toja y Mondariz los días 2 a 6 de octubre de 1925. Publicada en Santiago; *El Eco de Santiago* y *El siglo médico* Núm. 3372. Pág. 587-589.
24. 1925. Acerca de la técnica del neumotórax provocado. *La Medicina Ibera*. Año IX. Tomo XIX, Volumen I. Pág. 77-82.
25. 1926. Neumotórax artificial y pleuresías. *La Medicina Íbera*. Año X. Núm. 459. Tomo XX. Pág. 129-133.
26. 1929. *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*. Colección Marañón. Barcelona; Imprenta La Neotipia. 160 pág.

II.-CARDIOLOGÍA

1. 1905. Sobre la acción acumulativa de la digital y el modo de evitarla. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Núm. 892.
2. 1906. Sobre la percusión levisima del corazón. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Núm. 919. Pág. 247-254.
3. 1918. Un nuevo método para el examen del pulso. *Galicia Médica. Revista de Medicina y Clínica Experimental*. Febrero. Pág. 31-36.

Se trata del resumen de la conferencia que impartió el 8 de febrero en el Patronato de los Luises de Santiago de Compostela y que José Deulofeu publicó en *Gaceta de Galicia* (Santiago de Compostela). Núm. 35. Pág.1.

La autoría del artículo no es precisamente de Gil Casares. Nóvoa Santos, director de la revista, se queja de que Gil Casares no hubiera remitido personalmente el texto de la conferencia a la revista.

4. 1918. Sobre un nuevo método fotográfico para el examen del pulso. Conferencia dada el 1 de Marzo de 1918 en la Real Academia Nacional de Medicina. *El siglo médico*. (núm. 3367) 493-; (núm.3368), 514-516; (núm.3369), 534-536; (núm.3370), (núm.3367) y (núm. 3370)
5. 1918. Un nuevo caso registrador del pulso. *Policlínica. Revista de Medicina, Cirugía y Especialidades*. (Valencia). Mayo. Núm. 65. Pág. 325-354.
6. 1918. Sobre un nuevo método gráfico para el examen del pulso. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. (Madrid). Mayo. Núm 165. Pág. 343-347.
7. 1918. Sobre Palografía y palogramas (Réplica al Dr. A. Mut). *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. (Madrid). Diciembre. Núm. 172. Pág. 401-412.
8. 1918. Un nuevo método fotográfico para el estudio del pulso. *La Medicina Íbera*. Núm. 3. Pág. 289-290.
9. 1918. Génesis de las ondas catacróticas del pulso. *El Siglo Médico*. Núm. 3372. Pág. 587-589.
10. 1918. Morfología de algunos palogramas característicos. *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Núm. 39.
11. 1919. Estudio palográfico del esfuerzo ventricular y del pulso arterial. *La lectura. Revista de Ciencias y Artes*. Núm. 221. Pág. 179-180.
12. 1919. Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. (Madrid). Núm. 184. Pág. 415-425.
También como folleto: *Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos*. Santiago de Compostela; El Eco Franciscano. 31 pág.+ 22 grab.
13. 1920. Eine neue form von herzarhythmie. *Deutsche Medizinisches Wochenschrift* (Leipzig-Berlín). Núm. 30. Pág. 821-821.
14. 1920. Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. Madrid. Núm. 186. Pág. 97-107.
15. 1920. Sobre la obliteración del pericardio. *El Siglo Médico*. Madrid. Núm. 3491. Pág. 837-843.

16. 1920. Sobre una nueva forma de arritmia cardiaca. *Archivos de Cardiología y Hematología*. Núm. 2. Pág. 110-114.
17. 1920. Palogramas de bloqueo atrioventricular completo. *Unión Médica de Morata de Giloca*. 7 pág.
18. 1921. Estudio palográfico de la insuficiencia de las válvulas aórticas. *Revista Médica de Hamburgo*. Núm. 45.
19. 1921. Palografía de pulso dícroto en los tuberculosos. *Archivos Españoles de Fisiología*. Barcelona. Núm. 3. Vol. 1. Pág. 1-9.
20. 1922. Sur un nouvelle méthode graphique d'enregistrement du pouls. *Archives de Maladies du Coeur*. Pág. 49-59.
21. 1923. Acerca de la taquicardia paroxística. *La medicina germano-hispanoamericana. Revista mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades*. Núm. 48. Pág. 17-20.
22. 1924. Sobre la génesis del ruido de galope. *Revista Íbero-Americana de Ciencias Médicas*. Núm. 237. Pág. 217-229.
23. 1924. *Manual de Palografía Fisiológica y Clínica: cardiogramas, flebogamas, arteriogramas. Prólogo del Profesor Dr. L. V. Krehl*. Madrid; Ruiz Hermanos. 218 pág.
24. 1927. El galope del corazón. *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Pág. 391-404.
25. 1927. Algunas formas de bloqueo atrioventricular incompleto. *Revista Íbero-Americana de Ciencias Médicas*. Pág. 59-66.
26. 1927. Morfología de los arteriogramas de la hipotensión y de la hipertensión. *Archivos de Cardiología y Hematología*. Pág. 1-9.
27. 1928. Síncope, shock y colapso. *Revista española de Medicina y Cirugía*. Pág. 65-70.
28. 1929. Las ondulaciones del pulso arterial. *El Siglo Médico*. Núm. 3197. Pág. 57-62.
29. 1930. Sobre el asma cardíaco. *El Siglo Médico*. Nú, 3973. Pág. 101-103.
30. 1931-1932. Estudios fundamentales de cardioclínica. *Galicia clínica*. Pág. 438-447; 563-569; 633-637; 695-702 (1931) y 81-88; 143-146; 191-195; 264-267; 319-326; 375-381 (1932).

III.-MISCELÁNEA

Aunque la obra recopilada en este último grupo podría clasificarse dentro de la temática de leprología, hidrología, pediatría, aparato digestivo o infecciosas, hemos decidido no realizar subgrupos, de forma que quedan mejor reflejados, al ser analizados como un todo, los intereses, que además de la tuberculosis o la cardiología, fueron ocupando a Gil Casares a lo largo de su carrera.

1. 1894. *Del hematocele yxtauterino*. Tesis para el doctorado en Medicina. Presentada y sostenida el 27 de Junio de 1894. (62 pág.) Madrid; Establecimiento tipográfico de Ricardo Fé.

2. 1895. Novedades Médicas. *Revista de la Academia Médico-Quirúrgica Compostelana*. Núm. 9. Pág. 131-132.
3. 1899. Plan vigente de estudios médicos. Apuntes para su reforma. Réplica al artículo que, con los epígrafes que anteceden, ha publicado el Sr. Eduardo García Solá en la *Gaceta Médica Catalana. Revista de Medicina Dosimétrica*. Núm. 21. Pág. 7-12.

El artículo de García Sola. (1898). Plan vigente de estudios médicos. Apuntes para su reforma. *Gaceta Médica Catalana*. Núm. 21. Pág. 641-648.
4. 1900. Un caso de hipertrofia unilateral de la cara y de la lengua. *Boletín de Medicina y cirugía*. Año II. Núm. 7. Pág. 147-151. También publicado en *Archives de Medicine des Enfants*.
5. 1901. Neumonía de forma tifoidea en un niño. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 5. Pág. 202-204.
6. 1901. Tratamiento eléctrico de la parálisis espinal en los niños. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 6. Pág. 249-254
7. 1901. El tratamiento por la luz (fototerapia). *Revista Médica Gallega*. Núm. 2. Pág. 417-428.
8. 1901. Un caso raro de luxación del codo. *Revista Médica Gallega*. Núm. 2. Pág. 431-433.

Publicado también como Ein seltener fall von Ellenbogenluxation. *Fortschritte auf dem gebiete del Röntgenstrahlen*. (Hamburgo). 6 de Junio. En la versión en alemán incluye tres radiografías que no aparecen en la versión española. Describe además las instalaciones del gabinete de Santiago.
9. 1901. Conferencias de radiología. *Revista Médica Gallega*. Núm. 2. Pág. 211-212.
10. 1902. *Las nociones zoológicas y patogenésicas que hoy tenemos de los hemosporidios maláricos ¿concuerdan con cuanto Sydenham y Bretonneau formularon acerca de las oportunidades de tiempo, dosis e insistencia respecto a la administración de la quina y sus derivados?* Memoria laureada con el primer Premio Dr. Gari por la Real Academia de Medicina de Zaragoza en 1901. Zaragoza.
11. 1902. Tic impulsivo y simulación en una niña. *Boletín del Ateneo Médico Escolar Compostelano*. Núm. 2. Pág. 337-342.
12. 1904. Capítulo Lepra de la segunda edición del *Tratado elemental de patología interna escrito por D: Gerhardt (et al.) bajo la dirección del Dr. J.v. Mering; versión directa de la segunda edición alemana por M. Gil Casares, con un prólogo del Dr. A. Simonena y Zabalegui*. 3 vols. Santiago; Tipografía Galaica.¹⁸

¹⁸ Nota aclaratoria de Gil Casares. La segunda traducción de Don Miguel, a partir de la cuarta edición, data de 1908. JAE/67-473.

13. 1905. *Memoria historio-científica de las aguas minerales de Sela (Arbo-Pontevedra)*. Archivo herederos Gil-Casares. Inédito.
14. 1905. La Toja y sus productos. Galicia. *Revista Semanal Ilustrada*. La Habana. Año 4, Núm. 35. Pág.1-2.
15. 1905. Disentería, absceso hepático y pleuritis. *La Clínica Moderna*. Marzo. Zaragoza.
16. 1906. El caso de mi hijo. *La Clínica Moderna*. (Zaragoza). Núm. 46. Pág. 40-43.
17. 1907. Sobre la neurosis gastro-cardíaca. *Revista Gallega de Medicina*. Núm.1. Pág. 5.

Artículo con mismo título publicado también en la *Revista clínica de Madrid* en 1909. 2, Pág. 131-140.

18. 1907. Úlcera gastroduodenal. *Revista Gallega de Medicina*. Núm.1. Pág. 25.
19. 1910. Cuatro casos de invaginación intestinal crónica. *Revista clínica de Madrid*. Núm. 4. Pág. 49-55.
20. 1912. Diestros y zurdos. *La Correspondencia Gallega*. 3 de abril de 1912.
21. 1916. Tratamiento de la afonía histérica. *La Terapéutica del Clínico*. 1, 2 de agosto.

También con el mismo título en *España Médica*. 2 de agosto de 1916, donde dice que procede de *La Terapéutica del Clínico*.

22. 1917. A propósito de un caso de hernia diafragmática. *El Siglo Médico*. Madrid. Pág. 186-189.
23. 1917. Tratamiento de la infección malárica. *La Terapéutica del Clínico*. Núm. 26.
24. 1921. Encefalitis letárgica. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 1. Pág. 144-146
25. 1921. Capítulo Lepra. Firmado conjuntamente con Albela Ande, Donato. En Fernández Martínez, Fidel (Dir.) *Tratado Ibero-Americano de Medicina Interna*. Vol. 1. Madrid; Editorial Plus Ultra. Pág. 239-271.
26. 1922. Capítulo Lepra, elephantiasis graecorum, mal de San Lázaro en el *Manual de Medicina Interna de Mering-Krell*. 3 edición española corregida y mejorada, traducida de la alemana. Ed. Ruíz Hermanos: Madrid.
27. .1923. O problema do galego. *Rexurdimento*. Pág. 72.
28. 1925. Estudio sobre la lepra. *Revue de l'UMFIA (Union Médicale Franco-Ibero-Américaine)*. Pág. 31-33.
29. 1928. *Crónicas de un viaje a la Habana*. Santiago; Tipografía El Eco Franciscano. 71 pág.
30. 1929. Capítulo Aspectos de la lucha antileprosa. En *Libro homenaje a Marañón*. Madrid; Editorial Paracelso. Pág. 513-521.
31. 1929. El bicarbonato sódico en las pielitis. *Revista Española de Medicina y Cirugía*.

32. 1929-1930. Capítulo Sobre la pluralidad de los tonos del corazón. En *Libro homenaje a Goyanes. 92 autores españoles y extranjeros, 87 trabajos científicos y literarios, 313 grabados en negro y colores*. Madrid; Gaceta médica española. Pág. 553-559.
33. 1930. Médicos clínicos y científicos. *Revista Española de Tuberculosis*. Núm.3. Pág. 399-402.

TRADUCCIONES DEL ALEMÁN

1. 1895. Maragliano, E. El ciclo térmico de las enfermedades infecciosas agudas. *Revista de la Academia Médico Quirúrgica Compostelana*. Santiago de Compostela. Pág. 151-154.
2. 1896. Fehling, H. Importancia de la gonorrea en el embarazo, parto y puerperio. *Revista Médico-Quirúrgica Compostelana*. Núm.2. 1 de febrero. Pág. 24-26.
3. 1902. Boas, Ismar. *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago según el estado actual de la ciencia. Cuarta edición, corregida y aumentada, traducida por Rafael del Valle y Miguel Gil y Casares; con un prólogo de Eduardo Moreno Zancudo*. 2 vol. Madrid; Nicolás Moya. 471 pág. + 48 grabados.¹⁹
4. 1904-1905. Gerhardt, D.; Mering, ²⁰Joseph von et al. *Tratado elemental de patología interna escrito por D: Gerhardt (et al.) bajo la dirección del Dr. J.v. Mering; versión directa de la segunda edición alemana por M. Gil Casares, con un prólogo del Dr. A. Simonena y Zabalegui*. 3 vols. Santiago; Tipografía Galaica.

1908. *Manual de medicina interna bajo la dirección de J.von Mering; versión por Miguel Gil y Casares; prólogo Antonio Simonena y Zabalegui*. 4 ed. ampliada y corregida. 2 vols. Santiago de Compostela; Imprenta El Eco de Santiago. 574+673 pág.

1921-1922. Mering, Joseph von. *Manual de Medicina Interna bajo la dirección de L. Krehl*. 3 edición española corregida y mejorada, traducida de la undécima de la alemana por Miguel Gil Casares.

5. 1907. Vierordt, Oswald. *Diagnóstico de las enfermedades internas fundado en los actuales métodos de exploración: manual para médicos y estudiantes*. 7

¹⁹ Según se recoge el archivo JAE/67-473 en letras del propio Gil Casares, el mismo traduce el segundo tomo, siendo la traducción del primero obra de Valle y Aldabalde.

²⁰ Gil Casares escribe el capítulo de Lepra desde la primera edición española, traducción de la segunda alemana. La segunda edición española traducida por Gil Casares, datada en 1908 parte de la cuarta edición alemana. (JAE/67-473)

edición corregida y aumentada con 198 figuras en el texto. Santiago de Compostela; Imprenta El Eco de Santiago. 788 pág.

En un “prólogo del traductor” Gil Casares Gil Casares glosa la figura de Vierordt, fallecido el 2 de septiembre de 1906.

ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS

-1908-1909. “Impresiones de un viaje”.

Una serie de artículos que con el título común “Impresiones de un viaje” Gil Casares narra su viaje y estancias en París y Berlín. Todos publicados en *El Eco de Santiago*.

- Desde Zaragoza. 9 de octubre Pág.1.(al fin: Zaragoza, 4 de octubre).
- Desde Zaragoza. 12 de octubre. Pág.1.(al fin: Zaragoza, 6 de octubre).
- Desde París. 19 de octubre.Pág.1. (al fin: octubre de 1908).
- Desde Berlín 27 de octubre. Pág.1. (al fin: Berlín, 21 de octubre).
- Desde Berlín 28 de octubre. Pág.1. (no hay fecha complementaria).
- Desde Berlín 3 de noviembre. Pág.1. (al fin: Berlín, 28 de octubre).
- Desde Berlín 6 de noviembre. Pág.1. (al fin: Berlín, 1 de noviembre).
- Desde Berlín 20 de noviembre. Pág.1. (al fin: Berlín, 14 de noviembre).
- Desde Berlín 25 de noviembre. Pág.1. (al fin: Berlín, 19 de noviembre).
- Desde Berlín 7 de diciembre. Pág.1. (al fin: Berlín, 29 de noviembre).
- Desde Berlín 15 de diciembre. Pág.1. (al fin: Berlín, 9 de diciembre).
- De Berlín a Davos. 8 de enero. Pág.1. (al fin: Davos-Platz en los Alpes. Berlín, 13 de diciembre).
- De Davos a Santiago Pág. 1.8 de enero. (no hay fecha complementaria).

-1908. Roberto Koch. *El Eco de Santiago*. 3 de junio.

-1908. La clínica de Kraus. 23 de noviembre.

-1909. Un centenario²¹. *El Eco de Santiago*. 20 de febrero.

-1910. La matanza de niños. *El Noroeste*.14 de abril. Pág. 1-2.

-1910. El remedio de Ehrlich. *El Noroeste*. 7 de noviembre de 1910.

-1910. Ilusiones y realidades. El remedio de Erlich. *La Correspondencia Gallega*. 12 de noviembre. Pág.1.

-1911. La curación del cáncer. *El Noroeste*. 31 de diciembre. Pág.1-2.

-1912. Una figura. Lister. *El Noroeste*. 21 de febrero. Pág. 1-2.

²¹ Se refiere al centenario del nacimiento de Darwin.

- 1912 Gil Diestros y zurdos. *La correspondencia gallega*. 3 de abril de 1912.
- 1912. Desde San Sebastián. *El Eco de Santiago*. 14 de septiembre. Pág. 1.
- 1912 Desde San Sebastián. *El Eco de Santiago*. 17 de septiembre. Pág. 1.
- 1915. La ciencia alemana. La obra de Koch. *El Noroeste*. 9 de julio. Pág.1.
- 1915. Los médicos y Azorín. Nuevos argumentos. *La Medicina Alemana. ¿La Tribuna?* 26 de julio. Pág. 1-2.
- 1915. Polémica científica. Nuevos argumentos. *El Noroeste*. 27 de julio. Pág. 1-2.
- 1915. La medicina alemana. Última respuesta. *¿La Tribuna?* 4 de agosto. Pág. 5-6.
- 1915. Polémica científica. Nuevos argumentos. *El Eco de Santiago*. 6 de agosto. Pág.1.
- 1918. Una víctima más. *El Eco de Santiago*. 5 de octubre. Pág.1.
- 1920. Los distritos de Galicia. *El Eco de Santiago*. 21 de octubre. Pág. 1.
- 1928. Una aclaración. *El Orzán*. 5 de junio. Pág.1.

II. TUBERCULOSIS. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

2.1. SITUACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN LA ÉPOCA DE GIL CASARES

La tuberculosis era en Europa a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, en palabras del propio Miguel Gil Casares, *una plaga desoladora*. La lucha contra la enfermedad se convirtió en una obsesión tanto para los científicos como para la clase gobernante. Así, en el Prólogo de *La lucha contra la tuberculosis en España*, publicado con motivo del II Congreso Español internacional de la Tuberculosis en San Sebastián de 1912 se refiere al problema de la enfermedad como *el único azote que lleva en sí la civilización y que pronto venceremos, unidos todos en estrecho lazo de solidaridad*.²²

Se produce un cambio social importante en el concepto del paciente tísico. Durante el Romanticismo, la tuberculosis es una enfermedad de moda *mal du siècle*, propia de ricos, jóvenes bohemios y mujeres, y el ideal de belleza se correspondía con una naturaleza enfermiza en la que destacaban la palidez y la expresión de sufrimiento en el rostro. A partir de la primera mitad del s XIX se produce un gran giro de la población ante la enfermedad: se atemoriza ante ella, las familias se avergüenzan de tener en su seno un familiar tuberculoso, incluso llegando a solicitar

²² VV.AA. (1912). *La lucha contra la tuberculosis en España*. II Congreso Español Internacional de la tuberculosis. San Sebastián. Madrid.

VV.AA. *La lucha contra la tuberculosis en España*. (1912). Congreso Internacional de Roma contra la tuberculosis. Madrid. 1912.

Nota aclaratoria: en 1912 se publican en Madrid las memorias de ambos congresos, San Sebastián y Roma idénticas en su contenido, con el único cambio en el nombre del Congreso en la portada.

al médico que obvie el diagnóstico en el parte de defunción. Don Miguel nos hace una buena referencia sobre este hecho al realizar un análisis de la prevalencia de la enfermedad en Galicia: *...si recordamos que son muchos los médicos que, por complacer a las familias, ocultan en las partidas de defunción la causa de la muerte...*²³

En la literatura gallega existen múltiples referencias a este hecho. Rosalía de Castro, en 1861, le escribe a Manuel Murguía:

“Yo prosigo con mucha tos, mucha más que antes, aunque cesaron los escalofríos. Sin embargo, se me figura que este golpe ha sido demasiado fuerte y que si llego a sanar, que no lo sé, me han de quedar restos y reliquias. Ya sabes que no soy aprensiva y que cuando estoy buena no me acuerdo de que he estado enferma, pero te aseguro que éste ha sido un golpe soberano y no sé cómo quedaré. Te confieso que lo mismo me da, y que si en realidad llego a ponerme tísica, lo único que querría es acabar pronto, porque moriría medio desesperada al verme envuelta en gargajos, y cuanto más durase el negocio, peor. ¿Quién habrá hecho de la tisis una enfermedad poética?”²⁴

Pese a los intentos de Declaración Obligatoria de la enfermedad, en la práctica la realización de la misma debía ser escasa, como recoge Fraga Lago, médico del Dispensario de A Coruña, quien atendiendo en la agonía a un paciente accidentado en una panadería, la autopsia reveló que la tuberculosis pulmonar había sido la causa de la muerte. De sus palabras se recoge que se contrataba al paciente tísico como mano de obra barata o por caridad sin tener en cuenta el riesgo de contagio

²³ Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago: Tipografía el Eco de Santiago.

²⁴ Naya Pérez, J. (1998) *Estudios acerca de la familia Murguía-Castro*. A Coruña; Diputación da Coruña. Pág. 93.

poblacional que se corría al hacerlo. Hace alusión al caso en un artículo titulado publicado en *Medicina Social* en 1916:

“Por una mal entendida caridad, el patrón dejó trabajar en las operaciones de confección del pan a un hombre enfermo, a un hombre sucio, el cual no debió ser admitido a trabajar sin previo reconocimiento facultativo, pues su enfermedad era, sin duda alguna, previa a la lesión recibida y que le invalidó para el trabajo.”²⁵

Como veremos, son múltiples las voces de expertos que dictaban que las normas a seguir en la lucha antituberculosa en Galicia, dadas sus especiales características demográficas, de dispersión geográfica y de flujo migratorio, debían seguir un camino diferente al del resto del Estado, defendiendo así un carácter regionalista de la lucha antiférmica:

“En todas partes, y aún en nuestra misma nación, menudean los actos de divulgación sanitaria. En Galicia, por su especial topografía, hay que multiplicar en los distritos rurales estos actos y disponer de un equipo automovilista, con aparato cinematográfico para la proyección de films educativos en la obra antituberculosa, llevar además carteles para fijar en los puntos más adecuados y repartir folletos y dibujos en las charlas sanitarias; así es como Francia en el año 1928, el equipo móvil dependiente de la oficina de higiene social, visitó 469 pueblos, pronunció 637 conferencias y proyectó centenares de películas de propaganda antituberculosa, repartió más de millón y medio de documentos de vulgarización. Transmitió por radio más de 300 charlas educativas, fijó más de 700.000 carteles, más de tres millones de dibujos y más de 50.000 carteles especiales para las escuelas.”²⁶

²⁵ Fraga Lago, E. (1915). ¿Acción social? *Medicina Social*. Año VI. Núm. 65. Barcelona. Pág. 61-63.

²⁶ Gutiérrez Moyano, A. (1933). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 4.

2.2. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD A FINALES DEL SIGLO XIX-PRINCIPIOS DEL XX. MORTALIDAD GLOBAL. LA SITUACION EN ESPAÑA. EL CASO GALLEGO

Los primeros datos estadísticos más allá de simples observaciones epidemiológicas que revelan una mayor incidencia de enfermedad tuberculosa en la población gallega que en el resto del estado en la época de Gil Casares pertenecen al quinquenio 1907-1911. Son el resultado de un estudio realizado por el Dr. Clavijo y Clavijo²⁷, quien compara la aparición de la enfermedad en los apostaderos de Cádiz, Cartagena y Ferrol, según el lugar de origen de los declarados afectados por tuberculosis en la Marina de Guerra.

“Como se puede observar la afectación entre los gallegos es significativamente mayor que la de otras regiones, datos que de entrada contrastan con los que se recogen de la población general. Ignoramos a qué se pueden deber tales diferencias pero imaginamos que debe ser de origen multifactorial: clase social, alimentación previa, mayor reclutamiento entre la población gallega...”²⁸

TOTAL DE LOS TRES APOSTADEROS	
Gallegos	110
Asturianos	10
Montañeses	11
Vascos	13
Valencianos	29
Catalanes	4
Andaluces	53
Total	230

Incidencia de tuberculosis en los apostaderos de la Marina de Guerra según Clavijo y Clavijo pertenecientes al quinquenio 1907-1911.

²⁷ El coronel **Salvador Clavijo y Clavijo**, fue Médico de la Armada por oposición, de las Academias Médico-Quirúrgica, Ginecológica española y Sociedad Española de Higiene

²⁸ Clavijo y Clavijo, S. (1914). *Tuberculosis en la marina de guerra. (Nuevas orientaciones y reformas)*. Madrid; Imprenta del Ministerio de Marina.

Para llegar a comprender la magnitud de la epidemia a nivel nacional haremos referencia a los datos epidemiológicos expuestos en el Congreso Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián en 1912:

“...lo primero que resalta en esta estadística, es que de todas las enfermedades infecciosas, la que alcanzó en España la más alta mortalidad durante el quinquenio de 1901 a 1905 fue la tuberculosis. En este período de tiempo ascendió dicha mortalidad a 181.418 óbitos, que corresponden a 9,62 por cada 1.000 habitantes, siendo la cifra proporcional, con relación a la mortalidad total, de 7,40 por cada 100 defunciones...”²⁹

En el mismo estudio se realiza un análisis de la mortalidad por provincias en donde las regiones de la cornisa cantábrica salen especialmente malparadas, entre ellas la provincia de La Coruña, donde representaba el 9,46 por 100 de la mortalidad global y donde como sabemos ejerció toda su labor asistencial Don Miguel. Así nos es referido:

“...En este sentido lo que más llama la atención del observador es la intensa mortalidad de las provincias del Norte, bañadas por el mar Cantábrico: Vizcaya, Guipúzcoa, Santander, Oviedo y Coruña...”³⁰

El propio Gil Casares destaca la elevada prevalencia de la enfermedad en nuestra comunidad analizando los datos aportados por D. Emilio Fraga en su ponencia *La Tuberculosis en Galicia*, presentada al *Congreso Internacional de la tuberculosis* celebrado en Barcelona en 1912:

“Así, solo en el quinquenio de 1905 a 1912 entre 55.089 defunciones acaecidas en la provincia de La Coruña, 5.212, ó sea un 96,61 por mil, debieron su causa á la tuberculosis en sus distintas formas.”³¹

²⁹ VVAA. (1912). *La lucha contra la tuberculosis en España*. Actas del II Congreso Español Internacional de la tuberculosis. San Sebastián. Madrid; Imprenta y Encuadernación de Tordesillas

³⁰ Op. Cit.

En las *Memorias del Congreso de San Sebastián* se hace un estudio de la magnitud de la pandemia también a nivel Europeo. Durante el s. XIX y en muy probable relación con la migración del campo a la ciudad, el hacinamiento y las durísimas condiciones del trabajador en el sector industrial (jornadas de hasta más de doce horas, en recintos mal ventilados, acompañados de una alimentación deficitaria) se dispara la incidencia de la enfermedad en todo el continente europeo.

“De este juicio comparativo no sale España tan mal parada como podría suponerse á primera vista, dada la cifra media, bastante alta, de nuestra mortalidad general. Aunque es difícil establecer una exacta comparación de las cifras, por no ser absolutamente análogos todos los datos, puede asegurarse que la mortalidad por tuberculosis en España, durante el quinquenio de referencia, ha sido bastante menor que la de otros países, pues de diez y ocho Estados que se han tenido en cuenta en el cuadro comparativo, nuestro país ocupa el noveno lugar, con una proporción de 1,92 por 1.000 habitantes; y está comprendido entre la cifra máxima de 3,93, que corresponde a Hungría, y la mínima de 0,88, que pertenece á Australia. Es de notar que países tan civilizados en organización sanitaria como Francia, Dinamarca, Suecia, Noruega y Suiza tienen una cifra de mortalidad por tuberculosis muy superior á la de España. Esto nos hace pensar que las condiciones naturales de nuestro clima, las de nuestra raza y las sociales de nuestro pueblo no son, en este sentido, tan desfavorables como las de otros países de Europa; haciéndonos concebir la esperanza de que el día en que se desarrollen aquí todos los medios sociales utilizados en otras partes para combatir la tuberculosis, podremos alcanzar un triunfo mayor que el conseguido, por ejemplo, en Alemania, donde desde el año 1875 ha disminuido la mortalidad por tuberculosis, del 3 por 1.000 al 1,86, que expresan el promedio del quinquenio de 1901 á 1905; es decir más de una tercera parte.”³²

“Y que esta enfermedad aumenta en La Coruña, sea porque el contagio es cada día más frecuente ó bien porque las condiciones higiénicas de la misma dejan mucho que desear lo demuestra, no sólo el número nada despreciable que

³¹ Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia. Comunicación presentada al II Congreso Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián*. Santiago: El Eco de Santiago.

³² VVAA. (1912). *La lucha contra la tuberculosis en España*. II Congreso Español Internacional de la tuberculosis. San Sebastián. Madrid. Imprenta y Encuadernación de Tordesillas

VVAA. (1912). *La lucha contra la tuberculosis en España*. Congreso Internacional de Roma contra la tuberculosis. Madrid. 1912

de atacados existen en tratamiento, sino que lo corrobora de una manera clara e indubitable la Estadística demográfico-sanitaria con más de 300 defunciones por tuberculosis todos los años.”³³

También a nivel nacional, en 1925, el Dr. Verdes Montenegro que en ese momento era el director del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina de Madrid ofrecía en su obra *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* La siguiente estadística:

“En números redondos, seguramente inferiores a la realidad por multitud de circunstancias, puede estimarse la mortalidad anual por tuberculosis en España en 40.000 defunciones, sangría constante que debilita á la nación con más seguridad y eficacia que si hubiese de sostener anualmente una guerra devastadora.”³⁴

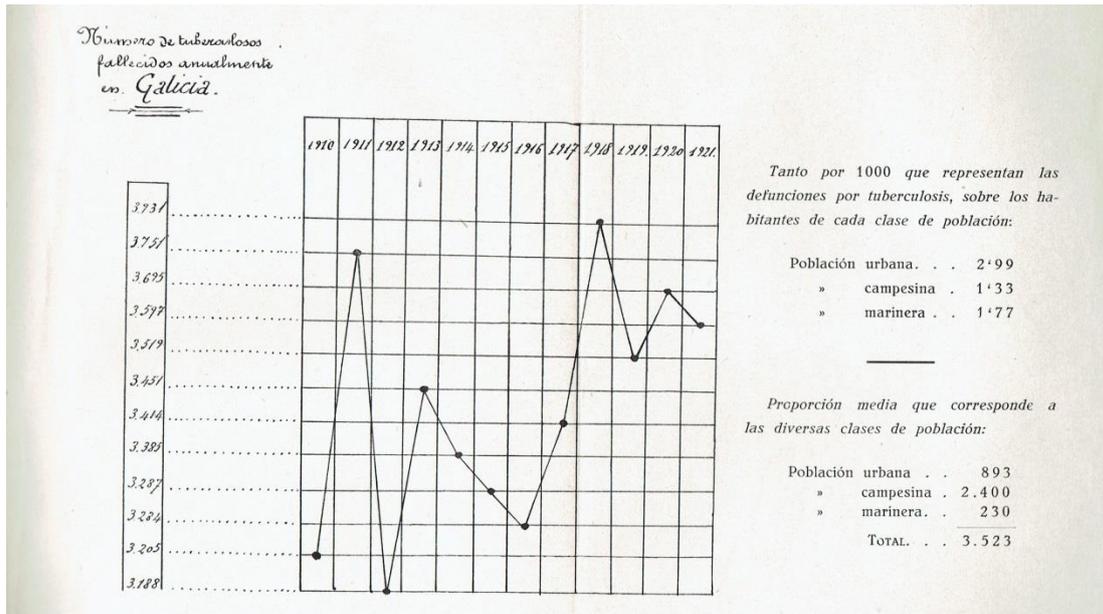
Durante los años de actividad de Gil Casares, los estudios más completos sobre incidencia y mortalidad por tisis en Galicia los realizó el Dr. Enrique Hervada García Sampedro ³⁵ publica en 1924 en su obra *La lucha antituberculosa en Galicia* un estudio realizado entre 1910 y 1921, realizado a través de encuestas enviadas a los médicos rurales, preguntando acerca de incidencia, posible etiología y fallecimiento.³⁶

³³ Villabrille (1905). Actualidad médica. La tuberculosis. *Coruña Moderna* Año I. Núm. 3. Pág. 5-6.

³⁴ Verdes Montenegro, J. (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos; Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

³⁵ **Enrique Hervada García-Sampedro** (A Coruña 1883- A Coruña 1953). Estudió Medicina en las universidades de Santiago y Madrid licenciándose en 1905, obteniendo un año más tarde el doctorado con una tesis titulada *La sífilis ignorada*. Fue profesor ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago y amplió estudios en París, realizando cursos de otorrinolaringología, clínica médica y de enfermedades cutáneas y sifilíticas. A su regreso de París se instala en A Coruña, donde instala su consulta privada. Como tisiólogo fue Médico del dispensario de La Coruña y del Sanatorio de Oza. También ejerció como médico radiólogo de la Beneficencia Municipal de La Coruña.

³⁶ Hervada García-Sampedro, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía



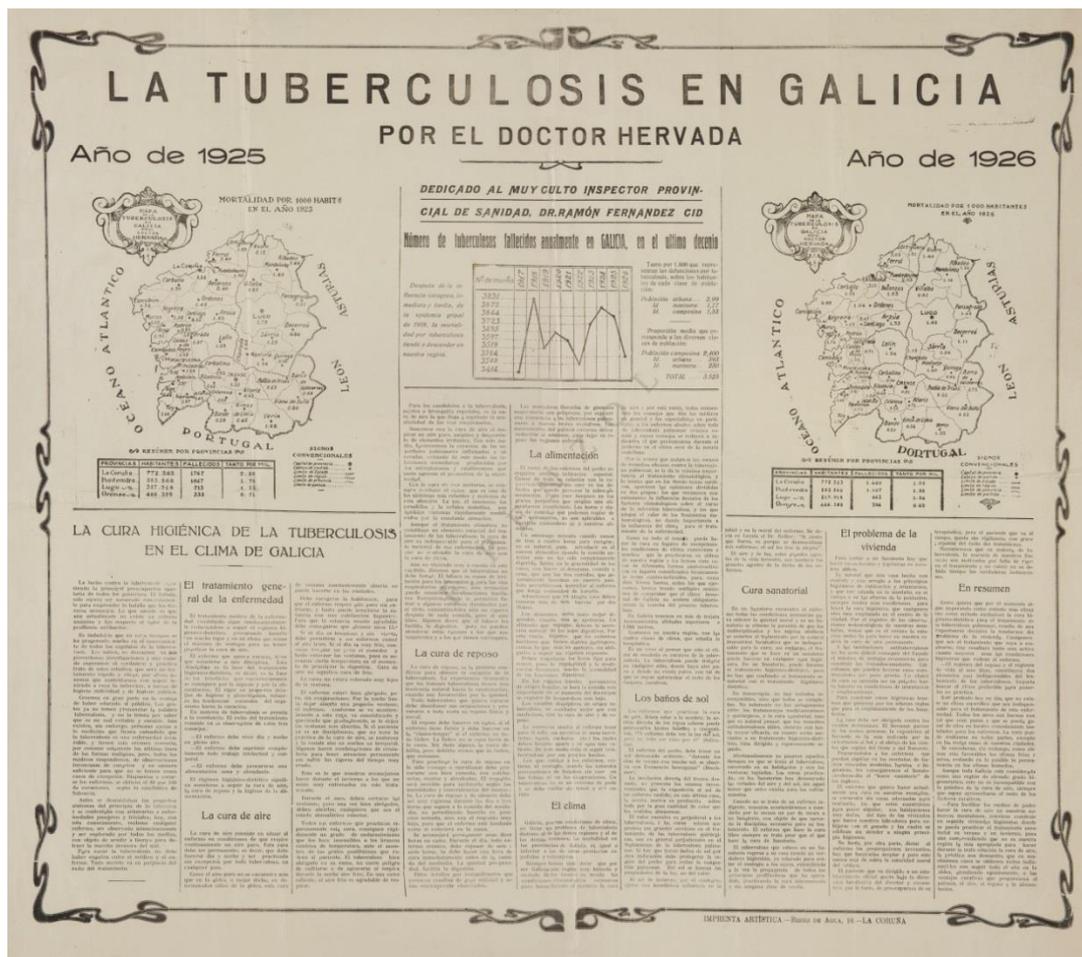
Mortalidad por tuberculosis en Galicia (1910-1921). Hervada Sampedro en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.



Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

del Noroeste.

En los años 1.925 y 1.926 el Dr. Hervada García-Sampedro realizó una topografía médica utilizando el mismo método de encuesta a médicos generalistas de toda la geografía gallega. Estas topografías eran publicadas anualmente en *La Voz de Galicia*, a las que dedicaba una plana entera.³⁷



Topografía Médica de Hervada. 1925-1926. Fundación Penzol (Vigo).

Este tipo de estudios estuvieron muy de moda durante el S.XIX, época en la que se le daba una extrema importancia a la condición climática para el desarrollo de la enfermedad. No fue hasta 1898 durante el *IX Congreso de Higiene y Demografía*

³⁷ Hervada Iglesias, E. (1983). La tuberculosis en Galicia. *Galicia en Madrid*. Año II. Núm. 6. Julio-septiembre de 1983.

celebrado en Madrid, donde comenzó el declive de la importancia geoclimática concedida anteriormente en la etiología de la tisis, con la obra *Geografía y climatología de la tuberculosis* de Ricardo Bellota y Tailor que tras realizar un análisis de gran cantidad de datos sobre la influencia del lugar y del clima sobre la mortalidad por tuberculosis concluye:

“La enfermedad no es más ni menos frecuente en los puntos altos y secos que en los bajos y húmedos. No es más ni menos común en los climas fríos, brumosos y desapacibles, que en los templados, cálidos y benignos. Lo mismo se desarrolla en los puntos donde la temperatura es casi uniforme, que donde hay cambios bruscos y repentinos. La belleza y bondad de los climas de Andalucía, Valencia y demás regiones del Mediodía y Levante no ofrece le menor garantía de inmunidad a la tisis.”³⁸

<i>P l á c i d o P e ñ a N o v o</i>				
				<u>Tuberculosos</u>
En 1910 han muerto en Galicia.				3,205
En 1914 » » » »				3,385
En 1917 » » » »				3,414
En 1921 » » » »				3,597
En 1926 » » » »				3,759

O sea, que durante los últimos dieciseis años de estadística y *segun datos oficiales*, ha aumentado progresivamente el número de defunciones por tuberculosis en Galicia, llegando su acción letal a producir en 1926 **QUINIENAS CINCUENTA Y CUATRO** víctimas más que el primer año.

Aumento de la mortalidad por tuberculosis según Peña Novo. *El problema tuberculoso en Galicia*. 1930.

³⁸ Bellota Y Tailor (1900). Recogido por Molero Mesa, Jorge en *Historia social de la tuberculosis en España* (1889-1936). 1989. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Según los datos obtenidos por el Dr. Hervada³⁹ en los años 1925 y 1926 mediante un estudio observacional apreciamos como la mortalidad por la enfermedad se distribuye por el territorio gallego. Es de destacar la mayor mortalidad en centros mayores de población como Santiago o Pontevedra y la menor en zonas del rural alejadas de la costa, en el interior de las provincias de Orense y Lugo. El menor hacinamiento, la baja concentración de población, desfavorable para el desarrollo de la enfermedad, serían la causa de estas diferencias estadísticas.

AYUNTAMIENTO	MORTALIDAD POR MIL	AYUNTAMIENTO	MORTALIDAD POR MIL
Allariz	0.63	Muros	1.68
Arzúa	1.85	Negreira	1.08
Bande	0.5	Noya	1.90
Barco de valdeorras	0.66	Órdenes	1.48
Becerreá	0.84	Orense	1.35
Betanzos	2.48	Ortigueira	1.89
Caldas de reyes	1.69	Padrón	1.89
Cambados	1.84	Pontevedra	2.02
Carballino	0.82	Puebla de trives	0.63
Carballo	1.31	Puente caldelas	1.29
Celanova	0.25	Puenteareas	1.87
Corcubión	1.34	Ortigueira	1.89
Chantada	1.80	Quiroga	0.91
Ferrol	3.40	Redondela	1.97
Fonsagrada	0.91	Ribadavia	0.65
Ginzo de limia	0.48	Ribadeo	1.44
La coruña	3.54	Santiago	4.66?
La estrada	1.07	Sarria	1.25
La cañiza	1.43	Tuy	1.66
La coruña	3.54	Viana del bollo	0.80
Lalín	3.40	Villalba	0.82
Lugo	1.79	Verín	1.22
Mondoñedo	1.49	Vigo	2.64
MONFORTE	1.84	Viveiro	2.12

³⁹ Hervada García-Sampedro, E. (1927). *Topografía Médica*.

El resumen de la mortalidad:

1925:

PROVINCIA	HABITANTES	FALLECIDOS	TANTO POR MIL
La Coruña	772.363	1.767	2.28
Pontevedra	585.866	1.047	1.78
Lugo	517.919	715	1.3
Orense	466.385	335	0.71

1926:

PROVINCIA	HABITANTES	FALLECIDOS	TANTO POR MIL
La Coruña	772.363	1.460	1.89
Pontevedra	585.866	1.107	1.88
Lugo	517.919	643	1.24
Orense	466.385	304	0.65

Tablas de estadísticas recogidas por Hervada (se mantiene la toponimia utilizada por el autor)

Dentro del estudio es de destacar el caso de Vigo, población costera, de referencia en la época para la comunicación marítima con el continente americano. Encontramos en un panfleto de propaganda para la creación del Sanatorio de Cesuras fechado en 1925, la siguiente aseveración, que aun sin cifras exactas, destaca a esta localidad, (la urbe gallega que en el momento presentaba el mayor desarrollo a nivel industrial) como la que padecía la mayor prevalencia de la enfermedad a finales del primer cuarto de siglo XX:

“Tened en cuenta que escribimos lo que antecede, después de haber leído unos datos desgarradores que el doctor Larramendi nos ofrece respecto a las proporciones alarmantes que la peste blanca adquiere en Vigo, que no son ni más

ni menos que parejas con las del resto de las urbes de nuestra tierra y después que hemos pasado también los ojos de un artículo del doctor Madiniaveitia que publicó en *El Sol*, de Madrid en el cual se nos revela como el diminuto país de Dinamarca –de pocos más habitantes que Galicia- dispone de tres mil quinientas camas para atender a la curación de los tuberculosos que pueden tener cura y el aislamiento de los que no pueden tenerla. (...) Pensemos que la peste blanca ocasiona más de 4.000 defunciones al año en Galicia.

Y por otra parte –como dice un notable tisiólogo- calculando en cincuenta mil pesetas el capital social que representa cada tuberculoso, cabe la afirmación de que, la tuberculosis, por efecto de la insuficiencia de las medidas profilácticas, nos hace perder a los gallegos una cifra aproximada de doscientos millones de pesetas.”⁴⁰

La tradición, de origen inglés, de cuantificar en términos económicos, la pérdida atribuida a cada muerte prematura como consecuencia del mal tuberculoso, se utilizó como razón para justificar la lucha contra la enfermedad.

Así, como recoge Molero Mesa en su tesis doctoral, en el capítulo *El precio del obrero-máquina*, dicha pérdida se calculaba mediante la asignación de un valor económico a cada vida. Hergueta, en 1895, utilizando como factores de cálculo el sexo, vivienda y posición social, atribuyó el valor de 1.100 pesetas a cada español, que sería el coste para la familia, el municipio y el estado. Todo ello, sin tener en cuenta los gastos ocasionados por la enfermedad ni el precio de los jornales perdidos. Eminentes tisiólogos como por Verdes Montenegro o Espina y Capó utilizaban argumentos pecuniarios para fortalecer la solicitud de implicación estatal en la lucha antituberculosa.⁴¹

“No será buen gallego ni buen cristiano, ni hombre de sentimientos altruistas, quien no aporte su esfuerzo generoso para resolverlo. Y para resolverlo, lo primero es el Sanatorio. El Sanatorio donde se atiende a los que

⁴⁰ *Panfleto para la creación del Sanatorio de Cesuras*. (1925). La Coruña: Tipografía del Noroeste.

⁴¹ Molero Mesa, Jorge (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

tienen cura y donde se aísla, evitando el terrible contagio a los que no la tienen y son dignos, sin embargo, de una muerte dulce y tranquila el ejemplo de Dinamarca, debe estimularnos, lo mismo que el de Portugal. Pues si aquella va camino de acabar con la peste blanca –poseyendo condiciones climatológicas análogas a las de Galicia- Portugal organiza también en serio la lucha contra la tuberculosis, contando ya con varios Sanatorios.”⁴²

Recoge el mismo documento las palabras del Distinguido Dr. Codina Castellví en una de sus visitas a Galicia en 1925, haciendo un resumen de los sanatorios en funcionamiento en la comunidad gallega en la época:

“Posee La Coruña, comenta, haciendo abstracción del Sanatorio de Oza que sostiene el Estado, un Dispensario y un Ideario, a los que dedica alabanzas, pero sobre todo encomia dos hombres que están a su frente, además de los profesores que los atienden, y son los señores Asúnsolo, presidente, y Ramírez⁴³, director, que por raro contraste con su diferencia corporal se complementan, pues si el segundo es capaz por su entereza de grandes empresas y de conquistar mayores triunfos, el primero sabe encauzar la obra con tal inteligencia y actividad, que cabe poner en triunfo y poner a La Coruña en condiciones para la lucha.

(...) Las condiciones sanitarias de Cesuras, con sus 5459 habitantes, se avaloran, recordando que en el año 1923 fue, en unión de Las Somozas el término de la provincia que no rindió una sola víctima a la tuberculosis, en tanto que en Ferrol y La Coruña, sufrieron, respectivamente, el 4,25 y 4,02 por mil de la población.”

El hecho de que las poblaciones más apartadas de la costa eran menos azotadas por la tuberculosis que las del litoral, no pasó desapercibido. Para algunos autores, este fenómeno se debía a que en estos lugares era menor el número de retornados

⁴² Panfleto para la creación del Sanatorio de Cesuras. (1925). La Coruña: Tipografía del Noroeste.

⁴³ **Marcelino Ramírez García.** (1864-1940) Fue Director del Sanatorio de Oza y del Dispensario antituberculoso de A Coruña. Médico y Coronel Veterinario (nº 1 de su promoción), Jefe de Veterinaria de la octava Región Militar. Se doctoró en Medicina en la Universidad Central, en 1907, con una tesis titulada: *La tuberculosis bajo el punto de vista de su transmisión recíproca entre los animales y el hombre.* Su obra más conocida es *Tuberculinodiagnóstico y Tuberculinoterapia.* Logroño. Imp. Moderna, 1912, prologado por Verdes Montenegro.

de América que con frecuencia regresaban enfermos. Gutiérrez Moyano⁴⁴ señalaba que:

“Aquellas aldeas que permanecían ajenas a la vida marítima, desconocían el problema de la peste blanca: Así Orense, que es la provincia gallega de menos emigración, ve actualmente a diecisiete de sus ayuntamientos libres del peligro de la tuberculosis.”⁴⁵

La importancia del retorno migratorio en el aumento de la prevalencia de la enfermedad lo trataremos de forma más detallada más adelante en el capítulo específico sobre la relación entre la incidencia de tuberculosis y el retorno migratorio.

El mismo año que Hervada inicia su importante estudio sobre fallecimiento por la enfermedad en Galicia se celebra en La Toja, promovido por D. Miguel, un Congreso Regional Antituberculoso, el primero de estas características en España y al que dedicamos también un capítulo más adelante. Dado que no hemos hallado las actas del mismo, ni tenemos tampoco la certeza de que hayan existido⁴⁶, recogemos de la prensa escrita unas declaraciones de D. Miguel en donde hace consideraciones sobre la incidencia de la enfermedad en la comunidad gallega:

“El Sr. Gil Casares, catedrático de Santiago, expresó que le hecho de iniciarse aquí la campaña contra la peste blanca no significa que Galicia sufra el

⁴⁴ **Gutiérrez Moyano, Aurelio.** Fue fundador y director de *Galicia Clínica*.

⁴⁵ Gutiérrez Moyano, A. (1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de enero de 1930.

⁴⁶ No tenemos conocimiento de que se hayan publicado pese a que se ha realizado búsqueda específica además de en buscadores generales, en el Archivo Provincial de la Diputación de Pontevedra, Bibliotecas Públicas de Galicia, archivo del Gran Hotel Balneario de La Toja donde tuvo lugar el Congreso y portales de venta de libros de antiguo.(N. de la A.)

azote fatal, puesto que el coeficiente de mortalidad en alguna provincia gallega resulta inferior que el resto de España.”⁴⁷

“El Congreso no obedece a la invasión en Galicia de la plaga tuberculosa; la prueba está en que en la provincia de Orense figura en las estadísticas como la de menos mortalidad antituberculosa, sino que obedece a que queremos que esta mortalidad llegue a ser la menos posible, la del tiempo de nuestros abuelos, en el cual apenas de conocía la tuberculosis.”⁴⁸

En 1930, año anterior al fallecimiento de Gil Casares, se estimaba que se producían en España 50.000 defunciones anuales, de las cuales 4.000 corresponderían a Galicia, con 40.000 enfermos tuberculosos.⁴⁹

En Galicia, en esa misma fecha, Peña Novo, médico del dispensario de La Coruña, analizaba el caso:

“Es muy lamentable, muy triste pero muy cierto, que Galicia es el punto de más abundante población tuberculosa y el más falto de armamento para la lucha contra tal dolencia. Esta es la verdad y así debemos expresarla, ya que sólo por la verdad progresa el hombre todos aquellos que nuestras actividades encaminamos preferentemente hacia el conocimiento de es gran faceta del humano dolor; ya que, a la altura actual del progreso humano y ante lo trágico de la situación presente, solo una punible anestesia moral podría justificar nuestro silencio.

Y no se juzguen mis palabras como producto de un innato pesimismo, que el problema es real y el atenderlo, de urgente necesidad; que cada hora que pasa, a Galicia roba una vida la tuberculosis; que mientras esto escribo y mientras tú, lector, este folleto ojeas, la insaciable peste blanca está creando un nuevo conflicto sentimental a unos padres, o un problema económico a una familia y, siempre, un quebranto social a nuestra pequeña patria.”⁵⁰

⁴⁷ ABC. 4 de Octubre de 1925. P.33.

⁴⁸ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Año 5-Núm. 9. Pág. 277-286.

⁴⁹ Gutiérrez Moyano, A. (15 de Enero de 1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Año II-Núm. 10 Pág. 1-10.

⁵⁰ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

En la misma obra nos ofrece datos estadísticos sobre la situación en la comunidad gallega. Peña Novo, del mismo modo que lo hacía don Miguel unos años antes, duda de los datos obtenidos:

“Nadie cree en la veracidad de las estadísticas demográficas oficiales; nadie duda de su sinceridad. Ellas reflejan siempre, con matemática exactitud, el resultado de la ordenación total de los datos que al Instituto Geográfico y Estadístico se facilitan; pero ese total no puede ser nunca el reflejo de la verdad, por tener su origen en datos falseados por muy posibles y frecuentes errores diagnósticos y por exigencias de las familias que, por conveniencias sociales, con un distinto rótulo, quieren, muchas veces, ocultar la verdadera causa de la defunción.

Ciertas enfermedades tenidas por inconfesables, tales como sífilis o la blenorragia, no dan nunca contingente alguno a las estadísticas, como si la blenorragia y la sífilis fuesen de acción patológica tan inocente y tan inocua que, en su ya larga vida, no tuviesen en su haber millares de millares de defunciones. Si esas estadísticas no figuran, la causa es esa: el tenerlas el público por vergonzosas e inconfesables.

Un bien parecido concepto goza hoy entre el vulgo la tuberculosis; y por las mismas razones y por los mismos medios que de las estadísticas se hurtan las dos primeras, se escamotea la segunda, así con el marchamo de bronquitis, neumonías, meningitis, nefritis, pleuresías, enfisema, debilidad congénita, diarreas, congestiones pulmonares, cirrosis hepáticas, etc., etc., se hace traspasar la frontera de la eternidad a muchas víctimas que lo son exclusivamente de la tuberculosis.

Teniendo, pues, en cuenta que todas las cifras de las estadísticas de mortalidad adolecen de un vicio de origen fundamental, muchos profesionales particularmente, y, oficialmente, muchos países, calculan sobre los datos oficiales un coeficiente de error del veinte por ciento; coeficiente que nosotros hemos variado con relación a alguna enfermedad, por aconsejarnoslo así nuestras fuentes de información y el medio en que profesionalmente nos movemos.”

Ofrece a continuación las estadísticas por mortalidad de 1926 (fecha de la última oficialmente publicada) con su propio factor de corrección:

PROVINCIA DE LA CORUÑA

-Tuberculosis pulmonar.....	1.390,00
-Tuberculosis meníngea.....	94,00
-Otras tuberculosis.....	195,00
-Veinte por ciento de 854 defunciones por bronquitis aguda.....	170,80
-Veinticinco por ciento de 560 defunciones por bronquitis crónica.....	140,00
-Veinte por ciento de 237 defunciones por neumonías	47,00
-Ochenta por ciento de 330 defunciones por meningitis simple	264,00
-Veinte por ciento de 795 “otras enfermedades del aparato respiratorio”	159,00
-33,33 por ciento de 493 defunciones por debilidad congénita.....	164,33
-Diez por ciento de 1.188 defunciones por diarreas	118,80
-Cantidad proporcional de 2.248 defunciones no clasificadas	449,00
-Total de defunciones por tuberculosis.....	3.191,02

Mueren diariamente en esta provincia 8,74 personas a consecuencia de la tuberculosis. Anualmente uno por cada 247 habitantes.

PROVINCIA DE LUGO

-Tuberculosis pulmonar.....	565,00
-Tuberculosis meníngea.....	16,00
-Otras tuberculosis.....	61,00
-Veinte por ciento de 692 defunciones por bronquitis aguda.....	138,40
-Veinticinco por ciento de 325 defunciones por bronquitis crónica.....	81,25
-Veinte por ciento de 309 defunciones por neumonías	61,80
-Ochenta por ciento de 111 defunciones por meningitis simple	88,8
-Veinte por ciento de 485 “otras enfermedades del aparato respiratorio”	97,00
-33,33 por ciento de 419 defunciones por debilidad congénita.....	139,66

-Diez por ciento de 592 defunciones por diarreas	59,20
-Cantidad proporcional de 1,316 defunciones no clasificadas.....	263,20
-Total de defunciones por tuberculosis	1.571,31

Mueren diariamente en esta provincia 4,30 personas a consecuencia de la tuberculosis. Anualmente uno por cada 318 habitantes.

PROVINCIA DE ORENSE

-Tuberculosis pulmonar	88,80
-Tuberculosis meníngea.....	97,00
-Otras tuberculosis	36,00
-Veinte por ciento de defunciones por bronquitis aguda	124,20
-Veinte por ciento de 410 defunciones por bronquitis crónica.....	67,50
-Veinte por ciento de 284 defunciones por neumonías.....	56,80
-Ochenta por ciento de 99 defunciones por meningitis simple.....	79,20
-Veinte por ciento de 521 “otras enfermedades del aparato respiratorio”	104,22
-33,33 por ciento de 259 defunciones por debilidad congénita	86,33
-Diez por ciento de 937 defunciones por diarreas	93,70
-Cantidad proporcional de 2.248 defunciones no clasificadas.....	352,80
-Total de defunciones por tuberculosis	1295,75

Mueren diariamente en esta provincia 3,54 personas a consecuencia de la tuberculosis, anualmente uno por cada 353 habitantes.

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

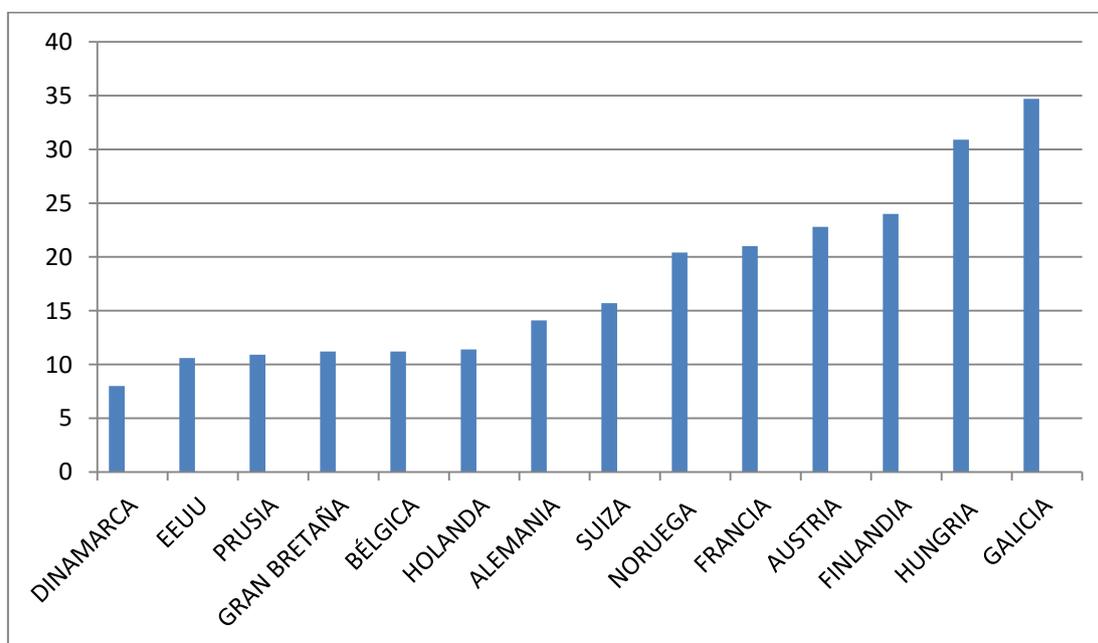
-Tuberculosis pulmonar	946,00
-Tuberculosis meníngea.....	69,00
-Otras tuberculosis	92,00
-Veinte por ciento de 385 defunciones por bronquitis aguda	77,00

- Veinticinco por ciento de 270 defunciones por bronquitis crónica..... 67,50
- Veinte por ciento de 166 defunciones por neumonías 33,20
- Ochenta por ciento de 197 defunciones por meningitis simple 157,60
- Veinte por ciento de 664 “otras enfermedades del aparato respiratorio”..... 132,80
- 33,33 por ciento de 211 defunciones por debilidad congénita..... 70,33
- Diez por ciento de 942 defunciones por diarreas 94,20
- Cantidad proporcional de 1829 defunciones no clasificadas 365,80
- Total de defunciones por tuberculosis..... 2105,43

Mueren diariamente en esta provincia 5,76 personas a consecuencia de la tuberculosis, anualmente uno por cada 278 habitantes.

Según el cálculo de Peña Novo morirían alrededor de 1930 unas tres mil setecientas cincuenta personas en Galicia por tuberculosis.

Realiza así mismo una estadística comparada de mortalidad con algunos países:



Estadística de mortalidad aportada por Peña Novo en *El problema tuberculoso en Galicia* (1930).

“Es tan elocuente estadística comparativa, fácilmente se aprecia la diferencia entre el lamentable abochornante y vergonzoso lugar que Galicia ocupa en relación con las naciones indicadas; mas, por si ella ni fuese suficientemente significativa para hacernos comprender la urgente necesidad de organizar nuestra lucha, y por si se pudiese dudar de la eficacia de la misma, por juzgar impropio para ella nuestro clima, recordaremos aquí que Dinamarca, la nación que más baja mortalidad registra por esta causa, disfruta del clima considerado como el menos favorable para la curación de la tuberculosis.”⁵¹

REGIONES	PROPORCIÓN POR 10.000 HABITANTES
ARAGÓN	6 a 8
LEÓN	10 a 12
CASTILLA LA NUEVA	10 a 12
CASTILLA LA VIEJA	10 a 12
CATALUÑA	10 a 12
BALEARES	10 a 12
VALENCIA	10 a 12
MURCIA	10 a 12
EXTREMADURA	10 a 14
VASCONGADAS	10 a 14
NAVARRA	10 a 14
ASTURIAS	14 a 16
GALICIA	14 a 16
ANDALUCIA	14 a 16

Estadística de mortalidad por tuberculosis en 1930. Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

⁵¹ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

En la misma obra se reconoce una tendencia a la disminución de la mortalidad por la enfermedad. Afirmaban Souto Beavís y Hervada García en 1930:

“Últimamente parece disminuir un poco esta mortalidad, preguntándonos nosotros si puede guardar este descenso con la disminución de la emigración, por más que las cifras de inmigración no hayan más bien aumentado casi permite descartar nuestra sospecha.”⁵²

En cuanto a la relación de la enfermedad entre campo-ciudad:

“Mientras las vías y medios de comunicación fueron escasos, el habitante del campo parecía gozar de cierta inmunidad frente al bacilo de Koch; los contagios paucimicrobianos alergizaban su organismo, y así veíamos formas fibrosas de evolución tan lenta que sus poseedores eran considerados como simples catarrosos que sobrepasaban frecuentemente la duración media de la vida. En muchos pueblos no se conocía el mal; su aislamiento los ponía al abrigo de contagios; exactamente como en algunas tribus japonesas y africanas. Con el primer enfermo en el agro y el primer blanco en los pueblos vírgenes de África entró el mal; las cutirreacciones a la tuberculina, antes negativas o positivas en números decimales, se hicieron franca y generalmente positivas, y los individuos infectados reaccionaron al contagio del bacilo con formas septicémicas, agudas, de tipo infantil.”⁵³

2.3. ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

El primer intento de organizar la lucha antituberculosa en España se lo debemos a Espina y Capó (1850-1930), quien, tras acudir al congreso de París de 1889 y al de Barcelona, convocó una reunión en Madrid en diciembre de 1889 con el propósito de fundar una Asociación contra la tuberculosis. En esta misma sesión se constituyó la Junta Central de la Asociación en la que estuvieron presentes figuras de la talla de Amalio Gimeno, José de Letamendi, Federico Rubio o Manuel Tolosa Latour. Desafortunadamente esta asociación no prosperó y solo logró la inscripción de cinco socios. De haberse llevado a cabo hubiera sido la primera en crearse en el

⁵² Souto Beavís, J.; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933

⁵³ Op. cit.

mundo ya que no fue hasta 1890 que se fundó la primera en Viena por Von Schroetter y en 1892 la Ligue ou Association Centrale Française contre la Tuberculose de Paris y la Pennsylvania Society for the prevention of Tuberculosis.⁵⁴

A partir de 1892 se toman una serie de medidas en Cataluña de forma organizada en una campaña encabezada por Comenge⁵⁵. En 1903 se publica en Cataluña la primera revista de tuberculosis en España, *Contra la Tisi* y, en 1910, se celebra también en esta comunidad el primer congreso nacional de tuberculosis.

En 1899 el Dr. Moliner⁵⁶ convoca en el Instituto Médico Valenciano una reunión para crear la *Liga Nacional contra la tuberculosis y de socorro a los tísicos pobres*, y que tal como se desprende de su nombre tendría como objetivo *combatir la plaga social de la tuberculosis y socorrer socialmente al tísico pobre*.⁵⁷ Esta liga estuvo en funcionamiento hasta 1906.

En 1903, se funda en Madrid la Asociación Antituberculosa Española (A.A.E.), comenzando de una forma organizada desde la capital la lucha contra esta enfermedad en nuestro país. Esta asociación fue el germen de las futuras Juntas o Ligas provinciales y locales contra la tuberculosis, creadas según Real Orden el 17 de junio de 1904. Ese mismo año, la Asociación entró a formar parte del *Bureau Central Internacional para la lucha contra la Tuberculosis*, de Berlín, creado en

⁵⁴ Molero Mesa, J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1836)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

⁵⁵ **Luis Comenge y Ferrer** (Madrid 1854-Barcelona 1916). Médico e historiador de la ciencia. Como higienista destacan publicaciones suyas como *La tuberculosis en Barcelona*, *Estudios demográficos de Barcelona* o *Mortalidad infantil de Barcelona*.

⁵⁶ El **Dr. Moliner** fue el principal promotor del sanatorio antituberculoso de Porta-Coeli, el primero de estas características en abrir sus puertas en España

⁵⁷ Molero Mesa, J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1836)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

1902 y denominado, desde 1905, *Asociación Internacional contra la Tuberculosis*. La labor de la A.A.E. se vio coordinada por la Comisión Permanente de Lucha contra la Tuberculosis, constituida en 1906. A través de su Comisión ejecutiva y de siete secciones, potenció la creación de dispensarios antituberculosos preferidos en la época a los sanatorios.

Este organismo era demasiado numeroso para ser eficaz y, en 1914, una Real Orden estableció una nueva organización en la que se disminuía el número de componentes de la Comisión Permanente, así como de las Juntas provinciales y locales.

La labor de las Ligas antituberculosas provinciales y locales se orientaba principalmente hacia la higiene frente a la tuberculosis, a través de sucesivas campañas de propaganda en las que se difundían prescripciones para evitar el contagio de la enfermedad: hervir la leche, no escupir en el suelo, ventilar las habitaciones, usar escupideras, etc.

La institución central en el diagnóstico precoz de la tuberculosis y en la educación sanitaria de la población, dirigida a evitar la propagación de la enfermedad fue, al igual que en el resto de Europa, el dispensario. Este tipo de centros dependía de la ya citada Comisión Permanente de la lucha contra la tuberculosis. Para coordinar todos los dispensarios españoles se creó en 1907 el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas. Este organismo contó con la colaboración de la Real Junta de Damas, protectora del dispensario antituberculoso de Madrid, llamado de Victoria Eugenia y fundado en 1906. Los dispensarios de Madrid pasaron posteriormente a depender de una Junta de Patronato, mientras que las Juntas correspondientes de Patronato, en colaboración con las juntas de la

Comisión Permanente, regían los dispensarios provinciales. Esta compleja organización desapareció en 1924 con la unificación de todas las anteriores instituciones bajo el nombre de *Real Patronato de la Lucha Antituberculosa*.⁵⁸

En la ciudad de A Coruña esta labor estaba organizada por el Patronato Local de Colonias, institución presidida por Doña Emilia Pardo Bazán⁵⁹ que venía realizando esta actividad desde 1901 en diversos puntos de la provincia: Gandarío, Villarmayor.⁶⁰

En esta misma ciudad el 8 de abril de 1905 se constituyó la Asociación Antituberculosa, promovida por los doctores Fraga Lago, Gomar, Alfeirán y Rouco. Desde sus inicios publicaron un Boletín que según tenemos constancia siguió publicándose hasta 1921.

En cuanto a las características especiales de incidencia tuberculosa y lucha antiférmica específicas que debían ser seguidas en Galicia son varios los autores gallegos que critican la centralización de la misma. Peña Novo, en 1930 de una manera muy gráfica lo describe:

“La lucha antituberculosa en Galicia nunca podrá ser eficaz si, para hacerla, hemos de ceñirnos al patrón de tipo único que para España se apruebe. Pretender hacer desde Madrid la campaña sanitaria en Galicia necesita, sin el previo asesoramiento de los sanitarios gallegos, concedores del rus, es pretender vestir bien con ropa de bazar, sin conocer las medidas del sujeto ni el clima en donde el traje haya de ser usado.

⁵⁸ Bágüena Cervellera, M. J. (1992). *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach.

⁵⁹ **Emilia Pardo Bazán** (A Coruña 1851-Madrid 1921). Escritora gallega, una de las introductoras del Naturalismo en España. Formó parte de la lucha antituberculosa oficial en la ciudad de A Coruña. En alguna de sus obras trata la enfermedad, como en *La quimera*, publicada en 1904, en la que un artista obsesionado por su aspiración (triunfar o morir) se destruye, contrayendo la tisis, sin realizarse como artista.

⁶⁰ El sanatorio marítimo de Oza. (2007)

Galicia es la región española de más densa población, llegando en 1920 a 73 habitantes por kilómetro cuadrado (hoy pasa ya de 80), cuando la densidad de población en España y en el mismo año, no era nada más que de 42. La inmensa mayoría de esa población pertenece al rus, pudiendo calcularse, sin temer a incurrir en error grande, que la población urbana la componen trescientos mil habitantes y más de dos millones la población rural, pero, además, ésta se halla tan diseminada que no hay llano, monte, ni ladera donde no haya una casa y tales circunstancias, forzosamente, han de obligarnos a orientar la lucha antituberculosa en consonancia con el especial carácter étnico de la región, con la peculiar distribución de sus habitantes, y hasta con las costumbres y la psicología de los mismos. Es decir, que la lucha antituberculosa en Galicia debe ser genuinamente gallega.”

“La lucha social contra la tuberculosis en España, a pesar de los entusiasmos, la competencia y la meritísima labor de las personas que la dirigen, ha dado hasta hoy, por su falta de unidad, tan escasos resultados positivos que los sanatorios y dispensarios para tal fin creados solo han logrado convencernos de la insuficiencia de los primeros y de la desorientación e ineficacia de los segundos.”⁶¹

“La orientación dada a la lucha tuberculosa en España me parece equivocada e incompleta. Bien está la creación de dispensarios antituberculosos, la de sanatorios marítimos y sanatorios de altura, bien lo que se hizo y se hace contra tan invasora y temida enfermedad, pero mejor estaría, a mi ver, y más conforme con la tradicional, científica y acertada forma de lucha hasta aquí seguida contra toda la epidemia o endemia, cualquiera que esta sea, dedicar gran parte de nuestras fuerzas a prevenir, a evitar el aumento de la desconsoladora cifra de nuevos casos, tratando, sí, los tuberculizados pero sin olvidar los tuberculizables...”

Aire, sol y pan, son los factores indispensables, la única vacuna preventiva de que actualmente disponemos para luchar con seguro éxito contra tal enfermedad y si ello es así, bien será prescribirlos y proporcionarlos a los tuberculosos, pero dándolos también ¡ay! en forma pródiga a los tuberculizables.”⁶²

⁶¹ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura.* A Coruña; Tipografía del Noroeste.

⁶² Peña Novo, P. (1925). *Op. cit.*

2.4. ESTRUCTURAS ASISTENCIALES ANTITUBERCULOSAS EN GALICIA. DISPENSARIOS Y HOSPITALES.

DISPENSARIOS.

Durante el tiempo que el Dr. Gil Casares estuvo en activo el dispensario fue el epicentro organizativo de la lucha antituberculosa.

El primer dispensario en Europa en entrar en funcionamiento es el que Robert Philip abre en 1887 en Edimburgo, llamado Dispensario para Consunción y Enfermedades Torácicas.

En la Europa continental el primero es al que fue abierto en Lieja en 1900 siguiendo el prototipo establecido por Calmette, que crearía uno en 1901, en Lille, al Norte de Francia. Este dispensario tipo Calmette sería también el que sirvió como modelo en España siendo recomendado desde el Real Patronato.

A nivel central, en palabras del propio Codina Castellví, director del Dispensario Antituberculoso Príncipe de Asturias, se defendía que éste debía ser el centro de la lucha:

“En todas las naciones civilizadas se preocupan de la llamada Lucha Social contra la tuberculosis y en todas ellas se considera como recurso preliminar y fundamental el Dispensario Antituberculoso.

En efecto, este establecimiento debe desempeñar las funciones más importantes para llevar a feliz éxito la lucha social contra la peste blanca. En él deben registrarse todos los tuberculosos de la población para asistirlos, protegerlos, enseñarles y no abandonarlos.”⁶³

Las condiciones que debía reunir el dispensario ideal fueron redactadas por los Dres. Gimeno, Fernández Campa y Malo de Poveda en 1905, documento que es recogido en las Actas del Congreso de San Sebastián de 1912:

⁶³ Codina Castellví, J. Los recursos complementarios de los Sanatorios Antituberculosos. *El Ideal Gallego*. 25/07/1924. Pág. 13.

“Condiciones á que debe ajustarse:

El emplazamiento de un Dispensario habrá de procurarse en plaza o calle amplias y lo más céntricas o relacionadas posible (punto estratégico, si vale la frase) con el total de la población o zona de población á que ha de extender sus beneficios.

Su orientación se hará al N. la fachada principal ó de entrada, quedando, por tanto, al sur las consultas, y su construcción habrá de adaptarse rigurosamente a las exigencias de la higiene para la elección de materiales, combinación de estos, sistema de edificación, etc. de modo que la obra resulte sólida y todas las partes de que el edificio conste preservadas en absoluto de la humedad y ampliamente ventiladas, á la vez que al abrigo de los cambios bruscos y ampliamente ventiladas.”⁶⁴

Debía estar provisto de un jardín, con conserjería, retretes para acompañantes, enfermería de urgencia, sala de operar, cuarto de baño, departamento de desinfección, lavadero, secadero, depósito y reparto de ropas limpias y desinfectadas, carbonera y leñera, depósito-almacén de vituallas, perrera y conejera para animales de investigación, oficina y un edificio central con vestíbulo, sala de espera, retrete para enfermos y otro privado, guardarropa, consulta de pulmón, de laringe, de niños y de cirugía, laboratorio, gabinete de radioscopia y radiografía, sala de profesores y guardarropa privado.

Uno de los grandes defensores del Dispensario como epicentro de la lucha antituberculosa fue el Dr. Malo de Poveda, quien fuera Secretario de la Comisión Permanente contra la tuberculosis desde 1906 a 1924. En su obra *Actualidad permanente contra la tuberculosis (dispensarios, sanatorios y colonias infantiles)* publicada en 1926 defiende que toda actividad debía comenzar en el dispensario, lugar donde se reconocería al enfermo, se valoraría el estado de la enfermedad y se

⁶⁴ Documento recogido en 1912. *La lucha contra la tuberculosis en España*. II Congreso Español Internacional de la tuberculosis. San Sebastián. Madrid; Imprenta y encuadernación de V: Tordesillas.

En Galicia, del mismo parecer es el Dr. Hervada García-Sampedro, uno de los principales tisiólogos del dispensario de A Coruña que, en 1924, en su obra *La lucha antituberculosa en Galicia* apuntaba:

“Por el momento es el Dispensario, en la lucha antituberculosa, de un interés muy grande, pues es el único organismo que puede realizar una profilaxia eficaz. El Dispensario se encarga de toda la propaganda y es un órgano de educación, a él se debe acudir para informarse de todo lo relacionado con el enfermo y la enfermedad.”⁶⁶

También Peña Novo, en 1930, un año antes del fallecimiento de Gil Casares, defendía que la lucha antituberculosa en esta comunidad por sus especiales características sociodemográficas y climatológicas debía ser dirigida a nivel regional y no desde las directrices marcadas desde Madrid, estaba de acuerdo en que el dispensario debía ser el órgano central e indispensable contra la tisis. Acompaña esta opinión de lo que, según su criterio, sería la estrategia ideal para la lucha contra la enfermedad.

“El Dispensario es el principal factor en la lucha contra la tuberculosis; el eje central, el punto coincidente al cual han de concurrir y han de nutrirse todas las demás instituciones que tiendan a este fin, las cuales, en todo momento, guardarán con él una íntima relación de dependencia. El Dispensario debe, pues, ser el centro de la lucha antituberculosa. Su labor será luchar contra la tuberculosis como enfermedad social, no como enfermedad individual.

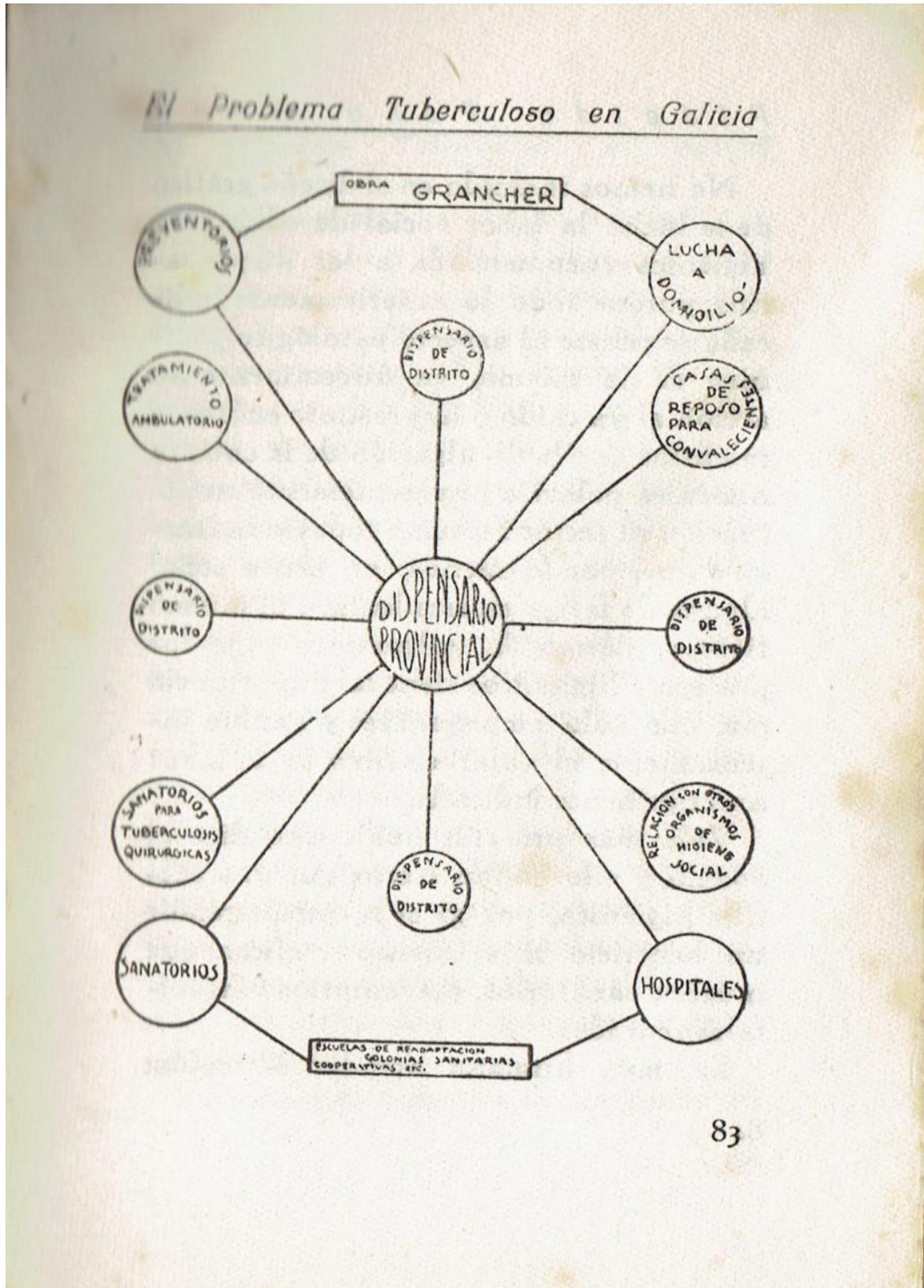
Es necesario crear un Dispensario central en cada provincia y una filial en cada provincia del mismo en cada distrito.

El Dispensario provincial será el encargado de la ordenación y acoplamiento de los datos de orden social recogidos por todos los dispensarios, para de ellos deducir las estadísticas y las medidas profilácticas necesarias en cada caso; facilitará a los dispensarios distritales todos los

⁶⁶ Hervada, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

medios de propaganda y vulgarización higiénica adoptados; hará frecuentes visitas a los distritos rurales y en ellos, su personal, provisto de un equipo móvil de rayos X, hará el reconocimiento de aquellos enfermos que el personal técnico del Distrito haya clasificado previamente como necesitados de dicho examen, para resolver una duda o confirmar un diagnóstico; organizará en estos centros rurales y en los urbanos el mayor número posible de actos públicos de divulgación sanitaria y propaganda higiénica; hará la clasificación de los casos para su ingreso en las distintas instituciones (preventorios, sanatorios, hospitales, etc.) y llevará el alta y baja de las plazas disponibles en cada una de ellas. Organizará en la capital cursillos de perfeccionamiento para el personal técnico de todos los dispensarios de la provincia, a los cuales podrán asistir todos los demás médicos que de tales lecciones creyeran poder beneficiarse, para así evitar que, con Andreatti, se pudiera decir que *la deficiencia científica y moral de ciertos médicos es la causa principal del completo fracaso de la lucha antituberculosa*, y mejor aún, para evitar que duras verdades sigan siendo verdad.”⁶⁷

⁶⁷ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.



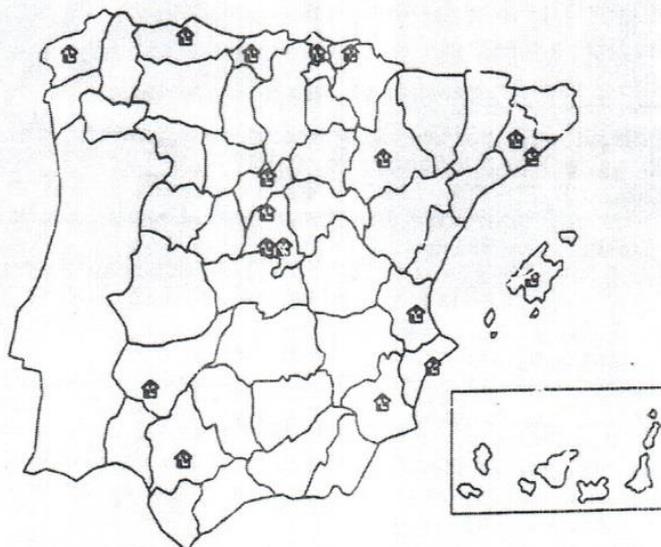
Estructura ideal de la lucha antituberculosa en Galicia según Peña Novo. Recogido de *El problema tuberculoso en Galicia* (1930).

DISPENSARIOS EN 1910



FUENTE: MALO DE POVEDA (1910) p. 67.

DISPENSARIOS EN 1919



FUENTE: MALO DE POVEDA (1919a) p. 10.

Dispensarios a nivel nacional en 1910 y 1919 según Malo de Poveda. Recogido por Molero Mesa en *Historia Social de la tuberculosis*. Tesis Doctoral. 1989. Como vemos obvia el Dispensario de Vigo y el de Ferrol (construido pero no en funcionamiento).

b) ASISTENCIAS PRESTADAS EN LOS DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS.

Asistencias prestadas durante el año 1919 en algunas de las Instituciones antituberculosas de España.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	Número de enfermos asistidos.			Clases de tuberculosis.		
	Total.	Varones.	Hembras.	Pulmonar.	Otras.	
Alicante: Dispensario antituberculoso Cruz Roja.....	166	74	92	43	123	
Baleares (Palma de Mallorca): Dispensario antituberculoso Felisa de Borbón.....	153	51	102	82	71	
Barcelona.....	Dispensario antituberculoso Pasco de San Juan.....	1 412	658	754	1 338	74
	Dispensario antituberculoso Gracia.....	1 890	938	952	478	114
Cádiz.....	Tarrasa: Sanatorio en Torre Bonica.....	50	23	27	50	»
	Sanatorio en Santa María de Olot.....	»	»	»	»	»
Coruña (La).....	Chipiona: Sanatorio Marítimo de niños de Santa Clara..	»	»	»	»	»
	Sanatorio de la Madre de Dios.....	»	»	»	»	»
Guadalajara.....	Dispensario antituberculoso Provincial.....	196	118	78	147	49
	Sanatorio Marítimo de Oza.....	525	228	297	»	32 (1)
Guipuzcoa.....	Sanatorio de Montaña de Nuestra Señora del Pilar (Trillo).....	35	15	20	»	35 (2)
	Hospital de Carlos III (Trillo).....	97	43	54	»	97 (2)
Madrid.....	Dispensario antituberculoso de San Sebastián.....	137	61	76	121	16
	Sanatorio local de Nuestra Señora de las Mercedes (San Sebastián).....	75	20	55	»	» (3)
Oviedo.....	Real Dispensario antituberculoso Príncipe Alfonso.....	2 525	1 098	1 427	2 298	227 (4)
	Real Sanatorio de Nuestra Señora de las Mercedes (Húmera).....	55	55	»	55	»
Santander.....	Real Sanatorio Popular antituberculoso Victoria Eugenia (Valdelatas).....	140	68	72	127	13
	Real Dispensario antituberculoso María Cristina.....	»	»	»	»	»
Segovia: Real Dispensario antituberculoso Infanta Isabel.....	Clinica de la Liga antituberculosa.....	»	»	»	»	»
	Dispensario antituberculoso A. Baylla.....	218	62	56	174	44
Sevilla.....	Sanatorio Marítimo Provincial (Candás).....	115	56	59	»	» (5)
	Dispensario antituberculoso Infanta Luisa.....	217	101	116	206	11
Valencia.....	Sanatorio Marítimo Nacional de Pedrosa.....	701	318	386	»	» (6)
	Real Dispensario antituberculoso Infanta Isabel.....	141	63	78	128	19
Valladolid.....	Dispensario antituberculoso provincial.....	27	10	17	23	3 (7)
	Casa Provincial de Expositos.....	8	»	»	»	5 (8)
Vizcaya.....	Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia.....	115	54	61	96	19
	Dispensario antituberculoso provincial (Jordana).....	1 512	522	990	893	619
Zaragoza.....	Sanatorio Marítimo de Malvarrosa.....	116	50	66	»	116 (9)
	Pabellón de niños tuberculosos.....	20	11	9	3	17 (10)
Zaragoza.....	Real Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia.....	151	64	87	108	43
	Sanatorio Gortitz (Bilbao).....	244	113	131	»	211 (11)
Zaragoza.....	Dispensario antituberculoso Ledo (Bilbao).....	»	»	»	»	»
	Dispensario antituberculoso.....	113	40	73	85	28
Zaragoza.....	Sanatorio antituberculoso para niños de Nuestra Señora del Pilar.....	10	»	10	»	» (12)

(1) Tuberculosis ósea. Además, 483 son pretuberculosos.— (2) Tuberculosis de los huesos y articulaciones.— (3) Todos pretuberculosos.— (4) El número de asistencias prestadas ha sido de 10 398.— (5) Todos son niños pretuberculosos.— (6) Todos son niños. De ellos, 92 son tuberculosos incipientes, y 605, pretuberculosos.— (7) Datos del año 1920 hasta mayo inclusive.— (8) De raquitismo, 3.— (9) Tuberculosis óseas.— (10) Se refieren exclusivamente al primer semestre de 1920.— (11) Tuberculosis externas.— (12) Son niñas pretuberculosas.

<http://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispacher.do?td=148119>. [consultado el 14/6/2105]

Generalmente, los dispensarios eran instalados en viviendas donadas para tal fin o alquiladas para abaratar costes aunque en algunos casos se construían edificios *ad hoc*.

En 1927, el reglamento de dispensarios especificó las instalaciones mínimas exigibles para el funcionamiento de estos centros: sala de espera, sala de vestuario para los enfermos, sala de reconocimiento, “una salita para un modesto laboratorio”, otro para radioscopia, un departamento para conservar las historias clínicas, locales para servicios de higiene (desinfección, cuartos de baño...) y, por último, habitaciones para el personal subalterno.”

Según recoge Hervada, en 1924 hay cuatro dispensarios en funcionamiento en Galicia: A Coruña, Ferrol, Vigo y Orense que *realizan una intensa labor médica pero escasa labor social*. Hace un pequeño análisis de cada uno de ellos, que considero de tal interés dados los escasos estudios sobre la labor del dispensario en Galicia que lo añadiré completo a continuación.

Dispensario de A Coruña

En Galicia fue el primer dispensario en entrar en funcionamiento cuya puesta en marcha comenzó en 1903, sobre un proyecto de 1901.

Según recoge Pereira Poza, el colegio oficial de Médicos de A Coruña, se lamenta que debido a las dificultades en la cesión de terrenos y edificación se retrasase la creación del mismo, pudiendo haber sido el primero en crearse en España:

“El expediente de concesión lleva trazas de no resolverse jamás, y La Coruña que pudo ser la primera población española que ostentase tan

indiscutible obra de adelanto e higiene, ve con envidia como se le adelantaron Madrid y (...) Barcelona en la creación de dispensarios antituberculosos.”⁶⁸

Pese a las buenas intenciones, el retraso fue debido a los problemas de financiación y la dificultad para decidir cuál sería el emplazamiento correcto del mismo. Villabrille, en 1905, lo resumía:

“Vienen con plausible celo distinguidos compañeros haciendo trabajos inauditos para establecer en esta ciudad en Dispensario anti – tuberculoso que lleve por lema: organizar la lucha contra la tuberculosis en la misma familia del obrero enfermo ó expuesto a enfermar; y en donde se faciliten medicamentos, desinfectantes y recursos alimenticios; se den instrucciones adecuadas al estado patológico; se hagan análisis repetidos y análisis especiales y el espíritu del paciente pueda hallar la calma que tanto necesita, etc., etc. ¿Cómo se ha correspondido á este llamamiento cuyo fin es altamente humanitario? Triste es decirlo: con bien poco entusiasmo por cierto. Pero que consideren los poderes públicos, las Sociedades de Socorros, las Obras de la Beneficencia, que tienen el deber moral de intervenir en la creación de ese Dispensario porque todos, absolutamente todos sacaremos provecho de él, incluso la misma patria con la prosperidad que podrán devengarle los enfermos curados ó mejorados y devueltos a la vida normal.

(...) Dado que el bacilo de Koch es un parásito que necesita un terreno especial, un organismo debilitado, empobrecido, atacado, en fin, de miseria fisiológica hacer presa, si queremos evitar su propagación y desarrollo, es absolutamente preciso que todos en general observemos las instrucciones siguientes:

Destruir los esputos que contienen millares de bacilos y que desecados penetran con el polvo en las vías respiratorias; limpiar las escupideras con agua hirviendo ó con sustancias antisépticas; desinfectar las habitaciones, ropa y demás objetos sospechosos; evitar el polvo, en lugar de barrer en seco y sacudir es preferible lavar y secar; proteger las sustancias alimenticias contra el polvo; esterilizar o hacer hervir la leche; abstenerse de fatigas y excesos, sobre todo de licores alcohólicos que favorecen la explosión del mal, sin olvidarse del reposo intelectual y moral que tan conveniente es á su debido tiempo; vivir en habitaciones aireadas, limpias, sin

⁶⁸ Recogido por Pereira Poza en *La paciencia al sol* de Cendán Caaveiro, Marina S.; El Sanatorio marítimo de Oza (1993). Tesis doctoral. Inédita. Universidad complutense de Madrid.

humedad y expuestas a la luz solar que destruye los gérmenes; aclimatarse progresivamente á los cambios de temperatura; desconfiar de las corrientes de aire y de los fríos húmedos; permanecer al aire libre por algún tiempo sin corsé ni cinturones y respirar por la nariz haciendo inspiraciones lentas y profundas; organizar las colonias de vacaciones en las costas marítimas, y en las faldas de las montañas; fortificar el organismo con una alimentación sana y abundante en proporciones fácilmente asimilables y cuyo elemento principal sea la carne cruda ó jugo muscular (tratamiento zomoterápico), que posee propiedades anti-tuberculosas.

Nadie es refractario al contagio tuberculoso sin practicar las expresadas instrucciones.

¿Cómo se cura un tuberculoso?

Observando las reglas higiénicas arriba mencionadas y las prescripciones farmacológicas que el médico disponga; pero teniendo siempre en cuenta que ningún medicamento será eficaz, si el paciente no tiene la fuerza de voluntad necesaria para ajustarse durante el tiempo que sea preciso, con fe y energía, al plan que sea propuesto que podríamos llamar magno,, ad hoc, fundado principalmente en el reposos, limpieza, aireación, pocos vicios, luz solar en abundancia, gimnasia respiratoria y sobrealimentación.”⁶⁹

Finalmente el Dispensario de A Coruña fue acogido en el edificio Casa Sol de A Coruña, diseñado por Pedro Mariño⁷⁰ y erigido en 1903, enfrente de la playa del Orzán, siendo inaugurado el 31 de diciembre de 1904. Consiste en un edificio de planta cuadrada a la que se accede por medio de una escalera.⁷¹

⁶⁹ Villabrille (1905). Actualidad médica. La tuberculosis. *Coruña Moderna* Año I. Núm. 3. Pág. 5-6.

⁷⁰ **Pedro Mariño y Ortega** (Benavente 1865-A Coruña 1931). Fue un arquitecto afincado en A Coruña y encuadrado dentro del Eclecticismo. Entre sus obras, además de la Casa Sol destacan el Cementerio Municipal de San Amaro (1904), el antiguo mercado de la Plaza de Lugo y el proyecto (que sufriría posteriormente múltiples modificaciones) del Palacio Municipal de A Coruña (1901) que preside la Plaza de María Pita (N. de la A.).

⁷¹ Afortunadamente, la edificación consiguió escaparse del *boom* inmobiliario y permanece en su localización original, sin adhesión a ningún otro edificio, habiendo prestado diferentes funciones para el Ayuntamiento de A Coruña, está vinculado en el momento actual, al Departamento de Turismo. (Nota de la A.)

Sin embargo, y pesar de los esfuerzos realizados por sus promotores el Dispensario de A Coruña continuó padeciendo grandes dificultades en su labor debido a los escasos recursos disponibles. Fraga Lago⁷² en un artículo de 1915 dedicado a la lucha antituberculosa publicado en *Medicina Social*, se quejaba de los escasos logros obtenidos por este establecimiento:

“Otra prueba de lo afirmado, se observó aquí con la instalación del dispensario. Para erigirlo, fueron los médicos en unión de otros cuantos convencidos, casa por casa, demandando recursos. El público respondió: se hizo cargo, el edificio se hizo y la suscripción mensual que en un principio fue de 425 pesetas, está hoy reducida a la suma de 200 pesetas escasas.

¿Es que recibir 2.000 anuales de la Junta Central y 500 más de que concede de subvención el municipio al año para ayuda de los gastos, ha sido bastante para que disminuyera la suscripción? ¿Es que se esperaba que el éxito, éxito salvador, siguiera rápidamente a la inauguración del Establecimiento?”

En el mismo documento copia una circular (de la que dice textualmente fueron repartidas “miles”) que firmada por El Marqués de San Martín, Francisco Aznar, José Riguera Montero, Nicasio de Aspe, José Soto González, Antonio Rodríguez Rouco, Manuel Sanjurjo Suárez, Demetrio Etchevers, José Marcote, Benigno Muiños, Enrique Villardefrancis, Manuel Fraga Irure, Emilio Ramos y el propio Fraga Lago que se hizo llegar a vecinos de A Coruña, reclamando ayuda para el funcionamiento del mismo y explicando las dificultades en el funcionamiento del centro debido a la escasez de recursos. Paso a transcribirlo a continuación ya que hace un breve resumen de los medios disponibles por el

⁷² Fraga Lago, E. (1915). Algo de lucha antituberculosa. *Medicina Social*. Año V. Núm. 57. Barcelona. Pág. 129-133.

establecimiento y la distribución básica de los mismos en ayudas al tísico sin recursos.

“Distinguido convecino:

Desde la inauguración de este dispensario -3 de diciembre de 1906- hasta el 31 de diciembre de 1914, han sido asistidos en este Establecimiento 1.629 tuberculosos.

Los socorros entregados en especie a estos infortunados seres en los ocho años de vida que lleva el Dispensario, alcanzan la cifra de 31.587,71 pesetas, distribuidas en esta forma:

Leche: 19.269,60

Huevos: 6.732,00

Carne: 4.776,00

Pan: 567,16

Vino: 229,71

Si a esto se añade que, por estancias en el campo y suplemento de renta de casa se les socorrió en metálico con 6.384 pesetas, los socorros entregados por este Dispensario ascienden a la respetable cantidad de 37.971,71.

En la actualidad asisten a esta consulta 44 tísicos pobres, ascendiendo el socorro que reciben diariamente a 32,05 pesetas.

Estas cantidades son un grano de arena en la lucha antituberculosa, pero está a punto de disolverse, se agota.

Si el Dispensario llegara a cerrarse por falta de fondos con que sostenerlo, estos infelices tienen que solicitar la limosna particular, llamarán a su puerta pidiendo un socorro, y esto es un gravísimo peligro de contagio para todos. Si V. quiere subscribir el adjunto boletín (que pasarán a recoger), con una modesta cantidad mensual...

Antes que ellos, nosotros somos los que, tendiendo la mano, demandamos de V una limosna para los tísicos pobres. Seguros de que no

seremos despachados con un DIOS LE AMPARE, le dan gracias anticipadas y se ofrecen a V. atentos y s.s.q.e.s.m.”⁷³



Dispensario de A Coruña (Casa Sol) en la actualidad. Fotografía de la autora.

Según recoge Hervada en 1924:

” En él ya notamos el defecto que dejamos apuntado, pues realiza una acción médica que ignoramos si es provechosa, pero en cambio es limitadísima su acción social. El inteligente secretario, doctor Nicasio Aspe, dice en una de sus memorias: *Lamentamos que nuestra labor, aunque provechosa, se haya quedado reducida a la de un consultorio y no haya podido traspasar apenas los muros de esta casa.*

He aquí los datos estadísticos del Dispensario, de uno de estos últimos años.

⁷³ Fraga Lago, E. (1915). Algo de lucha antituberculosa. *Medicina Social*. Año V. Núm. 57. Barcelona. Pág. 129-133.

DE TUBERCULOSIS:

-Enfermos curados	41
-Enfermos mejorados	12
-Altas por varios conceptos	69
-Fallecidos.....	38
-Continúan asistidos.....	55
Total	215

SERVICIOS FACULTATIVOS

-Consultas	5.216
-Reconocimientos	311
-Visitas domiciliarias	174
Total	5.701
-Han sido tratados como pretuberculosos.....	23
-Reconocidos y no tuberculosos	73

INYECCIONES PRACTICADAS

-De tuberculina	2.393
-Medicamentosas	836
Total	3.229

TRABAJOS DEL LABORATORIO

Análisis de:

-Esputo	330
-Orina	42
-Otros análisis.....	19
Total	391

Tiene como ingresos las suscripciones particulares, una subvención del Estado de 2.000 pesetas anuales y los donativos de la Junta Provincial Antituberculosa, que obtiene la recaudación de la Fiesta de la Flor. Hasta ahora se juntaron unas 15.000 pesetas anuales.

Parece ser que muy recientemente se intentará dar otra dirección a la labor de este Dispensario. En la última reunión del Consejo administrativo, se acordó la organización de una Junta de Damas por distritos para informar al Consejo sobre las verdaderas necesidades que observen entre los enfermos pobres y la creación del Sanatorio destinado a los tuberculosos indigentes, complemento indispensable del Dispensario y para el cual han ofrecido ya su apoyo algunas prestigiosas sociedades gallegas de América y otras de la región.⁷⁴

Dispensario de Ferrol

Tras el de A Coruña se construye entre 1908 y 1911 el Dispensario de Ferrol en el barrio de la Magdalena según los planos de Julio Galán Carvajal, con una estructura similar al de A Coruña diseñado por Pedro Mariño.

No pudo ser concluido hasta Agosto de 1922, época en la que se sostenía con ayudas de la Fundación Amboage y suscripciones particulares.⁷⁵ Funcionó desde esta fecha con el nombre de Dispensario Antituberculoso de Cruz Roja.

La actividad de los principales dispensarios el Dr. Hervada, que en su obra *La lucha antituberculosa en Galicia* en 1924 recoge el desarrollo y actividad de los dispensarios en la comunidad gallega. Para él, su numeroso personal médico trabajaba gratuitamente. y contaba además con un buen laboratorio. A su criterio:

“Parece que comienza con una buena orientada campaña social, pues una comisión de la sección de beneficencia y propaganda, se dedica a visitar

⁷⁴ Romero Vázquez, D. (1977). *Galería de médicos gallegos ilustres*. Prólogo del Dr. Domingo García-Sabell. A Coruña; Ed. Moret. Pág. 91.

⁷⁵ VVAA. (2007). *El sanatorio marítimo de Oza España*; C/A gráfica

las viviendas de los enfermos consultados, a fin de informar sobre sus condiciones de salubridad.”⁷⁶

Dispensario de Orense

Las referencias de funcionamiento las tenemos una vez más del Dr. Hervada, quien discrepaba con el trabajo allí realizado, sobre todo por la administración de la vacuna de Ferrán:

“Tiene por director facultativo al Dr. Francisco José Rionegro como nosotros no participamos de sus opiniones terapéuticas, nos limitamos a copiar las referencias que nos envió y a agradecerle sinceramente los detalles, que muy solícito nos ha comunicado.

Este Dispensario es un anejo de la Institución provincial de la Cruz Roja. Vive de las subvenciones de la Diputación y del Ayuntamiento y con la protección del Gobierno civil y de muchos particulares.

Se organizó hace tres años con carácter oficial y se prestan gratuitamente todos los médicos para el servicio facultativo.

Se usa el tratamiento por medio de vacunas preventivas, que es forzoso para todos los consultantes admitidos, valiéndose de las vacunas anti-alfa de Ferrán, que se aplican cada ocho días hasta el número de cinco.

Llevan hechas más de 400 vacunaciones desde hace tres años. El Dr. Ferrán da facilidades para su adquisición más económica.

También se usa como curativo el suero Sat. La base fundamental de estímulo para organizar este Dispensario, fue la vacuna antialfa Ferrán, estando satisfechos, en las tuberculosis quirúrgicas, pero no en la pulmonar.

Anejo al Dispensario hay un comedor gratuito para niños de ambos sexos. Se escogen por grupos de 30, con derecho a disfrutar de tal beneficio durante tres meses.

Se dan algunas cantidades para niños que necesitan tomar baños de mar o en La Toja.”

⁷⁶ Hervada, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Imprenta del Noroeste.

Dispensario de Vigo

Este Dispensario fue fundado en el año de 1917 e inaugurado en el mes de Noviembre, siendo alcalde D. Fernando Conde y médicos D, Fernando Rubio y D Martín del Vicente. En mayo de 1921 fue nombrado médico-director el Dr. Larramendi, por ausencia del primero y renuncia del segundo, teniendo a sus órdenes un practicante.

Gobernaba esta institución un patronato presidido por el alcalde y del que forman parte diversas personalidades de esta localidad.

Cuando su creación, se hizo la Fiesta de la Flor, y con lo recaudado, se habilitó el local en que hoy se haya instalado, sosteniéndose actualmente con una subvención de 3.000 pesetas que le asigna la Junta Central contra la Tuberculosis, de Madrid, y 3.500 pesetas con las que contribuye el Ayuntamiento, más el pago del local.

Las Sociedades de gas, electricidad y agua, facilitan estos elementos gratuitamente.

Con lo recaudado hay que pagar el médico y al practicante y adquirir material para tratamiento.

Desde la fundación del Dispensario han estado sometidos a tratamiento 1.123 enfermos.

En este establecimiento se hacen tratamientos con inyectables y se usa la tuberculina cuando puede observarse al enfermo.⁷⁷

Dispensario de Pontevedra.

En 1928 entró en funcionamiento el dispensario de Pontevedra:

“Se ha inaugurado el dispensario del barrio de la Reina, asistiendo todas las autoridades y la vizcondesa de Fefiñanes, en representación de la Reina doña Victoria, cuyo nombre lleva el Dispensario. Pronunciaron discurso el doctor García Cabezas y D. Vicente Riestra, leyendo otro de satisfacción de la Reina por la labor de los Dispensarios antituberculosos. El establecimiento está soberbiamente instalado con todos los detalles precisos. Los invitados recorrieron luego las dependencias.”⁷⁸

Dispensario de Santiago.

Un caso muy particular es el de Santiago, sobre todo por la muy tardía llegada de esta institución a la ciudad a pesar de ser sede universitaria. Según nos ha informado en entrevista reciente el Dr. Golpe Cobas (1930-) , no es hasta 1938 que se crea el primer dispensario, en un edificio preexistente localizado en la calle República Argentina, en el ensanche santiagués, próximo al antiguo colegio Peleteiro, lugar en el que mantendría su función hasta 1958. A partir de esa fecha, debido a razones urbanísticas fue trasladado a la calle Galeras, en las inmediaciones del Hospital General, a un edificio que ya no existe en la actualidad.

⁷⁷ Hervada, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

⁷⁸ ABC. 28 de Agosto de 1928.



Dispensario de Santiago en las inmediaciones del colegio Peleteiro, en el ensanche compostelano, en la actualidad. Fotografía de la autora.

Posteriormente esta actividad pasaría a realizarse desde el Sanatorio-enfermería de la Choupana, que funcionaba desde 1938 en un edificio inicialmente diseñado como reformatorio de menores, sobre un solar en el que había habido un hospicio durante el siglo XIX, luego una fábrica de curtidos y más tarde, un campo de fútbol entre los años 1925-1932. Tendría función específica de hospital antituberculoso hasta los años 70. Su primer director fue el doctor López Sendón, siendo Jefe de Servicio el Dr. Golpe Cobas. Fue a petición de su directiva que el hospital pasó a llamarse Hospital de Enfermedades del tórax Gil Casares. Desde su apertura, el doctor López Sendón publicó unas memorias bianuales con los trabajos de lo que inicialmente se llamó Sanatorio-enfermería.⁷⁹

⁷⁹ López Sendón, M. (1939). *Trabajos del Sanatorio-enfermería antituberculoso provincial de Santiago de Galicia. (1938-1939)*. A Coruña; Imprenta Moret. 225 Págs.



Hospital de enfermedades del tórax Gil Casares. Sin fecha. Archivo gráfico de *El Correo Gallego*.

Lo que ocurrió antes de estas fechas es difícil de relatar, dada la inexistencia, hasta donde conocemos, de una organización oficial para la lucha antituberculosa en la ciudad compostelana. Además de la actividad privada, los reconocimientos gratuitos, tratamiento médico y neumotórax debían realizarse desde el Hospital Real, donde Gil Casares era el mayor exponente de la lucha antituberculosa.

Nos llama la atención, sin embargo, las escasas referencias a la inexistencia de esta entidad en Compostela, tanto en la obra de Gil Casares como la de otros tisiólogos compostelanos como gallegos en general.

Una de las causas podría ser que la actividad de los dispensarios gallegos existentes debió ser escasa, debido a la limitación de fondos y al tipo de contratos

que tenían los médicos que allí trabajaban. Nóvoa Santos afirma en 1924⁸⁰ en unas declaraciones a Hervada sobre la tuberculosis en Galicia:

“La labor de los dispensarios, tal y como funcionan hoy, es tan precaria, que no puede esperarse nada de ellos. Una lucha eficaz, contra la tuberculosis en Galicia, es solo un aspecto parcial de la lucha antituberculosa universal que supone la intervención de numerosos factores económicos.”⁸¹

En su obra Gil Casares alude en contadas ocasiones al dispensario. En su ponencia al Congreso Antituberculoso de La Toja se limita a decir:

“Otro sería el fundar dispensarios para curar enfermos, con una institución como la de S. Vicente de Paul que visite los enfermos, vea sus necesidades y remedie las más perentorias necesidades.”⁸²

Como vemos, no hace referencia alguna al retraso que con respecto a otras ciudades presentaba Santiago en el desarrollo de estas instituciones aunque claramente se muestra a favor de las mismas.

En el mismo congreso, el Dr. Prior también toca el tema de forma somera defendiendo que considera de urgencia la fundación de Dispensarios en las cuatro provincias gallegas, reforzando el que funciona en Vigo y solicita que el Sr. Gil de un cursillo de ampliación a practicantas con objeto de obtener el título oficial de enfermeras visitadoras de tuberculosos, por lo que entendemos que era considerado

⁸⁰ Nóvoa Santos ejerció en Santiago hasta 1927, año en que gana la cátedra en Madrid (Vid. Ponte Hernando, Fernando, Valle-Inclán Alsina, Javier. Prólogo de Thomas Glick. (2011). *Roberto Nóvoa Santos. Las primeras páginas*. Santiago; Servizo de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela.

⁸¹ Hervada, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

⁸² El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 278.

como un profesional bien formado y considerado en las actividades que debían realizarse desde el dispensario.

En 1930 realiza Peña Novo una estadística comparativa de recursos existentes para la lucha antifímica en Galicia comparándola con las existentes en otras naciones europeas de población similar⁸³:

NACIÓN	HABITANTES	DIPENSARIOS	SANATORIOS TUBERCULOSIS PULMONAR	SANATORIOS TUBERCULOSIS QUIRÚRGICAS	HOSPITALES
Irlanda del Norte	1.256.561	42	433	59	58
Estonia	1.107.059	11	5	1	1
Finlandia	3.558.220	12	44	7	0
Escocia	4.882.497	34	114	0	0
Galicia	2.333.303	4	0	0	0

Estructuras antituberculosas en Galicia comparándolas con otras naciones de similar población. *El Problema tuberculoso en Galicia*. (1930) Peña Novo, P. Biblioteca de la autora.

En nota aclaratoria al pie añade:

“En la casilla de Galicia no incluimos al Sanatorio Marítimo de Oza por su escaso interés regional en este aspecto, puesto que las colonias que de él se benefician son, principalmente, castellanas.

Tampoco incluimos los dos sanatorios en construcción –el de Cesuras y el de La Lanzada- porque hace siete años que están en construcción y, a pesar del gran entusiasmo y tenaz empeño puesto en tales empresas por los meritísimos señores que se hallan al frente de las mismas, son tan pequeñas las esperanzas que tenemos en su pronta utilización, que solamente así, como una lejana esperanza, podemos citarlos.”

⁸³ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. A Coruña; Imprenta Moret.

En 1930, Gutiérrez Moyano⁸⁴ se lamenta de la escasa labor realizada por los dispensarios gallegos. Entre otras, baraja como causa la imposibilidad de internar a los tuberculosos avanzados que así lo necesitasen en hospitales adecuados, dada la inexistencia de estos centros en la región de forma que *el rendimiento de su acción antituberculosa no es todo lo completo que debe desearse.*

“La labor moderna de los Dispensarios es descubrir al tuberculoso desde sus fases iniciales (labor no siempre sencilla), es dirigir los que por su estado puedan constituir un peligro para los que lo rodean voluntaria o forzosamente, a los Sanatorios y Hospitales, desde donde les comunican el momento en que abandonan el establecimiento, para que el Dispensario vuelva periódicamente a someterlos a su vigilancia, y recluirllos oportunamente si se presenta algún nuevo brote, o alguna alteración que haga indicada la cura de reposo.”⁸⁵

En la misma obra, Gutiérrez Moyano abogaba que la función de los Dispensarios se llevase a cabo *bajo la dirección técnica de médicos especializados y remunerados con incompatibilidad formal de todo otro cargo oficial, ya que consideramos las acumulaciones de todos los órdenes de funcionarismos como poco convenientes a los intereses nacionales, y en cuestiones médicas nuestro rigor sería aún más extremado y seríamos partidarios, como sucede en algunas naciones donde estos nombramientos se hacen con prohibición formal de ejercer la clientela*

⁸⁴ **Aurelio Gutiérrez Moyano** fue el fundador de la revista *Galicia Clínica* en 1929, de la que fue su director hasta su fallecimiento en 1971. Entre sus obras sobre tisiología destacan: Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia. Conferencia pronunciada en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. (1925). 30 Pág.; La cirugía en la tuberculosis pulmonar. Ponencia presentada a las I Jornadas Médicas Gallegas celebradas en A Coruña del 19 al 25 de agosto de 1929. *Libro de Actas de Jornadas Médicas Gallegas*, Madrid; Instituto de biología y sueroterapia laboratorios Ibys y Thirf reunidos; El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido, *Galicia Clínica*, Num.10. Pág. 1-10; Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 179-182.

⁸⁵ Gutiérrez Moyano, A. (1933). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 1.

privada, para que todas las horas disponibles de trabajo las dediquen a la diaria consulta. Defendía también la creación de un cuerpo de enfermeras visitadoras que reforzase la labor de los dispensarios.

No es hasta 1933 que se crean dos dispensarios centrales, uno en A Coruña y otro en Ourense. Hervada Iglesias, hijo de Hervada García en 1983:

“Con la instauración de la República, que coincidió con mi licenciatura, se organizó oficialmente la Lucha Antituberculosa, y aparecieron los Dispensarios del Estado, en casi todas las provincias, y entonces la campaña fue más completa y repartida. Los nombres de Ugoiti y de Hervada, en La Coruña, López Sendón en Santiago, Ramón de Castro en Vigo, Iglesias Parga en Ferrol, fueron destacados, desarrollando una gran labor en la lucha contra esta plaga.”⁸⁶

HOSPITALES.

No existió en Galicia durante la época de Gil Casares ningún hospital específico para tuberculosos. La labor del hospital era discusión frecuente entre los tisiólogos, sobre todo a qué tipo de pacientes debían ir dirigidos este tipo de instituciones. Como normal general, se aceptaba que el hospital debía estar indicado para pacientes considerados *incurables* aunque había quien opinaba sobre si aquellos tuberculosos que se creía muy contagiosos por ser bacilíferos o bien aquellos cuya estancia debía ser muy prolongada por lo evolucionado de la enfermedad (aunque no hubieran sido desahuciados) debían ingresar en un hospital.

Ni tan siquiera el Hospital de Santiago, que dependía de la Facultad de Medicina tenía una sala específica para tísicos como ocurría en otros lugares. Los

⁸⁶ Hervada Iglesias, E. La tuberculosis en Galicia. *Galicia en Madrid*. Año II. Núm. 6. Julio-septiembre de 1983.

pacientes cohabitaban a veces durante largas temporadas con otros pacientes aquejados de otro tipo de enfermedades. Gil Casares, describe en 1925, en el Congreso de La Toja, las condiciones en las que se producían estos ingresos en la sala en la que trabajaba en el Hospital Real:

“En aquella enfermería capaz para 25 camas, hay siempre una elevada proporción de tuberculosos graves (seguramente la cuarta o la quinta parte del total de acogidos). La sala, aunque espaciosa, es de deplorables condiciones higiénicas. Jamás se asolea, pues no lo permite la disposición de las ventanas. El menaje es pobre y anticuado. Las paredes encaladas, no se lavan. En ellas y entre las baldosas del pavimento, es probable que existan gérmenes tuberculosos pertenecientes a generaciones de enfermos que ningún viviente actual ha conocido. Pues bien; en esta enfermería que era antes terror de los estudiantes aprensivos, la tuberculosis no se contagia. No la adquieren mis alumnos que son cerca de un centenar de jóvenes en edad peligrosa. Tampoco la contraen las Hermanas de la Caridad que cuidan a los enfermos, ni los pacientes crónicos, compañeros de desgracia (dispépticos, nerviosos, inválidos, etc.) cuyos lechos están contiguos a los de los tísicos, siendo de advertir que hoy día, en 1925, llevan algunos de estos pacientes, todavía relativamente jóvenes, cerca de un cuarto de siglo de permanencia en la sala.”⁸⁷

En 1925, en el citado congreso de La Toja Gil Casares, hace referencia a la proposición del Dr. Piñeiro de reforma de monasterios, generalmente aislados y de montaña, estéticamente agradables, para la construcción de hospitales:

“A los enfermos es necesario recogerlos y hospitalizarlos, pero como casi todos ellos manifiestan horror a los hospitales de aspecto tétrico, sería preciso recogerlos en sitios que reuniesen las condiciones de alegría, belleza e higiene necesarios.

El médico de Pontevedra D. Joaquín Piñeiro, me manifestaba hace días que para satisfacer estas necesidades nada mejor que los monasterios,

⁸⁷ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia. Ponencia presentada al Primer Congreso de la lucha antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz los días 2 al 6 de octubre de 1925*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. Pág. 15.

con lo que se cumplirían dos fines, el de conservarlos, preservándolos de la ruina, y el de curar los enfermos.”⁸⁸

Varias de las conclusiones, que fueron elevadas al Gobierno, a las que se llegó en este congreso, giraban alrededor de la escasez de instituciones hospitalarias para tuberculosos en la comunidad gallega. Así, entre otras, se sugería la creación de hospitales para inmigrantes retornados en las inmediaciones del puerto de Vigo y A Coruña o la construcción de un hospital especializado en la enfermedad anexo a la Facultad de Medicina compostelana.

Durante el mismo, como corolario, el Dr. Novo Campelo, lee al final del congreso el siguiente telegrama de Enrique Peinador, propietario del balneario de Mondariz, que a falta de hospital específico se destinase como mínimo una sala a tal fin:

“Ineludibles deberes impídenme asistir al cierre primer congreso antituberculoso regional.

Ruégole pida compañeros asistentes supliquen al ilustre Director Sanidad, cúmplase disposiciones vigentes para que en el Hospital de Santiago dedíquese alguna sala exclusivamente para enfermos de tuberculosis pulmonar, pues la falta de aislamiento no sólo es altamente perjudicial para desgraciados tuberculosos por carencia condiciones higiénicas actuales salas, sino también inhumano por peligro contagio otros enfermos.”⁸⁹

Dejando atrás el Congreso, ese mismo año, Gutiérrez Moyano quien refiere que como única estructura para la lucha antituberculoso en A Coruña disponen del citado dispensario, solicita en una conferencia pronunciada en la *Unión Recreativa*

⁸⁸ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 279.

⁸⁹ El Congreso antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 286.

e *Instructiva de Artesanos de La Coruña*, la cesión para tal fin del hospital de tuberculosos del pabellón que la familia Labaca tenía en vías de construcción en la zona de Monserrat, sin actividad de obra, al parecer, en el momento de la conferencia.⁹⁰ Finalmente, esta proposición no sería aceptada y la función del edificio fue la de Hospital Materno-Infantil como recoge el mismo Gutiérrez Moyano en 1930 y a nivel regional, la disponibilidad de hospitales no se había modificado en absoluto.⁹¹ Esta institución permanece abierta hoy en día como Centro Oncológico.

En Vigo, una de los núcleos urbanos más importantes de Galicia, no nos consta apertura de una sala para tuberculosos hasta el 1933, año en el que a través de las gestiones realizadas por José Ramón de Castro⁹², alumno predilecto de Gil Casares, se abre una en el Hospital Municipal.

2.5. EL SEGURO CONTRA LA TUBERCULOSIS.

Don Miguel veía las dificultades económicas de ingresar a la clase trabajadora en un sanatorio, dado el alto coste de la estadía. En una nota al *Eco de Santiago* titulada *Desde Berlín*, en 1908 realiza la crónica de un viaje al sanatorio de Grabowsee, en

⁹⁰ Gutiérrez Moyano, A. (1925) *Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia. Comunicación pronunciada en la Unión Recreativa de Artesanos de La Coruña*. A Coruña; Papelería y Talleres de Imprenta Gareybarra.

⁹¹ Gutiérrez Moyano, A. (1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Pág. 6.

⁹² **José Ramón de Castro Rodríguez.** (Vigo 1900-Vigo 1944). Tras realizar sus primeros estudios en su ciudad natal se desplaza a Santiago para estudiar Medicina. Se licencia en 1923 y posteriormente amplía estudios en París, donde tiene entre otros como maestro a Sergent, del que llega a ser amigo personal. Desde Francia se desplaza a Suiza, Holanda, Bélgica Italia e Inglaterra trabajando en diferentes clínicas a la vez que adquiere conocimientos. Posteriormente regresa a Vigo, donde ejercería la medicina. Durante la Guerra Civil en colaboración con el general Martínez Anido, trabajó en la creación del Patronato Nacional Antituberculoso. Fue director del sanatorio del Rebullón en 1941. En 1933 publicó *Sinfonía ácido resistente* que dedicaría a su maestro Gil Casares. Murió prematuramente, a los 44 años, consecuencia de una trombosis de la íliaca abdominal.

donde es recibido por el Dr. Groschke, quien le enseña las instalaciones y le explica el tratamiento que reciben los ingresados en el sanatorio.⁹³

“Un día uno de estos obreros de Berlín arroja unos esputos de sangre; su mujer, sus padres y tal vez sus hijos, habrán reparado, temerosos, que el obrero adelgazaba, que comía con desgano y que la tos persistente, contraída al parecer cuando salía sudoroso del trabajo, del café o de la taberna, se había exacerbado. Acude angustiado el enfermo a la policlínica, á la consulta gratuita, y le dicen que es poca cosa lo que tiene, un endurecimiento del vértice pulmonar, en catarrillo allí arraigado; pero que debe cuidarse en el sanatorio, suspendiendo temporalmente su trabajo y alejándose de los suyos.

Ante el fantasma horrible de la tisis, de la invalidez precoz, de los sufrimientos inacabables en la miseria, de la muerte en el hospital, en enfermo no vacila. Acaso cure en el sanatorio y por lo menos mejorará. Ciertamente que la estadía le costará diariamente 3,75 marcos; pero no es él quien debe pagar, sino las sociedades de seguros que Bismarck hizo obligatorias.”⁹⁴

No hemos encontrado escritos más tardíos que hagan referencia por parte de Don Miguel al seguro contra la enfermedad. Más que a éste, que era recomendado por otros tisiólogos gallegos, sobre todo a aquellos que decidían emigrar, Gil Casares hacía apología de las clases preparatorias para emigrantes, que formasen al trabajador tanto en medidas de higiene como a nivel laboral, de forma que aumentasen las posibilidades de obtener un trabajo mejor remunerado en la emigración.

⁹³ Gil Casares, M. Desde Berlín. Fechado 9 de Noviembre de 1908. Publicado en *El Eco de Santiago*. 13/11/1908. Pág.1.

⁹⁴ A este diario, *El Eco de Santiago*, envió Gil Casares varias crónicas de viajes realizados con motivo de su actividad laboral, por lo que podemos observar la mayoría en relación con la tuberculosis, con motivo de los congresos de San Sebastián y Zaragoza, visita a sanatorios de los Alpes y a las clínicas de París o Alemania. Así *Desde Zaragoza* (9/10/1908; 12/10/1908), *Desde París* (19/10/1908), *Desde Berlín* (27/10/1908; 28/10/1908; 3/11/1908, 6/11/1908; 13/11/1908; 20/11/1908, 7/12/1908); *De Davos a Santiago* (8/1/1909) o *Desde San Sebastián*, (14/09/1912).

En Galicia uno de los primeros médicos en solicitar el seguro para la enfermedad, fue Fraga Lago, médico del Dispensario de A Coruña, que en 1915, en un artículo publicado en *Medicina Social*, en el que hacía crítica de los escasos recursos de los que disponían para la ayuda al tuberculoso pobre, solicitaba una centralización y unificación de la lucha antituberculosa, para no tener que acudir a la limosna o beneficencia particular, así como una seguridad en la retribución del trabajador que caía tuberculoso para que continuase pudiendo sostener a sus familias.

“Y entre ellos, yo creo que uno de los más importantes es el de proporcionar hospitalización, más que decorosa regular, al sin número de tuberculosos pulmonares. Y si es pobre, conceder a sus familias el jornal que ganaba mientras estaba sano y apto para el trabajo.”⁹⁵

También se manifestó en Galicia públicamente a favor del seguro contra la enfermedad el Dr. Marcelino Ramírez, médico-director del Dispensario Antituberculoso de A Coruña. En 1924 hace unas declaraciones a la prensa, aprovechando la puesta en marcha del sanatorio de Cesuras, del cual fue uno de los principales promotores, a favor del seguro obligatorio para la enfermedad para todos los trabajadores, cualquiera que fuera el cargo que desempeñasen.⁹⁶

“Como consecuencia de cuanto acabamos de exponer se reconoce la necesidad de establecer el seguro obligatorio contra la enfermedad en todos los trabajadores cualesquiera que sean y como dicha enfermedad debe considerarse como accidente de trabajo para los efectos del seguro, de ahí la conveniencia sea de que debe ser el patrono quien debe pagar las cuotas del mismo a las Cajas o Sociedades aseguradoras.

(...) el obrero cuando pierde la salud no sólo pierde con ella el interés de su propio capital, por cuanto sin ella no puede trabajar, sino que pone en peligro de

⁹⁵ Fraga Lago, E. (1915). Algo de lucha antituberculosa. *Medicina Social*. Año V. Núm. 57. Barcelona. Pág. 129-133.

⁹⁶ Seguro social contra la tuberculosis. *El Ideal Gallego*. 25 de julio de 1924.

perder también dicho capital que no solo pertenece a él sino a su mujer y más principalmente a sus hijos.”⁹⁷

Un tipo de seguro para la enfermedad específico para la comunidad gallega era el que defendía Peña Novo en 1930, en relación a la protección contra la enfermedad en la emigración a América. Como se detalla en el capítulo correspondiente al retorno migratorio en 1925 se estimaba que entre el 60 y el 80 por ciento de los gallegos retornados de Latinoamérica eran tuberculosos.

“Realizar esta labor, es función privativa del Estado español; solamente a él le corresponde tal obligación, ya que dispone de medios para arbitrar recursos suficientes para sostener esta campaña, sin que ella constituya una nueva carga para el Tesoro público; valiéndose, por ejemplo, de un impuesto obligatorio para todos los gallegos residentes en América, que lo satisfarán trimestral, semestral o anualmente y a razón de cincuenta céntimos mensuales; cantidad que se halla al alcance de todas las posibilidades económicas y cuya recaudación arrojaría una suma más que suficiente para la atención de todas las necesidades a estas instituciones.”⁹⁸

En 1925, Gutiérrez Moyano es más partidario de un general para la enfermedad que de un seguro específico contra la tuberculosis.⁹⁹

Ese mismo año, en 1925, en el que se celebra el Congreso Antituberculoso de La Toja y aun no siendo el tema principal de ninguna de las ponencias, como veremos, sí fue discutido en varias ocasiones. Fueron sobre todo, los doctores Murillo¹⁰⁰ y

⁹⁷ Ramírez García, M. Seguro Social contra la Tuberculosis. *El ideal gallego*. 25 de julio de 1924. Pág. 15.

⁹⁸ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

⁹⁹ Gutiérrez Moyano, A. (1925). *Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia*. Conferencia pronunciada en la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. A Coruña; Papelería y Talleres de Imprenta Gareybarra. Pág.23.

¹⁰⁰ Director General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación.

Paratcha, los que defendían la existencia de un seguro obligatorio para la enfermedad, proponiéndolo como una de las conclusiones que se elevasen al gobierno.¹⁰¹

2.6. EL CASO CLINICO DE LA DAMA DE LAS CAMELIAS¹⁰²

Quizás como reminiscencia del aura romántica que envolvió a la tuberculosis durante el siglo XIX, en 1908 escribe D. Miguel *El caso clínico de la dama de las camelias*. Se trata de un breve opúsculo, de unas 15 páginas, que fue redactado como discurso para su lectura en el Ateneo *León XIII*, el día once de abril de ese mismo año y reeditada por sus alumnos en 1918.¹⁰³

Gil Casares hace con esta inclasificable obra su particular homenaje a Marguerite Gautier, la protagonista de la novela *La dama de las camelias* de Alexandre Dumas hijo¹⁰⁴ y que en 1853 tan sólo unos cinco años más tarde de la publicación del libro, sería estrenada como ópera por Verdi en la inolvidable *Traviata*, que junto con *Rigoletto* e *Il Trovatore* forman la trilogía popular del músico. Giuseppe Verdi dijo a sus colegas cuando creó la obra que estaba cansado de motivos históricos, que necesitaba representar un motivo actual, de su tiempo, y el trasfondo de la obra no fue otro que la tisis, el mal de moda del momento.

¹⁰¹ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 278.

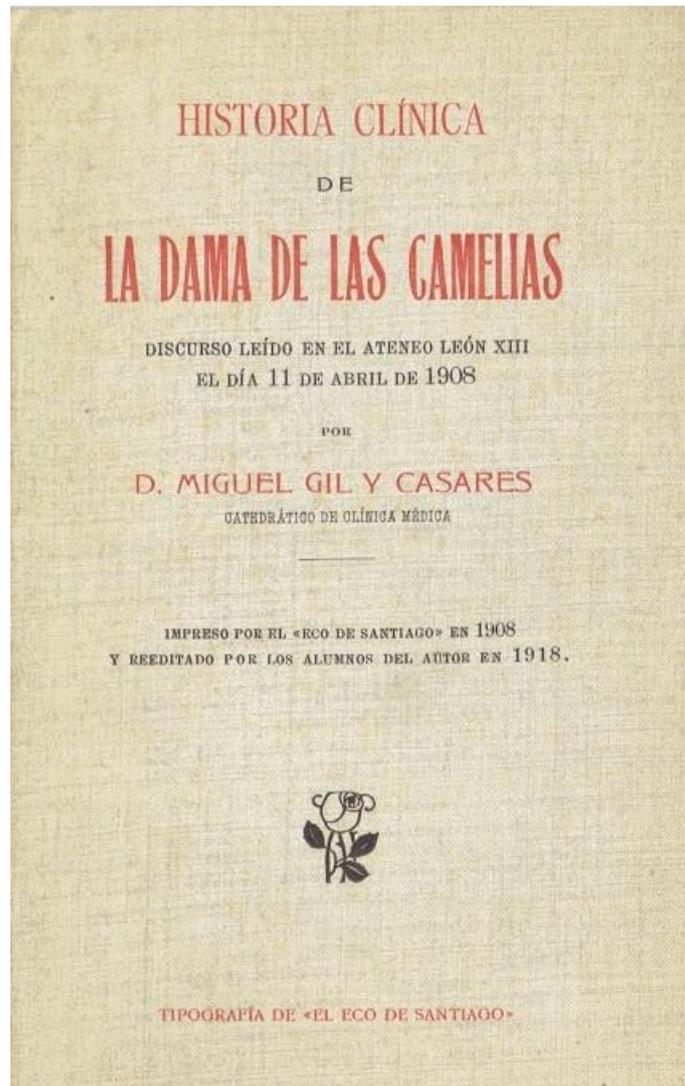
¹⁰² Gil Casares, M. (1908). *Historia clínica de la Dama de las camelias. Discurso leído en el Ateneo León XIII el día 11 de abril de 1908*. Reimpreso por los alumnos del autor en 1918. Santiago: El Eco de Santiago (N. de la A.).

¹⁰³ Dumas, A (2010) *La dama de las camelias*. Madrid: Del original *La dame aux camélias*. (1848).

¹⁰⁴ **Alexandre Dumas hijo** (1824-1895) hijo de Alexandre Dumas (autor de entre otros *El conde de Montecristo* y *Los tres mosqueteros*) y una costurera. Se inspiró para su personaje en una cortesana con al que mantuvo una relación amorosa. Existen en la obra muchos datos autobiográficos, incluido el final de la obra cuando Marie Duplessis fallece estando el escritor de viaje en Argelia. (N. de la A.)

La dama de las camelias, Marguerite Gautier en la obra, cuyo verdadero nombre era Marie Duplessis y que Verdi rebautizaría como Violetta Valèry, era una cortesana afectada de tuberculosis que vive una relación de amor pasional con el autor, que escribe la novela en primera persona.

Comienza explicando Gil Casares, que tras haber leído la obra en su juventud, que se sobreentiende es de fisiología, cree reconocer en las imágenes las formas de Margarita, la niña bella que se convierte en cadáver *los pulmones corroídos por la tisis*, la protagonista para él de *una de las más bellas joyas de la literatura*.



Portada de *Historia Clínica de La Dama de las Camelias*. Biblioteca particular de la autora.

A lo largo de la obra recoge diversos aspectos de la enfermedad. Es de destacar el estudio que hace en lo referente a la herencia de la enfermedad y que analizaremos con detalle en su capítulo correspondiente.¹⁰⁵

“La cara de Margarita era un óvalo perfecto; los ojos grandes, negros y velados por largas pestañas; la nariz fina, nerviosa, sensual; la boca regular, los dientes blancos como la leche. Era alta y delgada hasta la exageración, tanto que necesitaba emplear su arte supremo para que el contorno de las líneas simulara curvas que en realidad no poseía. Su delgadez misma era un encanto.”

En cuanto a la exploración física de Margarita, concluye Gil Casares que es en sí mismo el “hábito tísico” que “expone a la enfermedad, aunque otras veces es simplemente consecuencia de la misma”. De este modo, y aunque nos encontremos en un momento de plena expansión de la microbiología, relativamente reciente el descubrimiento de Koch, además de dar importancia al germen en sí mismo, resalta de esta manera la predisposición a la enfermedad, la teoría de “germen y terreno” que establecía que determinadas características físicas harían más fácil la aparición de la enfermedad.

Hace también Don Miguel una alusión al ramo de flores que Margarita, cortesana, que eran 25 días al mes blancas y cinco días consecutivos rojas, en clara alusión a la fase de la menstruación. Nos dice:

“Muchas tísicas podrían usar como Margarita las simbólicas camelias rojas algunos días al mes; otras tendrían que llevarlas siempre blancas si al simbolismo de las flores se atuviesen...”

¹⁰⁵ Ponte Hernando, F.; Rego Lijó, I.; Freijanes Morales, J. (2012). *La fuente de los templarios. Un manuscrito inédito del Prof. Gil Casares y otros antiguos, sobre las aguas de Sela de gran interés*. Santiago; Cátedra d Hidrología Médica de la USC-Balnearios de Galicia.

Con ello destacaba nuestro autor la frecuencia de amenorrea en la paciente tuberculosa en relación al estado nutricional que acompaña a la enfermedad en estadios más avanzados. No explica sin embargo Don Miguel por qué la flor elegida es la camelia, flor típica de los tuberculosos: la camelia es una flor que apenas tiene perfume, la más adecuada a la enfermedad, ya que en algunas ocasiones se acompaña de hiperosmia.

En cuanto al tratamiento utilizado por la paciente, explica que Margarita trató de restablecer su salud “en las aguas ferruginosas de Spa. El consumo de aguas ricas en hierro era utilizado en la época, con frecuencia, con resultados beneficiosos sobre todo como tratamiento de la anemia ferropénica que acompaña a la enfermedad. *La sangre suele empobrecerse cuando la tisis comienza. ¿No acuden muchas enfermas a los manantiales ferruginosos buscando remedio de la anemia que creen padecer?*

En lo que atañe a la terapia física recomendada a Margarita que aconsejan los médicos que la tratan Gil Casares nos refiere:

“... y después de una detenida consulta en la que convinieron, apenados, en que la joven estaba gravemente enferma, le recomendaron el reposo, el sueño y el silencio, atinados consejos, que por pugnar con el carácter y condición de Margarita, ésta no siguió”. “Mi médico, con el cual la había consultado, me había dicho que sólo el reposo y la calma podrían conservarle la salud; de suerte que yo había sustituido las cenas a deshora y los insomnios, por un régimen higiénico y un sueño regular. A pesar de ello, Margarita se acostumbraba a esta nueva existencia, cuyos efectos saludables ya experimentaba. La tos, aquella tos que al oírla me desgarraba el alma, había cesado casi por completo.”¹⁰⁶

¹⁰⁶ Gil Casares, M. Op. Cit.

También hace una bellísima descripción del grave episodio de hemoptisis y síncope secundario que padece la protagonista:

“A cada copa de champagne, sus mejillas se cubrían de púrpura, y una tos, ligera al principio, fue adquiriendo tan dolorosa violencia, que al fin arrancó sangre a su pecho desgarrado. La enferma corrió presurosa a su alcoba, donde Armando la encontró después de unos instantes desfallecida, casi, sobre un sofá, densamente pálida; sus vestidos entreabiertos; una mano convulsa, sobre el pecho, y otra, pendiente, abandonada; delante había una aljofaina de plata, y en el agua flotaban unos hilillos de sangre. Y al poco rato, esta mujer habla de amor sensual y trata de buscar satisfacciones carnales, que al parecer nunca había sentido, para olvidar, sin duda, sus dolores! ¿No veis en estos fugaces, libidinosos deseos, un síntoma morboso?”¹⁰⁷

Para Don Miguel, la lascivia de Margarita era señal pasajera de la tisis. Mucho se escribió en la época en la literatura médica sobre los impulsos y afectación emocional en el paciente tuberculoso. No debemos dejar de recordar *La montaña mágica*, donde los pacientes tuberculosos aislados durante meses en un Sanatorio de Davos Platz, siguiendo un régimen de reposo e hiperalimentación se dejaban llevar, como Margarita, fácilmente por los impulsos, según nos deja ver Mann, por esa sensación de transitoriedad de la vida, de reorganización de prioridades, que tan frecuentemente sienten los enfermos graves sean tuberculosos o no.¹⁰⁸ Al final de la enfermedad, cuando Margarita ya veía cerca el final, nos describe Gil Casares:

“Una noche, desesperada, excitada por la fiebre, se levanta penosamente de su lecho, se hace vestir de rojo para disimular su palidez cadavérica, y va al teatro a contemplar fijamente la butaca que un día ocupó

¹⁰⁷ Gil Casares, M. Op. Cit.

¹⁰⁸ Mann, Th. (2011). *La montaña mágica*. Barcelona: Liberdúplex. Del original *Der Zauberberg* (1924). Berlín.

su amante. ¿No vemos a cada paso otros enfermos que cometen locuras semejantes en trances parecidos?”¹⁰⁹

Hace Gil Casares una referencia a la evolución del miedo al contagio. En 1848, año de la primera edición del de *La Dama de las camelias*, aún no se había descubierto el bacilo. El concepto romántico de la tuberculosis estaba en pleno apogeo, lejos quedaban las campañas de control de la enfermedad a través del aislamiento del enfermo tísico.

“Armando en nada reparó; aceptó todas las condiciones que aquella mujer le imponía, y los amores quedaron concertados. Posible es que Margarita no encontrase hoy tan ciegos y apasionados amantes, que éstos temieran beber el virus de la tisis al gustar las mieles de los labios de la mujer querida!”¹¹⁰

No deja tampoco de hacer referencia a la enfermedad como castigo. La relación entre la tuberculosis y determinados hábitos de vida fue un arma usada para el control de *vicios* de la clase obrera.

No desaprovecha el momento para hacer crítica de la polifarmacia inútil e incluso perjudicial que tan a menudo era utilizada.

“Fricciones con pomada de yoduro potásico; lavativas de agua de almidón con sulfato de quinina disuelto en vinagre; inhalaciones con infusión de amapolas; leche de burra con jarabe de tolú o de capilaria...” “Desdichada víctima de la enfermedad y de los médicos...!”. Dice Margarita en una carta a su amante: “Adiós, amigo mío; perdóname que no te escriba más largo; pero los que dicen que me curan, me aniquilan a sangrías, y mi mano ya desfallece.”¹¹¹

Concluye Gil Casares:

¹⁰⁹ Gil Casares, Miguel. Op. Cit.

¹¹⁰ Gil Casares, Miguel. Op. Cit.

¹¹¹ Gil Casares, Miguel. Op. Cit.

“Y Margarita murió; murió por obra de Dios y de los hombres, de aquellos hombres que obcecados por lo que Broussais llamó un día ¡Oh sarcasmo! “Medicina fisiológica” sangraban a los tísicos moribundos!”¹¹²

Gil Casares realiza un interesante epílogo de la evolución de la historia de la enfermedad: *Estudiamos en el pasado. Grabemos en los espíritus las verdades confirmadas por la ciencia, y no olvidemos a los hombres que cultivan las artes, que si aquella perfecciona la vida, éstas las embellecen.*¹¹³

¹¹² Gil Casares, Miguel. Op. Cit.

¹¹³ Gil Casares, Miguel. Op. Cit

III. HERENCIA Y CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS

3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS, DESCUBRIMIENTO Y AISLAMIENTO DEL BACILO

La tuberculosis como la entendemos en el momento actual es una enfermedad contagiosa, cuyo agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis*, que se diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas sobre todo por su especial tiempo de latencia desde la infección hasta la aparición de la clínica. Un individuo puede infectarse en la primera infancia y desarrollar la enfermedad en la senectud. Este hecho característico hizo que la contagiosidad de la tuberculosis fuese motivo de discusión de los clínicos desde los primeros textos médicos de los que tenemos conocimiento y tampoco escapó a los ojos de Gil Casares, que le dedicó varios artículos, tanto al mecanismo de adquisición del mal, como a las posibles medidas de control del mismo, según los datos por él observados.

Pedro Gasalla González, en 1893, hace en su tesis *Los cafés considerados como una de las causas principales de tuberculosis*¹¹⁴ un breve resumen:

“El contagio de la tuberculosis es creencia tan antigua que, desde Hipócrates hasta nuestros días, lo comprobaron y sostuvieron los hombres más sabios que se dedicaron al estudio de la Medicina. Hipócrates consideraba la tisis contagiosa; Galeno la clasificaba entre las más contagiosas creyendo un grave peligro pasar un solo día al lado de un enfermo; Aristóteles decía que corrompía el aliento y bastaba respirar el aire espirado por un tísico para contraer la enfermedad. Morton afirmaba que el

¹¹⁴ **Pedro Gasalla y González** (Lugo, 1857-1908). Se licenció en Medicina en la Universidad de Santiago en 1883. Se doctoró en 1892 con la tesis *Los cafés considerados como una de las principales causas de tuberculosis*. Fue médico director del Balneario de Lugo, del que realiza un análisis químico de sus aguas.

contagio se verificaba durmiendo con el enfermo; y admitieron así mismo el contagio Rhasis, Avicena, Fracastor, Frank, Riviere, Fermel, van Swieten, Hufeland, y otros muchos.”¹¹⁵

En muchas naciones de Europa, sobre todo en las del mediodía, el contagio de la tisis era una creencia vulgar tan arraigada que, en algunas localidades de España, Italia, Francia y Portugal picaban las paredes de la habitación en que moría algún tísico, levantaban su pavimento, hacían sahumerios por espacio de varios días seguidos, y llegó á imponerse de tal manera la creencia en el contagio, que las autoridades obligaban á dar parte de los tísicos que se encontraban en los últimos períodos de la enfermedad, con objeto de tomar aquellas medidas tan pronto como ocurriese la defunción.

En Nápoles se publicó un decreto en 1783 mandando destruir por el fuego todas las ropas de vestir pertenecientes a las personas que morían tísicas.

En 1727 se establecían en Madrid salas “para héticos”, en su Hospital de la Orden Tercera, y en 1751, Fernando VI decretaba, desde su Palacio del Buen Retiro, la declaración obligatoria de la tisis, medida que arranca claramente del concepto de contagio.¹¹⁶

Gasalla, médico de Lugo, recoge este hecho con mayor detalle:

“ El 6 de Octubre de 1751, como puede verse en la Novísima Recopilación, libro VII, título XL, una real cédula en cuyo preámbulo dice: que la experiencia ha demostrado muy peligroso el uso de la ropa, muebles y alhajas

¹¹⁵ Gasalla González, P. (1893). *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*. Tesis para el doctorado en la Facultad de Medicina. Lugo; Imprenta de El Regional. Pág. 46.

¹¹⁶ *La lucha contra la tuberculosis en España*. II Congreso Español Internacional de la tuberculosis. San Sebastián. Madrid. 1912.

de los que han adolecido y muerto de enfermedades éticas, tísicas y otras contagiosas, lamentándose del abandono con que se trata la grave importancia de esta cuestión comunicándose la enfermedad por medio de las ropas y objetos que han sido usados por los enfermos, y propagándose las enfermedades con ruina lamentable de muchas familias y riesgo eminente de la salud pública. A fin de evitar estos peligros ha resuelto obligar á todos los Médicos, Cirujanos y cualesquiera otras personas que asistieren a enfermos tísicos, á dar parte al Alcalde de barrio en que residiese el enfermo, como también de la muerte se éste así que sucediese; incurriendo los Médicos que dejasen de hacerlo por la primera vez en 200 ducados de multa y suspensión por un año de su facultad, y por la segunda 400 ducados y cuatro años de destierro; y todos los demás en la de 30 días de cárcel por la primera vez y 4 años de presidio por la segunda. Así que el enfermo moría, los Alcaldes tenían la obligación de hacer separar la ropa, vestidos, muebles y demás cosas que hubiesen servido al enfermo, o hubiesen permanecido en su cuarto ó alcoba para que inmediatamente fuesen quemados, aún cuando hubiesen sido legadas para obra pía; pues debía preferirse el resguardo de la salud pública. Del cuarto en que fallecía el enfermo había que picar, revocar y blanquear sus paredes y renovar el pavimento. Estas mismas diligencias y precauciones se habían de practicar con las alhajas y cuarto que dejase el enfermo si mudaba de casa o pasaba a vivir a otro lugar. Los Alcaldes tenían obligación de averiguar el paradero de la ropa y alhajas que hubiesen pertenecido a los tísicos para recogerla y quemarla. Se procedía con todo rigor contra los que la ocultaban sin que les valiese fuero alguno para denegarse.”¹¹⁷

La diligencia de quemar ropa y demás cosas sujetas a contagio, se hacía en sitios especiales y á cierta distancia de los pueblos, autorizándola con su presencia el Alcalde y dando testimonio un escribano, cuyo documento archivaba aquel y de él daba parte al Gobernador.

Podían denunciar las faltas, que en este sentido se cometiesen, los Corregidores y sus tenientes y cualquier otro vecino.

¹¹⁷ Gasalla González, P. (1893). *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*. Tesis para el doctorado en la Facultad de Medicina. Lugo: Imprenta de El Regional.

Los médicos de los hospitales, así como todos los empleados, aún cuando aquellos fuesen particulares, tenían obligación de denunciar todos los casos que tuviesen conocimiento.

El mismo Fernando VI en Aranjuez, por otra Real Cédula de 23 de Junio de 1752, dictaba reglas para el mejor cumplimiento de la anterior, concedía una intervención grande al Proto-Medicato, cuyo Tribunal debía de tener conocimiento antes que el Alcalde de los enfermos tísicos, y ordenaba que los objetos de metal que habían pertenecido á estos enfermos se purificasen por el fuego antes de entregarlos á los herederos.

El 4 de Diciembre de 1792, se publicó y fijó en Madrid, por los Alcaldes de Casa y Corte, un bando que comprendía las dos anteriores Cédulas y en el que se encargaba su observación y trataba de cortar el error introducido de dar limosna a los hospitales, Conventos y otras casas pías, las ropas y efectos de los que morían de tisis, en el concepto y con la perjudicial credulidad de la infección y contagio por el hecho de entrar en tales casas, imponiendo a los contraventores, siendo seculares, la multa de 200 ducados por la primera vez, doble por la segunda y cuatro años de presidio en África por la tercera; y si fueran Religiosos ó Eclesiásticos debía de darse parte para imponerles el conveniente castigo.

A pesar de la labor de este rey y a su intento de declaración obligatoria de la enfermedad no es hasta 1901 que en España mediante Real Decreto de 31 de Octubre se incluye a la tuberculosis como enfermedad de declaración obligatoria (E.D.O.) condición que mantiene hasta nuestros días casi tres siglos después del reinado de Fernando VI. De todas formas y pese a la evidencia del germen causal, y su

finalmente aceptada contagiosidad, la declaración obligatoria de la enfermedad fue un tema pendiente hasta el final de la vida de Gil Casares. En 1925, en la Conferencia de Fuenfría, donde un grupo de ilustres tisiólogos se unieron para intentar reencauzar la lucha antifímica, uno de los puntos de mayor interés era que se cumpliera la legislación vigente sobre la enfermedad.

“La tuberculosis es una enfermedad que debe ser declarada oficialmente por todos aquellos médicos que presten asistencia a un enfermo. Esta declaración obligatoria se la tisis ya fue motivo de una regia disposición en el siglo XII, abandonada por dejación de la clase médica.”¹¹⁸

Según refiere también Gasalla, Valsalva y Morgagni se negaron a realizar autopsias a tísicos por miedo al contagio.

Bannes aseguraba que en esta enfermedad se elabora una materia contagiosa que él llamó virus tabífico o pulmónico, que se encuentra en las habitaciones de los tísicos, por cuya razón puede contraerse la enfermedad respirando dichas atmósferas.

En 1865 Villemin descubre la inoculabilidad de la enfermedad en experimentos con conejos y por fin, en 1882, Koch hace públicos sus trabajos del aislamiento del germen causal.

Pero este descubrimiento no serviría sin embargo para acabar con la secular discusión sobre la transmisión de la enfermedad. Su peculiar periodo de latencia y la susceptibilidad variable a la enfermedad, contribuyeron a que tal motivo continuase siendo durante décadas uno de los grandes temas de publicaciones y enfrentamientos de los tisiólogos.

¹¹⁸ La asamblea antituberculosa. *La Vanguardia*, 5 de septiembre de 1925.

3.2. LA TEORÍA DE LA HERENCIA PARA GIL CASARES

El primer escrito al que hemos tenido acceso de D. Miguel que hace referencia a la génesis de la tuberculosis se titula *Tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Se trata de un ejercicio universitario con el que obtuvo el premio extraordinario en la asignatura de Clínica Médica II, tema que le tocó en suerte, como era menester y que data de 1893. Este trabajo es un fiel testigo de los conocimientos recibidos en su época de estudiante (se licenció ese mismo curso, a los 22 años). En él se muestra seguidor de una clara doctrina contagionista, del concepto del germen y terreno:

“El granuloma infeccioso llamado tubérculo y formado por el bacilo de Koch no se desarrolla espontaneo en cualquier organismo; exige un terreno apropiado, y el candidato seguro a él es como antes dije, el débil que tiene sus resistencias orgánicas aminoradas.”¹¹⁹

En los últimos años del s XIX, pese a los estudios de Villemin que demostraron la inoculabilidad de la enfermedad y que hizo públicos en 1865 en la Academia de Medicina de París, y el mismo aislamiento del bacilo en la década de los ochenta por Koch, existe una corriente que marcha en contra de la masa contagionista, que no acepta como única teoría la transmisión del germen para explicar los fenómenos epidemiológicos observados. Aparecen así los estudios de Naegeli o Baumgarten que proponen una teoría de transmisión germinativa de la enfermedad, en la que el óvulo sería infectado por el bacilo en el momento de la fecundación por el espermatozoide.

Hasta la segunda década de los años 20 siguen presentándose tesis para obtener el grado de doctor en las que se discute el modo de transmisión de la enfermedad. Por

¹¹⁹ Gil Casares, M. (1893). *Tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Ejercicio de oposición al premio Extraordinario de la asignatura Clínica Médica 2. Inédito. AHUS. Leg. 528 Exp. 3

poner algún ejemplo: *La herencia de la tuberculosis* (1898, Jaime Mur Sancho)¹²⁰; *Herencia tuberculosa y profilaxis de la tuberculosis hereditaria* (1907, Jerónimo Sal Lence)¹²¹ o *Heredo-tuberculosis y su profilaxis* (1909) de José Pérez Ardá.

“¿Pero puede el padre transmitir la semilla de la tuberculosis al hijo, siendo el semen el vehículo? Baumgarten dice ha encontrado un bacilo de Koch en un óvulo luego de haber inyectado semen tuberculoso en la vagina de una coneja, Laudoury y H. Martin han obtenido la transmisión de la tuberculosis a los hijos de una coneja que había sido fecundada con semen tuberculoso; pero a pesar de todo es cosa que se resiste, el creer que el germen pueda ir con el semen a infectar directamente al óvulo.

De hecho nadie ha visto el bacilo en el interior del espermatozoide que es el elemento fecundante. por otra parte sabido es lo difícil que le resulta al bacilo de Koch penetrar en el interior de una célula y que no se ha visto dentro de un núcleo pues aun en las células gigantes del nódulo tuberculoso en cuyo interior suelen encontrarse los bacilos, siempre se ve a estos alejados del núcleo contra el que al parecer no pueden luchar mas que por medio de sus productos de secreción y teniendo en cuenta que el espermatozoide es un núcleo celular, duro y movible, se comprenderá cuan difícil podrá el bacilo penetrar en su interior.(...)

Es hecho de observación hasta vulgar si se quiere que muchos tuberculosos provienen de padres tuberculosos también y este hecho que como cierto en la conciencia de todos está grabado no ha sido desmentido por la observación clínica ni por la experimentación. En efecto Charieu en 1873 ha encontrado tubérculos en los ganglios mesentéricos, el epiplón, pulmones y especialmente en el hígado y bazo de un feto de siete meses y medio que nació de una madre tísica. Berti ha encontrado cavernas en los órganos respiratorios de una niña de nueve días, Sabouraud en 1891 ha encontrado bacilos de Koch en

¹²⁰ Jaime Mur Sancho defendió su tesis para obtener el grado de doctor el 19 de abril 1898, siendo presidente del tribunal Benito Hernando, vocales Ildefonso Rodríguez y Fernández, Andrés del Busto, Arturo de Redondo Carranceja y Federico Olóriz.

¹²¹ **Jerónimo Sal Lence** (Castroverde, Lugo 1884-1960). Licenciado en Medicina en 1904. Fue académico de 1949 a 1960. En 1933 obtiene la plaza como médico oculista en el Sanatorio Marítimo de Oza de la Coruña (Gaceta de Madrid, Núm. 133 Pág. 1126 de 19 de mayo de 1933). Defendió el grado de doctor en 1907 con una tesis titulada *Herencia tuberculosa y profilaxis de la tuberculosis hereditaria*. Autor de otras obras como *Astigmatismo (1884)*; *Canalización del ahorro gallego (1884)*; *Refracción ocular (1884)*. *Monumentos compostelanos (1945)*; *Médicos gallegos en la política y en las bellas letras (1958)*. Fue uno de los principales promotores de la radiodifusión en Galicia (la primera emisora data de 1933) para lograr objetivos políticos y sociales.

lesiones tuberculosas de niños recién nacidos y Chaveau ha encontrado tubérculos en los fetos de animales muertos.

(...)Jamás se ha comprobado la existencia de bacilos en el aparato genital sano de tuberculosos del pulmón, deduciendo de aquí que en la mayor parte de los casos, los gérmenes tuberculosos pueden ser transmitidos al óvulo por el esperma de un tísico. Aubeau ha encontrado bacilos en el esperma de sujetos sin el menor rastro de tuberculosis genital y afirma que el esperma no solo es el vehículo del bacilo si no que es un buen medio de cultivo para el bacilo de Koch, el cual viene a infectar el óvulo al mismo tiempo que lo fecunda.

(...) Todo lo dicho viene a demostrar que la herencia del bacilo tuberculoso ya proceda del padre ya de la madre cosa más frecuente, y si esto no fuera bastante tenemos los datos suministrados por Laudourg y Queirat que permiten afirmar que la tuberculosis de las primeras edades no puede ser debida más que a la herencia del bacilo, tuberculosis que contra lo que antes se creía produce una mortalidad del 18%.

Conclusiones:

- 1- Aunque hay hechos innegables de transmisión directa del bacilo de Koch de la madre al feto, esta transmisión rara vez tiene lugar porque raras veces se dan las condiciones que la determinan.
- 2- La transmisión directa del germen tuberculoso del padre al hijo en el momento de la fecundación del hijo es imposible, solo previa lesión de la madre puede infectarse el feto.
- 3- La doctrina de la transmisión directa del germen tuberculoso no explica todos los casos de tuberculosis.
- 4- Lo que en la tuberculosis se hereda es el trastorno nutritivo que los elementos celulares de los padres heredaron de sus antepasados.
- 5- La doctrina de la herencia del terreno se completa con la del contagio y explica perfectamente los hechos.
- 6- La tuberculosis como tal tuberculosis no es una enfermedad hereditaria.¹²²

¹²² Mur Sancho, J. (1898). *La herencia de la tuberculosis*. Tesis para obtener el grado de doctor. [http://dioscorides.ucm.es/proyecto_digitalizacion/imagenes/2011//5313229801.pdf]

En 1904, con motivo del 60 cumpleaños de Robert Koch, D. Miguel afirmaba:

“Koch descubrió el bacilo de la tuberculosis. Hasta entonces si bien la doctrina del contagio de la tisis era ya admitida por algunos, creían los más en la doctrina de la herencia.”¹²³

El concepto de la trasmisión de la enfermedad fue evolucionando lentamente en la obra de Gil Casares. En su obra *El caso clínico de la dama de las camelias* (discurso leído en el Ateneo León XIII¹²⁴ el día 11 de Abril de 1908) una de las primeras obras en las que analiza el caso de la transmisión de la enfermedad, se recoge todavía una clara tendencia contagionista:

“María Duplesis (la “Margarita” de Dumas) tendría de 18 a 20 años en el año de gracia de 1845. Era hija de una tísica. *Mi madre murió del pecho, decía; es la única herencia que me ha dejado.* En los tiempos en los que Dumas escribió su novela, dominaba aún más que hoy día la creencia de que la tisis se hereda. Todavía no descubriera Villemin el hecho trascendental de que la tuberculosis puede inocularse lejos estaban también los tiempo nuestros en que había de averiguarse que el mal se contagia, que el contagio es un microbio y que la herencia tuberculosa, aunque de hecho existe, es cosa rara por demás. Para los médicos de entonces era la tisis un mal constitucional, incurable como el cáncer y siempre peor en la descendencia: *Phthisis hereditaria omnium pessima.*”¹²⁵

¹²³ Gil Casares, M. (1904). Roberto Koch. *El Correo de Galicia*. 13 de enero. Pág. 1.

¹²⁴ El **Ateneo León XIII** fue un centro de cultura y propaganda católica fundado en Santiago de Compostela en 1895 que tenía como objetivo “la organización de círculos católicos y escuelas populares, la difusión de la enseñanza católica y la realización de todos aquellos actos de reconocida importancia en la esfera científica, religiosa y social” entre cuyos fundadores se encontraban personas de la cultura como Alfredo Brañas. VVAA. *Reglamento del Ateneo León XIII*. Aprobado en la Junta General de 20 de Octubre de 1895 y reformado en Noviembre de 1896. Santiago: Imprenta de José M. Paredes.

¹²⁵ Gil Casares, M. *El caso clínico de la dama de las camelias*. Discurso leído en el Ateneo León XIII el día 11 de Abril de 1908. *El Eco de Santiago*; 1908. Reimpreso por los alumnos del autor, *El Eco de Santiago*; 1918.

Pero desde 1908 hasta 1918, año en el que los alumnos de D. Miguel reeditan *El caso clínico de la Dama de las Camelias*, el concepto de la herencia evoluciona para el autor, de forma que en la reedición de la misma, existe tras el párrafo antes transcrito una nota al pie sin firma:

“En la fecha de la reimpresión de esta historia, a los diez años de escrita, su autor, algo desengañado y escéptico, rectifica un tanto sus ideas y tiende a opinar como los antiguos médicos, que se fijaban más en la herencia que en el contagio...”

En 1910 escribe, a la muerte de Koch, un artículo en *El Eco de Santiago* en el que elogia la figura del eminente bacteriólogo, al que como explica conoció personalmente, encontrándose por última vez en Berlín en 1908.¹²⁶

“Determinó cuales son las condiciones cardinales para admitir sin dudas posibles que un germen sea el culpable de una determinada enfermedad; la existencia constante del microbio en todos los casos del mal; la obtención de un cultivo puro sin mezcla alguna con partes de organismo enfermo, y la reproducción experimental del proceso en hombres o animales inoculando el germen cultivado. Koch estableció las bases científicas, que hasta entonces eran empíricas y a menudo desacertadas, de la desinfección. Así pues, con Pasteur y con Lister, se reparte la gloria de las bienhechoras doctrina del método antiséptico. Koch descubrió el germen productor de la tuberculosis (la más terrible de las plagas que sufren los humanos), del cólera asiático y del carbunco (...)

Bien conocidas son las teorías de Koch sobre la transmisión por vía respiratoria, por vía aerógena, del mal tuberculoso; sus discusiones con Behring, que supone que la tuberculosis se adquiere desde el intestino, por vía enterógena; sus aseveraciones de que la tuberculosis de los bovinos es poco peligrosa para la especie humana sus esfuerzos inmensos en busca del remedio específico y seguro contra la tisis, remedio que creyó encontrar en sus tuberculinas.”¹²⁷

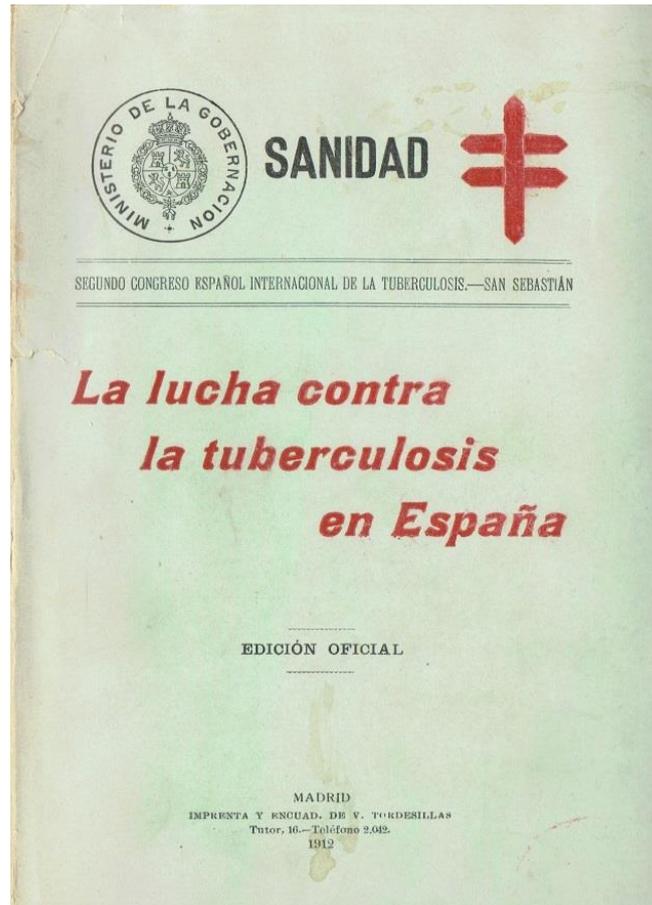
¹²⁶ No hemos encontrado publicaciones ni indicios de que Gil Casares tratase la tuberculosis con la tuberculina de Koch, como se explica con más detalle en el capítulo de tratamientos. (N. de la A.)

¹²⁷ Gil Casares, M. (1910). Roberto Koch. *El eco de Santiago*. 3 de junio. Pág. 1.

Es en 1912 cuando presenta una comunicación al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián titulado *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*¹²⁸ cuando expone por primera vez de forma abierta sus dudas acerca de la teoría del contagio de la enfermedad vigente, defendiendo la importancia de la herencia de la misma.¹²⁹ Pese a ser buen conocedor de los estudios de Villemin y Koch, y reconociendo que sus teorías pueden hacerlo parecer *retrógrado*, ya que *casi todos los médicos son hoy contagionistas en cuestiones de tuberculosis*, Gil Casares afirma que pese a todos los estudios realizados *no se ha descubierto todo lo que es preciso saber, por cerca que nos sintamos de la verdad.*

¹²⁸ Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada el Congreso de San Sebastián. Santiago: El Eco de Santiago.

¹²⁹ Esa misma comunicación fue presentada por Gil Casares a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis en octubre de 1912.



Actas del Congreso Español Internacional de la tuberculosis de San Sebastián. 1912. Biblioteca de la autora.

Se trata de un estudio observacional sobre las supuestas formas de contagio en 665 pacientes afectos de tuberculosis pulmonar y 31 leprosos tratados por él, procedentes de su consulta privada y del Hospital Universitario de Santiago. Estaba formada, por lo tanto, por personas de diferentes niveles económicos y de todo el ámbito geográfico gallego. Para Gil Casares, su estudio estadístico, aunque no voluminoso, sí *aportaba una gran heterogeneidad en cuanto al origen social y geográfico de los pacientes*.¹³⁰

¹³⁰ La importancia de la herencia en la tisiología gallega y su relación con los estudios de Gil Casares ha sido analizada por otros autores. Vid. Pereira Poza, A. *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia. (1900-1950)*. Ediciós do Castro. A Coruña. 1999. Pág. 23.

Es de destacar que, pese a lo controvertido de su discurso, fue laureado con Diploma de Honor en dicho congreso donde fueron expuestas muchas otras ponencias centradas en el concepto de contagio y en medidas profilácticas basándose en la misma.

Comienza su labor divulgativa realizando un examen de conciencia y proceder a sus compañeros de profesión sobre las medidas profilácticas tomadas en la práctica diaria con el paciente tísico:

“Al cuidar á vuestros tuberculosos del pecho ¿sentís temor de contraer la enfermedad? Si no lo experimentáis, y de ello estoy cierto, ¿es por el valor sereno que infunde el cumplimiento del deber y el hábito del peligro, comparable al del militar aguerrido que no se arredra por las balas, ó es también por la instintiva y no reconocida convicción personal de que la enfermedad tuberculosa se adquiere muy difícilmente por contagio? Porque es singular, que nosotros, los médicos, apóstoles de la profilaxia de la tuberculosis, predicadores incansables de la necesidad de luchar contra su germen productor, esparcido ubicuo en el medio que nos rodea y acaso huésped inofensivo de nosotros mismos, no solemos temerle.”¹³¹

Explica que en los años que llevaba trabajando con tísicos en la sala del hospital universitario, no había descrito un solo caso de contagio, ni entre los médicos, estudiantes de medicina, Hermanas de la Caridad o enfermos debilitados de camas contiguas pese a las condiciones higiénicas allí existentes y lo prolongada y estrecha convivencia entre enfermos.

En ese mismo año, en un artículo sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis defiende su teoría de la herencia de la siguiente manera:

¹³¹ Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada el Congreso de San Sebastián. Santiago: El Eco de Santiago.

“No niego el contagio, no puedo negar lo evidente. Pero lo que afirmo es que tiene lugar muchas menos veces de lo que se supone, y, además, aún no sabemos á la hora actual cómo se realiza, si por inhalación de los esputos desecados ó de las partículas de saliva que despiden los enfermos (infección por gotitas), ó si por ingestión desde el tubo digestivo, como tampoco sabemos á ciencia cierta cuál es el papel que desempeñan en la infección del hombre los bacilos tuberculosos de otras especies animales.”¹³²

Ese mismo año, en una conferencia dada en el Instituto Rubio, volvería sobre el mismo tema, añadiendo:

“El temor (al contagio) sólo se tiene al empezar el ejercicio profesional; más tarde, al correr de los meses y de los años, todos sentimos la convicción profunda de que el mal tuberculoso no se contagia con la facilidad de otros males infecciosos. Creo que ésta será también vuestra opinión.”¹³³

Don Miguel no es ajeno de que su teoría va en contra de la corriente fundamental, lo cual manifiesta:

“De igual suerte que en la lepra, domina todavía en las familias gallegas la idea tradicional, y á mi parecer muy exacta, de que la tuberculosis es un proceso hereditario. Pero en los tiempos que corremos ¿Se puede discutir todavía el manoseado asunto de la herencia de la tuberculosis? ¿No existe acuerdo casi unánime de que la tuberculosis es enfermedad evitable si se evita la infección extrauterina, si se practican las oportunas medidas profilácticas?”¹³⁴

“De mis observaciones en la región gallega he obtenido la convicción de que allí, en mi país, son tres los principales factores que influyen en la aparición de la tuberculosis pulmonar. Uno es la herencia, trátase de la del bacilo, trátase de la del terreno en términos generales, ó simplemente de estados alérgicos hereditarios. Para mí, la herencia de la tuberculosis es tan innegable como la de la

¹³² Gil Casares, M. (Diciembre, 1912). Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. Pág. 363-369

¹³³ Gil Casares, M. Op. Cit.

¹³⁴ Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada el Congreso de San Sebastián. Santiago: El Eco de Santiago

lepra: herencia de padres á hijos, ó enfermedad familiar manifestada en los hijos de matrimonios sanos en apariencia y en líneas colaterales de uno de los cónyuges. Es posible que en estos casos existan bacilosis hereditarias, y, sea como quiera, la geneogénesis de la tuberculosis se encuentra, por lo menos, en el 28 ó 30 por 100 de los enfermos.”¹³⁵

No sólo a nivel nacional recibe Gil Casares desaprobación por su defensa de la enfermedad tuberculosa como hereditaria. Emilio Fraga Lago, recoge en un artículo publicado, en 1916, en la revista *Medicina Social*, sus impresiones sobre una conferencia titulada: *El problema de la tuberculosis en Galicia*, que nuestro catedrático pronunció en ese mismo año en la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos en A Coruña.¹³⁶

“Entre las más salientes de sus afirmaciones, destácase la de que el orador no cree en la eficacia plenamente demostrable del contagio tuberculoso por vías respiratorias. Comprueba este aserto describiendo de mano maestra cuatro vigorosos trazos de palabra, la sala, donde muchos médicos y estudiantes han pasado y pasan su vida, asistiendo a tuberculosos en el Hospital Clínico, para deducir que ningún caso se registra de tuberculosis adquirida por este medio entre ellos, a pesar de las infames condiciones higiénicas de tal sala, donde el único ventanal que tiene para que penetre el sol se halla interceptado con la pseudo cortina transparente, que veda al astro-rey difundir su bienhechor influjo. (Siento el latigazo y miro con disimulo al ex-vicepresidente de la Diputación Provincial, para ver qué impresión le causa esta descripción, pero no averiguo nada. Consulto la cara de mis compañeros y todos inclinan la frente, consternados por lo exacto de la descripción y piensan en los lejanos años de su juventud, que allí pasaron, haciendo historias clínicas de tuberculosis).

Continúa el orador, aceptando la vía gástrica como la más apropiada para la realización del contagio tuberculoso. Y afirma, poco después, que el factor más importante, es la herencia, herencia fatal, que hace que los hijos de padres tuberculosos, *hágase lo que se quiera* –añade-, van cayendo poco a poco, uno a

¹³⁵ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912

¹³⁶ No hemos encontrado con tal título publicada la conferencia completa impartida por Gil Casares con tal título en esas fechas (N. de la A.).

uno, primero con bronquitis capilar, más tarde de meningitis específica, otros con hinchazones del cuello y ganglios linfáticos, y otros con peritonitis tuberculosa.

La guerra al esputo debe hacerse –dice– por cortesía y educación, pues es muy mal visto el escupir en la calle o en cualquier otra parte, pero no por otra razón. El que se contagia así por el esputo desecado, es porque está predispuesto, porque lleva dentro de sí como huésped, al fatídico bacilo de Koch.

Y explica la exención de los casos en que uno de los cónyuges queda libre de padecer la tuberculosis, como prueba de la exactitud de su creencia en el no contagio por vía respiratoria, por cuanto la convivencia en el lecho conyugal, haría más extenso el ataque del cónyuge predispuesto, si este lo estuviese.”¹³⁷

Del mismo modo, Fraga Lago, como otros tisiólogos le achacaban (y según recoge en su artículo así se lo argumento) que al negar el contagio dejaba en segundo plano todas las medidas higiénicas tan importantes a su criterio, no sólo para la tisis sino también para otras enfermedades contagiosas.

“Y replicábale yo: ¿Pero es que esto, lo de disminuir el terror colectivo, el combatirlo, no es deber moral y social en toda clase de epidemias? ¿No nos expondremos al decir del modo claro que lo ha dicho, que *no hay en absoluto contagio*, a perder los buenos efectos que hemos sembrado de las limpiezas y aseos de higiene, no solo para la tuberculosis, sino para toda clase de infecciones?”¹³⁸

Peña Novo¹³⁹, que en 1925 era médico del Dispensario antituberculoso de A Coruña hacía referencia en su obra *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura* el siguiente análisis:

“Unánimes hoy todos en creer al bacilo de Koch como verdadera y única causa determinante de este mal, o al menos como la forma adulta de esta

¹³⁷ Fraga Lago, E. (1916). Una conferencia sobre tuberculosis. *Medicina Social*. Año VI. Núm. 62. Pág. 1-6.

¹³⁸ Fraga Lago, E. (1916). Una conferencia sobre tuberculosis. *Medicina Social*. Año VI. Núm. 62. Pág. 1-6.

¹³⁹ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

misma causa, discútese sin embargo con nocivo apasionamiento la forma de propagación de la enfermedad y su tratamiento eficaz y específico.”¹⁴⁰

Gil Casares, no cesó en su empeño. Pese a las fuertes críticas recibidas por defender que la tuberculosis se contagia solo en casos excepcionales, en 1925, ante el Congreso celebrado en A Toxa, añadía que: *no importa tanto estar en mayoría como tener razón. (...) Sinceramente digo que yo he pensado más de una vez si no acertaré a ver la realidad o si otros ven fantasmas!*¹⁴¹ Aclara en el mismo a que sus teorías de la herencia se refieren siempre a la herencia de la predisposición, no a la infección del óvulo, a la transplacentaria del feto ni a las heredodistrofias de los tuberculosos.

Gil Casares no intenta extrapolar sus teorías, sino que insiste en que lo que él observa es lo que ocurre en Galicia, dando a sus estudios un tinte regionalista, desde el mismo título de la obra. Don Miguel hace todas sus reflexiones por los datos de los que dispone de sus consultas en el Hospital Real y en su clínica privada, de forma que le debe parecer arriesgado afirmar que la enfermedad se comporte del mismo modo que en la gallega en otras comunidades.

Estas teorías acerca de que la tuberculosis podría comportarse de un modo característico en una determinada comunidad es ridiculizado en un comunicado remitido al Real Patronato contra la tuberculosis en 1925 firmado por Codina Castellví, Verdes Montenegro, Palacios Olmedo y Espina y Capó solicitando la

¹⁴⁰ Peña Novo, P. (1925). Op.Cit.

¹⁴¹ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja Y Mondariz los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago: Tipografía El eco de Santiago

anulación del permiso para el Congreso Regional antituberculoso de La Toja que habría de celebrarse octubre de ese mismo año:

“Es de lamentar que ante el problema de la tuberculosis, que existe en verdad en Galicia, como en el resto de España y aun del mundo, los catedráticos de Compostela organicen esa función de fuegos artificiales, a uno se ponga a discutir sobre el tratamiento de la tuberculosis por la luz eléctrica¹⁴², mientras el mismo presidente¹⁴³, catedrático también, anuncia una disertación sobre la herencia y contagio, de la cual podría resultar, para oprobio de la ciencia española, que la tuberculosis, que en todo el mundo se propaga por el contagio, tiene el capricho de propagarse en Galicia por la herencia.”¹⁴⁴

La observación de que la tuberculosis pudiese comportarse de un modo característico en Galicia, como vemos satirizada por algunos autores, prendió en alguno de los tisiólogos gallegos. Gutiérrez Moyano, años más tarde, en 1933, aun no siendo defensor de la teoría de la herencia, también observaba diferencias con otras regiones y además de resaltar la magnitud del éxodo migratorio en el territorio gallego, detallaba otras circunstancias socio-económicas y demográficas que podrían ser casusa de tales diferencias:

“Galicia tiene en el aspecto de lucha antituberculosa, peculiaridades que conviene aprovechar: carece de una densidad industrial favorecedora del contagio; su vida de carácter eminentemente agrícola con caseríos diseminados en el medio rural, abundante de arbolado, facilita el aislamiento de los focos; la mayoría de sus habitantes está compuesta de pequeños propietarios que no conocen la indigencia de otras regiones y sabiendo que la tuberculosis está siempre relacionada con el índice de bienestar de las poblaciones cuyo nivel de

¹⁴² Se refieren a una ponencia de Alejandro R. Cadarso titulada *La helioterapia artificial en el tratamiento de los tuberculosos osteoarticulares* que fue anunciada, pero no llegó a ser leída. Vid *ABC* 27 de agosto de 1925.

¹⁴³ Se refiere a Gil Casares (N. de la A.).

¹⁴⁴ El Congreso de la Toja. *El compostelano*. 5 de septiembre de 1925. Pág. 3.

existencia está representado por la alimentación, el alojamiento y la higiene, es posible que aquí con una ayuda menos gravosa que en otras partes, puedan conseguirse magníficos resultados.”¹⁴⁵

En este congreso, Gil Casares se hace al fin, más flexible con la idea del contagio, sobre todo en la edad infantil, motivo con el que justificaría su idea de creación de un sanatorio marítimo para niños pretuberculosos o afectos de tuberculosis extrapulmonar:

“Pero en el supuesto de que el contagio sea excepcional ¿No será mucho más frecuente en los niños? ¿No existirá para ellos un riesgo evidente de tuberculinizarse si permanecen en las proximidades de sus padres tuberculosos? La intimidad del contacto, la mayor receptividad de los organismos infantiles y el grandísimo número de veces en que los hijos de los tuberculosos contraen en una o en otra forma la enfermedad de sus progenitores, justifican a primera vista la presunción.”¹⁴⁶

Y continúa:

“No hay que confundir sin embargo, la posibilidad o la probabilidad con la certeza. Preciso es no olvidar la frase de Behring: la prueba científica, irrefutable, de que la tuberculosis se transmite directamente de hombre a hombre por contagio, nadie la ha presentado y es de presumir que sea muy difícil de encontrar. Pero si el contagio es una realidad y no un mito, como yo creo entre los adultos, nunca tendría mejor ocasión que en la edad infantil para producirse. Hasta cabe pensar en su frecuencia porque las contaminaciones de padres e hijos siempre se operarían con grandes cantidades de gérmenes.”

Sus conclusiones a dicho congreso fueron rebatidas, como por ejemplo por el Sr. López Prior, el Dr. Villegas, que se manifestaba conatagionista y el Dr. Regueral, quien siendo el vicepresidente del congreso, le pedía que explicase

¹⁴⁵ Gutiérrez Moyano, A. Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 182.

¹⁴⁶ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja Y Mondariz los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

ciertas dudas, *pues no siendo partidario del contagio ni de la herencia, no se explica porque de los hijos de padres parisienses tuberculosos, se tuberculizan el 60 por 100 y que focos de propagación sean castigados con formas benignas y no con formas graves* o e Sr. Campoamor, que dudaba de si la tuberculosis podría propagarse por contagio.¹⁴⁷

De idéntica opinión era en el aspecto de la predisposición el Dr. Peña Novo que resumía su criterio a propósito de la herencia:

“De igual criterio disfrutamos acerca de la tan debatida predisposición hereditaria, pues siempre hemos creído en la existencia de una predisposición, no celular pero sí humoral, que transmitida de padres a hijos y colocando a éstos en un estado de menor resistencia da lugar a una más fácil reacción de su organismo respecto de una excitación morbosa.”¹⁴⁸

Otros autores, como el Dr. Echevers, director del Dispensario Oficial Antituberculoso de La Coruña, en el prólogo a la obra de Plácido Peña Novo *El problema tuberculoso en Galicia*, publicada en 1930, defendían como Miguel Gil la idea de un especial comportamiento de la enfermedad y forma de tratamiento en la región gallega. Esta visión regionalista la introducía el Dr. Echevers:

“Por medio de esta obrita que tenemos el inmerecido honor de prologar, adaptando y orientando sus enseñanzas a la Región Gallega, en la que concurren condiciones especiales y arraigo de la tuberculosis, que hacen desviar un tanto el plan de lucha generalmente adoptado.”¹⁴⁹

¹⁴⁷ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 282.

¹⁴⁸ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

¹⁴⁹ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

Algunos tisiólogos gallegos, como Peña Novo, defendieron hasta bien adentrado el siglo XX la teoría de la herencia pero restándole importancia al número proporcional que suponía. En 1925 en su libro *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura* afirma, reconociendo que formaba parte de esa minoría que seguía defendiendo la herencia como forma de transmisión:

“La tuberculosis hereditaria no constituye ciertamente una rareza clínica, pero hay que convenir en que es una de las formas de propagación que con menos frecuencia se propaga esta enfermedad. No pretendemos con esto restar importancia etiológica a la herencia, por ser nosotros uno de los pocos convencidos de la existencia real e indudable de esta forma de propagación; pretendemos tan solo deshacer el fatalismo de los que creen que toda tuberculosis es hereditaria y hacer resaltar la enorme preponderancia que sobre la herencia tiene el contagio como factor etiológico.

Con el afán de restar obstáculos y hace más fácil la complicada y muy difícil lucha antituberculosa, se ha suprimido con un precipitado y rápido plumazo la forma hereditaria de la tuberculosis como forma de propagación, a pesar de los múltiples experimentos que sin dejar duda alguna prueban claramente la existencia e importancia de esta forma de propagación.”¹⁵⁰

Los que defendían la herencia de la tuberculosis no eran ajenos a que sus teorías iban a contracorriente y tanto Gil Casares como Peña Novo hacen referencia a publicaciones o panfletos en los que se hacía crítica mordaz, de tales afirmaciones:

“En un panfleto recientemente publicado y en el cual su autor nos tacha de ignorantes, equivocados e inculcadores de ideas absurdas a los que tal forma de propagación defendemos, se dice que Klepp en una serie de 4.068 terneras, sólo encontró un 0,64 por 100 de tuberculosis congénita (se le ha olvidado decir que en otra más reciente serie de 847 el mismo autor ha alcanzado el 1,18 por 100). Si ello es así y aun admitiendo como constante el porcentaje de 0,64, tendremos que entre los setenta mil tuberculosos que las estadísticas acusan en Galicia, hay un total de cuatrocientos cuarenta y ocho que han heredado la enfermedad, según nos cuentan los enemigos de la herencia, con lo cual creo no pueda quedar duda

¹⁵⁰ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

alguna acerca de la existencia real de la tuberculosis de padres a hijos transmitida.”¹⁵¹

Observaba Gil Casares que cuando uno de los cónyuges enfermaba con gran frecuencia lo hacían uno o varios hijos pero en muchas ocasiones años después de fallecidos los padres. Alegaba:

“Si no fuera por la frecuencia extraordinaria con que estos hechos se reproducen, no hubiera sido menester idear la teoría de la latencia de la infección, de la bacilosis: Además si el contagio y no la herencia es el culpable de la enfermedad en sin manifestaciones anatómicas ni clínicas; bastaría pensar en el contagio accidental. Y añadía los hijos de tuberculosos ¿por qué los hijos de tuberculosos no suelen transmitir su dolencia a sus padres sanos? No será ciertamente por las medidas preventivas que estos acostumbran á observar, pues el afecto, estimulado por el dolor de la catástrofe que se avecina, suele sofocar todo sentimiento egoísta. ¿Por qué es tan raro el contagio conyugal siendo tantas las ocasiones de infección, que si otro proceso de esta índole se tratase, la transmisión debiera ser regla general?”¹⁵²

Otro de los argumentos que esgrimía D. Miguel era el contagio entre hermanos. Observaba que a partir de la adolescencia, hijos de padres con ausencia de clínica tuberculosa enfermaban uno tras otro y que esto ocurría independientemente de las medidas antituberculosas usadas.

“La repetición de los casos entre hermanos se atribuye pura y simplemente al contagio, y esta opinión puede ser válida para los casos ocurridos en tiempos prebacteriológicos, cuando se desconocía el bacilo de Koch y se pensaba en influencias hereditarias irremediables; pero hoy día los mismos hechos se producen pese á las medidas profilácticas más rigurosas, al aislamiento

¹⁵¹ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

¹⁵² Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis de San Sebastián. Santiago. 1912.

de los enfermos, á la destrucción por el fuego de sus ropas y objetos de uso personal, al cambio de domicilio y de localidad, etc.”¹⁵³

Hace a continuación una curiosa observación a la que difícilmente podemos dar explicación:

“Con todo, en familias de numerosa prole, se observa á veces que los últimos hijos, los más jóvenes son respetados por la tisis, aunque las medidas profilácticas no hayan tenido en ello intervención. ¿Será acaso porque se haya extinguido la tuberculosis de sus progenitores?”

También destaca la frecuencia con que aparece la tuberculosis en familias de padres sanos con parientes enfermos en líneas colaterales de la familia como primos o tíos aunque vivan en diferentes domicilios e incluso diferentes localidades.

Concluye:

“Si en Galicia al menos, la tuberculosis familiar es mal frecuente é inevitable; si sus casos se reproducen largos años después de haber desaparecido el que fue origen de la infección; si el contagio es excepcional desde los hijos a los padres y entre los cónyuges; si el mal coincide en hijos de matrimonios sanos en apariencia y en tíos ó primos carnales de los enfermos ¿no vemos en ello la influencia poderosa de la herencia como la hemos visto en la lepra.”

Defendía D. Miguel que así como era conocida la transmisión de la lúes vía vertical (hecho que se conocía gracias al descubrimiento de la reacción de Wasserman.¹⁵⁴

¹⁵³ Gil Casares, M. (1912). Op.cit.

¹⁵⁴ Wasserman desarrolló también un test diagnóstico para tuberculosis.(N. de la A.)

Una de las hipótesis que barajaba Gil Casares era la infección *ab ovo* de la tuberculosis en paralelo a lo que era conocido sucedía con la sífilis, compartiendo teoría con Baumgarten¹⁵⁵ que decía como nos transcribe nuestro autor:

“El hombre no contrae la tuberculosis con el aire que respira, ni con los alimentos que ingiere; recibe el bacilo directamente de sus padres durante el período de su formación embrionaria y fetal. Los bacilos que conviven con el hombre no mueren con él: pasan de generación á generación. Modestos en sus exigencias, latentes como parásitos inofensivos, acechan el momento propicio para destruir a su portador. (...)

Podríamos todavía aventurar el parecer de que la predisposición tuberculosa consistiría en una adaptación congénita de la semilla al terreno, del bacilo al organismo. Su ausencia daría la explicación de las tuberculosis abortivas contraídas espontáneamente que Naegeli y Burkhardt han demostrado en el 97% de las autopsias(...)

Treinta años de investigaciones intensamente realizadas por los más eminentes bacteriólogos e higienistas de todos los países –dice nuestro sabio Ferrán- no han resuelto el problema –se refiere al profiláctico de la tuberculosis-. Es preciso que la Ciencia abandone el camino del fracaso y tome nuevas orientaciones.” Tengo el propósito de demostrar con hechos –añade Robin, el ilustre terapeuta francés-que aquellos que asumieron en Francia la pesada responsabilidad de la lucha contra la tuberculosis, están en la pendiente que puede comprometer a los poderes públicos y a la caridad privada al seguir una vía ineficaz, y que ya es tiempo de cambiar de dirección. ¿Cómo se pueden aceptar tan falaces doctrinas si mueren en Francia más de 90.000 tuberculosos cada año sin posible disminución, y si al contrario, a pesar de tantas luchas y tantos sacrificios durante tantos años, el mal aumenta más en las grandes ciudades?

He aquí como se expresa Brunon, encargado de redactar las conclusiones del Congreso de Rouen : Fundar la profilaxis de la lucha contra el bacilo de Koch es pagarse de palabras. La lucha devorará millones y será ilusoria. En clínica es imposible demostrar el contagio entre adultos. El contagio, tal cual se considera actualmente, es decir, deducido del carácter inoculable de la enfermedad, es una consideración del espíritu que acepta una consecuencia lógica en apariencia, y la

¹⁵⁵ Según algunos autores Baumgarten, había sospechado la presencia del bacilo en los tubérculos con anterioridad a Koch pero no había conseguido ponerlo en evidencia. Vid. Feliu y Mensa, José (1886) *La tisis bacilar en los animales, bajo el punto de vista de la higiene pública*. Conferencia presentada ante la Liga de los veterinarios de Gerona el 31 de mayo de 1886. Figueras; establecimiento tipográfico de M. Alegret. Pág. 104.

lógica no rige en Medicina. En París –dice Leray- mueren actualmente de diez a doce mil enfermos de tuberculosis pulmonar. Si se evalúa en cinco años la vida media de estos enfermos, tendremos que hay cincuenta mil personas que diseminan cada día por todos los ámbitos de aquella capital miríadas de gérmenes. Si el contagio existe realmente, puede admitirse que cada uno de estos individuos podrá contaminar en el término de un año a unas diez personas, número que no es exagerado. Al cabo de un año, según esto, tendríamos quinientos mil tuberculosos, y a los dos años, cinco millones. La totalidad de la población resultaría, pues, atacada de tuberculosis.

No niego yo el contagio pues hay muchos hechos demostrativos –dice Laennec refiriéndose a la tuberculosis pulmonar- de que una enfermedad que de ordinario no es contagiosa puede serlo en ciertas circunstancias; pero estimo que el contagio es excepcional.”¹⁵⁶

En relación con las teorías de Ferrán, que planteó una teoría especial de entender el bacilo tuberculoso según la cual era un germen variable con pleomorfismo, que explicarían la dificultad en la creación de la vacuna y la no visualización del germen tuberculoso en extractos claramente tuberculosos, está la figura del Dr. Pla y Armengol¹⁵⁷ que replicó al Dr. Gil Casares en el Congreso de la Toja-Mondariz, apoyando sus teorías:

“La infección del feto por la bacteria de la tuberculosis, en una u otra de sus formas, lo que podemos llamar la herencia del germen, es un hecho muy frecuente, por no atrevernos a decir constante, en los casos de tuberculosis activa de la madre.

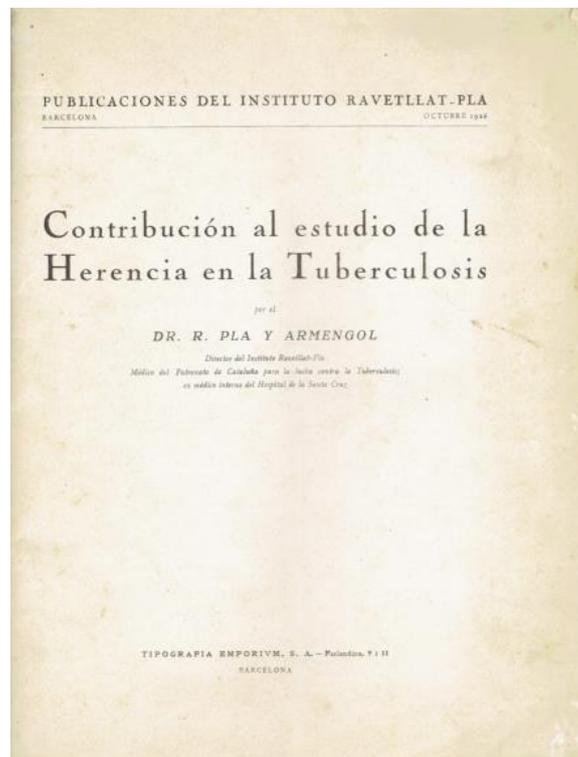
¹⁵⁶ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Comunicación presentada al Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia celebrado en La Toja los días del 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. Pág. 13-14.

¹⁵⁷ **Ramón Pla y Armengol** (Lleida 1880-1958). Fue médico auxiliar del Laboratorio Municipal de Barcelona y participó activamente de las actividades de la Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya y de su revista *Annals*, de la que llegó a ser director en 1919. Desarrolló junto con el veterinario Joaquim Ravetllat i Estech (1871-1923) el suero antituberculoso de Ravetllat-Pla obtenido del suero de caballos inmunizados con la llamada bacteria Ravetllat-Pla, definida como la forma más virulenta del bacilo tuberculoso que sería distribuido en España y varios países de Latinoamérica. (Vid. Lugo-Márquez, Sara (2013) Una perspectiva heterodoxa de la historia de los medicamentos. Dinámicas de inclusión-exclusión de los sueros de Ravetllat-Pla en la España del primer tercio del siglo XX. *Dynamis*. Núm.33.

El organismo de los hijos de padres tuberculosos activos, presenta una predisposición específica favorable al desarrollo y evolución de la enfermedad.

La herencia influye pues en el sentido de la realización de la infección y en el sentido de favorecer la evolución de esta infección.”¹⁵⁸

Como hemos puesto de manifiesto el concepto de transmisión de la tuberculosis evoluciona a lo largo de la carrera profesional de Gil Casares, siendo fruto de los estudios científicos de los que tenía conocimiento y de su observación clínica por otro, sin dejarse llevar por la corriente mayoritaria.



Dr. Pla y Armengol, R. (1924). *Contribución al estudio de la Herencia de la tuberculosis*. Publicaciones del Instituto Ravetllat-Pla. Barcelona; Tipografía Emporium. Biblioteca privada de la autora.

¹⁵⁸ Pla y Armengol, R. (1924). *Contribución al estudio de la Herencia de la tuberculosis*. Publicaciones del Instituto Ravetllat-Pla. Barcelona; Tipografía Emporium.

Las últimas declaraciones escritas al respecto datan de 1929. En el *libro Homenaje a Marañón*, donde escribe un capítulo titulado *Aspectos de la lucha antileprosa*, más que hereditario Gil Casares se define como *anticontagonista*.

“Por otra parte, la observación desapasionada de los hechos demuestra en forma incontestable que la convivencia y el contacto más íntimo y prolongado años y años entre personas exentas de lepra y leprosos bacilíferos (v.g. el contacto de un cónyuge leproso con el sano), no es seguida de contagio. Esta observación puede confirmarla todo el que quiera en la leprosería de Santiago de Compostela, que a pesar de contar con siglos de existencia no registra un solo caso de contagio en el personal y de sirvientes en el establecimiento. Tampoco hay un solo caso de lepra en todo la comarca donde está el hospital ni en la ciudad de Santiago. Estos hechos son los que me indujeron a mis ideas anticontagonistas (fui contagionista mientras mi conocimiento de la enfermedad era más teórico que real: la fuerza de la sugestión de la letra de imprenta).”¹⁵⁹

Por lo tanto, para Gil Casares *la tuberculosis hereditaria ni es fatal ni irremediable*, pues según sus teorías lo que se transmitía de generación en generación era una HERENCIA A LA PREDISPOSICIÓN.¹⁶⁰

Es al final de los años veinte, últimos de ejercicio de Don Miguel, que sus teorías se aproximan a las de la cúpula del Real Patronato pues tanto Codina Castellví como Verdes Montenegro reconocen en estas fechas que debe existir *cierto componente hereditario*, diatésico, en la transmisión de la enfermedad.

“¿Qué se sabe respecto del contagio de esta enfermedad? Según las doctrinas actuales evitar el contagio es prácticamente imposible, porque el bacilo de Koch se encuentra en todas partes. Afortunadamente no se halla en todas partes en igual grado de concentración y de virulencia. Alcanza su máximun de peligro en las inmediaciones de los enfermos, fuentes de bacilos que los expulsan en sus secreciones; pero a medida que los bacilos se esparcen y

¹⁵⁹ Gil Casares, M. (1929). En *Libro Homenaje a Marañón*. Capítulo Aspectos de la lucha antileprosa. Madrid; Editorial Paracelso. Pág. 513-521.

¹⁶⁰ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Santiago.

difundes, naturalmente disminuyen y se debilitan por la acción de la luz, del aire, de las grandes fuerzas cósmicas a que se encuentran entregados.

Resulta de ello que las condiciones de contagio varían al infinito y deben ser la mayoría de las veces contagios leves los que obran sobre nosotros, infecciones moderadas que nuestro vigor orgánico domina y que nos van vacunando, inmunizando, contra contagios ulteriores como no sean excesivos. El concepto de predisposición ha sido bien definido por mi discípulo el Dr. García Triviño en un notable artículo publicado en la revista del Dr. Chabás, de Valencia.”¹⁶¹

Esto los acercaría a los conocimientos que tenemos hoy en día que relacionan la predisposición a determinadas enfermedades, entre ellas la tuberculosis, con determinados HLA.

EDAD	REPATRIADOS DE AMÉRICA	HEREDITARIOS	CONTAGIO CONYUGAL	ALCOHOLISTAS	DIABÉTICOS	ESPONTÁNEOS
MENORES DE 10 AÑOS		7				
DE 10 A 15 AÑOS		11				5
DE 16 A 20	5	41		1		25
DE 21 A 25	27	59	1	8	2	33
DE 26 A 30	41	35	2	19		20
DE 31 A 35	54	15	3	25		7
DE 36 A 40	39	9		32		10
DE 41 A 45	23	14		21	1	4
DE 46 A 50	17	4		7		2
DE 51 A 55	6			10	1	
DE 56 A 60	5	1	10	1		
MAYORES DE 61 AÑOS	2			5		
TOTAL	219=32,93%	196=29,47%	6=0,9%	134=20,15%	5=0,75%	106=15,93%

Recogida de Gil Casares, M. *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis de San Sebastián. Santiago. 1912.

¹⁶¹ Verdes Montenegro, J. (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos; Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

3.3. PAPEL DEL RETORNO MIGRATORIO

D. Miguel, como otros médicos de la época, observaba una alta incidencia de tuberculosos entre los repatriados de América: los llamados *americanos tuberculosos*. Tal importancia daba a este fenómeno que en 1912, afirmaba: *no me cansaré de insistir en que la repatriación de América es actualmente la causa más poderosa del incremento que experimenta la tuberculosis en nuestra región*, otorgándole según su propia estadística el primer puesto en la etiología de tuberculosis pulmonar (recogida tanto en su consulta del Hospital Real como de su clínica privada sobre 665 casos) un 32.93% del total, seguidos en orden por la herencia, el contagio conyugal, el alcoholismo, diabetes y casos espontáneos.¹⁶²

REPATRIADOS DE AMÉRICA	HEREDITARIOS	CONTAGIO CONYUGAL	ALCOHOLISTAS	DIABÉTICOS	ESPONTÁNEOS
219=32.93%	196=29.4%	6=0%	134=20.15%	5=0,75%	106=15.93%

También en 1912 en una conferencia en el Instituto Rubio¹⁶³ nos lo recuerda:

“Otro factor preponderante (después de la herencia) es la expatriación a las Américas y en particular a la Argentina. Es formidable la emigración del pueblo gallego. También es importante la repatriación, y con ella, á (sic) la vez que la riqueza, entran en Galicia las enfermedades, y en particular la tuberculosis (cosa análoga puede decirse de la lepra).¹⁶⁴

¹⁶² Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis de San Sebastián. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

¹⁶³ Miguel Gil Casares fue nombrado profesor honorario del Instituto Rubio en 1918 tras el éxito cosechado en dicha institución titulado *Método palográfico para el examen de los fenómenos pulsátiles de la circulación*. A.H.U.S. Leg. 528. Expte. 3. C. vitae de 23 de mayo de 1918. Esta información se recoge en *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. Marzo de 1920. Pág. 187.

¹⁶⁴ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de octubre de 1912

En 1913 en un artículo publicado en la revista *Suevia* reincidía en el tema:

“Jóvenes que, de seguir en el terruño como sus padres y abuelos, hubieran alcanzado probablemente las edades avanzadas a los que éstos suelen llegar, ven su existencia amenazada por el mal de la tisis.¹⁶⁵ Continúa: “Y aquí pueden plantearse iguales problemas que en la lepra iniciada en América. Los repatriados tuberculosos ¿contrajeron la enfermedad por exponerse a ocasiones de contagio en Ultramar? Es poco probable, pues esas ocasiones existen hoy en todas partes; y no los labradores gallegos, sin embargo, suelen tuberculinizarse cuando no heredan el proceso y no son alcoholistas inveterados ¿Es que nuestros compatriotas fueron victoriosamente atacados por razas bacilares más virulentas? Esta hipótesis carece de todo de todo fundamento real. Más bien podemos suponer que en la determinación del proceso ha influido, como en la lepra, una depresión duradera de las energías orgánicas ligada a las penalidades y trabajos que sufren sin excepción en América nuestros compatriotas. Los bacilos de Koch tuvieron ocasión propicia de arraigar en organismos que si no fuera por la oscilación deprimente hubieran respetado.”¹⁶⁶

La importancia de este factor aumenta en los últimos años de la década de los veinte en la que se produce una inversión del flujo migratorio, aumentando el número de retornados por empeoramiento de la situación socio-económica de los países a los que habían emigrado.¹⁶⁷

“Las condiciones económicas de los países que más atracciones brindaban a nuestro éxodo emigratorio, variaron tanto que no solamente son incapaces de ofrecer remuneración a los brazos de nuestros paisanos, sino que obligan a retornar a los que en Galicia convivían con nosotros para impedir inversiones del dinero nacional fuera de su país, llegando las medidas a prohibir la exportación de la moneda para que los propios gallegos pendientes de vínculos económicos,

¹⁶⁵ Gil Casares, M. (1913). La tuberculosis en Galicia. *Suevia*. Pág. 13.

¹⁶⁶ *Suevia*, .subtitulada *Revista Gallega Regionalista*, fue una revista de periodicidad quincenal que se publicó en Buenos Aires, dirigida por el pontevedrés Joaquín Pesqueira. Se publicó en dos épocas en el 1913 y en 1916. Entre sus colaboradores estuvieron Castelao, Valle-Inclán, Murguía, Pondal o Brañas. La lengua usada era mayoritariamente el castellano, reservándose el gallego sólo para textos poéticos y solo excepcionalmente alguna prosa.

¹⁶⁷ En 1923 salieron de España casi 100.000 de las cuales casi la mitad lo hicieron desde Galicia (29.949 desde Vigo y 25.000 desde La Coruña).Faro de Vigo. 30 de abril de 1924.

retornen a donde con su esfuerzo lograron reunir algunos ahorros, pues de otro modo no pueden disponer de un numerario que severísimas disposiciones impiden movilizar a través de las fronteras.¹⁶⁸

AÑOS	NÚMERO DE EMIGRANTES	NÚMERO DE INMIGRANTES
1927	29.2254	26.563
1928	26.270	17.929
1929	22.083	13.495
1930	24.534	19.257
1931	7.814	25.622

Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. Pág. 369.

Según los datos que ofrece Pereira Poza en 1930 salieron de Vigo 16.513 y regresaron 17.380 y en 1931 salieron 11.338 y regresaron cerca de 20.000.¹⁶⁹

Peña Novo aportaba el dato de que alrededor de 1930 habría en el continente americano un millón y medio de gallegos. Dado el alto volumen de emigración a estos países y la alta incidencia de la enfermedad en los retornados defendía desde un nivel estatal la creación de un seguro obligatorio de tuberculosis para los emigrantes.¹⁷⁰

Al aumento de la prevalencia en Galicia del mal tuberculoso no encuentra el Dr. Gil Casares explicación posible. Insiste en que sus observaciones sobre la expansión del mal son sólo extrapolables para el territorio gallego pues tiene sus dudas de si el

¹⁶⁸ Gutiérrez Moyano, A. (1933). Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 179.

¹⁶⁹ Recogido por Pereira Poza, A. en *La paciencia al sol Historia social de la tuberculosis (1900-1950)* Ediciós do Castro 1999 del Faro de Vigo, Diciembre de 1931.

¹⁷⁰ Pereira Poza, Op. Cit.

mal puede comportarse de modo diferente en otro territorio. Ante la falta de estadísticas fiables sobre el aumento de la incidencia de la enfermedad en las décadas previas a su ejercicio profesional sus fuentes eran *aseveraciones de personas ancianas* que afirmaban que *hace treinta o cuarenta años cuando se desconocían las medidas profilácticas que en la actualidad están bastante generalizadas, era excepcional encontrar un caso de consunción tuberculosa en las campiñas gallegas* e insistía en que no había motivos *para poner en duda esta aseveración*.

Aunque estas afirmaciones pueden parecer osadas y fueron duramente criticadas por médicos del Real Patronato como Verdes Montenegro o Codina Castellví, probablemente tuviesen su fundamento en que el fenómeno migratorio fue tradicionalmente en Galicia mucho más importante que en otras regiones del Estado. Así, según recogen Souto Beavís y Hervada de 43.867 emigrados españoles en el quinquenio 1927-1931, el porcentaje de gallegos representaba el 55,40%.

AÑOS	TOTAL DE ESPAÑA	TOTAL DE GALICIA	PORCENTAJE
1927	43.867	29.254	67
1928	48.555	26.270	54
1929	50.212	22.083	43
1930	41.560	24.534	59
1931	14.355	7.814	54

Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

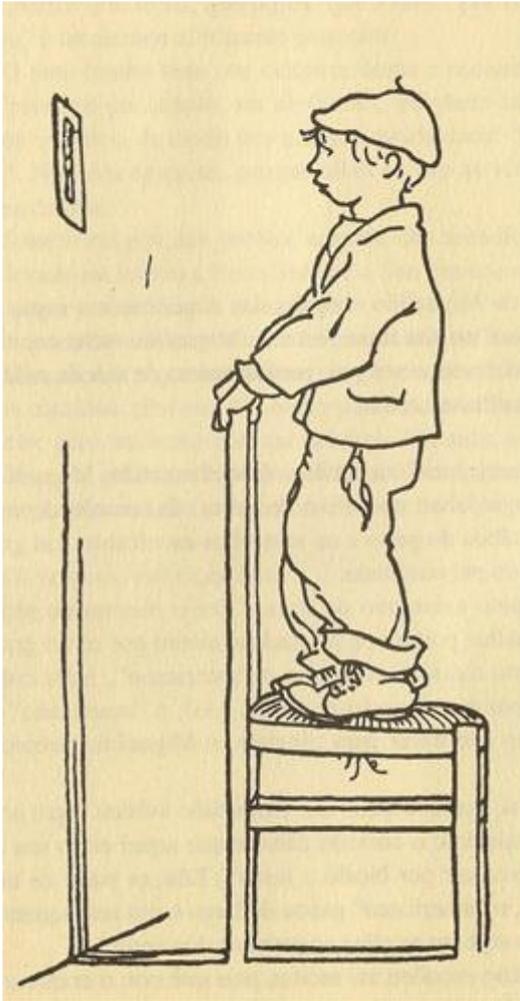
Aunque como vemos, Gil Casares fue un pionero en poner de manifiesto la importancia del retorno migratorio (sus primeras declaraciones escritas datan de 1912) pronto aparecen otros tisiólogos gallegos que redundan sobre el tema como el Dr. Hervada García:

“El contagio masivo es muy frecuente en América, retornando entonces enfermo a su hogar para constituir una familia de tuberculosos. Esa es la principal causa de la difusión de la tuberculosis por las aldeas.”¹⁷¹

El problema aumentaba exponencialmente para los dos autores no solamente por el aumento producido por el propio enfermo retornado, sino que siguiendo la teoría de la herencia, creaban familias de potenciales tuberculosos, diseminando de este modo la enfermedad. Además, dado que la mayoría de los emigrantes eran varones, en Galicia quedaban las mujeres, en muchas ocasiones con hijos al cargo y con las tareas del campo y del hogar añadidas, lo que suponía para ellas una gran sobrecarga, más aún si los ingresos provenientes de ultramar no eran los esperados.

El regreso del padre de familia enfermo de tuberculosis es recogido en varias obras de Castelao de forma magistral, dadas sus múltiples facetas de médico, escritor y dibujante. Un ejemplo recogido en el álbum *Cousas*:

¹⁷¹ Hervada García, E. *La lucha antituberculosa en Galicia*. Tipografía El Noroeste. La Coruña, 1923.



Cousas. Alfonso R: Castelao. 1926.

“O pai de Migueliño chegaba das Américas e o rapaz non cabía de gozo no seu traxe festeiro. Migueliño sabía cos ollos pechados como era o seu pai; pero denantes de saír da casa botóulle unha ollada ao retrato.

Os americanos xa estaban desembarcando. Migueliño e a súa nai agardaban no peirán do porto. O corazón do rapaz batíalle na táboa do peito e os seus ollos esculcaban nas greas, en procura do pai soñado.

De súpeto, avistouno de lonxe. Era o mesmo do retrato, ou aínda mellor portado, e Migueliño sinteu por il un grande amor e canto máis se achegaba o americano, máis cobiza sentía o rapaz por enchelo de bicos. Ai, o Americano pasou de largo sen mirar par ninguén, e Migueliño deixou de querelo.

Agora sí, agora sí que o era. Migueliño avistou outro home moi ben traxeado e o corazón dáballle que aquel era o seu pai. O rapaz debeciase por bicalo a fartar. Tiña un porte de tanto señorío! Ai, o americano pasou de largo e nin tan siquera reparou que o seguían os ollos dun neno.

Migueliño escolleu así moitos país que non o eran e a todos quixo tolamente.

E cando esculcaba con máis anguria fíxose cargo de que un home estaba abrazado a súa nai. Era un home que non se parecía o retrato; un home de cera, coas orellas fora do cacho, cos ollos encoveirados, tusindo...

Aquel sí era o pai de Migueliño.”¹⁷²

Plácido Peña Novo analiza las posibles causas de desarrollo de la enfermedad durante la emigración, destacando que en su mayoría se trata de gente joven, donde la enfermedad se ceba con más facilidad, las duras condiciones de trabajo y las privaciones con el fin de ahorro para el retorno:

“Otro aspecto muy interesante de esta lucha en Galicia lo constituye la inmigración y, más concretamente, la emigración de retorno, procedente de los países americanos que anualmente nos devuelve millares y millares de vencidos moral, física y económicamente, a los cuales el exceso de trabajo, la falta de preparación para el mismo, las privaciones, los vicios propios de la corta edad de los que emigran, la escasa remuneración y, muchas veces, hasta el excesivo afán de ahorro para pronto conseguir el regresar económicamente redimidos, les ha colocado en franca y general derrota.”¹⁷³

En la misma línea se manifestaba el doctor Aurello Gutiérrez Moyano:

“Para Galicia el factor decisivo, residió siempre en su exuberante emigración. Nuestras aldeas se han despoblado principalmente de hombres, por al tentación que el retorno del indiano enriquecido ejerce en su medio natal. La visión del país próspero allende el mar, fascinando el espíritu aventurero de la raza, ha servido de incentivo para movilizar grandes masas rurales, que en su éxodo migratorio solían desdeñar las ocupaciones agrícolas para avecindarse en las populosas ciudades americanas, donde, habiendo locales insalubres y desempeñando generalmente puestos rudos, multiplicando las horas de trabajo y haciendo una alimentación no muy nutritiva, para conseguir una más rápida

¹⁷² R. Castelao, A. (1982). (La primera edición data de 1926). *Cousas*. Vigo; Editorial Galaxia.

¹⁷³ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

prosperidad económica, que les permitiera retornar a su agro y realizar el sueño de propietarios.”¹⁷⁴

“Si aquí las enfermedades infecciosas no adquirirían la intensidad que en nuestros dominios, era más bien debido a la clemencia de nuestro clima y suelo, que al celo de nuestros gobernantes que entonces carecían del más modesto presupuesto sanitario.”¹⁷⁵

De cualquier forma, lo que ocurre es una inversión del flujo migratorio, con una población que regresaba en su mayoría por el fracaso del sueño americano y en muchas ocasiones enfermos, de tuberculosis o de otras patologías. Según Plácido Peña Novo, en declaraciones escritas en 1930¹⁷⁶:

“Durante el año de 1925 –último que figura en la estadística oficial- han desembarcado en los puertos gallegos TREINTA Y UNA MIL TRESCIENTAS CUATRO¹⁷⁷ personas. Los Médicos de la Marina civil nos dicen que del 60 al 80 por 100 de esta gran masa es tuberculosa. Si con la cifra intermedia nos quedamos, tendremos por nuestros puertos un ingreso anual de VEINTIUN MIL NOVECIENTOS DOCE tuberculosos. Mas, no miremos con ojos de pesimista a tan numeroso ejército de vencidos. Supongamos que solo la mitad de ellos se quedan en Galicia. Supongamos también que de los que se quedan solo un diez por ciento trae el ígneo sello de la peste blanca, y aún a pesar de tales concesiones, nos quedará un remanente de MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO tuberculosos, que anualmente reciben nuestros puertos y que vienen a engrosar el ya inmenso ejército patológico de nuestra región.”¹⁷⁸

¹⁷⁴ Gutiérrez Moyano, A. (1930) El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm. 10. Pág. 1.

¹⁷⁵ Gutiérrez Moyano, A. (1933). Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm. 5. Pág. 180

¹⁷⁶ Los datos aportados por Peña Novo son analizados en A Nosa Terra por Mosteiro en *A Nosa Terra*. Vid. Mosteiro, S. (1930) O problema antituberculoso en Galicia *A Nosa Terra*. Año XIV, Núm. 273, 1 de julio de 1930.

¹⁷⁷ Se mantiene la mayúscula del original (N. de la A.)

¹⁷⁸ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

El mismo porcentaje de retornados afectos se recoge en estudio de los retornados de Cuba a La Coruña y Vigo en los viajes de tercera clase en 1933 por Souto Beavís y Hervada García.¹⁷⁹

Cabe señalar que tanto Gil Casares, Gutiérrez Moyano como Peña Novo, además de destacar las duras condiciones de trabajo en ultramar, acusan como causa de la enfermedad *los vicios* propios de la edad joven del emigrante, la existencia de clubes y cabarets en las ciudades a las que desplazan. Vemos en estas declaraciones, que existen por parte de todos los tisiólogos gallegos que analizan la tuberculinización en las Américas, un intento de culpabilizar al paciente de su propia enfermedad, hecho analizado por Bryder como refiere Molero Mesa en su tesis doctoral en el capítulo referente a *Alcoholismo, incultura e inmoralidad*.¹⁸⁰

El consejo Superior de Emigración, en sesión del 26 de mayo de 1916, acordó que los Médicos de la Marina Civil a bordo de los buques destinados o autorizados para el transporte de emigrantes españoles se llevase una detallada estadística de morbi-mortalidad habida entre el pasaje confinado a su tutela pero este servicio debió cumplirse muy deficientemente pues al año siguiente el mismo Consejo trasladó a los capitanes de tales buques una orden terminante para que facilitasen el cumplimiento de tal disposición.¹⁸¹

En gran medida, el incumplimiento se debería a las grandes limitaciones, pues según recoge Gutiérrez Moyano, en 1933 no había en funcionamiento ningún

¹⁷⁹ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. Ponencia presenta a las III Jornadas Médicas Gallegas celebradas en Lugo. 15 de septiembre de 1933.

¹⁸⁰ Molero Mesa, J. (1989) *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Pag. 72.

¹⁸¹ Souto Beavís, J. Op. Cit.

hospital de aislamiento en la costa, función que habían realizado con anterioridad el lazareto de Oza en A Coruña y de la Isla de San Simón en las proximidades de Vigo. Propone como solución la rehabilitación de este último.¹⁸²

En 1924 Dr. Enrique Hervada, tisiólogo del Sanatorio Marítimo Nacional de Oza, realiza una topografía médica a partir de entrevistas en las que solicita a médicos de toda la geografía gallega sus impresiones sobre la enfermedad.

“Nos escriben todos los médicos en parecidos términos: *La tuberculosis, muy rara hace treinta años, es hoy relativamente frecuente y es de ordinario importada por lo que regresan de América y por el soldado, sobre todo, por el que hace el servicio en la Armada.*

La emigración es la causa más frecuente de la tuberculosis en nuestros campos. El pobre emigrante marcha impulsado por la necesidad y realiza sacrificios y trabajos superiores a su fuerza y a su alimentación. En estas condiciones de agotamiento, el contagio masivo es muy frecuente en América, retornando entonces enfermo a su hogar para construir una familia de tuberculosos. Esta es la principal causa de difusión de la tuberculosis por las aldeas.

Entre los distintos oficios, uno de los más corrientes es y que mayor contingente da de tuberculosos, es el oficio de fogonero.

Según Valcarcel, el problema de la emigración es un problema de necesidad vital. De los trabajos de este autor, resulta que a cada gallego corresponden 600 pesetas de renta, lo que es igual, un diario de 1,64, calculando el coste mínimo de la vida en la siguiente proporción:

• Precio mínimo de la ración media urbana	1,10
• Vivienda.....	0,16
• Ropa.....	0,50
Total.....	1,76

¹⁸² Gutiérrez Moyano, A. (1933). Los problemas sanitarios de la emigración. Galicia Clínica. Núm. 5. Pág. 181.

Resulta que cada gallego tiene un déficit diario no inferior a 0,15 pesetas, este déficit suma unas 300.000 pesetas diarias y unos cien millones de pesetas por año. Como este déficit no es soportado por los ricos, sino por los pobres, estos, impedidos por la necesidad, saldan tal déficit por la emigración. Anualmente emigran unos 10.000 gallegos.

Indirectamente la emigración acarrea un excesivo trabajo a la mujer gallega, y ya sabemos por las estadísticas de Arnould, *que la mayor actividad de las mujeres en el trabajo agrícola o industrial, aumenta la mortalidad y morbilidad bacilar.*

Es de muchísima importancia social que los médicos de América no pierdan tiempo intentando curar a nuestros compatriotas con un tratamiento medicamentoso ambulatorio. Lo científico es enviarlos en cuanto un diagnóstico precoz pueda hacer eficaz el plan higiénico dietético.”¹⁸³

De igual criterio que Hervada era Peña Novo:

“Es así mismo necesario que a esta labor presten su ayuda los médicos residentes en América y, principalmente, los médicos a cuyo cargo se hallan los enfermos de las distintas instituciones benéficas que los gallegos sostienen en aquellos países, para que los envíen aquí a curarse y no solamente a morir; para que les aconsejen el regreso en un período de la enfermedad compatible con la curación y que denuncien todo caso de tuberculosis al Consulado español correspondiente, entregándole la historia clínica del enfermo, para que el Consulado informe al médico de a bordo y a la estación sanitaria del puerto de desembarque, a fin de que estas autoridades tomen las oportunas medidas de profilaxis individual en evitación de muy posibles contagios.”¹⁸⁴

La encuesta de Hervada

Para la realización de su estadística Hervada envió un cuestionario a los médicos rurales gallegos, preguntando acerca de la incidencia de la enfermedad y posible etiología. La relación directa con la emigración es recogida tanto por médicos de la costa como la del interior. En la citada obra recoge escuetamente los testimonios de

¹⁸³ Hervada, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

¹⁸⁴ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña, Imprenta Moret.

los médicos consultados, de tal forma que de los 43 ayuntamientos de los que copia testimonio de la situación sobre tuberculosis, 17 alegaban el retorno migratorio como causa fundamental o una de las fundamentales del aumento de incidencia. Hago copia de las impresiones completas de los médicos que aludían directamente al retorno migratorio como causa principal de enfermedad, incluyendo las de las del propio Gil Casares que responde a la encuesta correspondiente al ayuntamiento de Santiago a la par que Nóvoa Santos, que es diferente parecer, y no tiene en consideración la importancia de la emigración.

“La Coruña

- Bugallido: la zona en la que ejerzo mi profesión, que dista 12 kilómetros de Negreira y teniendo a mi cargo facultativo más de 400 familias, sólo tengo dos casos de tuberculosis: uno que regresó de Brasil en Junio de 1921, y el otro que regresó de Cuba, en Junio de 1922; no habiendo observado en esta montaña anteriormente ningún caso de tuberculosis.(Dr. Manuel Pose).

- Corcubión: la población de Corcubión cuenta con unos 1.500 habitantes y sólo conozco cinco tuberculosos. Todos son inmigrados de América. (Dr. Arturo Ramón Carrera).

- Puentes de García Rodríguez: aquí no son frecuentes los casos de tuberculosis. los que se presentan, se observan, en un noventa por cien, en individuos regresados de América.

Los habitantes de este Ayuntamiento, que está situado a 400 metros sobre el nivel del mar, viven de las labores del campo y del dinero que en buena caridad se recibe de América. Los alimentos son sanos y abundantes. (Dr. Alfonso Illade).

- Santa Eugenia de Riveira: la tuberculosis es aquí bastante frecuente y es importada sobre todo por los soldados de marinería y los emigrados de América. (Dr. Constantino Fariña).

- Camariñas: observo bastante la tuberculosis y creo digno de mención el comunicar que es frecuente sobre todo en las mujeres quienes se dedican desde muy niñas a trabajar en almohadillas haciendo puntillas de palillos, para lo cual permanecen en el suelo todo el día. Los locales donde trabajan son insalubres y en ellos se reúnen un crecido número de obreras que trabajan hasta altas horas de la noche. La emigración es causa que comprobamos a diario. (Dr. Manuel Corral).

- Malpica: en los seis años que desempeñé la titular de Malpica, no recuerdo en el puerto más que un caso de tuberculosis pulmonar, siendo muy poco frecuente esta afección en el resto del Ayuntamiento, y es en casi su totalidad adquirida por individuos sin antecedentes hereditarios. (Dr. P. Abelenda).

- Santiago: mis ideas sobre la tuberculosis en Galicia no han cambiado. Antes por el contrario, me afirmo en ellas: en la predisposición familiar, en la importancia de la emigración, la influencia perniciosa del alcohol, en la escasa contagiosidad del mal en Galicia.

El problema fundamental en nuestra región, es el de buscar sitio donde tratar a tantísimo enfermo, sitio adecuado en el cual se contraste la influencia nociva de la costa dilatada y de nuestro largo invierno. Hay que pensar en una colonia en las montañas limítrofes entre Galicia, Asturias y León. Allí debiera haber sanatorios para desvalidos de las tres zonas y aun para gentes acomodadas que no pueden, sin embargo, pagar los gastos de los sanatorios particulares. (Dr. Gil Casares).

Lugo

- Monforte: la tuberculosis pulmonar en sus formas crónicas es muy frecuente y parece cada día observarse en mayor número. También se ven casos agudos que evolucionan en tres o cuatro meses. Existen dos factores muy importantes para explicarnos este desarrollo: la emigración y las recientes epidemias gripales. Situada esta población a una altura de unos 300 metros sobre el nivel del mar, con un clima relativamente seco, no creo que tengan nuestras condiciones climatológicas ninguna influencia en el desarrollo de la enfermedad; en cambio hay que achacársela, y muy importante al alcoholismo. (Dr. José Parrilla).

- Chantada: no es frecuente, pues en mi estadística mensual apenas registro dos casos de tuberculosis, entre los diferentes enfermos que observo. Considero a la emigración como principal causa de esta infección. (Dr. Mariano Cedrón).

- Mellid: es poco frecuente, y los casos observados fueron contagiados en América. (Dr. Jesús Salgado).

Pontevedra

- Aguasantas de Cotovad (cerca de Puentecaldelas): la tuberculosis es poco frecuente; los casos que asisto son casi todos inmigrados de Brasil y otros puntos de América (Dr. Miguel Rivoy).
- Villagarcía: la tuberculosis es muy frecuente. Aquí se nota la influencia de la herencia y en América la del contagio (Dr. Laureano Gómez Paracha).
- Barro: el perímetro de mi observación comprende todo el término municipal de Barro y las parroquias de Romay y Briallos del de Portas, ambos del partido judicial de Caldas de Reyes, que reúnen un número de 6.500 habitantes, aproximadamente. Entre éstos son bien pocos los que en una u otra forma no llevan dentro de sí alguna lesión producida por el bacilo de Koch, predominado la localización pulmonar en sus distintas modalidades, siguiéndole luego la ganglionar y la meníngea. Son menos frecuentes las tuberculosis de vísceras abdominales y las cutáneas. El servicio militar y la emigración las consideramos como principales causas. (Dr. Gumersindo Fontán).
- Meaño: en El Grove, donde ejercí desde al año 1905 hasta 1918, la tuberculosis era poco frecuente, pues siendo un municipio de más de 6.000 almas, solo 15 sucumbieron a esa enfermedad; y en este distrito de Meaño en el que estoy de titular desde 1918 hasta la fecha (estando como único médico), sólo llevo registrados tres casos, fallecidos ya, y otro que está en tratamiento. Casi todos los registrados se contagiaron en América. (Dr. José Abalo Núñez).
- Cuntis: observo bastante la tuberculosis, que generalmente es importada de América, del servicio militar o de las poblaciones a donde concurren para trabajar en las diferentes industrias. Una vez importada la infección se propaga por el contagio, debido a las condiciones de la vivienda, falta de higiene, etc. (Dr. Vicente Carballo).
- Tuy: la tuberculosis pulmonar es frecuente y la ganglionar muy frecuente también, y sobre todo en niños. Casi todos los casos conocidos tienen antecedentes familiares y los que no los tienen son individuos regresados de América. (Dr. Alejo Diz).

Orense

-Barco de Valdeorras: la tuberculosis no es muy frecuente en esta región.

Como causas principales debemos citar el alcoholismo y el contagio en América. (Dr. Eulogio Fernández).”¹⁸⁵

La interpretación de los expertos

El Dr. Gutiérrez Moyano en 1930 defendía por completo la teoría que años atrás había difundido Gil Casares:

“En Galicia la tuberculosis ha sido una enfermedad importada de allende del Océano; las estadísticas han demostrado que aquellas zonas, que mayor núcleo de emigrantes producían, han sido las más pródigas en el coeficiente de mortalidad por tuberculosis, y en cambio aquellas aldeas que pertenecían ajenas a la vida marítima, desconocían el mal de la peste blanca. Así, Orense, que es la provincia gallega de menos emigración, ve actualmente a diecisiete de sus ayuntamientos libres del peligro de la tuberculosis.”¹⁸⁶

Para Pereira Poza los datos recogidos son muy difícilmente constatables a día de hoy, lo analiza del siguiente modo:

“Estos extremos son difíciles de demostrar, lo que sí es constatable a través de los de los barcos de Sanidad Exterior del puerto de Vigo es el número de enfermos registrados como tuberculosos en cada travesía. Estudiando parte de estos datos referidos a los años de la década de 1920 con más movimiento de repatriación, hemos comprobado que el número de pacientes registrados como tuberculosos era insignificante en relación al volumen del pasaje. No cabe duda

¹⁸⁵ Hervada, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

¹⁸⁶ Gutiérrez Moyano, A. (1933). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 2.

que solo los enfermos en estadios muy terminales, o con crisis hemoptoicas -de sangrado-manifiestas, pasarían por la enfermería de a bordo.”¹⁸⁷

Fueron muchos los intentos de buscar la causa de esta alta incidencia de tísicos entre los retornados. Encontraban que entre los que regresaban confluían muchas causas tisiógenas:

“Lucha por el espacio y por la luz (vivienda); por el pan de cada día (fatiga, surmenage); angustia del mañana incierto (depresiones anímicas); lucha por el oro (privaciones ahorrativas); lucha con la inmoralidad colectiva, pues que hallándose en la edad de las pasiones vivas y de los impulsos subconscientes el mal ejemplo lleva al lupanar, a la prostitución clandestina, manantiales de enfermedades venéreas y escuelas de contracepción y abortismo, con todas sus consecuencias; lucha, por fin, con su falta de especialización profesional que le lleva a la concurrencia y la aceptación de puestos indeseables en industrias peligrosas y en oficios y menesteres de gran letalidad.”¹⁸⁸

Este argumento también era usado para reclamar medios económicos para la lucha antifímica en Galicia. De hecho, como veremos en el capítulo correspondiente una gran parte de los recursos provenía de la emigración, con la contraprestación de reservas de camas o pabellones para el retornado enfermo, de tal forma que en ocasiones, un número determinado de camas eran costeadas por determinadas colonias extranjeras. Como ejemplo recogemos las palabras de Villar Ponte en 1924 defendiendo la creación del Sanatorio de Cesuras:

“Ahora bien que Galicia precisa sanatorios antituberculosos con plena urgencia es cosa irrefutable. No necesitamos pues, esforzarnos en convencer a convencidos respecto a la obra humanitaria, altruista y patriótica que la

¹⁸⁷ Pereira Poza, A. *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia. (1900-1950)*. Ediciós do Castro. A Coruña. 1999

¹⁸⁸ Souto Beavis; Beato González (1935). Recogido por Molero Mesa en *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. 1989

construcción del de Cesuras, porque tanto venimos propugnando, significa. Pero si precisamos advertir a los gallegos de América, que, ellos, como nadie, están obligados a ayudarnos en tan trascendente empresa, puesto que la emigración nos trajo y sigue trayéndonos los principales focos de contagio de la peste blanca para nuestros verdes campos paradisiacos, antaño ricos en salud, y la emigración podrá beneficiarse grandiosamente con el Sanatorio de Cesuras, nuestro primer sanatorio en vías de hecho.”¹⁸⁹

En 1930 Gutiérrez Moyano evaluaba la situación de un modo muy similar, explicando la despoblación de las aldeas por el sueño americano. A la vista del retornado enriquecido, el gallego decidía emigrar, abandonando un medio rural por una populosa ciudad americana, donde privándose de descanso y habitando en condiciones insalubres, lejos de conseguir riquezas, lo que hacía era enfermarse para retornar pobre y tuberculoso en un gran porcentaje de los casos.¹⁹⁰

Un factor de confusión con la migración fundamentalmente a Latinoamérica sería la migración interior del campo a la ciudad. Gil Casares resta importancia a este movimiento interno, consideración que ya ha sido analizada por otros autores:

“Entre los nuevos factores que intervendrían en este cambio de tendencia según la mayoría de los tisiólogos de la época era la inmigración que hacía llegar de vuelta a sus domicilios rurales pacientes infectados en ultramar. Gil Casares descarta otras posibilidades como los movimientos migratorios del campo a las ciudades.”¹⁹¹

¹⁸⁹ La lucha contra la tuberculosis. Por la salud y la vida de Galicia. El Sanatorio de Montaña de Cesuras *El Ideal Gallego*. 25/07/1924. Pág. 13.

¹⁹⁰ Gutiérrez Moyano, A. (15 de Enero de 1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Año II-Núm. 10 Pág. 1-10

¹⁹¹ Pereira Poza, A. (1999). *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia. (1900-1950)*. A Coruña: Edición do Castro.

Para él la migración del campo a la ciudad no era pues una causa que justificase el aumento de la incidencia, pues a su criterio éste fenómeno era poco importante en la época en la región gallega:

“...pues éstas -con la excepción acaso de La Coruña y Vigo se encuentran en lamentable estado de desequilibrio. Tampoco habría que buscar otro tipo de factores etiológicos desencadenados por una mutación climática, inexistente, ni por el encarecimiento de la vida que antes mejora que agrava la condición de nuestros labradores al aumentar el valor de los artículos de necesidad.”¹⁹²

De acuerdo con estas aseveraciones estaba también Gutiérrez Moyano, quien decía en 1930:

“Si indagamos sistemáticamente el lugar de nacimiento de nuestros tuberculosos, veremos que más de los dos tercios pertenece a la población campesina, y esto nos viene a confirmar que una de las causas más frecuentes en la propagación tuberculosa es la deserción de los campos, hecho señalado oportunamente por Sergent. Pero en Galicia no es precisamente, aun cuando no deja de tener su importancia la atracción de las urbes, la que en este aspecto sanitario tiene la máxima importancia. Para Galicia el factor decisivo, residió siempre en su exuberante emigración.”¹⁹³

Apenas hemos encontrado referencias a la importancia de la emigración por autores de otras comunidades. Una excepción, es el caso del Dr. Castelo¹⁹⁴,

¹⁹² Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al Congreso de San Sebastián. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

¹⁹³ Gutiérrez Moyano, A. (15 de Enero de 1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Año II-Núm. 10 Pág. 1-10.

¹⁹⁴ **Dr. Ricardo Castelo**. Fue Director del Sanidad Exterior, Académico y Director del Real Dispensario Antituberculoso “Primo de Rivera” de Santa Cruz de Tenerife.

médico del dispensario de Santa Cruz de Tenerife que en 1929 realiza las siguientes declaraciones:

“La tuberculosis en las ciudades, se ha dicho, es un triste privilegio de familia y en el campo es obra de la inmigración.

Y esto sucede en Galicia, y en todo el norte costero y en Canarias, donde era desconocida hace años.

Y ello señala como causas evidentes, en la ciudad, el contagio familiar producto del hacinamiento, de la incultura y de la vivienda insana.

En el campo, donde el ambiente es puro y el cubo de aire tiene por techo, por límite, el azul firmamento, la siembra profusa de nuestros emigrantes de retorno.

Emigrantes estigmatizados, como decía, por uno de los funestos factores, a veces por dos, otras por los tres de la fatal tríada depauperante de la raza: alcoholismo, tuberculosis, sífilis.”¹⁹⁵

El Dr. Castelo señalaba a mayores como factor de aumento de incidencia que muchos enfermos tuberculosos emigraban al archipiélago en busca de salud, pues por su climatología característica era indicado desde el Real Patronato. Malo de Poveda, como secretario del Real Patronato indicaba el valle de la Orotava, en Tenerife, de *atmósfera purísima, la temperatura uniforme y de vegetación tropical, por gozar de gran fama en la curación de la tuberculosis.*¹⁹⁶

Al problema añadido del emigrante que desarrollaba la enfermedad en ultramar, en su mayoría varones, se añadía la situación en la que se quedaba la mujer gallega,

¹⁹⁵ Castelo, R. Ponencia presentada al Congreso de Barcelona de 1929 de la Asociación española para el Progreso de las Ciencias en la Sección de Emigración. *La Medicina Canaria*. Año VI 30 de Noviembre de 1929. Pág. 2-7.

¹⁹⁶ Malo de Poveda, B. (1926). *Actualidad permanente contra la tuberculosis (dispensarios, sanatorios y colonias infantiles)*. Real Patronato antituberculoso de España. Madrid; Imprenta de E. Giménez.

muchas veces con hijos a cargo y esperando ingresos que en muchas ocasiones no llegaban. Plácido Peña Novo lo recoge:

“Hay en Galicia una gran emigración masculina y ello obliga a la mujer a prestar su ayuda en las labores del campo en las épocas en las que este trabajo se intensifica por las necesidades de las siembra y la recolección. Tal proceder da lugar a dos importantes problemas sanitarios: uno, biológico, al ejecutar la mujer, en estado de preñez o de lactancia, trabajos que, indudablemente, han de tener nociva repercusión en la constitución y ulterior desarrollo del vástago, y otro, eminentemente higiénico y profiláctico, por tener que abandonar durante varias horas su casa y dejar en ella sus hijos, al cuidado de la persona que, por su enfermedad aguda o crónica, se halla imposibilitada para la ejecución de otras labores. ¡Cuántas veces hemos presenciado este espectáculo de la íntima convivencia de los enfermos con esos cuerpecitos vírgenes de toda enfermedad, sin reserva alguna de defensas y siempre en las mejores condiciones de oportunidad para recibirlos y permitir un desarrollo verdaderamente lujurioso de las mismas!”¹⁹⁷

Este retorno migratorio del que hablamos era en muchas ocasiones fomentado por los propios médicos en Ultramar, que aconsejaban el regreso a España, como da testimonio Gil Casares: *los médicos americanos les aconsejan la repatriación: el cambio de clima, les dicen piadosamente, ha de hacer el milagro de curarlos en algunos meses.*¹⁹⁸

Lejos de interpretar la emigración gallega como un fenómeno a frenar, Gil Casares ve en ello un fenómeno positivo, de búsqueda de riqueza y progreso para el pueblo gallego, a diferencia de otros autores, como el Dr. Regueral, que lo que defendía era limitar la emigración.

¹⁹⁷ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. A Coruña; Imprenta Moret.

¹⁹⁸ Gil Casares, M. (1912) *La herencia y el contagio de la tuberculosis y de la lepra en Galicia*. Ponencia presentada al II Congreso Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago: El Eco de Santiago.

“No es si no muestra de la pujanza de la raza, de su capacidad prolífica, de su espíritu emprendedor, de su ansia de mejora, y constituye el mayor venero de riqueza del país encauzando hacia nosotros el oro americano.”¹⁹⁹

Años más tarde, en 1928 acude como Delegado al Congreso Internacional de La Habana:

“La isla de Cuba está pasando una crisis muy grave. No tiene dinero. Los jornales se pagan muy mal y nuestros braceros no pueden resistir la competencia con los negros de Haití y de Jamaica que se contentan con cualquier cosa. Es, pues, en alto grado inconveniente por ahora que vengan a Cuba los trabajadores del campo. Quizás más adelante cambien las circunstancias si los propietarios se prestan a suscribir contratos de trabajo y si este poder público –muy deseoso de mantener la emigración española- se decide a regalar tierras en a nuestros conterráneos para que amplíen y diversifiquen los cultivos de la isla.”²⁰⁰

Una de las soluciones que defendió D. Miguel para evitar los efectos devastadores que esta enfermedad producía en los emigrantes era la creación de escuelas de emigrantes, en donde fueran adoctrinados en cuestiones de higiene antituberculosa para intentar frenar el contagio que consideraba se producía en ultramar y conociesen un oficio que los convirtiese en obreros especializados, de tal forma que aumentasen las posibilidades de obtener un puesto de trabajo que les permitiese ganar un salario. En 1928, las profesiones a los que se dedicaban los emigrantes eran: jornaleros 46,12%, profesiones liberales 0,55%, industriales 1,47%; mujeres y niños sin profesión 29,70%, comerciantes 11,13%, ocupaciones diversas 6,84%.

¹⁹⁹ Gil Casares, M. (1912) Op. Cit.

²⁰⁰ Gil Casares, M. (1928). *Crónicas de un viaje a La Habana*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. 71 Págs.

Así fue recogido en la prensa con motivo del Congreso Regional de La Toja-Mondariz de 1925 y al que dedicamos un capítulo más adelante:

“Proclamo la necesidad de crear escuelas preparatorias para emigrantes, a fin de colocar a éstos en condiciones de poner en práctica los mandatos higiénicos en previsión del contagio.”²⁰¹

Peña Novo defendía combatir *el analfabetismo y la incultura* antes de que el gallego emigrase y defendía la formación del joven de forma que *nuestros emigrantes abandonen su patria tan limpios de todo conocimiento y competencia profesional de todo orden, que tantos obstáculos habrá de crearle en su lucha por la existencia.*²⁰² Y se refería también a Souto Beavis *la protección del Estado se ejerza permanentemente, aún en el extranjero, confiando su tutela sanitaria a miembros del Cuerpo de Sanidad nacional agregados a nuestros Consulados en los lugares a donde la corriente de migración se dirija.*

“Es en Galicia una verdadera necesidad la creación en el campo de sanatorios para los tuberculosos repatriados, que son legión, de las repúblicas americanas, en las cuales con su trabajo, con su iniciativa y con su acendrado patriotismo, sostienen tan alto el espíritu español, podrían realizar esta obra humanitaria en beneficio de sus desgraciados compañeros de expatriación y de la pequeña patria gallega.”²⁰³

Gutiérrez Moyano tampoco se mostraba en 1930 defensor del freno de la migración:

“No nos proponemos en estas notas pedir la supresión de la emigración; estaríamos naturalmente mejor que en las posibilidades nacionales se encontrase

²⁰¹ ABC. 4 de Octubre de 1925.

²⁰² Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

²⁰³ Gil Casares, M. (1913). *La tuberculosis en Galicia*. *Suevia*. Pág. 13.

el medio de dar ocupación remuneradora a los brazos que van a fertilizar otros países; por otra parte, las Américas para los españoles, son por su idioma, por su tradición, por los lazos de consanguinidad que tiene con muchos de sus habitantes, otra segunda patria, y hoy sería imposible pretender este absurdo, que por otra parte no conduciría a nada práctico, porque el mal ya no puede combatirse con aislamientos internacionales.”²⁰⁴

La misma conclusión a la que había llegado Gil Casares en 1912 es a la que llegan en 1933 Souto Beavis, Hervada García, Alonso Hortas y Freijanes Malingres, defendiendo la buena preparación tanto en medias de higiene como laborales en las personas que vayan a emigrar, así como a un examen médico previo, vigilancia durante la travesía y asegurar atención médica en el país extranjero donde residiese.

“Preparando al emigrante física, moral y técnicamente para su propia defensa y utilidad de su patria; encaminándolo a donde las necesidades reclamen su esfuerzo y pueda cubrir sus propias necesidades.”²⁰⁵

Durante los años veinte según el artículo 236 en vigor para el Reglamento de Sanidad exterior, el capitán del barco, médico, conrmaestre o patrón estaban obligados a declarar la existencia de casos sospechosos de cólera, morbo asiático, fiebre amarilla y peste amarilla bajo pena de castigo, pero no se hace referencia en el artículo a la tuberculosis.²⁰⁶ Posteriormente, ya fallecido Don Miguel, esta situación llegó a reglamentarse de tal forma que en Orden de 1 de Octubre de 1934 se obligaba el reconocimiento obligatorio de todos los emigrantes que desembarcaban en puerto español y en caso de ser positivos se les dejaría seguir su camino, pero con un

²⁰⁴ Gutiérrez Moyano, A. (1933). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 2.

²⁰⁵ Souto Beavis, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

²⁰⁶ Pereira Poza, A. (1999). *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia. (1900-1950)*. A Coruña: Edicións do Castro

volante en donde se indicase el diagnóstico y el centro antituberculoso más próximo a su destino junto con consejos higiénicos. Simultáneamente las autoridades sanitarias del puerto deberían avisar a los Inspectores de Sanidad provincial del lugar a donde se dirigía el enfermo, los que a su vez deberían comunicarlo a los Inspectores de Sanidad local correspondientes.²⁰⁷

Cabe destacar, como se comentará más adelante con detenimiento la importancia de los recursos económicos recibidos desde el extranjero, siendo una de las principales fuentes de financiación en la creación de sanatorios antituberculosos en Galicia, así como de la existencia de centros gallegos para el tratamiento de la enfermedad de los emigrantes gallegos en países de Centroamérica. Codina Castellví en 1925 en una visita a Galicia, da en un discurso en el Círculo de Artesanos de La Coruña en la que analiza la situación:

“En la Habana, prescindiendo del plan de la isla, diferente del de los demás países y bien orientado a juicio del Señor Codina, hay un espíritu grandemente españolísimo, no sólo en las sociedades regionales si no en los propios isleños, como pudo observar cuando saludó a la prensa, al presidente y al pueblo cubano en nombre del Rey, quien se lo encargara de expresivamente.

Hace calurosos elogios del Centro Gallego, cuyo palacio es orgullo, no solo de la sociedad compatriota sino de Galicia entera.

Concretándose a la obra social de nuestro Centro, nos habló además de su edificio, de su admirable quinta “La Benéfica”, y dijo que una de las grandes preocupaciones de nuestros coterráneos es la emigración y la inmigración, pues en la quinta hay un moderno y completo tratamiento para todas las enfermedades incluso un pabellón para los tuberculosos pues estos no pueden hacer vida al aire libre.

Nos relata sus impresiones de viaje al ver a su ida una juventud vigorosa y sana, contenta y alegre sin tener en cuenta las incomodidades de un

²⁰⁷ Orden de 1 de Octubre de 1934. Recogido por Molero Mesa en *Historia social de la tuberculosis en España. (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 1989.

viaje de tercera y el triste y amargo sentimiento de su vuelta en la que pudo apreciar que el 90 por 100 de los que ingresan en las enfermerías de los barcos, los son por tuberculosos, muchos de los que no llegan por quedarse en el camino.

Esto es lo que redundaba, no tan sólo en perjuicio del Centro, sino de Galicia, pues esa juventud enferma es la mayor propagadora del terrible mal al volver a su país, toda vez que no encuentra en él lugar apropiado para evitar el contagio.

Para acabar con ese formidable riesgo, que tiene remedio y es de responsabilidad ocultarlo, el recurso principal es el Sanatorio como medio adecuado para conseguir una curación probable, cegando así las fuentes de contagio.

El ideal de empeñar esa lucha es igual en La Coruña que entre los elementos que integran el Centro Gallego. De ahí que el “Dispensario Coruñés” piense en la necesidad de internar los tuberculosos y de ahí también sus laudables propósitos de la construcción de un Sanatorio en plena montaña, en Cesuras, donde los terrenos elegidos son inmejorables condiciones por orientación, sol, etc., etc.

El señor Codina, conocedor de todo esto y lleno de entusiasmo por contribuir a pensamiento tan laudable, se puso en comunicación con la directiva del Centro Gallego de la Habana, deseoso éste de contribuir a esta lucha, compenetrado del daño irreparable que ocasiona a Galicia el estado en que llegan a ella los que ansiosos regresan a sus patrios lares con la esperanza de curación.

Dice que como embajador de la sociedad regional complace en comunicar que los gallegos de la Habana están dispuestos a contribuir al sostenimiento de 20 camas en dicho sanatorio, lo que tiene el honor de poner en conocimiento del señor presidente del Dispensario.

Concluye su brillante disertación dicha elocuente y sabiamente, con frases entusiastas que llegan al corazón, dirigiéndose a las señoras que son las que tienen su voluntad la total resolución del proyecto. No cree que los hombres sean los más a propósito para conseguirlo y que solo en las mujeres espera y confía, pues sabe que ellas y no los varones son los que gobiernan. Así espera, como les ruega, que no descansen en su obra para que La Coruña, cuya riqueza conoce, contribuya a su vez con el sostenimiento del doble número de camas que el Centro Gallego. La mujer –dice- debe ser el alma de esta santa y noble cruzada.”²⁰⁸

²⁰⁸ Patronato para el sanatorio. Anónimo. (1925). *El sanatorio antituberculoso de Cesuras*. La Coruña: Tipografía el Noroeste.

En el mismo texto se recoge la idea de que los sanatorios antituberculosos, financiados con medios en gran medida aportados desde la emigración facilitase el acogimiento al tuberculoso que llegaba enfermo. De tal forma, al explicar cómo estaba planificada la construcción de caminos desde el puerto de La Coruña al Sanatorio Antituberculoso de Cesuras de los enfermos llegados desde la Habana:

“El Estado, estudia la construcción de otro (camino) que, partiendo de Puentechaneas, pasará por Seijeda, Carres, Dordaña, a la estación de Cesuras, siguiendo entre la vía férrea. Al lado S.O. del Sanatorio, hasta empalmar en la carretera de Betanzos a la Golada, a inmediaciones de la estación de Oza dos Ríos. La construcción de este camino facilitará la recogida en el muelle de La Coruña de los enfermos provenientes de Cuba, para en una hora trasladarlos al Sanatorio, en automóvil, atendidos convenientemente desde el momento que pisen su amada tierra.”²⁰⁹

En cuanto a la mejoría que se producía en los retornados en ingreso en sanatorios en su tierra de origen se pronunciaba Verdes Montenegro en 1922, en apoyo a la construcción de un Sanatorio de montaña en Cesuras (A Coruña). Como veremos más adelante uno de los factores que se juzgaron a la hora de buscar su localización además de la altura considerada para tales menesteres en la época fue la facilidad con la que pudieran transportarse desde el puerto de A Coruña los retornados enfermos, a los que habría de reservárseles un pabellón que se mantendría con medios recibidos desde La Habana. Finalmente nunca llegó a construirse por completo el proyecto inicial de dicho sanatorio y, aunque llegaron a tener lugar colonias de verano no llegó a funcionar como sanatorio antituberculoso de montaña propiamente dicho.

²⁰⁹ Op.Cit.

“Es indudable además que el cambio de clima ejerce en los depauperados, en los enfermos, una diferencia mucho mayor de lo que generalmente se le supone. Las circunstancias de un lado, de otro la simpatía con que me distinguen ilustres compañeros de Cuba, me han hecho ver gran número de enfermos procedentes de este hermoso país y me ha producido asombro muchas veces el rápido cambio que experimentan apenas se sitúan en España el plan que se les dispone. Enfermos graves, de los que parecía que nadie podía esperar nada mejoraron rápidamente y en términos inesperables. La frecuencia del hecho me ha acostumbrado ya a él pero en los primeros enfermos que hube de tratar me produjo una enorme sorpresa la rapidez y seguridad con la que parecían avanzar hacia la curación.”²¹⁰

En 1930 Plácido Peña Novo, reincidía sobre el tema, acudiendo a los recursos desde la migración a Latinoamérica comparando el caso con el de la Comunidad Asturiana:

“En Asturias, nuestra pequeña y muy bella región hermana, y en el monte Naranco, próximo a Oviedo, se está construyendo, con dinero asturiano, una colonia sanitaria compuesta de diez o doce grandes edificios y un inmenso parque, que nada tendrá que envidiar en este aspecto a las mejores del mundo. Los asturianos residentes en Cuba, dando así una prueba más de un fina espiritualidad y de un gran sentimiento regional, han acordado construir una pequeña patria filial de la hermosa Quinta Covadonga que en La Habana tienen y en la cual hallarán los asturianos el mejor tratamiento para sus dolencias corporales y el mejor sedante para los quebraderos de su espíritu.

Los gallegos que en Cuba residen, varias veces han pensado en realizar la misma obra. Desconocemos las dificultades que este proyecto ha encontrado en la dignísima Junta que rige los destinos del Centro Gallego, pero el solo hecho de que ella haya pensado en la necesidad y en la posibilidad de realizarlo, es suficiente para que en nosotros no se debilite la fe que siempre hemos puesto en nuestros hermanos emigrados, los cuales sintiendo a Galicia más intensamente que nosotros mismos, tanto han sabido honrarla en todo momento y siempre atenderla en sus necesidades y consolarla en sus tribulaciones.”²¹¹

²¹⁰ Verdes Montenegro, J. Valor sentimental y científico de un establecimiento destinado a la curación de enfermos procedentes de América. *El Ideal Gallego*. 24 de julio de 1925.

²¹¹ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. A Coruña; Imprenta Moret.

Por su parte, el Dr. Ricardo Castelo, director de Sanidad Exterior de Tenerife:

“Las disposiciones vigentes en Sanidad Marítima -hasta hace unos años, prohibían a los médicos de la Marina Civil el embarque de enfermos infecciosos.

Con relación a nuestros emigrantes -y a su retorno- esta disposición reglamentaria creaba conflictos morales y económicos. Morales, por cuanto impedía volver a su hogar de la patria, al seno de su familia, a morir entre los suyos, al pobre emigrante enfermo y casi siempre pobre. Económicos, porque no contando ese emigrante generalmente con otro patrimonio que su trabajo, caudal que la enfermedad acababa, él se veía en país extraño, enfermo, pobre y sin capacidad para el trabajo: y por añadidura, sin poder volver los ojos a su patria y hogar. Nuestros Cónsules saben sin duda bastante de éstos cuadros desconsoladores.

Todo ello trajo como consecuencia la disposición modificadora del Reglamento en el sentido de que en barcos con médico y enfermería aislada pudieran ser admitidos los enfermos tuberculosos.

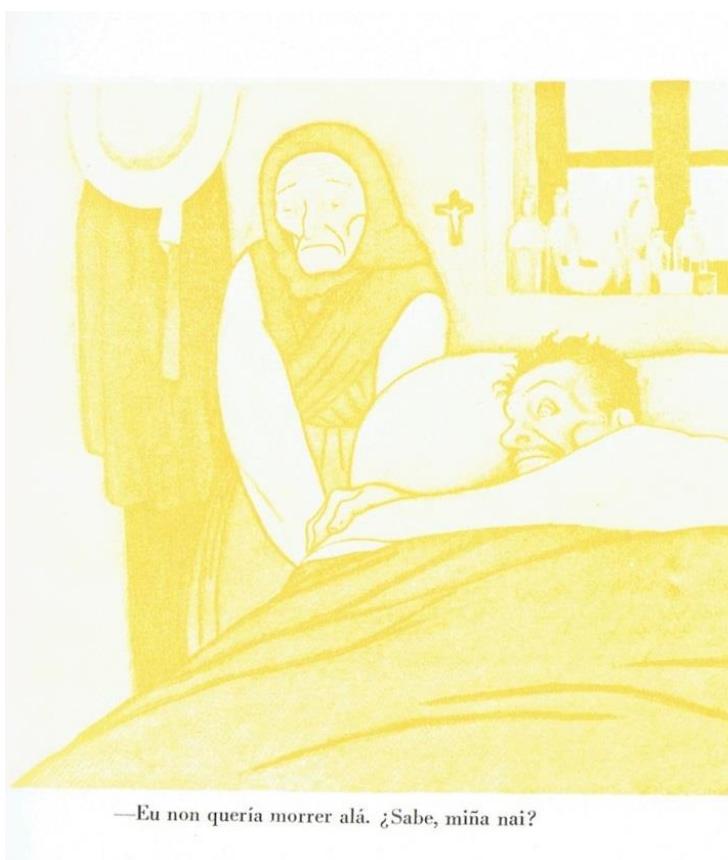
Y a la llegada, la precisión, por el servicio sanitario, de dar cuenta de su llegada al Alcalde del sitio donde se dirijan no distingue, por lo pronto, nuestros Reglamento, de nacionales ni extranjeros.

(...);¿Puede alguien creer que el dar cuenta a un Alcalde de la llegada de un tuberculoso puede resolver algo, mientras haya provincias enteras donde no existe una sola institución antituberculosa y en las que hay están en realidad desconectadas de todos los demás organismos sanitarios?”²¹²

En cuanto a las soluciones propuestas por el Dr. Castelo, aun con la diferencia de que la llegada de la tuberculosis foránea no la consideraba como parte del retorno migratorio sino porque *el bello clima del archipiélago Canario, atrae, por varios modos múltiples tuberculosos extranjeros que conviven en plena libertad* aportaba las siguientes soluciones: la creación de estaciones sanitarias sobre todo en los puertos marítimos donde sería revisado el pasaje, y ante la detección de casos sospechosos de tuberculosis serían derivados a la red de instituciones

²¹² Castelo, R. Ponencia presentada al Congreso de Barcelona de 1929 de la Asociación española para el Progreso de las Ciencias en la Sección de Emigración. *La Medicina Canaria*. Año VI 30 de Noviembre de 1929. Pág. 2-7.

antituberculosas, la realización de historias clínicas en los barcos de pasaje con imposición de “severas penas” en caso de ocultación de datos y la vigilancia de los emigrantes españoles en sus lugares de destino, fundamentalmente en Latinoamérica a través del consulado bien dando tratamiento oportuno de ser posible *in situ* o derivando a los enfermos a sus lugares de retorno “a tiempo” para la curación.



Recogida de *Nos* de Castelao²¹³

²¹³ **Alfonso Daniel Manuel Rodríguez Castelao** (Rianxo, 1886- Buenos Aires 1950). Fue médico, escritor, político y dibujante. Su padre, marinero de profesión, emigró a Argentina cuando tenía tres años. En 1895 le sigue su madre llevándose consigo al pequeño Daniel hasta el 1900, año en el que regresan a Galicia para que éste estudiase Medicina en Santiago de Compostela. Se instala en Valencia a finales del 36 y posteriormente en Barcelona. En 1938 se exilia a Nueva York y posteriormente a Buenos Aires donde fallecerá. Su obra está en función de la realidad sociocultural gallega, tendiendo casi siempre una función de denuncia, utilizando para ello el humor sarcástico. Los dibujos recogidos forman parte del álbum *Nós*, que datan de 1916 a 1918, donde se recoge el drama del retornado enfermo.

Como comentábamos antes, aparecen voces como la del Dr. Regueral que ofrecían como solución el desaconsejar la emigración a países de Latinoamérica. A una conferencia a este respecto, que tuvo lugar en el Centro de Galicia en Madrid en mayo de 1925²¹⁴ respondieron desde el exilio en *El Eco de Galicia*:

“Lo que llama, y mucho, nuestra atención es que la primera medida a tomar en Galicia es la de suprimir o restringir enérgicamente la emigración. Es de suponer, que para ello, se funda en que muchos emigrantes regresan a nuestra tierra tuberculosos; pero el remedio que propone, sobre que constituye un atentado contra la libertad, no puede ni podrá en el caso en que se adoptase, llevarse al terreno de la práctica, ya que el emigrante podría embarcarse en Lisboa o en otro puerto del extranjero. Buenísimo en el fondo el deseo del conferenciante, vemos, empero, en su desarrollo, algo de exageración.”²¹⁵

En 1933, J. Ramón de Castro, médico del dispensario de Vigo, en su obra *Sinfonía ácido-resistente*, que dedica a Gil Casares, del que había sido alumno y se presenta como discípulo, reanaliza la situación. Sigue reconociendo a la tuberculosis como el principal factor de gravedad causante de la aparición de tuberculosis sobre todo en el medio rural, analizando que aunque los flujos migratorios habían mudado, la situación que causaba a nivel familiar y la elevadísima tasa de tuberculosos entre los retornados eran muy similares.

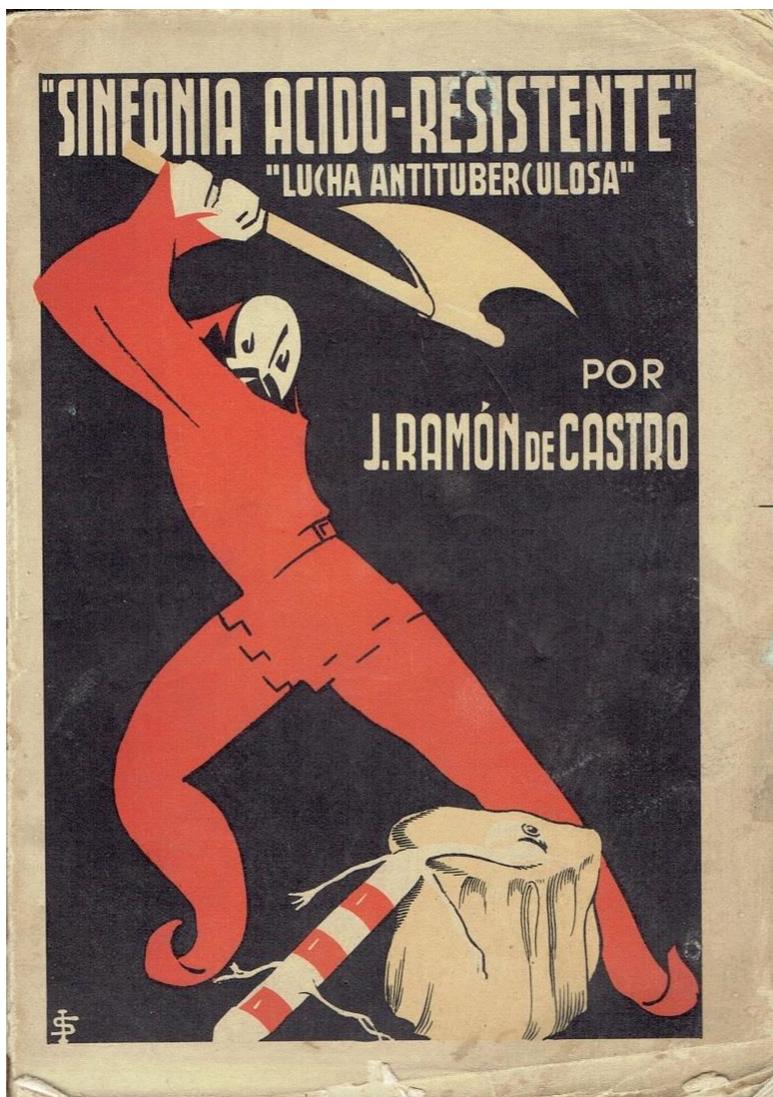
“El éxodo a Sud América disminuyó proporcionalmente a las llamadas del áureo *dollar* del país *yankee*.”

Cerraron luego los norteamericanos las puertas de su casa a los contingentes de pasajeros buscadores de vida y la cadena emigratoria oteó tierras de la América Central. Salvó la sangría de las pequeñas y grandes islas de Las Antillas (Cuba, Puerto Rico, Santo Domingo. etc.) pues lo interesante ahora, es la atracción por las repúblicas que llevan en su vientre inexplorado más riquezas

²¹⁴ *El Compostelano*. 25 de mayo de 1925. Pág. 1.

²¹⁵ *El Eco de Galicia. Órgano de los gallegos residentes en las Repúblicas Sudamericanas*. Buenos aires. 30 de junio de 1925. Pág. 2.

que toda la tierra junta. Aparecen al frente: Colombia, Venezuela, Bolivia, México.”²¹⁶



De Castro, J. Ramón. Portada de *Sinfonía ácido-resistente* que dedica a su maestro Gil Casares. Propiedad de la autora.

Cabe destacar pues que es innegable el alto número de casos de tuberculosis en Galicia en relación con la emigración a Latinoamérica, fue Gil Casares uno de los primeros tisiólogos en dar la voz de alarma sobre tal hecho, siendo seguido en sus consideraciones por los tisiólogos más reconocidos de nuestra región. Así se lo

²¹⁶ Castro de, J. R. (1933). *Sinfonía ácido-resistente. Lucha antituberculosa*. Vigo; Imprenta La Competidora.

reconocen Souto Beavís, García Hervada, Freijanes Malingre y Alonso Hortas en 1933, dos años después de su defunción:

“Nuestro malogrado y maestro y tisiólogo eminente, el Dr. Gil Casares, en una ponencia célebre por su audacia, y a la que parecen dar actualidad los trabajos de Fontes, Valtis y Vaudremer sobre el agente tuberculoso, escribía: *un motivo preponderante... de la difusión de la tuberculosis es la inmigración de conterráneos enfermos que se expatriaron de las Américas.*”²¹⁷

3.3.1. CRÓNICAS DE UN VIAJE A LA HABANA

En 1928 tiene lugar en La Habana la II Conferencia Internacional de la Emigración, a la que Gil Casares acude como Delegado de España, junto con Julio López Oliván y Domingo de las Bárcenas. Allí se encontraría con su primo José Casares Gil con quien compartiría gran parte del viaje. Sale del puerto de A Coruña a finales de Marzo de ese mismo año a bordo del trasatlántico *Cuba*, en una travesía que duró once días. Regresaría a Galicia a principios de Mayo de ese mismo año a bordo del *Dresden*.

²¹⁷ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. Ponencia presentada a las III Jornadas Médicas Gallegas celebradas en Lugo. *Galicia Clínica* 15 de septiembre de 1933.



Imagen proveniente de *Crónicas de un viaje a La Habana*. 1928. Biblioteca personal de la autora.

No es de extrañar que fuese elegido, dado su estatus de tisiólogo gallego, la comunidad que mayor volumen de emigrantes enviaba a ese país y la estrecha relación que observaba entre este fenómeno y el desarrollo de la tuberculosis.

La prensa general recoge los objetivos de Gil Casares con su viaje:

“Pedir que se condicione la emigración; es decir, que se establezcan limitaciones para emigrar, claro está, con tacto, prudencia y discreción.

Hoy emigra todo el que quiere, y esto no puede, no debe ser; es una pena, un verdadero dolor el ver con qué indiferencia se consiente abandonar la patria, que mala o buena es el país natal a ciertos seres enfermos, incultos, sin inteligencia ni hábitos de trabajo alguno; sin medios económicos ni de ningún género que les ayuden allá; seres que a sabiendas de que van a perecer y morir allá se les deja partir, se les abandona, se les echa, en una palabra.

El segundo punto que quiero tocar, es consecuencia natural y lógica de este otro primero: pienso pedir que en todos los países pero especialmente en la América se cree y se establezca una Delegación oficial de Emigración, con este u otro nombre que quiera dársele, pero a cuyo frente haya un delegado oficial del Gobierno respectivo encargado de velar y atender solo y exclusivamente al emigrante nacional de cualquier clase y condición que sea, aunque, claro está, que con más solicitud y atención, si cabe, a los pobres y desvalidos que están lejos de su país.”²¹⁸

De la Habana, antes de su regreso a España, a finales de abril, haría escala en New York. Las dos partes del viaje las engloba en una obra titulada *Crónicas de un viaje a La Habana*, había sido publicada, por partes inicialmente, en el *Faro de Vigo* para ser luego recopiladas y editadas como un libro en Junio de 1928.²¹⁹

No considera pues el fenómeno migratorio como un hecho a frenar como otros autores como el Dr. Regueral, sino que consideraba el mismo un hecho de *pujanza de la raza*, defendiendo eso sí, las escuelas preparatorias de emigrantes, donde serían adiestrados antes de su partida tanto en medidas de higiene como en el desarrollo de una actividad laboral, que disminuyesen las posibilidades de pasar penurias en ultramar.

“Gracias a esos emigrantes, que así se sacrifican en provecho de sus propias familias, se sostiene el nivel de nuestra economía regional que nuestras fuentes de riqueza hasta ahora en explotación –la ganadería, la pesca, las maderas- no serían bastante para sostener. A ellos debemos los gallegos la mayor gratitud. También España se la debe, pues es muy posible que si por los emigrantes no fuese –por los gallegos, asturianos, santanderinos y vascos-

²¹⁸ El señor Gil Casares y el Congreso de Emigración. *El Progreso. Diario Republicano Autonomista*. Tenerife. 18 de marzo de 1928.

²¹⁹ Gil Casares, M. (1928). *Crónicas de un viaje a La Habana*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. 71 Págs.

se hubieran desanudado para siempre todos los lazos espirituales que aun nos unen a través del Atlántico con tierras de América.”²²⁰

A su llegada a La Habana es recibido por Jesús María Bouza, presidente del Centro Gallego de la capital cubana, sociedad que tenía en el momento más de sesenta mil asociados.



Gil Casares en La Habana. Foto procedente del Archivo familia de Gil Casares.

²²⁰ Gil Casares, M. Op. Cit.

El Centro Gallego de La Habana.

El Centro Gallego de La Habana era una entidad con gran arraigo en la capital cubana. Sus orígenes datan de 1879 cuando los gallegos emigrantes decidieron asociarse con el fin inicial de dar *instrucción y honesto recreo*. Poco más tarde, en 1885, ante la inexistencia de una red sanitaria organizada en la isla, decidieron incluir la asistencia médica, para lo que firmaron un acuerdo inicial con la Casa de Salud privada la “Quinta del Rey”. Esta iniciativa favoreció la incorporación de socios que pasaría de 760 a finales de 1884 a 4531 en enero de 1886. Tras diferentes acuerdos con entidades privadas, en 1893, la Junta directiva presidida por Bonifacio Piñón, firma la compra de La Benéfica, una clínica preexistente y en los años subsiguientes adquiriría los terrenos próximos donde fueron construidos varios pabellones.²²¹

Según nos relata Baldarraín Chaple, no es hasta 1899, año en el que tiene lugar la primera intervención americana, que se inicia la organización de los servicios sanitarios públicos en Cuba, con la creación de la Liga Antituberculosa en 1902.

“El problema de la tisis, como se le llamaba entonces, no había llegado a las esferas del gobierno y se mantenía limitado a la terapéutica y a los consejos dados por los médicos a sus pacientes, recomendaciones de traslados a sanatorios extranjeros o repatriación de algunos casos por las sociedades de beneficencia regionales, españolas casi en su totalidad, o el ingreso y tratamiento en las salas comunes de hospitales.”²²²

²²¹ Cabrera Déniz, G. M. (1992). *La Quinta de la Salud Nuestra Señora de la Candelaria. Un gran proyecto canario en Cuba*. Coloquios de Historia canarios. Cabildo de Gran Canaria. Casa de Colón. Págs. 881-691.

²²² Baldarraín Chaple, E. (1998). Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. Núm. 24. Págs. 97-105.

Según relata Gil Casares, visita en tres ocasiones el hospital de San Lázaro localizado en la periferia de la ciudad de La Habana, en el pueblo del Rincón en donde se albergan 242 leprosos. Dentro del mismo recinto en casitas de madera convivían los matrimonios formados entre leprosos. Allí según comprobó, al igual que en Galicia, ninguno de las religiosas al cargo de la leprosería ni médicos que atendían a los enfermos se habían contagiado de lepra pese a la convivencia durante años. Afirmaría tras su viaje, de forma rotunda que *en Cuba la lepra no se contagia*.

En lo que se refiere a la ayuda que antes citábamos solicitando colaboración de los médicos en Cuba para la facilitación del retornado, y la creación de centros en España para retornados enfermos quizás la respuesta no fuese la esperada ya que estaban ocupados en otros menesteres. La situación entre los médicos del Centro Gallego cuyos hospitales, formados por pabellones dotados con modernos laboratorios y gabinetes de radiológicos que atendían una población que rondaba las 200.000 personas entre los que se encontraban españoles de primera y segunda generación y muchos nativos cubanos que así lo solicitaban y pudiesen costearse los gastos, estaban fuertemente enfrentados con los médicos cubanos que atendían otro tipo de instituciones. Tanto es así, que durante el viaje, los compañeros de profesión de instituciones fuera de los centros regionales que inicialmente recibieron a Gil Casares calurosamente, cambiaron de actitud al saber que mantenía relaciones con el Centro Gallego.

“También está agravada la situación del médico cubano –dicen- por la existencia de gran número de sociedades de carácter benéfico y de compañías mercantiles que con falsas apariencias de mutualidad y beneficencia, se dedican a la especulación sobre la salud. Se lamentan, en particular, del excesivo trabajo a que los médicos están obligados en las Asociaciones dado el gran número de enfermos hospitalizados o de consulta, de la restricción de

personal y de la exigüidad de los sueldos que oscila entre cincuenta y doscientos pesos mensuales. Protestan, por otra parte, de que en tales asociaciones reciban asistencia gratuita personas pudientes (asociadas, claro es); de las construcción destinada a enfermos pensionistas; de que esas asociaciones no admitan enfermos nativos de Cuba en sus juntas directivas, sino en sus listas de socios, *hecho depresivo para los nativos cubanos*, con lo cual parece que se tiende a crear un privilegio para los socios extranjeros. Hasta se alude a la inversión de los caudales de esas instituciones extranjeras en palacios ostentosos y en otros fines realizados lejos de Cuba.”²²³

El mismo año que Gil Casares realiza su viaje es invitado por la Institución Hispano-Cubana de Cultura por mediación de la JAE, ya desde su cátedra de Patología de la Universidad Central, el gallego Dr. Nóvoa Santos.²²⁴ Pronunció cuatro conferencias en la Universidad habanera y otra en el Centro Gallego. Sin embargo, los médicos cubanos no le permitieron pronunciar otras previstas en La Academia de Ciencias de La Habana; Santiago de Cuba o Manzanillo, debido a conflictos de intereses mencionados, entre los médicos del Sanatorio Gallego La Benéfica y los médicos de la Federación cubana.²²⁵

La explicación a estos hechos se recoge en un documento firmado por O.M. que según sus declaraciones, debía ser un médico de la federación cubana, publicado en *Vida Nueva*, sin datar, pero probablemente de la segunda mitad de 1928:

“Creemos que ha llegado la hora de exponer con toda claridad para información de los interesados, cuales son las relaciones que existen entre los médicos cubanos y la Asociación de los naturales de Galicia conocida con el nombre de Centro Gallego de La Habana. Y precisa poner los puntos sobre las íes, para que no se saquen las cosas de su sitio, y de paso, aprovechamos

²²³ Gil Casares, Op. Cir.

²²⁴ Nóvoa Santos tomó posesión de su cátedra en Madrid a principios de 1928 (N. de la A.)

²²⁵ Fernández Teijeiro; J. J. (2003) *Roberto Nóvoa Santos. La inmortalidad: dolor y saudade*. Sada; Ediciós do Castro Pág.80-82.

para puntualizar otras cosas más, que la publicidad y el exhibicionismo, traen confundidas y perturbadas.

El hecho cierto es el siguiente: una asociación benéfica particular y extranjera –en este desdichado caso el Centro Gallego de La Habana- se ha puesto fuera de los Estatutos y Reglamentos de la organización oficial de TODOS los médicos de Cuba, tratando de provocar la división de esta distinguida clase profesional y de destruir, primero y ,as serio esfuerzo realizando, para la unificación de las aspiraciones y deseos de mejoramiento de los médicos cubanos. Para lograr estos fines, se han realizado toda clase de esfuerzos tendientes a desmoralizar nuestras agrupaciones, y este hecho insólito, solo ha respondido al deseo de la propia conveniencia.”²²⁶

En el mismo documento O.M. recoge que los médicos que trabajaban para el Centro Gallego habían sido obligados a abandonar la Federación cubana si deseaban seguir manteniendo su puesto.

“Ha pensado alguien, cuál sería la situación de una organización análoga a la del Centro Gallego, formada por cubanos y que en Madrid pretendiese hacer lo que hacen esos señores aquí?

(...) Tal es la cuestión, y si los médicos españoles que nos visiten, desean tener relaciones con los médicos cubanos –el 90% federados- tienen que estar absolutamente convencidos de que no pueden mantener relaciones con los médicos que prestan sus servicios en el Centro Gallego de La Habana.”²²⁷

La discusión vendría entre otras cosas, porque aunque se permitían socios, sobre todo aquellos de clase social más elevada que pudiese costearse las cuotas del Centro Gallego, solo los españoles o descendientes directos podían formar parte de la directiva.

²²⁶ O.M. (1928?). De la ética profesional. *Vida Nueva*. Págs. 53-55.

²²⁷ O.M. Op.Cit.

En el mismo artículo O.M. hace referencia a las visitas realizadas por Gil Casares, Nóvoa Santos y Gregorio Marañón.

“Semejante actitud por parte de los médicos extranjeros, de visita, si no perturbadora por lo menos es descortés. En buena hora, véngase a ocupar las tribunas populares, acójanse a las brillantes y estrepitosas propagandas periodísticas, pero no se pretenda ocupar la cátedra ni la Academia.

Estas consideraciones nos las sugieren las recientes visitas de los médicos gallegos, Dres. Gil Casares y Nóvoa Santos. Ambos pretendieron, equivocadamente, desconocer estos extremos y ambos han visto a su alrededor los mismos conflictos y las mismas decepciones, con la sincera pena de los médicos cubanos.”

“El Dr. Marañón llegó a Cuba precedido de una campaña de esa índole, parte para anunciar cierta institución cultural donde habría de disertar el ilustre médico español, parte por el entusiasmo patriótico de la numerosísima y poderosa colonia española en Cuba. Es el caso, que las gentes no veían en Marañón el médico estudioso, ni al clínico ni al patólogo, Marañón era un taumaturgo, probablemente le bastaría con ver los enfermos para realizar curaciones.”²²⁸

La revista *Vida Gallega* se hace eco de estos desencuentros y hace referencia al trato referido por los ilustres médicos gallegos salpicados por el conflicto a su llegada a La Habana por parte de los médicos de la Federación Cubana:

“La presencia de los Doctores gallegos Sres. Gil Casares y Nóvoa Santos resucitó el conflicto. A este último le dijeron que podía recibir el homenaje del Centro Gallego y –esto que viene fue una concesión posterior– visitar su sanatorio pero no podía, si no quería romper con ellos, sostener ninguna relación profesional con el cuerpo médico al servicio de la sociedad gallega.”²²⁹

²²⁸ La visita del Dr. Marañón se había producido unos meses antes, en diciembre de 1927, siendo su primera visita a Hispanoamérica, para asistir al VIII Congreso Médico Cubano que se celebró en La Habana, en donde presentó una ponencia que versó sobre la obesidad hipofisaria. Vid Gómez-Santos, Marino (2001). Gregorio Marañón. Barcelona; Plaza y Janés.

²²⁹ Vid. *Vida Gallega*. Año XX. Núm. 380-. 26 de junio de 1928. Pág. 23 y 25.

También se recoge en la prensa la respuesta a la afirmación en la obra de de Gil Casares de que en Cuba había dos repúblicas, la que presidía el General Machado (Presidente de la República Cubana) y el Sr. Bouza (Centro Gallego de La Habana):

“Lo ocurrido es solamente consecuencia de que, generalmente, esas delegaciones de carácter internacional para tratar asuntos determinados no son formados por técnicos de la materia a tratar, sino por eminentes personas en otras ramas, que desconocen la psicología del país que han de visitar en relación con el funcionamiento y el ambiente en que se desenvuelven las Sociedades españolas domiciliadas en el país en que son huéspedes esos Delegados durante muy pocos días.

Eso trae consecuencia lo que en Madrid castizo se llama colarse. Ahora bien, hay coladuras, como ésta la de Gil Casares, que son lamentabilísimas, y como tal debemos condenarlas: pero teniendo en cuenta que ni los españoles de acá ni los de allá, ni el Centro Gallego de La Habana, tienen culpa alguna ni se los puede hacer responsables de una indiscreción producto de la ignorancia de un señor cualquiera.

Por eso aconsejamos a todos, cubanos y españoles, la mayor indiferencia hacia el inoportuno y reprochable folleto de Gil Casares, que o debe turbar la armonía en que cubanos y españoles viven ni el prestigio de las Sociedades españolas de La Habana, que tanto respecto, ayuda y admiración tuvieron siempre del pueblo cubano.”²³⁰

3.4. PARALELISMO CON LEPROSIA

Históricamente la relación entre tuberculosis y lepra -enfermedades ambas producidas por micobacterias- ha sido estudiada desde diferentes ángulos.

En 1904 Gil Casares traduce la obra entera y escribe el capítulo Lepra del *Tratado de Patología Interna* de von Mering. De forma paralela a la tuberculosis

²³⁰ Artículo editorial. Las “dos Repúblicas” de Gil Casares. *La Emigración Española*. 5 de octubre de 1928.

sigue una corriente contagionista de la enfermedad en la primera década del siglo XX:

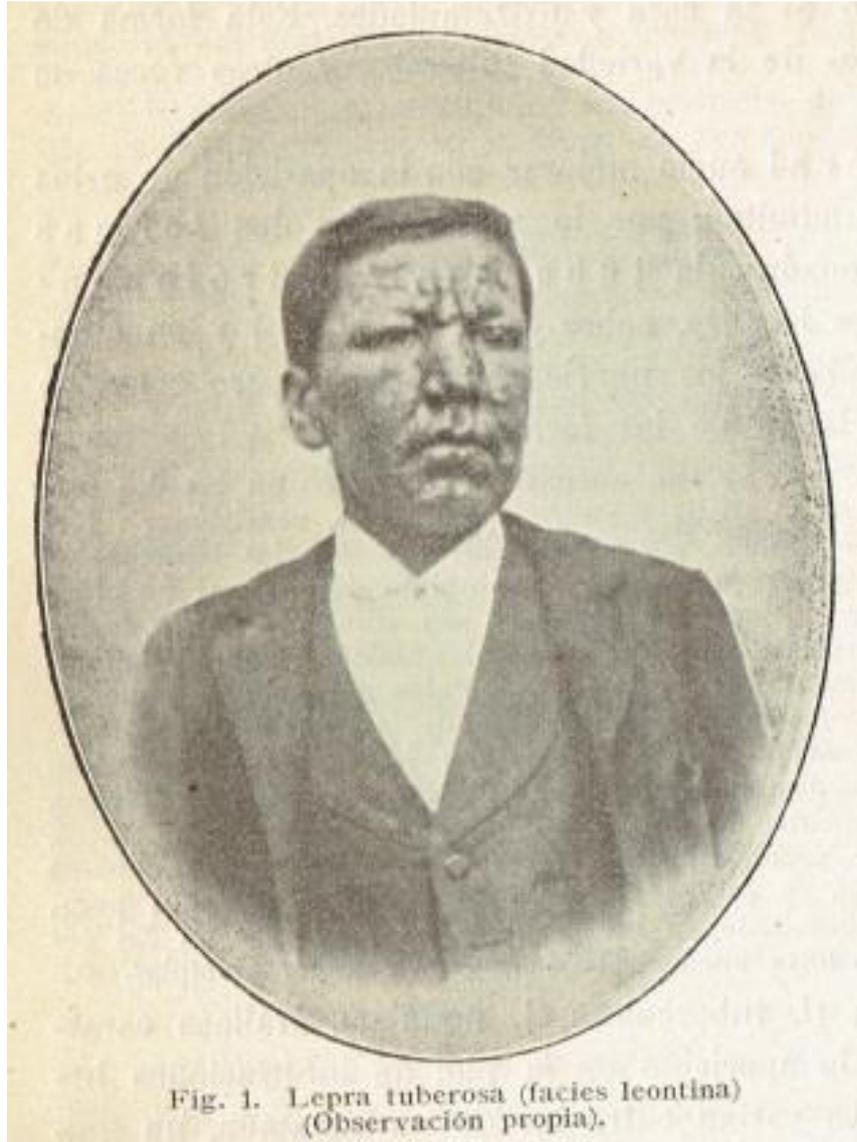
"El problema del contagio de la lepra no está aún completamente resuelto. Los antiguos decidieron por la afirmativa, y ya Moisés dio reglas al pueblo hebreo para evitarlo. Entre los siglos XI y XVII, cuando la lepra alcanzó terrible difusión e hizo estragos, se crearon en todos los países de Europa, y aún de Asia y África, enfermerías (lazaretos), y se dictaron reglas crueles para asegurar el aislamiento de los enfermos, á cuyas medidas rigurosas atribuyen autores modernos la casi desaparición de la lepra en Europa. En Noruega, la reclusión de los leprosos rebajó la cifra de morbosidad de 2833 casos á 954, en los años comprendidos entre 1856 y 1890. Se conocen muchos casos aislados en el que el contagio parece evidente, como uno de mi observación en el hospital de San Lázaro."²³¹

Existen teorías que reconocen un desplazamiento del bacilo de la lepra por el de la tuberculosis a partir del S.XIV, con el consiguiente aumento de la frecuencia de la enfermedad.²³²

No fue sin embargo este aspecto fundamentalmente epidemiológico el que llamó la atención de D. Miguel. Pese a observar un aumento creciente en el número de tuberculosos y una casi desaparición de la lepra en los primeros veinte años del siglo XX no relaciona ambas tendencias epidemiológicas. Para él, lo llamativo era la similitud entre la forma de adquirir el mal, de modo que entendía que lepra y tuberculosis compartían mecanismo de enfermar.

²³¹ Gil Casares, M. (1904-1905) Capítulo Lepra. *Tratado de Patología Interna* de von Mering. Versión directa de la segunda alemana por M. Gil Casares. Santiago; Tipografía Galaica.

²³² Molero Mesa, J. *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. 1989. Recogido de Dubos-,Dubos (1952) y McNeill (1985).



Lepra tuberosa. Imagen del Capítulo *Lepra* del Tratado de v. Mering firmado por Gil Casares. 1904.

Aunque Gil Casares refiere que realiza un estudio epidemiológico sobre los casos de lepra, no hemos encontrado publicado tal estudio más allá de observaciones epidemiológicas. En 1905 refiere:

“En Galicia (España) hay probablemente más de un centenar de leprosos diseminados, casi exclusivamente, en el trozo de costa comprendido entre la villa de Muros y la frontera portuguesa. Es probable que la lepra de Galicia sea todavía un triste recuerdo de las antiguas colonias griegas, cuyos restos aprecian los historiadores. De todas suertes, sorprende que la lepra no se

propague hacia el interior, pero sí en la costa, entre la gente marinera, hecho que atribuyo exclusivamente a la transmisión hereditaria.”²³³

Gil Casares estudia la diseminación de la lepra²³⁴ y la tuberculosis de forma paralela, hecho que justifica del siguiente modo:

“Son curiosas las analogías de la lepra con la tuberculosis y la sífilis. Las dos primeras enfermedades deben su origen a un bacilo; la lesión anatómica elemental consiste en acúmulos celulares (granulomas infecciosos); muchas manifestaciones clínicas son semejantes. Por fin: la lepra se contagiaría como la tuberculosis y se heredaría como la sífilis, unas veces con herencia precoz, que interrumpe la preñez; otras veces con herencia a distancia, como en la sífilis tardía. En la lepra, como en la sífilis, podría el padre transmitir la enfermedad a la descendencia sin infección reconocible en la madre (ley de Colles).”²³⁵

“Y a nadie podrá tampoco causarle extrañeza, que yo enlace el estudio de la lepra con el de la tuberculosis. Antes por el contrario, á poco que se reflexione sobre el asunto, se encontrará muy justificada la asociación, dadas las analogías de uno y otro proceso y la posibilidad de completar su estudio estableciendo recíprocas comparaciones.”²³⁶

En el discurso inaugural del curso 1916-17 el catedrático de Histología de la Universidad de Santiago D. Eduardo del Río y Lara escogió el tema *La lepra en Galicia*. Así es recogido en la *Revista general de enseñanza y bellas artes*:

“Mas para rendir nuestro homenaje al catedrático ilustre, diremos que en su discurso el señor del Río, después de recoger los diferentes nombres con que ha sido conocida tan terrible enfermedad (elefantiasis, satiriasis, lova, malacia, gafedad, lepra, etcétera), manifiesta que el origen de la lepra se remonta a los primeros tiempos de la humanidad; la padeció el pueblo elegido por Dios, con el

²³³ Gil Casares, M. (1904) Capítulo Lepra del *Tratado elemental de Patología Interna* de Mering.

²³⁴ El agente causal de la lepra fue descubierto por el médico noruego Gerhard Henrick Armauer Hansen (29 de julio de 1841 - 12 de febrero de 1912).

²³⁵ Gil Casares, M. (1904) Op. cit.

²³⁶ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

nombre de Tsartach la designaba Moisés (mal terrible); se desarrolló de una manera extraordinaria en los siglos VII y VIII; de Oriente pasó a Occidente por efecto de las comunicaciones que establecieron las Cruzadas, generalizándose en los siglos XI, XII y XIII, y Carlo-Magno, en Francia, ordenó el aislamiento completo y riguroso de los afectados de lepra; y, en fin, de que a estas órdenes tan sabias como higiénicas, se unió la caridad cristiana con la creación de la Orden de San Lázaro en que el jefe era siempre un leproso, llegando a fundar en el siglo XIII 19.000 hospitales o asilos del Santo, melandrerías y varias denominaciones con que se les conocía.

Este azote mundial existe hoy en España: en Galicia, Valencia y Cataluña.

Después de examinar los antecedentes del mal y las diversas opiniones admitidas, defiende el doctor del Río la lepra, diciendo que es una enfermedad hereditaria y además infectivo-contagiosa, puramente humana, de ciclo evolutivo determinado provocada por el bacilo de Hansen y que se debe ser catalogada entre los granulomas infecciosos o neoplasias infecciosas proliferativas; demostrando a continuación con profusión pruebas y argumentos, que tal enfermedad es infecciosa, es hereditaria y es contagiosa sin género alguno de duda.

De singular interés científico resultan los capítulos del discursos dedicados al examen de la herencia y el contagio, caracteres microscópicos, etiología, bacilo leproso, localización, la castración de los leprosos como medio profiláctico social, el eunuquismo –acción de los rayos Roentgen- sin los elementos ancestrales y glándulas encargadas de su producción; pero como arriba decimos, no nos es posible pasar de la simple enunciación de los temas como llamamiento de los hombres de ciencia hacia trabajo de tan indiscutible interés en la ciencia médica.”²³⁷

Como en el caso de la tuberculosis, su teoría fue evolucionando, y si bien en un primer momento se mostraba contagionista, de forma progresiva fue dejando esta hipótesis como secundaria y en sus últimas declaraciones, defendía la herencia como el principal modo de transmisión.

²³⁷ Por las Universidades. *Revista general de Enseñanza y Bellas Artes*. Año VII, Núm. 179. Madrid, 1 de Diciembre de 1916.

Así recogía sus palabras y se sobreentiende la respuesta recibida por parte de los oyentes en palabras de Fraga Lago de una conferencia sobre la situación de la tuberculosis y la lepra en Galicia en 1916 en el Círculo de Artesanos de A Coruña:

“Sigue el disertante afirmando que la tuberculosis, al igual que la lepra, por lo menos en Galicia, no es contagiosa, sino hereditaria. Los médicos gallegos no han visto contagios conyugales, (aquí noto gestos denegativos); y en su propio cuerpo y en el de veinte colegas más, comprobó que la primera afección no se inocula de hombre a hombre. Los casos de tuberculosis son innumerables, dice, y su relación causal se pierde, mientras que los casos de lepra, raros y llamativos, se prestan mejor a tales indagaciones.”²³⁸

“Lo mismo en la génesis de la infección tuberculosa que de la leprosa con los respectivos gérmenes específicos hay un misterio que no sabemos esclarecer. Es el verdadero núcleo capital de la cuestión. ¿Tendrá razón Ferrán al admitir el transformismo de las especies bacterias y al suponer que los bacilos tuberculosos –de los leprosos podría pensarse cosa análoga- derivan de cambios bruscos de algunos de los gérmenes saprofiticos pertenecientes al grupo de las septicemias hemorrágicas? Pero aunque así fuese siempre quedaría por averiguar cuáles son los cambios sutiles de nuestro organismo que hacen posible la transformación de los gérmenes. Tales cambios concurrirían, en un tanto por ciento muy elevado, en los hijos de tuberculosos, que en Galicia forman, según mis investigaciones, el tercio de los enfermos de esta especie.”²³⁹

Conforme evoluciona los años, el contagio va restando importancia, y aunque refiere que no puede negarlo, considera en ambas enfermedades que es un factor etiogénico minoritario. En 1925 afirmaría:

²³⁸ Fraga Lago, E. (1916). Una conferencia sobre tuberculosis. *Medicina Social*. Año Vi. Núm. 62. Pág. 1-6.

²³⁹ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

“Pues bien; yo he afirmado y no me rectifico –pues no conozco un solo caso que me obligue- que la lepra no se transmite jamás en Galicia por contagio directo, y la afirmación resulta facilísima de comprobar, pues los casos de lepra aparecen aislados y llamativos y pueden estudiarse muy bien su origen; no sucede lo mismo en la tuberculosis, en que la multiplicidad de enfermos y la circunstancia de que el mal no es, como en la lepra, privativo de la especie humana, complican nuestras pesquisas y pueden guiarlas por caminos equivocados.”²⁴⁰

Al igual que con la tuberculosis, la teoría de adquisición fue evolucionando. Defendía Gil Casares en 1925 que en Galicia la lepra no se contagia, apoyándose en las declaraciones del Dr. Pimentel, director del Hospital de San Lázaro de Santiago, que según refería tampoco había reconocido ni un solo caso de contagio.

Es curioso sin embargo las diferencias que encuentra respecto a la lepra y la tuberculosis en lo que concierne al retorno migratorio:

“Por fin hay en Galicia un motivo preponderante, sin duda alguna el principal al lado de la herencia, de la difusión de la tuberculosis. Es la inmigración de conterráneos enfermos que se expatriaron a las Américas. Contraen allá la enfermedad y la extienden después, hereditariamente, por nuestros campos, en los cuales hace medio siglo apenas sería conocida. Es muy curioso que también alguno de nuestros emigrados traiga lepra adquirida de Brasil, Colombia, México, etc. a pesar de que en su ascendencia gallega no se registren antecedentes de esta naturaleza.”²⁴¹

En 1929, al año siguiente de su viaje a Cuba como Delegado Nacional al Congreso Internacional de Emigración, donde visita en tres ocasiones la leprosería de

²⁴⁰ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

²⁴¹ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

de El Rincón, a veinte kilómetros de La Habana, donde dio una conferencia sobre lepra solicitada por el Ministerio de Sanidad Cubano. Analiza la situación de la epidemia de lepra en Galicia, a través del conocimiento de su consulta pública y privada y sus visitas al Hospital de San Lázaro en Compostela así como de lo observado durante su viaje a Cuba. En misma obra habla de que realiza una encuesta a médicos gallegos, interrogando acerca de los casos de lepra que conocían. Desconocemos sin embargo, las características de este estudio no hemos hallado su publicación ni referencias a ella en la bibliografía consultada.

“De algún tiempo a esta parte viene hablándose en España del *peligro leproso*, con lo cual parece darse a entender que hay en nuestra Península algo así como una reviviscencia del terrible mal. No sé yo lo que sucederá a este propósito en las zonas leprosas de Levante y Andalucía, como también ignoro si al lepra aumenta o disminuye en la costa portuguesa; pero por lo que atañe a Galicia, niego tal despertar y antes por el contrario, afirmo rotundamente que *la lepra gallega se extingue a ojos vistos y es muy probable que no tarde en desaparecer en completo.*”²⁴²

Destaca el caso de la isla de Ons, habitada en el momento por unas 500 personas, con solo dos casos de lepra, cuando *pocos años* antes de 54 familias solo estaban ocho exentas del mal.

Con respecto a la importante disminución de los casos de lepra, en sentido opuesto al de la tuberculosis en Galicia, Gil Casares no conseguía encontrar causalidad. Consideraba poco probable la utilidad de medidas profilácticas en los focos que a su entender *no se llegaron a practicar* y veía como posible la teoría de

²⁴² Gil Casares, M. (1929). Capítulo Aspectos de la Lucha Antileprosa. *Libro homenaje a Marañón*. Pág. 513-521.

Virchow de que las *las edades del mundo unfluyen sobre las especies patológicas como sobre algunas especies animales y vegetales que desaparecen.*

En esta obra, más que hereditario se manifiesta anticontagionista.

“Entre los siglos VII y XIV, la enorme difusión de la lepra en Europa parece ser prueba de su antigua contagiosidad, que hoy es más bien una concepción de los espíritus que una realidad práctica demostrable. Reiteradas veces he insistido sobre este tema con protesta, incluso airada, de algunas personas de autoridad que sin duda pretenden imponérmelo dogmáticamente. Pudo advertírseme que mis afirmaciones podrían ser obstáculo para que en Galicia se llevase a término una campaña antileprosa eficaz. Más de una vez he expuesto la sinrazón de este peregrino argumento, pues los contagionistas y este anticontagionista (que no es, por supuesto, único ejemplar) tendríamos que convenir, por respeto a la ley y a las propias convicciones, en la necesidad de recluir a los leprosos los contagionistas, ante el temor de que los enfermos propaguen por contagio su enfermedad, y los anticontagionistas, para evitar que los leprosos tengan descendencia.”

Al igual que en el caso de la tuberculosis, no niega la existencia del bacilo de la lepra, *que existe siempre en las formas cutáneo-mucosas y siempre falta en las formas nerviosas* pero defiende, tanto en Galicia como en Cuba, *la lepra no se contagia.*

Estas posturas, a veces discutidas, sin embargo, las recogían sus discípulos.

En 1930:

“Con relación a la lepra, pese a lo que las estadísticas oficiales acusan, tenemos motivos justificados para sospechar que el centenar de casos que registran se eleva a muy cerquita del medio millar, repartidos en más de 120 focos entre las cuatro provincias gallegas, creyendo interesante recordar en este momento por la autoridad de quien las suscribió, aquellas palabras de nuestro inolvidable maestro, el Dr. Gil Casares, en su estudio sobre LA HERENCIA Y EL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y

LA LEPRO EN GALICIA²⁴³ cuando decía que *el 45% de los casos de lepra por él observados recaían en sujetos sin antecedentes pero que habían estado en América.*

Nos parece muy significativa la coincidencia de que sea la provincia de Pontevedra, la de mayor porcentaje de leprosos y la que al mismo tiempo mantiene un mayor movimiento con el Brasil, país donde radica uno de los focos principales del mundo. Uno de nosotros, por haber ejercido durante varios años en una amplia zona del litoral gallego, ha tenido ocasión de comprobar personalmente este dato, si bien no pueda concretar en cifras exactas la proporción siempre crecida de los que afectos de lepra habían permanecido varios años en Brasil. Por los mismos motivos podemos asegurar que los únicos casos que hemos tenido ocasión de comprobar a bordo de los trasatlánticos en sus escalas de regreso de los puertos de Vigo y La Coruña, procedían también de Brasil.”²⁴⁴

En relación al retorno migratorio y lepra, en 1930 Gil Casares añadiría:

“Pero como la repatriación de los emigrados gallegos trae a veces a nuestra tierra casos leprosos en los cuales no se descubren antecedentes hereditarios, supuse acaso la lepra sudamericana tuviese mayor virulencia que la nuestra y pudiera propagarse por contagio directo. Al parecer, no sucede así.”

“En Nueva York tuve el honor de conocer al doctor Manrique, profesor de Patología general en la Universidad de Bogotá. Venía el doctor Manrique de Bergen (Noruega) comisionado por su gobierno para hacer estudios sobre la lepra, problema del mayor interés en Colombia, que es sin duda el principal foco de lepra en América. Pues bien, el doctor Manrique, persona de muy dilatada experiencia, que ha visto más de cinco mil leprosos, niega absolutamente el contagio de la lepra en su país.”²⁴⁵

²⁴³ Se mantienen mayúsculas del original (N. de la A.)

²⁴⁴ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. Galicia Clínica. 15 de septiembre de 1933.

²⁴⁵ Gil Casares, M. (1929). Capítulo Aspectos de la Lucha Antileprosa. *Libro homenaje a Marañón*. Pág. 513-521.

	NÚMERO DE ENFERMOS	AYUNTAMIENTOS INVADIDOS	NÚMERO DE ENFERMOS	AYUNTAMIENTOS INVADIDOS
La Coruña	53	16	144	44
Lugo	6	1	12	4
Orense	3	2	10	7
Pontevedra	79	27	288	40

Resumen comparativo de los enfermos de lepra existentes en Galicia en los años 1914 (estadística oficial) y 1918 (estadística particular) por Guitián Lapidó. Recogido por Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. Galicia Clínica. 15 de septiembre de 1933.

En esta obra, los cuatro autores *nos creemos relevados de discurrir ni aun accidentalmente sobre el eterno problema de la herencia y la contagiosidad* pero dados los datos que aportan, se ve claramente que aceptan una doctrina contagionista de la misma, observando un foco de Brasil de donde retornan enfermos de lepra los gallegos americanos.

“He afirmado asimismo –y así me rectifico- que en Galicia se ve frecuentemente la herencia leprosa de padres a hijos, de abuelos a nietos o biznietos, pudiendo suceder que la lepra surja en líneas colaterales y no en la directa. Estas observaciones me han servido para afirmarme en mis ideas de la herencia tuberculosa (herencia de la predisposición, no herencia del germen, pues este casi todos lo albergamos en nuestro cuerpo). Tampoco es preciso que yo recuerde que esa herencia tuberculosa la niegan (teóricamente) la mayoría, sin pararse a reflexionar que las ideas hoy admitidas de la infección primaria y de las reinfecciones, *no son verdades absolutamente demostradas*, sino afirmaciones más o menos verosímiles sujetas a probables rectificaciones ulteriores.”²⁴⁶

El mismo año de su muerte, se recuerdan la teoría de baja contagiosidad de la lepra en un artículo titulado *La lepra, los collares y los cuentos chinos en España Médica* en respuesta a las declaraciones realizadas en una carta a *El Liberal* de

²⁴⁶ Gil Casares, M. Op. Cit.

Taboada, periodista y dermatólogo en la que alertaba del contagio de la lepra adquiridos a vendedores ambulantes chinos afectos de esta enfermedad. Intentando calmar a la población en alerta por dichas declaraciones, hacen referencia a diversos casos de Gil Casares y otros autores que demuestran la dificultad del contagio, como la venta de cuerdas de cáñamo fabricadas por leprosos que no habían dado lugar a casos secundarios o la casi inexistencia de afectos en el personal asistente en las leproserías:

“Basta para ello reproducir algunos párrafos y conceptos de los escritos publicados por los excelentes dermatólogos Covisa, Aja, Beharamo y del célebre internista de Granada D. Fidel F. Martínez, en unión de Gil Casares y Donato Albela, de Galicia, para ver bien las nebulosas que existen sobre el contagio de la lepra y las dificultades comprobadas con que tropieza para reproducirse.

Nuestro hospital de San Juan de Dos viene a ser la prueba bien patente de lo que decimos, pues hasta el momento no se recuerda el caso de contagio alguno de aquellas personas que por el servicio que le prestan tienen que convivir con ello.

Determinar cuánto dura el periodo de incubación de la lepra es problema tan arduo como irresoluble. Se supone que el más breve suele durar de seis meses a dos años o más.”²⁴⁷

²⁴⁷ Artículo editorial. La lepra, los collares y los cuentos chinos. *España Médica*. 1 de diciembre de 1931.

IV. PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

4.1. EL ALCOHOL: CAUSA Y TRATAMIENTO

La vinculación entre el alcohol y la tuberculosis era hecho reconocido y extendido entre la clase médica. En 1905, Espina y Capó, ante el Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París, al presentar su comunicación *Alcohol y tuberculosis*, aclaró que sólo la exponía para que, a través de las actas, sirviera de propaganda a todas las clases sociales, pues *los axiomas no necesitan demostración, y es un axioma la estrecha relación entre alcoholismo y tuberculosis*.²⁴⁸ Para este autor “el 70 por ciento de los tuberculosos habían sido o eran borrachos.”

También Pedro Gasalla, médico lucense en *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*, ve en el elevado consumo de licores, junto con el hacinamiento y atmósferas poco ventiladas de los locales de ocio, una de las causas fundamentales de tuberculosis, tema del que versó su tesis doctoral.²⁴⁹

Como otros muchos autores de la época, reconocía en el alcoholismo D. Miguel una de las causas del origen de la tuberculosis junto con otras actividades consideradas como *vicios*:

²⁴⁸ Molero Mesa, J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

²⁴⁹ Gasalla González, P. (1893). *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*. Tesis doctoral. Lugo; Imprenta de El Regional.

“El tubérculo es fiel acompañante de toda nutrición retardada; se ceba no sólo en las últimas capas sociales, en el miserable que sin pan que llevar a la boca habita en la última cabaña sino en el aristócrata entregado a los vicios y despreocupado de las reglas de Higiene.”²⁵⁰

Lejos de eso, como veíamos en un capítulo anterior, achacaba un importante porcentaje de los casos por él tratados:

“El alcoholismo habitual por abuso del vino ó de las bebidas destiladas determina un 20,15% de casos de tuberculosis pulmonar en Galicia. La alarmante frecuencia de la plaga tuberculosa en algunas villas de nuestras zonas vitícolas, no debe atribuirse á otro origen. La lucha antialcohólica es en Galicia profilaxis de la tuberculosis.”²⁵¹

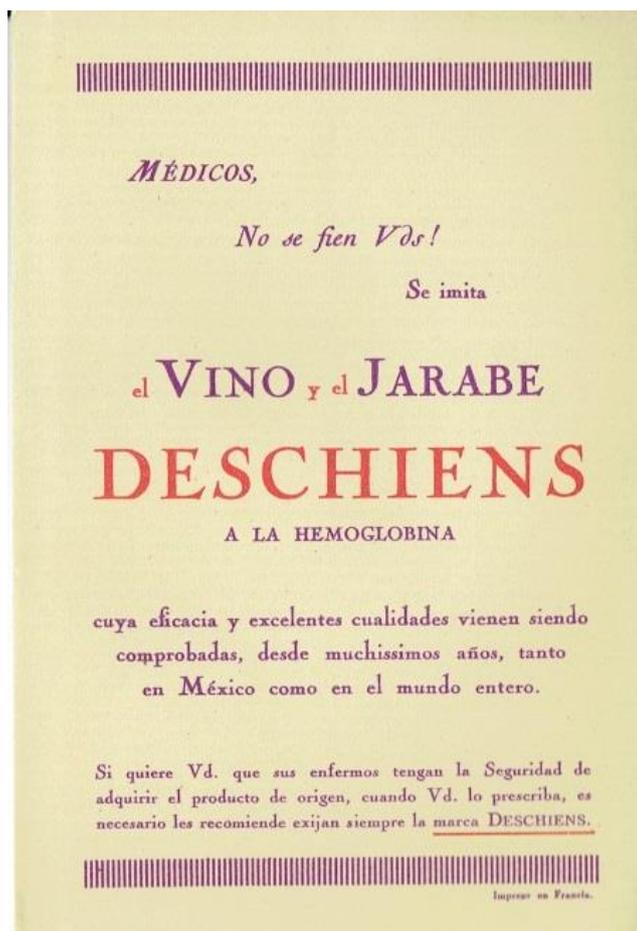
D. Miguel veía en el alcoholismo “otra plaga más del país gallego”. Asociaba el consumo elevado de alcohol a otros elementos “*como el flamenquismo y el matonismo*, es decir “un tipo de música ligera y foránea que se infiltra en nuestros campos con el organillo sustituyendo a la gaita regional y que tan mal cuadra con nuestras legendarias costumbres.”²⁵²

También relacionaba el consumo de alcohol al aumento de la producción vitícola lo que para él justificaría el aumento de la tuberculosis en villas y comarcas con “inmejorables condiciones higiénicas por su mayor nivel de vida y con menos emigración se presenta una alarmante frecuencia de tuberculosis.”

²⁵⁰ Gil Casares, M. *Tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Ejercicio de oposición al Premio Extraordinario en la asignatura de Clínica Médica 1893. Inédito. AHUS. Leg. 528 exp 3.

²⁵¹ Gil Casares, M. (1912). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso de la tuberculosis de San Sebastián. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

²⁵² Gil Casares, M. Op Cit.



Publicidad de vino francés indicado para el tratamiento de la tuberculosis. Sin data. Propiedad de la autora.

En 1912 haciendo un repaso a la etiología de la tuberculosis en una comunicación presentada ante el Instituto Rubio recordaba la importancia que le daba al consumo de alcohol y en especial al vino en la aparición de la enfermedad:

“...Otro 20 por 100 debe atribuirse al abuso de las bebidas alcohólicas, y en partículas del vino, que es considerado por muchas personas como bebida inofensiva, siempre que sea puro y no provoque estados de embriaguez. No tengo para qué recordar que no son sinónimos estados de alcoholismo crónico y de embriaguez habitual.”²⁵³

²⁵³ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912

Como bien refiere Molero Mesa en su tesis sobre el estudio social de la tuberculosis en general, la clase médica consideraba el alcohol un vicio más de la clase obrera, causa del aumento del índice de tuberculosis en este sector de la población. Codina Castellví lo resumía del siguiente modo:

“...tabaco, en vermouth, en licores, en vino y en juego, es decir en cosas que, además de no ser indispensables para tener una vida regalada, son perjudiciales para la salud, representa una cantidad muy elevada, la cual unida a la que podían suministrar los patronos para asegurar a sus obreros, a las subvenciones que se obtendrían del estado y a lo que aportaría la caridad particular, seguramente representaría entonces esa cantidad fabulosa que se necesita para que la lucha contra la tuberculosis fuera general, completa y permanente y en consecuencia, resultara eficaz.”²⁵⁴

Sin embargo, con la importancia dada al abuso del alcohol por Gil Casares en territorio gallego no estaban de acuerdo todos los tisiólogos de la región. Recogemos las palabras de Enrique Hervada en su libro *La lucha antituberculosa en Galicia* en la que hace referencia directa a la teoría de Don Miguel:

“En cuanto al alcoholismo, a pesar de la opinión del profesor Gil Casares, creemos como Arnauld que es exagerada la opinión de considerarlo como uno de los principales factores de tuberculosis.

El alcoholismo, causa frecuente de pauperismo y frecuentísima de la epilepsia y degeneración mental, es factor muy secundario de la tuberculosis. En nuestras regiones vinícolas no se aprecia más morbilidad bacilar que en otras regiones; *afortunadamente pasan años sin que se observe ningún caso de tuberculosis*. – nos dice el Dr. Pereira, de Arnoya, que como todos sabemos, es la parte vinícola de nuestra región.

Rist tampoco cree que el alcoholismo sea uno de los factores etiológicos principales de la tuberculosis. en Francia, no está demostrado que en las comarcas donde se consume más alcohol la tuberculosis haga más estragos. Uno de los argumentos de este autor, es, que existiendo una gran desproporción entre

²⁵⁴ Molero Mesa, J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral.

los dos sexos, no se aprecia esta desproporción en cuanto a los estragos de la mortalidad por tuberculosis.

Por otra parte tampoco aprecia en el tuberculoso alcohólico mayor proporción de formas graves.

Posteriormente, en la *Revue de la tuberculosis* (Septiembre de 1923), insiste Arnauld en sus conclusiones estadísticas, acerca de la relación proporcional entre el alcoholismo y la tuberculosis. Según los hechos recogidos, por una encuesta exacta e imparcial –repite este autor– nada justifica la fórmula de Bertillon: *la consumición alcohólica regulariza en Francia la repartición de la tisis*, pues ni los números, ni la observación, testimonian un paralelismo apreciable entre esta intoxicación y esta infección.

Claro está, que no siendo el alcohólico un tipo hígido, en él concurren muchas circunstancias accesorias, que favorecen el contagio y el desarrollo bacilar.

La lucha contra el alcoholismo es, según muchos médicos, para tener en cuenta en la etiología bacilar aunque las estadísticas de las regiones vinícolas no acusen mayor tanto por ciento que las de las demás regiones.”²⁵⁵

Pero Gil Casares más allá de ver el alcohol únicamente como causa de la tuberculosis, ve en él un tratamiento tanto preventivo como curativo de la enfermedad, como podemos atestiguar desde sus trabajos como alumno en la Facultad:

“... Debemos convencer al enfermo de que su mejor farmacia es la cocina; tomará diariamente uno o dos litros de leche de buena vaca y sin previa ebullición; dos a cuatro huevos, lo mejor blandos; carnes medio crudas y moderadas cantidades de vino o cerveza...”²⁵⁶

Encontramos más referencias del papel curativo del alcohol, ya no sólo como suplemento alimenticio y fuente alternativa de calorías complementarias, sino como uso medicamentoso de urgencia por ejemplo en caso de hemoptisis grave: Si a

²⁵⁵ Hervada, E. (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁵⁶ Gil Casares, M (1915) Sobre el tratamiento de las hemoptisis. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas* Septiembre.(148-152)

consecuencia de la pérdida de sangre, el enfermo se halla colapsado, *en trance de muerte* aconseja D. Miguel *combatir la anemia aguda*, *acostaremos horizontal, sin almohadas, al enfermo; se le aplicarán sinapismos*²⁵⁷, *inyecciones con aceite de alcanfor, de cafeína y de éter; se le hará inhalar oxígeno y beber, si aún deglute, un sorbo de vino generoso.*²⁵⁸

De igual modo, aunque no lo indica, si especifica que no lo contraindica (acompañando a una alimentación ligera) por su acción astringente en caso de que el paciente presente una hemorragia no masiva, de sangre coagulada, y se encuentre disneico y cianótico.

Hervada, realizaba otro análisis y diferenciaba dos etapas en el alcoholismo:

“El alcohólico tiene dos etapas, una primera de euforia, apetencia, y gordura y una segunda de inapetencia, atrofia y adelgazamiento, siendo muy frecuente que en esta segunda etapa favorece el desarrollo de una tuberculosis.”²⁵⁹

Del mismo modo, defiende el uso del alcohol en estados agudos incluso en la infancia, como describe en el tratamiento ofrecido a un niño de cinco años:

“El tratamiento se limitó á mantener el enfermo en una atmósfera húmeda y balsámica,, mediante la ebullición constante de agua con trementina, lavatorios de la boca bebidas abundantes y frescas, algún alimento en forma líquida, refrigeración hídrica y un pequeño vejigatorio alcanforado, *loco dolenti*, el día sexto de la enfermedad. Durante la horas en las que hubo fenómenos de algidez se recurrió a los alcohólicos, café y cafeína.”²⁶⁰

²⁵⁷ Sinapismo: medicamento hecho con polvos de mostaza que se aplica a modo de cataplasma.

²⁵⁸ Gil Casares, M. (1915) Sobre el tratamiento de las hemoptisis. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas* Septiembre.(148-152)

²⁵⁹ Hervada García, E. (1922). *Lo que todos debemos saber de la tuberculosis*. Conferencia pronunciada en la Reunión de Artesanos de La Coruña en 22 de Enero de 1922. A Coruña; Imprenta Artística Riego de Agua.

²⁶⁰ Gil Casares, M. (1901). Neumonía de forma tifoidea en un niño. *Revista Médica Gallega*. Año 1,

4.2. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN. LA LECHE.

Partimos de su aforismo, que imagino debía usar en su consulta: *la mejor farmacia es la cocina*. Gil Casares defendía siempre una alimentación *abundante* como base para cualquier otro tratamiento para la tuberculosis, hecho este en el que estaban prácticamente de acuerdo todos los tisiólogos.

Una de las razones es que la alimentación en Galicia durante el primer tercio del siglo XX era escasa. Según datos calculados por Antonio Valcárcel y recogidos por Hervada²⁶¹ la ración media urbana en Galicia entre los años 1917 y 1920 era:

RACIÓN MEDIA DIARIA POR CADA PERSONA	GRAMOS
CARNE DE TODAS CLASES	73
LECHE	172
PESCADO	80
VERDURAS, LEGUMBRES Y PATATAS	200
GRASAS	20
PAN	350
AZÚCAR	15
HUEVOS	18 (Uno por cada tres habitantes)

Comparándola con una de París (recogida de Richet):

Núm. 5. Pág.202-204.

²⁶¹ Hervada García, E. (1924). La lucha antituberculosa en Galicia. A Coruña; Tipografía del Noroeste. Pág.75.

RACIÓN MEDIA DIARIA POR CADA PERSONA	GRAMOS
CARNE DE TODAS CLASES	280
LECHE	125
VERDURAS, LEGUMBRES Y PATATAS	700
GRASAS	40
PAN	550
AZÚCAR	45
HUEVOS	35

Pese a su defensa de la escasa contagiosidad de la tuberculosis, tanto por vía aérea como digestiva, Gil Casares defendía el examen y descarte de carnes y leches de vacas presuntamente tuberculosas. Así lo recoge en la prensa general a su llegada del Congreso de San Sebastián:

“El Congreso ha acordado, en efecto, elevar al gobierno sus conclusiones y algunas son muy discutibles. Por fortuna, otras han sido rechazadas en la sesión general de la mañana. Figúrense ustedes que en una de ellas se autorizaba para el consumo la venta de carnes tuberculosas.”²⁶²

Uno de los alimentos más importantes al referirnos tanto al contagio por vía digestiva como alimento primordial a aportar a los niños considerados pretuberculosos es la leche.

Juan Rof Codina, Inspector pecuario de la provincia de A Coruña hacía unas declaraciones a la prensa en 1924 que en Galicia la tuberculosis bovina estaba tan extendida que en algunas ganaderías todo el ganado presentaba síntomas clínicos de tuberculosis.

²⁶² Gil Casares, M. *El Eco de Santiago*. 12 de octubre de 1908.

“Las vacas que tosen, que tienen diarreas fétidas, que presentan ganglios hipertrofiados, que padecen artritis deformantes, son los casos que más vemos y las consultas que en que en nuestras visitas al campos nos surten demandar a los ganaderos

(...) La leche de vacas cuando procede de establos colectivos siempre contiene bacilos de Koch. Cuando los ordeños no se practican con higiene escrupulosa, aunque proceda de leche de una vaca sana, suele llevar bacilos de Koch de los que existen adheridos en la piel de las ubres por encontrarse en las cañas, estiércoles, pisos, manos del ordeñador o vasijas, siempre que en el establo conviva una res tuberculosa.”²⁶³

Las condiciones de los establos y el alto índice de reses tuberculosas eran para el veterinario Rof Codina una de las principales causas de tuberculosis infantil en nuestra región, tanto por el consumo de leche fresca como derivados de la misma. Era seguidor de una teoría unicista y no tenía duda de que la transmisión del animal al hombre era más frecuente de lo que defendían la mayor parte de los tisiólogos.²⁶⁴ Apoyaba para el control de la epidemia en el ganado el Método de Bang, consistente en someter a la prueba de la tuberculina al ganado vacuno de una región, aislando los que acusan una reacción positiva de los que la dan negativa, criar con leche esterilizada a los terneros y desechar los animales con clínica tuberculosa, con el cual se habían obtenido resultados positivos en Dinamarca, Suecia y Noruega.

Según los datos aportados por Plácido Peña Novo la vaca en Galicia estaría infectada hasta en un treinta por ciento las de centros urbanos y un cuarto las del

²⁶³ Rof Codina, J. Los animales propagadores de la tuberculosis en Galicia. *El Ideal Gallego*. 25 de julio de 1925.

²⁶⁴ Conde Gómez, D.; Cifuentes Martínez M.; Fernández Prieto, L.. *Primeras actuaciones veterinarias frente a la tuberculosis bovina en Galicia (1900-1925)*. *El papel de Juan Rof Codina*. <http://histagra.usc.es/web/uploads/documents/file/52664e49d5cb0-primerasactuacionesveterinariasfrentelatuberculosisbovinaengaliciadef.pdf> [consultado 4/6/2015]

campo.²⁶⁵ Al alto porcentaje de ganado bovino enfermo se sumaban medidas higiénicas y de manipulación de los lácteos que hacían aumentar enormemente la probabilidad del contagio.

“De la vaca utilizamos para nuestra alimentación la leche y la carne, pero las utilizamos con tal frecuencia, que aun tomando como cierto el tanto por ciento anteriormente citado –el cual dista mucho de serlo para tomarlo solamente de las reses sacrificadas en los mataderos públicos- nos daremos cuenta de la amenaza constante que para nosotros supone el diario y continuado uso alimenticio de tales elementos, recordando la costumbre que todas las vaquerías y lecherías tienen de mezclar la leche de todas las vacas, con lo cual tendremos que aun cuando de cada cien vacas solo una padeciese de tuberculosis sería lo suficiente para infectar la leche procedente de las otras.”

Continúa realizando una explicación de cómo debería ser la clasificación del ganado, siguiendo ejemplos de algunos países como Dinamarca, que no solo aislaban las reses según si mostraban o no signos de enfermedad, sino también en función del resultado a la tuberculina.

En la misma obra, Peña Novo explica una vía de contagio específica de la región gallega con el consumo de la sangre de los animales sacrificados en los mataderos:

“Existe en Galicia la costumbre de concurrir a los mataderos con el objeto de tomar sangre cruda recién extraída de las reses. Tal práctica empírica desde muy antiguo conocida, aun siendo de positivos resultados en muchos casos por contar con la ayuda del paseo al aire libre, el mejoramiento de la alimentación, la sugestión y demás circunstancias inherentes a este tipo de tratamiento, debe sin embargo hacerse desaparecer por la falta de garantía que dicho líquido nos ofrece si previamente no se hace del mismo un detenido examen pericial organoléptico y por el microscopio, ya que el examen de las reses en vivo no basta para garantizar su salubridad...”²⁶⁶

²⁶⁵ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁶⁶ Peña Novo. Op. Cit.

4.3. AISLAMIENTO E INMUNIDAD

Dados los datos por el expuestos y la gran ubicuidad del germen, recordemos que según los datos de los que disponía en 1925: “la profilaxis de la infección tuberculosa –no de la enfermedad tuberculosa- cae fuera de los límites de lo factible, pues en el 94% según Nägeli, o en el 90% según Burkhardt, Aschoff, Beitzke y otros patólogos, se encuentran en los cadáveres de las personas que en vida no sufrieron tuberculosis clínicamente demostrables, focos tuberculosos típicos de los pulmones, casi siempre solitarios, que convienen con las descripciones clásicas de Küss, Ghon y Albrecht. Por otra parte, la cuti-reacción de v. Pirquet es también positiva en el 89% de las personas mayores de 15 años, y el sujeto que presente reacciones positivas a las pruebas con tuberculina es seguramente portador de un foco tuberculoso (Calmette).”²⁶⁷

Se hacía entonces Gil Casares la pregunta: “Mas, ¿Por qué en la mayoría de los hombres aborta el proceso en vez de seguir, como en algunos, marcha progresiva?”²⁶⁸

Propone como posible la teoría de Römer, según el cual la desproporción entre el número de enfermos y las ocasiones frecuentes de contagio, depende de que, en cierto momento de la infancia, suelen infectarse los humanos, luchan con la infección, y, en los más de los casos, la vencen contrayendo con la victoria una inmunidad bastante enérgica para preservarlos ulteriormente de nuevas infecciones,

²⁶⁷ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja Y Mondariz los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago: Tipografía El eco de Santiago.

²⁶⁸ Gil Casares, M. Op. Cit.

salvo que circunstancias desfavorables debiliten al individuo o que las infecciones se reiteren insistentemente con grandes cantidades de gérmenes capaces de quebrantar la resistencia orgánica.

Don Miguel estaba así mismo al corriente de los experimentos de Koch respecto a la inmunidad que generaba el bacilo. Resumía: "...Koch, el cual, al reinyectar a cochinitos de Indias gérmenes tuberculosos después de seis semanas de la primera inoculación, no observaba, como el primer ensayo, que el proceso se generalizase, pues salvo el caso de inyectar muchos gérmenes que provocarían la muerte del animal en pocas horas, la nueva inyección sólo produce una reacción *in situ* que es seguida de necrosis y eliminación de los productos. Con la infección primaria se inicia, pues, un proceso de inmunización que es incierto en sus grados; pero puede bastar para defender al animal de ensayo de nuevos ataques bacilares."²⁶⁹

En función de los datos de los datos por él conocidos sobre la inmunidad del bacilo y que son explicados con más detalle en el apartado específico de inmunidad, en 1925 evolucionan sus teorías sobre la profilaxis tuberculosa.

"Para evitar las reinfecciones exógenas masivas –contra las infecciones endógenas nada podemos hacer- están indicadas todas las medidas profilácticas, antes recordadas, con que en otro tiempo se pretendía conservar a los humanos exentos de infección tuberculosa. Pero hay además otro peligro que señala Calmette y que yo no acierto a comprender cómo podría evitarse; el de los tuberculosos latentes, portadores de gérmenes, que de vez en cuando eliminan grandes cantidades de bacilos."²⁷⁰

²⁶⁹ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja Y Mondariz los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago: Tipografía El eco de Santiago.

²⁷⁰ Citando: Calmette, A. (1922) *L'infection bacillaire et la tuberculose*. 2 ed. Pág. 627.

Conclusiones finales de La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar en Galicia:

“Ateniéndome exclusivamente á los hechos por mí observados en Galicia y apoyado en una estadística personal de 665 tuberculosos, creo poder formular las que siguen:

1-En el 29,47% de los casos la tuberculosis pulmonar es de origen hereditario directo ó colateral (casos familiares). También en Galicia son de origen casi exclusivamente hereditario los casos de lepra contraída en el país. La herencia paterna de la tuberculosis parece ser mucho más común que la materna.

2-En el 32,93% de casos debe buscarse la causa ocasional en influencias deprimentes relacionadas con la expatriación á América. Exactamente lo mismo ocurre en la lepra, ésta no es, á mi parecer, contagiosa en Galicia.

3-Los tuberculosos repatriados de América propagan el mal por los campos gallegos. Según toda probabilidad, esta diseminación de la tuberculosis se produce principalmente por vía hereditaria.

4-El alcoholismo habitual por abuso del vino ó de las bebidas destiladas determina un 20,15% de casos de tuberculosis pulmonar en Galicia. La alarmante frecuencia de la plaga tuberculosa en algunas villas de nuestras zonas vitícolas, no debe atribuirse á otro origen. La lucha antialcohólica es en Galicia profilaxis de la tuberculosis.

5-Los casos espontáneos solo forman el 15,93% de la estadística. Todavía cabe dudar de si todos estos casos son realmente accidentales por contagio directo ó si algunos surgen en tuberculosos bacteriológicos infectados por herencia. Igual incertidumbre puede abrigarse respecto á los pocos casos de lepra espontánea en Galicia, esto es, de lepra no hereditaria ni iniciada en Ultramar.

6-La teoría de la geneogénesis de la tuberculosis debe figurar en primera línea al lado de las teorías de la aérea y enterogénesis.

7-Es en Galicia una verdadera necesidad la creación en el campo de sanatorios para los tuberculosos repatriados. Los gallegos expatriados, que son legión en las Repúblicas americanas, en las cuales con su trabajo, con sus iniciativas y con su acendrado patriotismo sostienen tan alto el espíritu

español, podrían realizar esta obra humanitaria en beneficio de sus desgraciados compañeros de expatriación y de la pequeña patria gallega.”

Pero en los años sucesivos Gil Casares evoluciona sus teorías sobre la profilaxis, sobre todo basándose en los descubrimientos hechos públicos por Romer y Calmette, a los que hicimos referencia en el apartado de la herencia de la tuberculosis. Don Miguel es en todo momento consciente de que está viviendo una época de grandes cambios en los conocimientos sobre la enfermedad, modifica sus teorías en función de sus observaciones y descubrimientos que a él le parece que está sustentados de forma firme a nivel científico, y cierto en que la transmisión y profilaxis de la enfermedad van a evolucionar en los próximos años:

“Tales son las bases científicas modernas de la profilaxis tuberculosa. Consisten en una mezcla de hechos bien comprobados y de teorías e hipótesis que muchos suponen artículos de fe. Quienes nos atrevemos a ponerles reparos corremos el peligro de que algunos nos tachen de ignorantes. Y es lo más lamentable que sobre teorías e hipótesis inciertas se pretenda erigir obra legislativa sin pararse a reflexionar en que ya empieza a cruzar el andamiaje.”²⁷¹

4.4. POLÉMICA CON EL REAL PATRONATO

Durante el tiempo en que nuestro profesor compostelano ejerció la Medicina, tuvieron lugar en España varios congresos antituberculosos. A todos ellos acudió Gil Casares como ponente y en ellos confrontó sus teorías a las de otros tisiólogos del ámbito nacional e internacional. Su disconformidad con el camino que tomaba la lucha antifímica en nuestro país le llevó a una fuerte pugna con la cúpula de la

²⁷¹ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja Y Mondariz los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

misma, cuyas directrices eran marcadas por el Real Patronato desde Madrid. Me parece adecuado guiar este enfrentamiento congreso a congreso, analizando la temática que escoge Gil Casares para sus discursos, la evolución en sus ideas y las repercusiones de las mismas.

Los Congresos antituberculosos

El primer congreso español contra la tuberculosis se celebra en Zaragoza en 1908. Don Miguel, que acude como congresista presentando una ponencia titulada *Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico*, describe a su llegada su impresión de falta de coordinación en la lucha contra la enfermedad que es recogida en dos artículos firmados por él en el *Eco de Santiago* titulados *Desde Zaragoza*²⁷²:

“El espíritu que ha informado á la mayoría de los congresistas me ha parecido anárquico y sin finalidad definida, a no ser que se trate de *hacer gemir las prensas* y que los nombres propios se ventilen... Por lo menos yo no sé que hayan abundado los trabajos de investigación personal, los trabajos escuetos, vestidos con la elocuencia de la verdad, no con el oropel de las palabras, esos trabajos que cimentan o levantan la personalidad de quien los hace, que traspasan las fronteras, que son recogidos por la prensa médica mundial y hacen avanzar poco o mucho á la ciencia en el largo, indefinido camino que recorre.

(...) Anoche don Amalio Gimeno dio una conferencia en el hermoso salón del Círculo Mercantil ante una enorme y selecta concurrencia entre la cual se veían bellas y elegantes damas. Es la verdad que el ilustre exministro y distinguido catedrático no ha estado a la altura á que sus méritos y elocuencia tradicionales le obligaban. El tema²⁷³ era muy poco a propósito para explanado ante tan abigarrado auditorio; resultaba demasiado científico para unos y demasiado vulgar para otros, y el resultado fue que el mismo conferenciante, con

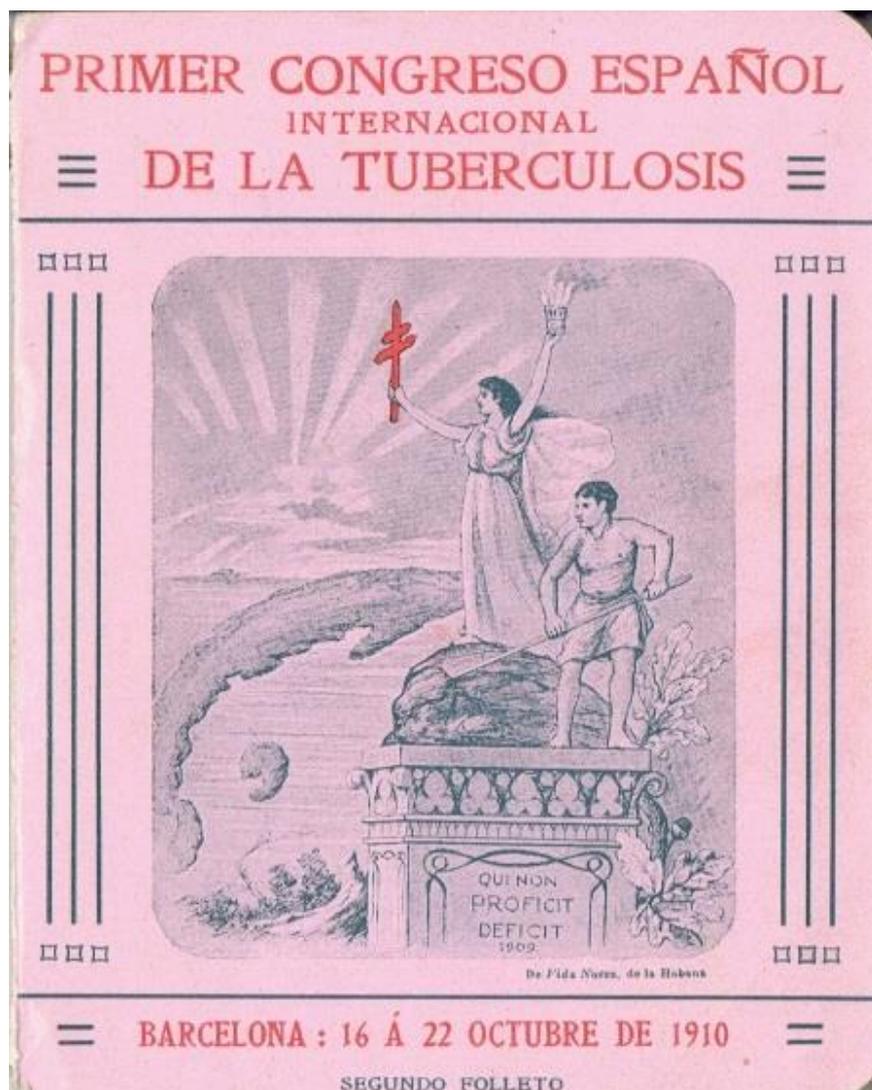
²⁷² Serían los primeros de una serie que publicaría en este medio recogiendo impresiones de sus viajes (Vid. Capítulo bibliografía).

²⁷³ La terapéutica antituberculosa. *ABC*. 5 de octubre de 1908. Pág. 9.

su claro talento, reconoció, tarde por desgracia, su equivocación y nos hizo pasar mal rato a los oyentes.”²⁷⁴

En 1910 se celebra en Barcelona el primer Congreso Español Internacional contra la tuberculosis al que Gil Casares acude presentando dos ponencias: *Resultados del tratamiento con las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico en la tuberculosis pulmonar crónica* y *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*. En Barcelona, de modo similar a lo ocurrido en San Sebastián gran número de los trabajos presentados versaban sobre estudios de mortalidad y métodos higiénicos.

²⁷⁴ Gil Casares, M. (1908). Desde Zaragoza *El Eco de Santiago*. Santiago. 9 de octubre de 1908 (fecha al fin 4 de octubre) Pág. 1. y 12 de octubre de 1908 (fecha al fin 12 de octubre) Pág. 1.



Actas del Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis. 1910. Propiedad de la autora.

La raíz de esta discrepancia con las directrices de la lucha está, como vemos, en su teoría de la herencia de la tuberculosis.²⁷⁵ Dado que D. Miguel defiende una escasa contagiosidad, las medidas ofertadas le parecen inoportunas. Se celebran en 1912 dos Congresos Internacionales contra la enfermedad (en San Sebastián y en Roma²⁷⁶) y

²⁷⁵ Véase capítulo de herencia.

²⁷⁶ El Comité al Congreso de Roma de 1912 estaba representado por Espina y Capo como presidente, Codina Castellví como secretario. También acudió el Dr. Amalio Gimeno, Tolosa Latour, Verdes Montengro, Ortega Morejón, Gustavo Pittaluga, Ortiz de la Torre, Martín Salazar, Ángel Pulido y Malo de Poveda. (Vid. La lucha contra la tuberculosis en España. Memorias del segundo Congreso español internacional contra la tuberculosis. Madrid; imprenta y encuadernación de V: Tordesillas.

en ambos la temática principal y motivo de un gran número de ponencias continúa siendo las medidas de higiene para evitar la diseminación del mal, sobre todo con normas de aislamiento y desinfección. En este caso Gil Casares presenta una comunicación titulada *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar en Galicia*, en la que por primera vez expone de forma abierta sus teorías sobre la herencia, que habían ido evolucionando durante los últimos años, basándose en sus observaciones con pacientes tuberculosos.

Con motivo del Congreso de San Sebastián, la Excma. Diputación de Guipúzcoa, publica con carácter divulgativo, la conocida como *Cartilla Antituberculosa*, escrita por el Dr. Emiliano Eizaguirre²⁷⁷ en la que se hace una síntesis de la corriente general de creencias sobre el mecanismo de contagio y medios de evitarlo. Se recalca la importancia de control del esputo pues en esa época era frecuente que la gente, y sobre todo los tuberculosos con afectación pulmonar, que tienen aumentado el volumen de secreción pulmonar, escupiesen en lugares públicos tanto abiertos como cerrados (autobuses, bares...) ²⁷⁸

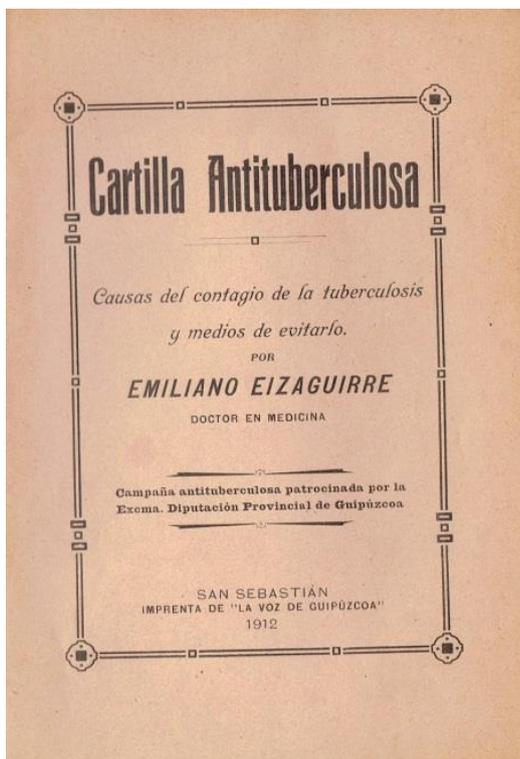
“El esputo es, pues, el que más fácilmente nos contagia por su número y porque continuamente nos asedia, pues debido a la falta de cultura del pueblo es cosa corriente que cualquier persona escupa en el suelo, ese esputo se seca y es convertido en polvo, y al barrer, al andar levantamos ese polvo, se mezcla con el aire que respiramos, y á nuestros pulmones va, y de encontrar facilidades allí se queda, fructifica y se convierte aquella persona en un tuberculoso.” ²⁷⁹

²⁷⁷ **Emiliano Eizaguirre** era jefe de servicio de tuberculosis del Hospital San Antonio Abad de San Sebastián.

²⁷⁸ Con motivos de propaganda higienista se publicaron y difundieron fundamentalmente a través de los Dispensarios múltiples obras con consejos para evitar la tuberculosis. Siguiendo el ejemplo de San Sebastián, el Dispensario de María Cristina de Madrid imprimió de la *Cartilla contra la tuberculosis* de Verdes Montenegro más de 90.000 ejemplares. En Galicia, el Dispensario de A Coruña publicaría, más tardíamente, en 1926, el *Alfabeto contra la tuberculosis*.

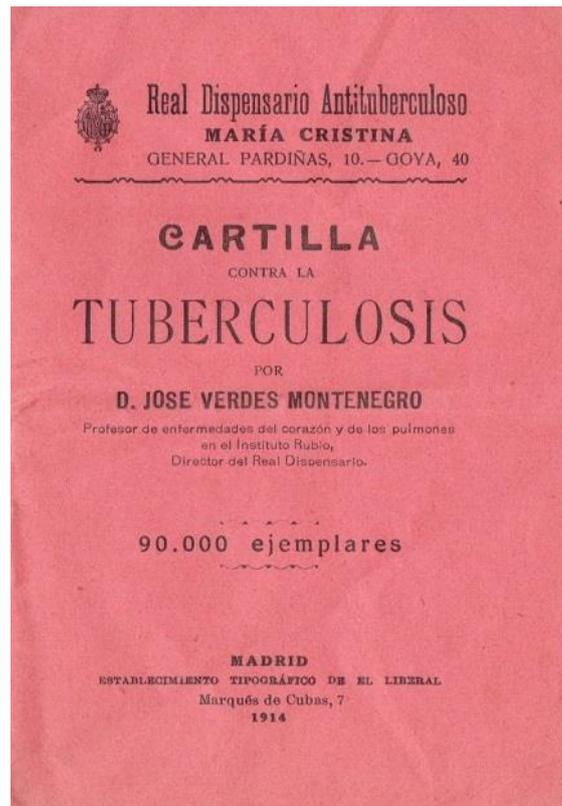
²⁷⁹ Eizaguirre, E. (1912). *Cartilla Antituberculosa. Causas del contagio de la tuberculosis y medios de evitarlo*. San Sebastián; Imprenta de La Voz de Guipúzcoa.

Propone Don Emiliano, el reparto de escupideras, tanto en lugares públicos como de bolsillo, que se hicieron populares en la época como una de las medidas profilácticas antituberculosas. También hace referencia a otra de las medidas más populares para evitar la enfermedad que consistía en hervir la leche de vaca y evitar el consumo de la carne de este animal y de cerdo ante la sospecha de que pudiesen estar infectados. Al hacer un resumen de las medidas justifica que al evitar el contagio se evita la enfermedad pues subraya “es la única causa de aparición de la enfermedad.”²⁸⁰



Eizaguirre, Emiliano (1912). *Cartilla antituberculosa. Causas del contagio de la tuberculosis y medios de evitarlo.* San Sebastián; Imprenta de La Voz de Guipúzcoa. Propiedad de la autora.

²⁸⁰ Eizaguirre, E. (1912). *Cartilla antituberculosa. Causas del contagio de la tuberculosis y medios de evitarlo.* San Sebastián; Imprenta de La Voz de Guipúzcoa.



Verdes Montenegro, J. Cartilla contra la tuberculosis, 1914. Propiedad de la autora.

Otro buen ejemplo es la *Cartilla contra la tuberculosis*, publicada en 1914 y distribuida a través del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina dirigido por el Dr. José Verdes Montenegro²⁸¹ de la que llegaron a realizarse más de 90.000 ejemplares, y en la que el autor recoge las medidas profilácticas a tener en cuenta en un decálogo final:

²⁸¹ **Verdes Montenegro, José** (1866-1942). Doctor en Medicina y Cirugía en 1892. Especializado en tisiología. Trabajó en el Laboratorio Central de Medicina y en el Laboratorio Municipal de Madrid. En 1901 fundó el primer Dispensario Antituberculoso en la Policlínica Cervera, de carácter privado que se convirtió en público en 1908, con el nombre Dispensario María Cristina. Contribuyó a la creación de la “Fiesta de la Flor”, con cuyos fondos contribuyó a fundar el primer Sanatorio Popular de Húmera (Madrid) y del que fue el primer director. En 1919 creó en el Dispensario Reina Cristina. En 1933 fue Director General de Sanidad. Publicó abundantemente destacando *Tratamiento de la tuberculosis por los productos bacilares* y *La tuberculosis pulmonar y su tratamiento*. En el *Tratado Marañón y Hernando* escribió el capítulo de Tuberculosis pulmonar.

“Decálogo contra la tuberculosis:

I-Harás de la alimentación el más importante de tus gastos.

II-Elegirás vivienda soleada y ventilada, destinando en ella á alcoba el mejor cuarto de la casa y haciéndola desinfectar antes de ocuparla.

III-Huirás de todo taller sucio ó mal ventilado y donde estén aglomerados los obreros.

IV-Evitarás que levanten polvo al limpiar la habitación y sus muebles.

V-Emplearás los días y las horas de descanso en pasear o jugar al aire libre.

VI-Tendrás exquisito cuidado de la limpieza de tus ropas y de tu cuerpo, bañándote siempre que te sea posible, enjuagándote la boca antes y después de comer y lavándote las manos muchas veces al día.

VII-No escupirás en el suelo en locales cerrados ni en las aceras de la calle.

VIII-Rechazarás los alimentos que hayan estado expuestos al polvo y á las picaduras de los insectos, y no los recogerás del suelo si se te cayeran.

IX-Evitarás todo exceso, lo mismo en el trabajo que en los placeres.

X-No utilizarás ropas usadas sin previa desinfección.”

A estas medidas higiénicas que, como veremos luego, no llegaron a ser realmente eficaces, contestaba Gil Casares en 1912 en el Congreso de San Sebastián:

“Y es singular que todavía se discuta ardorosamente cuál es su principal vehículo hasta el cuerpo humano, si el aire o los alimentos, y cuáles las vías de ingreso, si las aéreas, digestivas, linfáticas o sanguíneas.

En la duda quiere atenderse a todo: guerra al esputo, alejamiento de la atmosfera bacilífera que rodea a los tuberculosos del pecho, abstención de la leche y de las carnes de bóvidos tuberculosos, etc. Además, como quiera que todos los médicos reconocen la influencia capital de los factores debilitantes del organismo, se recomienda sin cesar la necesidad de observar con esmero las más elementales reglas higiénicas: disfrute del aire puro, del buen alimento, del ejercicio y del sol; urgencia de mejorar la condición de las clases desheredadas, proporcionándoles vivienda sana, evitando su aglomeración domiciliaria, regularizando convenientemente su trabajo; oportunidad para todos, ricos y pobres, de usufructar con prudencia la vida, disfrutando pero no abusando de ella.-Convengamos que todo esto,

considerado un bello desiderátum, es un conjunto de vagas trivialidades desprovisto de real eficacia para el concreto propósito de hacer profilaxia antituberculosa. ¿Podríamos con parecidos consejos evitar el cólera, la peste, la malaria, ó la fiebre tifoidea? No, seguramente; pero es que nuestros conocimientos son más exactos relativamente á estas infecciones y nuestras medidas preventivas poseen por lo mismo otro valor. En la tuberculosis no se tienen en cuenta hoy día más que dos factores: el bacilo y las influencias debilitantes orgánicas de índole general; pero el bacilo está diseminado por todas partes, dados los innumerables casos de tuberculosis humana y animal que nos rodean, y por lo que atañe á las influencias deprimentes del organismo ¿quién podrá librarse de ellas alguna vez en el curso de su vida? La lucha antituberculosa así dirigida tiene que estrellarse contra infinitos obstáculos que la esterilicen.”²⁸²

Esta diferencia de opinión en las vías de contagio y por lo tanto, de las medidas profilácticas a tener en cuenta llegaría a su clímax en las semanas previas a la celebración del Congreso Regional de La Toja-Mondariz en 1925 del 2 al 6 de octubre, del que D. Miguel era presidente. Tal fue la pugna, que desde Madrid, Verdes Montenegro, Espina y Capó, Palacios Olmedo y Codina Castellví firmaron y distribuyeron un documento solicitando al Real Patronato que denegasen el permiso para celebración de dicho congreso, por la defensa de su presidente de la herencia de la tuberculosis.²⁸³

En un ambiente previamente caldeado por la celebración la primera semana de septiembre de ese mismo año de la Conferencia de la Fuenfría, donde un grupo de tisiólogos se había unido para tratar de reencauzar la lucha ante lo poco exitoso de las medidas tomadas por la Asociación Antituberculosa Española (A.A.E.).

²⁸² Gil Casares, M. (1912) *La herencia y el contagio de la tuberculosis y de la lepra en Galicia*. Ponencia presentada al II Congreso Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago: El Eco de Santiago.

²⁸³ Vid. Capítulo Congreso de La Toja-Mondariz.

Para justificar más su teoría insiste en la ineficacia de las medidas antituberculosas tomadas como norma general, difundidas fundamentalmente a través de los dispensarios antituberculosos (preferidos en la época a los sanatorios) y cuyas pautas eran dictadas desde Madrid a través de la A.A.E.

“En primer término, los “manantiales” de gérmenes tuberculosos, dado el número de hombres y animales enfermos, son abundantísimos y su aislamiento resulta punto menos que utópico. Además, la resistencia de los bacilos fuera del organismo de sus víctimas es extraordinaria, y en ocasiones, casi indefinida. Por ambos motivos, no es posible evitar duraderamente la contaminación de los circunfusa y de los ingesta, tanto menos cuanto que los gérmenes pueden ingresar por inoculación cutánea, por vía respiratoria y por vía digestiva. Sin duda por ello, el 91 por 100 (Burkhardt) ó el 97 por 100 de los humanos (Nägeli), presentan en la autopsia residuos de lesiones tuberculosas (en 6 de cada 7 ó en 9 de cada 10) pasaron inadvertidas en visa y curaron ó se convirtieron espontáneamente. En otras palabras: la infección del hombre con gérmenes tuberculosos es inevitable por la enorme difusión y resistencia de aquéllos; la semilla cae siempre y siempre germina en terreno humano. ¿Sería posible al más cuidadoso labrador evitar que nacieran malas hierbas en sus sembrados?”²⁸⁴

Gil Casares, se defiende en *La Toja* con una ponencia titulada *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos del contagio y de la herencia*, en donde es aún más incisivo si cabe, llegando a satirizar las medidas tomadas desde el Real Patronato. Basándose en los altísimos resultados de positividad para tuberculosis en las autopsias citadas, hace evidente la dificultad de controlar los focos de contagio alegando que durante algún momento de sus vidas estas personas podrían haber sido bacilíferas.

²⁸⁴ Gil Casares, M. (1916). Exposición y predisposición a la tuberculosis. *La Medicina Social Española*. Pág. 641-649.

Don Miguel afirmaba que la tuberculosis en la sala de Santiago del Hospital Universitario de esa ciudad, la tuberculosis no se contagiaba, pues en los casi 35 años en los que acudió a ella casi diariamente no observó contagio en los alumnos, ni en las Hermanas de la Caridad ni en los pacientes crónicos en camas adyacentes, estimando que lo habitual fuese que entre una cuarta o quinta parte de los pacientes fuesen tuberculosos graves. Instaba a sus alumnos a que explorasen sin miedo al contagio y a que los hiciesen toser, como era necesario) para una correcta auscultación. “*¡Sinceramente digo que yo he pensado más de una vez si ni acertaré a ver la realidad o si otros ven fantasmas!*”²⁸⁵

“En 1908 publica Fluegge su teoría de infección “por gotitas” del aire espirado para explicar el contagio de la tuberculosis²⁸⁶ y Koch defendía que la tuberculosis humana y bovina eran producidas por especies distintas que serían inofensivas para cada uno de los dos animales a los cuales no atacan espontáneamente²⁸⁷. Behring, que no creía en tales diferencias, defendía por el contrario la génesis enterógena de la tuberculosis con gérmenes taurógenos: la leche de vacas tuberculosas llevan los gérmenes del mal, que penetran hasta la red linfática sin dejar huellas a su paso y permanecen latentes en nuestro organismo hasta encontrar momento propicio para atacarlo, ideas éstas compartidas por Calmette haciendo un paralelismo de lo que creía sucedía con la antracosis que podía ser producida por partículas de carbón tanto inhaladas como ingeridas (...)”

Y como quiera que todas estas posibilidades son admisibles, pues ninguna de ellas se ha demostrado que sea absurda, se comprende que para realizar la *no exposición* al peligro de infectarse con bacilos de Koch sería preciso:

²⁸⁵ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

²⁸⁶ Fluegge. *Die Verbreitungsweise der tuberkulose*. Leipzig, 1908. Cita de Gil Casares.

²⁸⁷ Koch, R. *Actas del Congreso de la Tuberculosis en Londres*. (Deuts. Med. Wochenschr. 1901 y 1902). Cita de Gil Casares.

1-Procurar disminuir *las fuentes* de infección secuestrando a los humanos afectados de tuberculosis abiertas, y en particular, a todos los tuberculosos del aparato respiratorio.

2-Sacrificar todas las vacas tuberculosas y no permitir el consumo de leche sin hervir, ni tampoco el de quesos, manteca, nata, etc. obtenidos de leche no esterilizada previamente.

3-Usar constantemente un aparato filtrador del aire que respiramos para prevenir el peligro de que en nuestras vías respiratorias penetren los polvos bacilíferos o gotitas que los porten, si por acaso nuestro interlocutor fuera un tuberculoso.

4-Obligar a los niños a tener siempre enguantadas las manos y no consentirles que toquen objetos de dudosa procedencia o el suelo que no esté revestido con lienzos o tapices esterilizados.”

Estas prevenciones, irrealizables y ridículas, son no obstante las consecuencias lógicas de las premisas antes apuntadas que para muchos médicos tienen o tuvieron el valor de verdades *absolutamente demostradas*.²⁸⁸

Y reincide, años después, en la misma ponencia, en la para él ridícula lucha contra el esputo, que él consideraba innecesaria para las *personas bien educadas*:

“En todo el mundo civilizado se extendió rápidamente la “guerra al esputo”. La prohibición de escupir en el suelo, que ya era innecesaria para las personas bien educadas y respetuosas con las más elementales prácticas de urbanidad, se generalizó, sancionándose sus infracciones con medidas gubernativas; y a pesar de que estas precauciones no bastaron para reducir el número de tuberculosis, la mayoría de los médicos siguió creyendo que la enfermedad suele ingresar en nuestro organismo por vía respiratoria.”²⁸⁹

Alegaba Gil Casares que sobre algunas teorías bien demostradas y otras hipótesis no tan esclarecidas del comportamiento de la enfermedad se estaban

²⁸⁸ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso Regional de la Tuberculosis en Galicia celebrado en La Toja y Mondariz los días del 2 al 6 de octubre de 1925. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

²⁸⁹ Gil Casares, M. Op.Cit.

estableciendo unas directrices equivocadas. *Y lo más lamentable* –decía en 1925, en su conferencia en el congreso de La Toja- *es que se pretenda erigir obra legislativa sin pararse a reflexionar en que ya empieza a crujir el andamiaje...* Aludiendo, sin duda alguna, a las medidas profilácticas propuestas por el Real Patronato.

Admitía D. Miguel que además de la predisposición hereditaria existía otra adquirida pero no conseguía deducir exactamente en qué consistía:

“Se afirma que consiste simplemente en la debilitación del conjunto de nuestras energías, pero es probable que las influencias patogenéticas eficaces no sean de índole tan general, pues hay enfermos verdaderamente aniquilados por sus sufrimientos (nerviosos, dispépticos, reumáticos, cancerosos, etc.) que no se tuberculizan a pesar de las ocasiones en que pueden encontrarse para ser víctimas del supuesto contagio, al paso que otros individuos muestran particular tendencia, como los niños convalecientes del sarampión y de la tosferina, los diabéticos y muchos alcohólicos. Para las mujeres ya predisuestas, es también muy peligroso el embarazo.”²⁹⁰

Sin embargo, después de sus observaciones durante la epidemia de gripe de 1918 no consideraba a la misma como patología predisponente, como consideraban otros autores de la época, destacando que la misma despertaba muy a menudo el asma bronquial.

En cuanto a los resultados obtenidos a través de la obra Grancher²⁹¹, defendía que demostrar que los niños alejados de sus padres tuberculosos se mantienen sanos no

²⁹⁰ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

²⁹¹ La **Obra Grancher** era una institución creada en Francia en 1903 por el pediatra Jaques-Joseph Grancher, amigo y discípulo de Pasteur, en 1903. Consistía en alejar a los niños sanos de sus padres tuberculosos, generalmente de edades comprendidas de 3 a 10 años, y enviarlos a vivir al campo en el seno de familias *sanas* previamente reconocidas por un médico. Fue defendida en España por Malo de Poveda y Martínez Anido. Vid. Rojí Acuña, Irene (viuda de Martínez Anido) (1941).

tenía valor, pues *estos niños son cuidados con más esmero y así tienen posibilidad de contrarrestar y aun de vencer la predisposición originaria. Repárese que la hereditaria ni es fatal ni irremediable.*

Fue en los últimos años de la década de los 20, en los que el cuarteto con el que había tendido tantas disputas y Gil Casares acaban acercando posturas. Por un lado, Gil Casares, vuelve a ser más receptivo con la idea de la contagiosidad y por otro, desde el Real Patronato, se acepta la idea de un elemento hereditario en la enfermedad. Como ejemplo, un texto de 1929 de Palacios Olmedo titulado *Diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar:*

“Los antecedentes familiares estimamos que deben ser recogidos sin proceder a interpretaciones prematuras que pueden dar lugar a conclusiones peligrosamente erróneas; en el seno de una familia limpia de toda tara tuberculosa puede existir un individuo tuberculoso, y viceversa, un sujeto puede padecer un catarro sin importancia en el momento de la observación, presentando terribles antecedentes familiares de tuberculosis, por lo que deberán evitarse los prejuicios.”

Gil Casares realiza en 1925 un resumen breve de su teoría final, reconociendo el contagio pero sin restarle importancia al componente hereditario:

“Negar la predisposición hereditaria es cerrar los ojos a la realidad. Pensar que el peligro se contrarresta con el aislamiento de los hijos amenazados y con medidas de desinfección, es desvarío. Además, si la tuberculosis se declara, es lo más probable que su evolución sea grave; no se olvide del antiguo aforismo: *phthisis hereditaria ómnium pessima.*”²⁹²

Preservación de la infancia contra la tuberculosis (Obra Grancher). Madrid; Publicaciones “al servicio de España y del niño español. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, maternología e Higiene Escolar. 15 Págs.

²⁹² Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de*

4.5. TEORÍAS EUGENÉSICAS

Gil Casares era buen conocedor de los estudios de Darwin. En 1909, año en el que se celebraba el centenario del nacimiento del naturalista inglés escribe una nota de prensa en la que hace un breve resumen de sus trabajos, destacando los estudios realizados con palomas y la posible aplicación de estas leyes en humanos:

“Darwin leyó el libro de Malthus *Essay on the principal of population*. Los hombres se multiplican en número desproporcionado á las subsistencias, luchan entre sí y sólo los fuertes sobreviven, y él, Darwin, pensó que entre los animales y las plantas, más aún que entre los hombres, son aislados entre millares o millones de individuos, los que poseen células germinativas más perfectas que sintetizan la lucha de la adaptación al medio, *the struggle for life* que sus portadores han sostenido con ventaja.

Si el hombre, dice Darwin en el *Origin of species* consigue a poca cosa y en breve plazo variar duramente las especies de animales domésticos ¿Qué no conseguirán las fuerzas de la Naturaleza en el curso de los siglos? (...)

La lucha incesante engendra la vida misma y la destruye al pretender conquistar un ideal de perfección que nuestro entendimiento no alcanza a descubrir en el infinito.”²⁹³

Entre 1912 y 1932 tuvieron lugar tres Congresos Internacionales sobre eugenesia, en el que científicos, políticos y líderes sociales se juntaron para discutir la aplicación de programas de mejoría de la herencia humana.

El primero de ellos tuvo lugar en Londres en julio de 1912, siendo dedicado a Galton que había fallecido el año anterior. Lo presidió Mayor Leonard Darwin, hijo de Charles Darwin.

la herencia. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

²⁹³ Gil Casares, M. (1909). Un centenario. *El eco de Santiago*. 20 de febrero. Pág.1.

El segundo tuvo lugar en Nueva York en septiembre de 1921, teniendo a Alexander Graham Bell como presidente honorario.

El tercero fue celebrado en el museo de Historia Natural de Nueva York en 1932, el año siguiente al fallecimiento de Miguel Gil Casares.

En este escenario y siendo la tuberculosis la epidemia que más preocupaba a la sociedad y a los científicos en el momento, aparecieron, como es lógico, gran número de autores que defendían medidas eugénicas para frenar la enfermedad. Ante una mayoría de tisiólogos que defendían la teoría contagionista, aparecieron voces como la de Malo de Poveda, quien, desde su cargo de Secretario general del Real Patronato, reconocía si no la transmisión directa de la enfermedad de padres a hijos sí la *herencia morbosa*, reconociendo de tal modo a la tuberculosis como uno de los factores degeneradores de la raza:

“El estrago, terriblemente progresivo, que hace la tuberculosis en todas las razas, naciones, edades y jerarquías nos impone una clase de deberes apenas conocidos aún de las multitudes, y que deben y pueden llamarse *deberes antituberculosos* (suma de esfuerzos que a cada cual nos corresponde atajar y combatir la peste blanca de las modernas generaciones). Esos deberes antituberculosos, esencialmente caritativos y altruistas, es en lo que todos debemos inspirarnos, verdadera obra de justicia y moral que esperamos sea así reconocida, puesto que, cuantos a ella pertenecemos, comulgamos en las nobles y santas ideas del bien de nuestros semejantes.”²⁹⁴

²⁹⁴ Malo de Poveda, B. (1926). *Actualidad permanente contra la tuberculosis (Dispensarios, Sanatorios y Colonias infantiles)*. Madrid; Imprenta de E. Giménez. Pág. 27.

Eugenesia e Higiene antituberculosa según Gil Casares.

No es de extrañar por tanto, que el Dr. Gil, basándose en su teoría de la herencia tuberculosa defendiese que mientras no se descubriera un remedio eficaz para evitar el contagio de la enfermedad considerase parte del deber de los médicos el difundir un consejo general a la población basado en la eugenesia y en segundo lugar en medidas higiénicas que resumía del siguiente modo:

“Corresponde a la iniciativa de los médicos:

1- Desaconsejar el matrimonio a las personas tuberculosas, a las que estén manifiestamente predispuestas por herencia y a las clínicamente curadas de la enfermedad.

2- Advertir del peligro de que la descendencia contraiga tuberculosis a los matrimonios en que uno o los dos cónyuges sufran la enfermedad.

3- Cuidar de robustecer en la primera infancia el organismo de los predispuestos (lactancia mercenaria; permanencia obligada en el campo, en la montaña o en la orilla del mar; alimentación copiosa y medicación reparadora, etc.)

4- Combatir la tendencia al uso inmoderado o al abuso habitual del vino y especialmente de las bebidas destiladas.

5- No descuidar tampoco las prácticas, siempre inexcusables, del aislamiento de los enfermos y de la desinfección rigurosa; pero sin concederles la importancia exclusiva que originalmente se les asigna.”²⁹⁵

De casi idéntica teoría a Miguel Gil era el tisiólogo del Dispensario de A Coruña Peña Novo, que sin embargo discrepaba él mismo en cuanto a las medidas eugénicas a seguir:

²⁹⁵ Gil Casares, M. (1925). Ponencia al Congreso antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Pág. 282.

“Dicen los que la predisposición combaten que lo que más se hereda es la inmunidad y la resistencia, ya que, *si en el defectuoso o enfermo hay energías para procrear, lo racional es que también las haya para transmitir los elementos defensivos, las energías previsoras, las armas de combate, las fortalezas creadas contra el enemigo, la vacunación, la inmunidad y la resistencia por ser lo más noble y lo más esencial a la conservación de la especie.*

Si por fortuna así sucediese, fácil sería realizar el ideal de la ciencia eugénica, ya que al disfrutar de tal privilegio y con tal exclusividad los hijos de los tuberculosos, éstos solamente serían los afortunados elegidos para la conservación de la especie y el mejoramiento cuantitativo y cualitativo de la misma”²⁹⁶

“Los mismos doctores Malherbe y Fortineau y hasta el mismo Calmette, de tan reconocida autoridad en esta materia, dicen que en los hijos de los tuberculosos pueden encontrarse un conjunto de estigmas agrupados con el nombre de heredo-distrofias, que son susceptibles de determinar una muerte precoz, y a viciosas conformaciones congénitas que colocan al que las posee en excepcionales condiciones de receptividad morbosa.”²⁹⁷

Una de las propuestas que se generaron era la obligatoriedad de un certificado médico prematrimonial, como requisito esencial para el casamiento. Marañón, en 1929, en su obra *Amor, conveniencia y eugenesia* se mostraba en desacuerdo del mismo alegando:

“Sobre todo en estos asuntos en el que el amor anda por medio, será siempre el amor el que, por ahora, diga la última palabra. Aun suponiendo que todos los sabios de este mundo nos convenciesen de que hay que elegir a la mujer futura con arreglo a estas y otras pautas, bastaría que al salir a la calle nos saliese al paso la mujer contraria a todas las conveniencias, pero capaz de despertar, de modo misterioso, nuestro instinto, para que lo olvidásemos todo y corriésemos detrás de ella como corrieron nuestros antepasados, desde que aún no se diferenciaban apenas del gorila, y como correrán nuestros hijos durante innumerables generaciones; y probablemente siempre.

(...) El camino es distinto. No prohibir, a la fuerza, la insensatez en marcha, tratando de sofocar con un informe técnico el amor ya encendido;

²⁹⁶ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁹⁷ Peña Novo, P. Op. Cit.

sino evitar la insensatez, inculcando, a tiempo, en la cabeza de los jóvenes que si no tienen salud, no deben tener hijos, no tienen derecho a tenerlos.”²⁹⁸

Además de lo referido con respecto al matrimonio, Gil Casares no era demasiado explícito en su discurso eugenésico en lo que a la tuberculosis se refiere. Pese a la importancia que daba a la herencia de la enfermedad (achacaba a la misma un 29,47% de un total de 665 tuberculosos tratados por él). Emilio Fraga Lago²⁹⁹, que recoge sus impresiones sobre una conferencia sobre tuberculosis por Miguel Gil Casares en la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de A Coruña en 1916 recoge un resumen de las medidas profilácticas que ofrece:

“Termina recomendando como medios profilácticos, el uso de la higiene corporal y colectiva, para oponerse a la difusión del contagio; la Liga Antialcohólica como excelente medida preventiva asimismo, y el establecimiento de Sanatorios marítimos o en el campo, para los tuberculosos repatriados.... En síntesis esto: y algo apuntó acerca de la intervención del Médico en los matrimonios que se celebren.”³⁰⁰

²⁹⁸ Marañón, G. (1929). *Amor, conveniencia y eugenesia. El deber de las edades. Juventud, modernidad, eternidad*. Madrid: Editorial Historia Nueva. 226 págs.

²⁹⁹ **Emilio Fraga Lago** (A Coruña 1854-A Coruña 1923). Tras realizar sus primeros estudios en la ciudad de A Coruña, obtiene el título de bachiller en 1864, año en el que inicia sus estudios de Medicina en la facultad de Santiago. De julio de 1879 a octubre de 1880 fue titular de Cienpозuelos (Madrid). Luego hasta 1883 actuó como supernumerario del Cuerpo de Beneficencia Municipal de Madrid y estuvo adscrito a la Casa de Socorro del distrito del Hospital. En octubre de 1884 el Ayuntamiento de A Coruña lo nombra Médico de Guardia del Hospital de Caridad y cinco años más tarde encargado del Departamento de Maternidad. Fue junto con Maximino Gomar, Dimas Corral, Luciano Romero, Nicasio de Aspe y Alfeirán fundador del *Boletín Oficial del Colegio de Médicos*. Fue miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía en 1887, pasando a ser su secretario en 1909, cargo que desempeñaría hasta su fallecimiento. En lo que se refiere a la tuberculosis, en 1913 fue nombrado Médico director del Hospital de Infecciosos y del Centro Municipal de Desinfección. Fue representante del Congreso Internacional de Medicina que se celebró en Madrid en 1903 y presentó ponencia al congreso de Barcelona de tuberculosis de 1912. Fue uno de los principales propulsores en 1901 de la creación del Dispensario antituberculoso de A Coruña, constituyendo en 1905 junto con los doctores Gomar, Alfeirán y Rouco la Asociación antituberculosa en esta ciudad. Perteneció al Círculo de Artesanos, Junta de Primera Enseñanza, Mercantil y Cruz Roja. (Vid. Romero Vázquez, Dimas.(1977) *Galería de Médicos Gallegos Ilustres*. Ed. Moret. Pág. 87).

³⁰⁰ Fraga Lago, E. (1916). Una conferencia sobre tuberculosis. *Medicina Social*. Año VI. Núm. 62. Pág. 1-6.

Para justificar su teoría de la herencia respecto a los resultados conseguidos con las obra Grancher, defendía que los niños separados de sus padres tuberculosos se conservaban sanos como se solía observar lo hacían porque esos niños, considerados como predispuestos eran cuidados con mayor esmero, permaneciendo en el campo, en sanatorios marítimos o alpestres, teniendo así ocasión de contrarrestar y aun de vencer la predisposición originaria.

“La misión de la obra Grancher en esta lucha es la de separar al niño del lado de sus padres tuberculosos enviándolos al campo, no a un lugar determinado ni a una edificación elevada con tal objeto, sino al domicilio particular de aquellos aldeanos que, por un estipendio previamente convenido, se encarguen de su cuidado, alimentación y educación, informándose de antemano los encargados de esta obra del estado sanitario de la familia a la cual se ha de entregar al chico.”³⁰¹

También aplica sus teorías eugénicas en relación con el mestizaje existente en la ciudad de La Habana, a donde acude en 1928, entre emigrantes procedentes del continente europeo y antillanos con ascendencia africana:

“Sólo tiene Cuba tres millones de habitantes. Necesita la inmigración y ansía la española; pero los jornales son bajos y no acuden más que negros de Jamaica y de Haití que ponen en peligro la raza. Mientras tanto, la vida se encarece enormemente; las gentes aman el lujo a que se habituaron en tiempos de abundancia, y los americanos del Norte, que han comprado las tierras (poseen ya el 80 por ciento de la riqueza de Cuba), contemplan sonrientes el espectáculo y esperan que les llegue la hora.”³⁰²

“Entran los negros de Jamaica mientras que la anglosajona invasora estimaría degradante para su dignidad tales cruzamientos. Y en tanto esto sucede, la muchedumbre de inmigrantes españoles se halla en retirada, y a las

³⁰¹ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

³⁰² Gil Casares, M. (1928). *Crónicas de un viaje a La Habana*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. 71 Págs.

puertas de nuestro Consulado se aglomeran compatriotas nuestros que mendigan pasajes gratis, porque aquí ya no pueden vivir.”³⁰³

De su visita al hospital de San Lázaro en el pueblo de El Rincón, haría las siguientes declaraciones:

“Son trece los pabellones que albergan a 242 leproso dentro del recinto cercado. Pocas veces son fructíferos aquellos enlaces que fueron concertados entre enfermos del hospital; pero si tal sucede el desdichado producto de este amor monstruoso es inmediatamente alejado de aquel lugar.”³⁰⁴

Sobre la descendencia del leproso volvería a hacer referencia al año siguiente en el *Libro homenaje a Marañón*:

“Si los frutos de esos matrimonios se conservasen sería verdaderamente interesante conocer su suerte ulterior; pero es verdad que fuera mejor esterilizar a los cónyuges y así lo dije en mi conferencia en la Secretaría de Sanidad de Cuba.”³⁰⁵

Es curioso, que pese a defender el comportamiento de lepra y tuberculosis como paralelo, dada la similitud del agente productor, en lo que se refiere a la lepra, Gil Casares habla directamente de esterilización del leproso, medida a tomar que no refiere en ningún caso con respecto al paciente tuberculoso al que recomienda solamente *desaconsejar la procreación*.

³⁰³ Gil Casares, M. (1928). *Crónicas de un viaje a La Habana*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. 71 Págs.

³⁰⁴ GCasares, M. (1928). Op. Cit.

³⁰⁵ Casares Gil, M. (1929). *Libro homenaje a Marañón*. Capítulo Aspectos de la lucha antileprosa. Págs.519.

“Mucho se ha discutido sobre la influencia de la preñez, del puerperio y de la lactancia en la evolución de la tuberculosis, y también sobre la conveniencia o inconveniencia del aborto provocado para prevenir posibles riesgos. Lo mejor sería desaconsejar siempre el matrimonio a todas las jóvenes muy amenazadas por la herencia y especialmente a todas las que sufrieron lesiones tuberculosas de las cuales parecen hallarse bien curadas. A trueque de exponerse a críticas de personas que no siempre saben respetar correctamente las opiniones que no concuerdan con las suyas, yo tengo la firme persuasión, y en ella he de morir, de que la tuberculosis, y en especial la pulmonar, jamás se cura definitivamente. Quien la haya sufrido una vez, debe considerarse siempre amenazado de una recidiva y en el casi particular de una preñez eventual, a que aquí refiero, el peligro es enorme. Preferible es esta severidad profiláctica que la facilidad inmoral con que algunos practican el aborto profiláctico del nacimiento.”³⁰⁶

Por lo tanto, según el análisis que realizan Molero Mesa y Jiménez Lucena, dependiendo a cuál de las dos enfermedades causadas por micobacterias nos refiramos, Gil Casares se mantendría en uno u otro extremo del enfoque eugénico:

“Las propuestas de actuación como prioridad de la biopolítica poblacionista y mercantilista de la burguesía liberal abarcarían, en el discurso hegemónico del primer tercio español del siglo XX, las distintas formas de impedir la reproducción de los enfermos desde el *suave* consejo prematrimonial a la heroica esterilización forzosa.”³⁰⁷

4.6. LA VACUNA ANTITUBERCULOSA.

Tras el fallido intento de inmunización frente a la tuberculosis con la tuberculina de Koch (utilizada posteriormente como un indiscutible método

³⁰⁶ Gil Casares, M. (1928) *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*. Colección Marañón. Barcelona; Imprenta La Neotipia. Pág. 68.

³⁰⁷ Molero Mesa, J.; Jiménez Lucena, I. (2010) “Otra manera de ver las cosas”. Microbios, eugenesia y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX. En: Miranda, Marisa; Vallejo, Gustavo (Dirs.). *Darwinismo social y eugenesia. Derivas de Darwin: cultura y política en clave biológica*. Buenos Aires, Siglo XXI Ed Iberoamericana, pp. 143-164.

diagnóstico hasta nuestros días) aparecieron múltiples fórmulas para intentar conseguir la inmunización contra la enfermedad.

La primera vacuna que se administró en humanos provenía de bacilos muertos y fue aplicada en Italia por Eduardo Maragliano (1849-1940) a partir de 1903.

Durante la época de Gil Casares dos fueron las vacunas administradas de forma paralela en España: la BCG y la vacuna anti-alfa de Ferrán. Pero en las dos primeras décadas del siglo fueron muchos los intentos por conseguir la profilaxis mediante inmunización artificial. Podemos destacar la vacuna Friedman, proveniente del bacilo de una tortuga a cargo de un tuberculoso, la Sánchez-Mayoral creada en 1914 con bacilos muertos, a del francés Henri Vallée (1874-1947), el japonés Hideyo Noguchi (1876-1928) con gérmenes tratados por oleato sódico y oleato de neurina, la vacuna Dreyer, tratando los bacilos tuberculosos con formol, la Vaudremer, mezcla de bacilos humanos, bovinos y equinos, el método de Ravetllat-Pla, basada en la existencia de un germen tuberculoso saprofítico, la Dávila elogiada por el Boletín Oficial de la Secretaria de Sanidad y Beneficencia de Cuba, la de Rapin, obtenida por atenuación del germen con urea, la Karsunkel, preparada con un bacilo saprofítico, la Fortunaro, por bacilos provenientes del bazo de serpientes atacadas de tuberculosis espontanea, la Seleter, mezcla de bacilos vivos y triturados, la el alemán Friedrich Loeffler (1852-1915) o el italiano Alessandro Bruscenttini (1858-1932).³⁰⁸

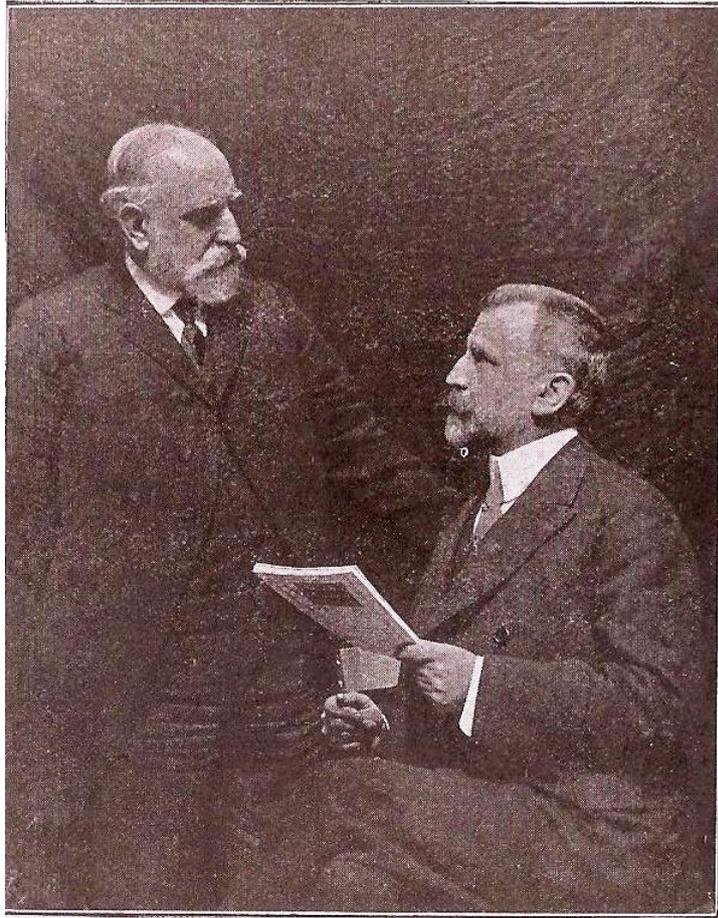
³⁰⁸ Vid. Álvarez Sierra, J. (1931). *La vacunación antituberculosa en general. Cómo se practica*. Barcelona, Talleres Tipográficos de Editorial Labor. Pág. 38.

La vacuna BCG fue creada por Louis Charles Albert Calmette en el Instituto Pasteur de Lille, a partir de una bacteria que denominaron BCG (bacilo Calmette-Guerin) procedente de un cultivo de patata glicerizada emulsionada con bilis de buey donde perdía virulencia. Comunicaron sus investigaciones en 1920 a través de *Anales de Instituto Pasteur* y fue inoculada a humanos por primera vez en 1921. Fue introducida en España en 1924 por el Dr. Sayé i Sempere.

La vacuna anti-alfa basada en la teoría en que el bacilo de Koch provenía de la mutación de determinadas bacterias saprofíticas humanas, se estrenó en 1919 en Alcira (Valencia) en una campaña similar a la que realizara Ferrán en este mismo pueblo con la del cólera treinta y cuatro años antes. La campaña, auspiciada por Manuel Martín Salazar, entonces Director General de Sanidad, inoculó a 14.000 niños sin que ocurriera ningún incidente.

Tuvo defensores y detractores, siendo uno de los más importantes de los primeros el catedrático de Patología General Amalio Gimeno.³⁰⁹

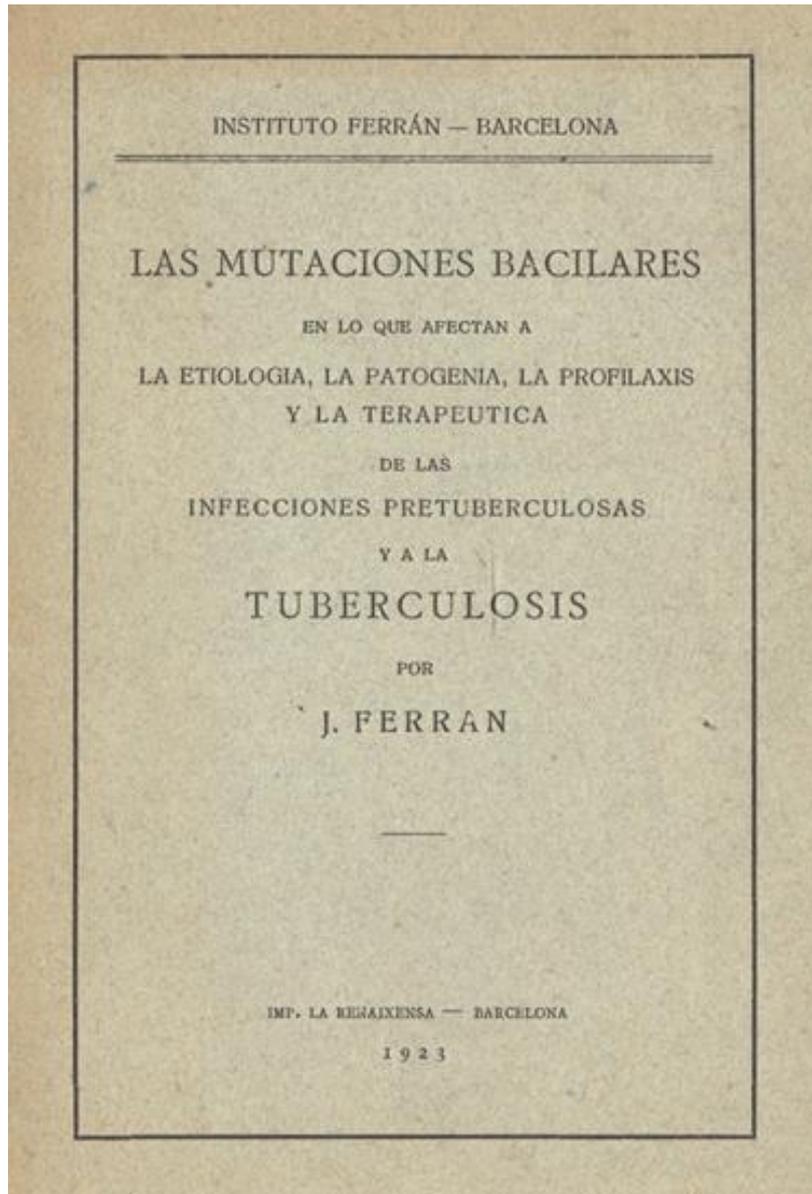
³⁰⁹ **Amalio Gimeno y Cabañas** (1852-1936). Fundador de la JAE como Ministro de Instrucción Pública en 1907. Catedrático de Patología General en Santiago, Valladolid y Valencia. Ocho veces ministro. Sustituyó a Letamendi en la cátedra de Patología General de Madrid. Encabezó el grupo, junto con Pablo Colvée y Vicente Peset Cervera de la vacunación anticólera de Ferrán.



Fotografía de Ferrán y Gimeno. *Antología de trabajos científicos, literarios, políticos y sociales del Profesor Amalio Gimeno Cabañas (Primer Conde de Gimeno)* Publicada con ocasión del LXXXV aniversario de su nacimiento. Madrid; Imprenta de J. Cosano. 1935. Pág.222. Propiedad de F. Ponte Hernando.

Fue tal el apoyo que según Álvarez-Sierra, España fue el primer país que promulgó una Real orden obligando a los orfanatos, colegios y dispensarios a practicar la vacunación Ferrán, creando un servicio de vacunación antituberculosa en el Dispensario Victoria Eugenia de Madrid.³¹⁰

³¹⁰ Vid. Álvarez Sierra. Op. cit. Pág. 126.



J. FERRÁN. (1923). *Las mutaciones bacilares en lo que afectan a lo etiología, la patogenia, la profilaxis y la terapéutica de las infecciones pretuberculosas e a la tuberculosis.* Barcelona: Imp. La Renaixensa. Biblioteca de la autora.

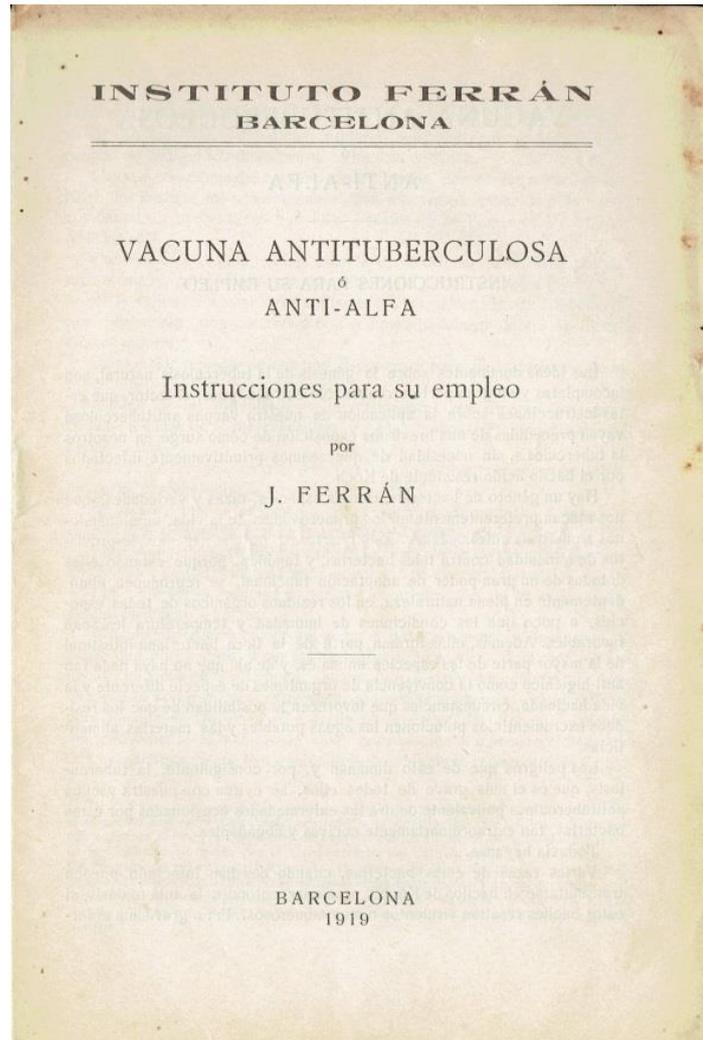
Recogemos las indicaciones de vacunación señaladas en un panfleto publicado por el Instituto Ferrán de Barcelona:

“A la edad de tres meses se les puede ya inmunizar, inyectándoles la primera vez de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ cm cúbico de vacuna anti-alfa. A la edad de seis meses, la dosis primera de vacuna será de $\frac{1}{2}$ a 1 centímetro cúbico, y al año, de 1 cm cúbico. La dosis inicial se repetirá en todos los casos dos o tres veces, poniendo entre cada inyección un intervalo de 10 a 15 días.

En las demás edades, la dosis, tanto en la vacunación como en las revacunaciones, será de 1 cm cúbico, y entre cada inyección se interpondrá un plazo de 10 a 15 días.

Cuantas más veces se revacune un individuo, mayor y más persistente será la inmunidad que adquiera. A los individuos que vivan en malas condiciones higiénicas les conviene hiperinmunizarse. Como es natural, esto queda a la apreciación del médico encargado de aplicar esta vacuna. Estimamos que en los casos más desfavorables, la inyección oral de cinco centímetros cúbicos de vacuna, fraccionados en varias dosis, más o menos pequeñas según sea la edad del individuo, conferirá una inmunidad sólida y persistente contra todas las afecciones que puedan determinar estas bacterias en circunstancias las más desfavorables.³¹¹

³¹¹ Ferrán, J. (1919). *Vacuna antituberculosa o antialfa. Instrucciones para su empleo*. Instituto Ferrán de Barcelona. Pág.4.



Instrucciones para la vacuna anti-alfa del Instituto Ferrán (1919). Propiedad de la autora.

El principal apoyo a Ferrán provenía de dos revistas españolas que defendían la eficacia de la vacuna: *La Medicina Social Española* a cargo de Bernabé Malo de Poveda y la *Revista de Higiene y Tuberculosis* dirigida por José Chabás Bordehore.

312

Otro de los factores que jugó a favor de la vacuna de Ferrán en España fue el accidente ocurrido en Lübeck, Alemania en 1930. Se administró la vacuna vía oral a

³¹² Molero Mesa, J. (1990). La vacunación antituberculosa. *Historia 16*. Núm. 172. Pág. 81-88.

249 niños en los primeros diez días de vida. Enfermaron 173 y murieron de tuberculosis aguda 67. Se relacionó el caso con contaminación de la vacuna por un germen virulento en el laboratorio de Bruno Lange en el Instituto Robert Koch, cuyos responsables fueron a la cárcel.³¹³

Fue administrada por Álvarez Sierra y Codina Castellví, aunque muchos de los dirigentes de la lucha antifímica como Verdes Montenegro, se abstuvieron a la espera de que los estudios demostrasen la inmunidad adquirida con dicha vacuna. La decisión de apoyar una u otra vacuna debió ser controvertida. Álvarez Sierra que dedica su obra sobre la vacunación antituberculosa a su mujer, y que defiende aun en 1931, la antialfa por la inocuidad de su administración señala:

“Tú, que sabes la ilusión que siempre tuve en la publicación de esta obra, y las enemistades que me ha creado la defensa que vengo haciendo de la vacunación contra la tuberculosis, apreciarás el esfuerzo que representa dar hoy a la imprenta los siguientes capítulos.”³¹⁴

En 1928 se organizó en París una Conferencia Internacional de BCG, promovida por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, dictaminando la inocuidad de la vacuna y reconociendo cierto grado de inmunidad tanto en humanos como en ganado bovino. Estas conclusiones fueron ratificadas dos años más tarde por la VII Conferencia Internacional de la Tuberculosis celebrada en Oslo.

³¹³ Bágüena Cervellera, M. J. (1992). *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach. Pág. 95.

³¹⁴ Álvarez Sierra, J. (1931). *La vacunación antituberculosa en general. Cómo se practica*. Barcelona, Talleres Tipográficos de Editorial Labor. 135 págs.

No fue hasta la Segunda Asamblea Antituberculosa Médico-Social, celebrada del 15 al 18 de Junio de 1931 en que dentro de la sección dedicada a la profilaxis de la infancia se recomienda el uso masivo de la BCG en España.

En 1920 reconoce abiertamente Gil Casares que, a su criterio, la solución a la enfermedad pasa por encontrar un método eficaz de inmunización antituberculosa preventiva pero a la espera de que esto sucediese, la profilaxis de la tuberculosis comprendía dos partes, una de índole general y otra de orden individual.

La primera que correspondería a los poderes públicos consistiría en la realización de casas higiénicas de alquiler módico, abaratamiento de subsistencias, disminución de los tributos, higiene de fábricas y talleres, etc. Consideraba que una forma de evitar la repatriación de emigrantes enfermos era crear escuelas preparatorias para los emigrantes de forma que tuviesen mayores opciones de conseguir trabajos menos penosos en ultramar.

También incluía en este apartado la creación por parte de los poderes públicos auxiliados por la caridad privada de sanatorios marítimos para niños predispuestos a la tuberculosis, escrofulosos o constitucionalmente débiles pudiesen permanecer temporadas largas. Resaltaba la importancia de la profilaxis en la infancia pues era ésta según su criterio la única verdaderamente eficaz. Añadía: *...deben buscarse niños que precisen cuidados de robustecimiento más o menos duraderos en las colonias de vacaciones y en los sanatorios marítimos o alpestres, siendo de advertir que no solamente han de beneficiarse los niños de las clases menesterosas, sino también los de las clases medias modestas, para lo cual habrá*

*que facilitarles bonificaciones de viaje y estancias gracias al auxilio de los poderes públicos y de beneficencia particular.*³¹⁵

Apenas encontramos referencias en la obra de Gil Casares sobre la vacuna antituberculosa. Uno de los pocos documentos sobre el tema, son las palabras recogidas durante su ponencia en el Congreso Antituberculoso celebrado en la Toja en 1925:

“Mi criterio personal sobre el asunto de la tuberculosis en el siguiente:

La Medicina y la higiene tienen bien señaladas las prescripciones para las enfermedades. De una parte aíslan al enfermo, evitan el contagio hasta a veces vacunan para que los sanos se puedan resistir.

Nada de esto es posible contra la tuberculosis. Nosotros nacemos sin infección tuberculosa, los jóvenes son ya infectados en un 50% y en más avanzada la edad llega ya al 100%. La no infección es imposible, aunque no todos morimos. Sin embargo los óbitos son una cifra enorme.

Si las infecciones se verifican en los débiles debemos procurar aumentar las energías del hombre para vencer el mal.

La vacuna específica no es posible, que dan pues medios indirectos; uno de ellos es cuidar a los niños, sobre todo los débiles, para lo cual nada como el clima de mar...”³¹⁶

En la misma obra, citando a Selter:

“Es erróneo, el parecer de muchos clínicos de que contra la tuberculosis no se produce inmunidad específica. Lo que sucede –añade– es que esta inmunidad no se asemeja a la de otras infecciones contra las cuales

³¹⁵ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

³¹⁶ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Año 5. Núm. 9. Septiembre 1925. Pág. 277-286.

aquel proceso defensivo específico se desenvuelve lentamente, persiste después de vencida la enfermedad que lo origina y no siempre depende de la influencia directa de los gérmenes vivos específicos. En la tuberculosis la inmunidad y la infección son inseparables, pues si los gérmenes desaparecen totalmente, aquella se extingue. Los organismos tuberculinizados reaccionan diferentemente que los sanos ante las nuevas infecciones tuberculosas, pues o las rechazan o se defienden de ellas por mecanismos análogos a los fenómenos de Koch. Los grados más enérgicos de inmunidad para la tuberculosis se observan en organismos con infecciones tuberculosas y dominadas; pero en los cuales hay gérmenes tuberculosos vivos en simbiosis con aquellos.”³¹⁷

Demostrada pues la gran dificultad del contagio abogaba Gil Casares por la inmunización. Basándose en experimentos de Koch en los que al reinyectar a cochinitos de Indias gérmenes tuberculosos después de seis semanas de la primera inoculación, no observaba como en el primer ensayo, que el proceso se generalizase, pues salvo el caso de inyectar muchos gérmenes que provocarían la muerte del animal en pocas horas, la nueva inyección sólo producía *in situ* que era seguida de necrosis y eliminación de los productos, abogaba pues la necesidad de recurrir a la inmunización unida eso sí, a las medidas higiénico dietéticas reconocidas en el momento como “dogma de fe” para evitar la consabida infección masiva.

Se sumaba pues y así lo refería a las teorías del Dr. Ferrán:

“Treinta años de investigaciones intensamente realizadas por los más eminentes bacteriólogos e higienistas de todos los países –dice nuestro sabio Ferrán- no han resuelto el problema (se refiere al profiláctico de la tuberculosis). Es preciso que la ciencia abandone el camino del fracaso y tome nuevas orientaciones.”³¹⁸

³¹⁷ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la...* Op. Cit.

³¹⁸ Ferrán, F. (1923) *Aclaración de conceptos, etc.* Conferencia en la R.A.N.M. Madrid.

La situación en Francia debía ser muy similar a la que acontecía en España pues citando a Robin, que tenía teorías similares a las de D. Miguel nos transcribía:

“Tengo el propósito de demostrar con hechos que aquellos que asumieron en Francia la pesada responsabilidad de la lucha contra la tuberculosis, están en la pendiente que puede comprometer a los poderes públicos y a la caridad privada al seguir una vía ineficaz, y que ya es tiempo de cambiar la dirección. ¿Cómo se pueden aceptar tan falaces doctrinas si mueren en Francia más de 90.000 tuberculosos cada año sin posible disminución, y si al contrario, a pesar de tantas luchas y tantos sacrificios durante tantos años, el mal aumenta cada vez más en las grandes ciudades?”³¹⁹

El Dr. Ferrán se refería en la misma época en términos de Medicina Preventiva de la siguiente forma:

“Por esto, la Gran Higiene, esto es, aquella que cifra sus éxitos en activar las funciones diastasógenas de nuestras células, para que puedan hidrolizar y asimilar los microorganismos nocivos, sea cual sea su procedencia, en una palabra, aquella que cifra sus éxitos en nuestra inmunización, mediante el empleo de la inmunización, mediante el empleo de vacunas adecuadas, valdrá siempre incomparablemente más que la pequeña higiene, que los cifra en la destrucción de los microbios en plena naturaleza, o en apartarlos de nosotros, cosa difícil de conseguir más allá de ciertos límites, resultando además ello onerosísimo bajo muchos otros conceptos.”³²⁰

Esta justificación precedía a la explicación, desarrollo y justificación de la vacuna anti-alfa creada por él y sus colaboradores en el Instituto Ferrán en Barcelona y que fue administrada de forma paralela a la de Calmette en España, capítulo del que nos ocuparemos más tarde.

³¹⁹ Citado por Ferrán, loc. cit

³²⁰ Ferrán, J (1923). *Las mutaciones bacilares en lo que afectan a la etiología, la patogenia, la profilaxis y la terapéutica de las infecciones pretuberculosas y la tuberculosis*. Barcelona; Imprenta La Renaixensa.

Plácido Peña Novo, en 1925 y 1930, se muestra de acuerdo con el criterio de Gil Casares:

“La tuberculina no cura la tuberculosis, porque es incapaz de producir en el organismo los anticuerpos necesarios para que éste pueda abordar la lucha con esperanzas de alcanzar la victoria, y los casos de curación a tal medio terapéutico atribuidos no son éxitos alcanzados con la tuberculina sino a pesar de la tuberculina...”³²¹

“Ya en varios trabajos periodísticos hemos dicho, y aquí volvemos a repetir, que la mejor vacuna y el mejor antiséptico contra todas las dolencias es una buena salud; mas para alcanzar ésta y para conservarla es necesario practicar la Higiene...”³²²

Sin embargo en la misma obra, reconoce que él y sus colaboradores, a expensas de estudios que certificasen la utilidad de la misma, administraban la vacuna de Ferrán:

“Con distintas razas de las bacterias no ácido resistentes que por mutación brusca pueden dar origen a bacilos de Koch, a las cuales el doctor Ferrán llama *bacterias alfa*, prepara él su vacuna antituberculosa que denomina vacuna ANTIALFA. Dicha vacuna, de cuyos resultados preventivos en contra de la peste blanca no puede juzgarse sin que antes hayan transcurrido los muchos años que por el carácter crónico y endémico de la enfermedad la Ciencia necesita para emitir un juicio definitivo, es completamente inofensiva, según hemos podido comprobar en el ya crecido número de casos que con éste u otro objeto la hemos empleado.”³²³

³²¹ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

³²² Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

³²³ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

Tenemos constancia por el Dr. Enrique Hervada de la administración de la vacuna anti-alfa de Ferrán en Galicia en el Dispensario de Orense.³²⁴ Según sus palabras, la aceptación de la vacuna era obligatoria para que los consultantes fuesen admitidos y según recoge por registros ofrecidos desde el mismo dispensario en 1924 se habían administrado unas 400 vacunas, pautadas cada ocho días hasta recibir un total de cinco dosis. El Dr. Ferrán daba al Dispensario facilidades para su adquisición *más económica*. Administraban asimismo el suero Plat. El Dr. Hervada, no ocultaba sus discrepancias terapéuticas con los médicos del Dispensario orensano: *como nosotros no participamos de sus opiniones terapéuticas nos limitamos a copiar las referencias que nos envió y agradecerle sinceramente los detalles, que muy solícitamente nos ha comunicado*. Según recogen estos testimonios *estaban satisfechos de sus resultados en las tuberculosis quirúrgicas, pero no en la pulmonar*.³²⁵

Apenas encontramos referencias de Gil Casares a la misma a pesar de ser un tema en boga en el momento. El doctor Codina Castellví, en una de sus visitas a Galicia en enero de 1925, defiende la creación de una vacuna a manos del Dr. Ferrán:

“Abrigo la esperanza –dijo– de un provenir cuya aurora aun cuando pálidamente se presenta, en el que el terrible mal sea vencido por el recurso fundamentalmente técnico del hallazgo de la vacuna propicia, que se deberá a un eminente bacteriólogo español el doctor Ferrán, tan combatido por la encarnizada guerra que se le hizo, a pesar de haber salvado tantas vidas con

³²⁴ En 1927, la vacuna anti-alfa fue instaurada obligatoriamente en las Dependencias de Diputaciones y Ayuntamientos, lo que para algunos autores fue una de las causas de retraso de la generalización de la BCG. (Molero Mesa, J. op. cit.).

³²⁵ Hervada García, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

sus anteriores inventos. Añade que aunque son varios los que procuran el descubrimiento de una vacuna eficaz, habrá sido España por medio del Dr. Ferrán, quien habrá dado el primer paso para este colosal triunfo.”³²⁶

En 1925, Gutiérrez Moyano, se muestra esperanzado con los resultados de la vacuna de Ferrán, aunque no refiere haberla utilizado, como sí expone con otras terapias alternativas que reconoce como las terapias con sales de oro:

“Deseamos que los numerosos vacunados, especialmente con las vacunaciones masivas de Alcira y Alberique den los resultados apetecidos para hacer la única verdadera y eficaz labor de profilaxis ya que todos los demás procedimientos empleados con este objeto fracasaron ruidosamente...”³²⁷

En 1933, Hervada, Souto Beavís, Freijanes y Alonso Hortas, obvian la vacunación de Ferrán y aconsejan la inmunización en niños con BCG.³²⁸ Aunque esta fecha puede parecer algo tardía dados los antecedentes mencionados, algunos de los acérrimos defensores de la vacuna anti-alfa, como el Dr. Álvarez-Sierra, seguían sosteniendo su uso a esas alturas.³²⁹

Por lo tanto, Gil Casares, mostrándose a favor de la inmunización y de acuerdo en muchos de los principios de Ferrán al que cita en sus estudios, muestra una actitud cautelosa con respeto a la administración de la vacuna. No tenemos

³²⁶ Patronato para el sanatorio. (1925). *El sanatorio antituberculoso de Cesuras*. La Coruña: Tipografía el Noroeste.

³²⁷ Gutiérrez Moyano, A. (1925). *Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia*. Conferencia pronunciada en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. Pág. 23.

³²⁸ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. Ponencia presentada a las III Jornadas Médicas Gallegas celebradas en Lugo. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

³²⁹ Álvarez-Sierra, A. (1931). *La vacunación antituberculosa en general. Cómo se práctica*. Barcelona; Editorial Labor. Pág. 42.

constancia de que la administrara pero tampoco se muestra en contra de la misma como hicieron otros tisiólogos gallegos. Esta postura es, según recoge Molero Mesa, similar a la que mantuvieron otros tisiólogos como Verdes Montenegro, Navarro Blasco, Alonso Muñoyerro o Juan Bravo Frías.

V. DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

5.1. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Tanto en sus artículos sobre la etiología de la tuberculosis, percusión, auscultación o termometría, Gil Casares insistía en la importancia del pronto diagnóstico del mal para aumentar las posibilidades tratamiento y por tanto de curación.

“El diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar es problema que siempre ha preocupado grandemente a los tisiólogos. Parece lógico suponer, en efecto, que cuanto más pronto se descubra la enfermedad, mayores serán las probabilidades de contrarrestarla y aún de vencerla, y sin desconocer que esta regla general tiene desagradables y numerosas excepciones, no puede negarse su valor en los más de los casos. Hay, pues, que observarla y para ello dispone el clínico de muchos métodos de examen.

Ninguno de ellos alcanza supremacía completa sobre los demás; todos tienen sus ventajas y defectos, y sólo (sic) su aplicación conjunta nos posibilitará la tares de descubrir la tuberculosis que comienza, pues el diagnóstico de la que ya está desenvuelta, es problema tan sencillo como arduo el otro.”³³⁰

Para nuestro autor, quien por sus escritos podemos afirmar que era un maestro también del lenguaje, preciso en palabras y tecnicismos, mostrando dominio literario cuando era necesario y sin caer en frases rimbombantes, dejando entrever en todo momento su calidad de docente, el término de *diagnóstico precoz*, tan utilizado aún en nuestros días no era del todo correcto:

³³⁰ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago.

“Pero antes de ver cómo se resuelve, conviene determinar el concepto de lo que debe entenderse por diagnóstico temprano (en oposición al tardío), que otros llaman precoz con menos propiedad del lenguaje.”³³¹

La mayoría de los tisiólogos de la época, como Palacios Olmedo...siguieron utilizando el término de precoz a pesar de la inexactitud del adjetivo utilizado, con bien nos explicaba Gil Casares.

“Clínicamente, el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar es el que descubre un grupo limitado de lesiones en su primer periodo, cuando el parénquima está dañado en muy escasa extensión (generalmente en su vértice) y ni las lesiones se han reblandecido ni abierto, ni el organismo padece otras consecuencias que las muy escasas á (sic) las que dan lugar los focos tuberculosos circunscritos y cerrados.”³³²

En la importancia de la clínica para el diagnóstico temprano de la enfermedad coincide con los más importantes tisiólogos de la época. Palacios Olmedo, con el que como vimos con anterioridad guardó una batalla al ser éste un convencido contagionista, coincide de pleno en este punto con nuestro autor:

“Las principales bases del diagnóstico las proporciona la exploración clínica metódica, ordenada y consciente; hacer bien la historia del supuesto enfermo, recoger el mayor número posible de datos, insistir en los puntos de mira de más interés para aclararlos y ampliarlos, permaneciendo siempre en guardia con objeto de no ser desviados ni equivocados en nuestros juicios por estados nerviosos u obsesiones del paciente, constituye la primordial labor del clínico, cuyos juicios son contrastados después con el auxilio de la radiografía y del laboratorio.”³³³

³³¹ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912.

³³² Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico...* Op. Cit

³³³ Palacios Olmedo, J. (1929) *Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar*. Madrid; Talleres Espasa-Calpe.

5.2. EXPLORACION FÍSICA

Pese a que Don Miguel era un gran entusiasta de los avances tecnológicos del momento, o quizás por ello consciente de sus limitaciones, ya que como veremos más adelante fue uno de los promotores de la implantación del primer aparato de rayos X del Hospital de Santiago y era aficionado a la radio, junto con.... Instaló un receptor en su domicilio alrededor del cual se reunía con amigos y compañeros, siempre destacó la importancia de la clínica para el diagnóstico y seguimiento de sus pacientes.

“Pero al lado de los médicos científicos siempre han existido, y siempre serán necesarios, los médicos prácticos, y, por mi carácter de catedrático de Universidad, cuido más de la educación de los segundos que de los primeros, aunque sólo sea por el hecho de que la enseñanza debe ajustarse á (sic) un régimen de mayorías, que están formadas por los alumnos medianos, no por los mejores. Estos médicos prácticos han de ser no sólo médicos internistas sino cirujanos, tocólogos, médico legistas, etc., han de ejercer su profesión en las pequeñas villas y en el campo; han de realizar incesantemente un trabajo abrumador y, con todo, han de resolver los problemas que la práctica médica les plantea, privados, quizás, del consejo de médicos especialistas, y desprovistos seguramente de todo el complicado y costoso mensaje moderno de los laboratorios.”³³⁴

El abuso de la tecnología en la clínica era un tema que le preocupaba de modo especial y al que hace referencia en varios de sus artículos. Es de destacar *Médicos “clínicos” y “científicos”*³³⁵ en el que demuestra su punto de vista al respecto:

“La dirección cada vez más científica de los estudios médicos envuelve el riesgo de que los médicos se desvíen de la clínica, se encierren en

³³⁴ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912.

³³⁵ Gil Casares, M. Médicos “clínicos” y “científicos”. *Revista Española de Tuberculosis*. Num 3.

los laboratorios y se aficionen con exceso al cultivo de los métodos exactos de investigación. El peligro es tanto mayor cuanto que son muchos quienes suponen a la ligera, que los inexactos métodos clásicos de exploración pueden dominarse en poco tiempo, y los menosprecian. Tanto valdría suponer que en algunas semanas uno pudiera hacerse violinista o pianista o simplemente sastre o picapedrero.

(...) La Medicina es ciencia y arte y el dominio de éste (del cual es resultado el “ojo clínico”, la supuesta “intuición”, que es saber y talento mezclados) cuesta mucho más tiempo que el de los métodos científicos de laboratorio, los cuales, no obstante, absorben casi toda la atención de los médicos científicos modernos por su casi ilimitada multiplicidad y diversidad y por la suma de variados conocimientos previos que su ejercicio requiere.

(...) Puede el pecho ser bien conformado, nutrido y flexible, y ser amplias y del todo uniformes sus excursiones. También podrán parecerse normales los resultados de la percusión. Incidentalmente he de admitir lo poco probable de que un método tan inexacto como el percutorio sirva de algo en caso como el de referencia, aparte de que son legión los médicos que no lo dominan.

Nos quedará como último recurso la auscultación de la respiración, de la voz y de la tos, es decir, el método más subjetivo de todos los puestos en práctica.”³³⁶

Para Gil Casares los síntomas clínicos y la exploración física eran siempre primordiales en el diagnóstico:

“Pero es evidente que los antiguos métodos físicos de diagnóstico, los métodos que podemos llamar clásicos, conservan todo su valor al lado de los más recientes de diagnóstico, y hasta pudiéramos decir que siempre han de poseer cierta primacía aunque sólo (sic) sea por la posibilidad de realizarlos en cualquier momento sin auxilio instrumental.”³³⁷

³³⁶ Gil Casares, M. (1930) Médicos “clínicos” y “científicos”. *Revista Española de Tuberculosis*. Núm. 3.

³³⁷ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago.

5.2.1. PERCUSIÓN.MÉTODO DE KRÖNIG Y VARIANTES

La importancia que le daba Don Miguel a una buena exploración física queda reflejada de modo particular en dos comunicaciones, la primera de ellas una década después de la instalación del aparato de rayos x en el hospital, hecho del que podemos concluir que era de la idea de que la tecnología de última generación no debe si no servir de apoyo a una completa exploración física.

-*La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910.

- *Nota sobre un nuevo método de percusión (Percusión resonante)*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián de 1912.

También es de destacar *Sobre la percusión levísima del corazón*, aunque resulte de menor interés en el caso que nos atañe por no versar sobre tuberculosis.

La percusión no era en el momento una técnica nueva. Fue introducida en la clínica por el médico vienés Leopoldo Auenbrugger (1761) y fue modificada y perfeccionada por clínicos como Corvisart, Skoda, Wintrich, Traube, Weil y otros.³³⁸

Aunque Gil Casares conocía la técnica de *percusión levísima de Goldscheider*³³⁹, y que la consideraban de gran interés para el diagnóstico y control evolutivo de la enfermedad al igual que otros autores, y a la que Nóvoa Santos³⁴⁰

³³⁸ Nóvoa Santos, R. (1928). *Manual de Patología General*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.4 Ed.

³³⁹ Véase Gil Casares, M. (1908). *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*. 21 de Febrero de 1906.

³⁴⁰ **Roberto Nóvoa Santos** (A Coruña 1885--Santiago de Compostela 1933) fue un destacado médico, investigador y ensayista español, catedrático de Patología General de la Universidad de Santiago de Compostela desde 1912 y de la misma disciplina en la Universidad Central de Madrid, a partir de 1928. En su día también estuvo becado por la J.A.E. en Francia y Alemania realizando diversos estudios y trabajos. Investigador e Internista prolífico y global tuvo, sin embargo, una especial predilección por el estudio de la diabetes, en particular, y por la Endocrinología en general.Su

hace referencia en su obra *Manual de Patología General*³⁴¹ la técnica de Krönig tenía como objetivo la sospecha temprana de la enfermedad y no su control evolutivo.³⁴²

Don Miguel consideraba la percusión de los vértices pulmonares para el diagnóstico precoz de la enfermedad de sumo interés, por ser la localización típica de aparición de las primeras lesiones tuberculosas:

“Refiriéndome exclusivamente a la percusión, saben todos los médicos que la de los vértices pulmonares, en el espacio comprendido entre la clavícula y la espina del omóplato (fosas supraclaviculares y supraespinosas), es de sumo interés por la frecuencia con que la tuberculosis se inicia en el ápex pulmonar.”³⁴³

A la exploración de los vértices pulmonares dedicó como decíamos en párrafos anteriores una comunicación completa en el Congreso de Barcelona de 1910. El método consistía en percutir las fosas supraclaviculares y supraespinosas (el espacio comprendido entre la clavícula y la espina del omóplato), método descrito por Krönig veinte años antes de la publicación de Gil Casares y que fue aprendido

Manual de Patología General, muy difundido en España e Hispanoamérica supuso una renovación en esta materia, dando entrada a la concepción fisiopatológica del enfermar de la Escuela alemana, en ese momento liderada por personalidades como Ludolf von Krehl, y al evolucionismo, y sentó las bases de la recepción de la doctrina freudiana y el inicio de los estudios sobre psicopatología en España, veinte años antes de que la asignatura de psiquiatría entrara en el plan docente de las Facultades de Medicina Vid. Nóvoa Santos, Roberto (1916) *Manual de Patología General*. T. I. 1ª Ed. Santiago de Compostela. Imp. El Eco de Santiago. Y Fernández Teijeiro, J.J. (2002) *Psicopatología Xeral de Roberto Nóvoa Santos*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.

³⁴¹ Nóvoa Santos, R. (1928). *Manual de Patología General*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. 4 Ed.

³⁴² *La percusión levísima de Goldscheider* (médico alemán) es un método clínico de exploración que consiste básicamente en percutir ambos campos pulmonares, con pequeños toques percutorios practicados en dirección sagital, bien sobre un dedo doblado o sobre una varilla de vidrio doblada en ángulo obtuso.

³⁴³ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago.

directamente de su creador en Berlín, en uno de los viajes que D. Miguel realizó a Alemania para especialización.³⁴⁴

Señalando con el lápiz dermatográfico las zonas de resonancia apicular adquieren normalmente el aspecto de dos *fajas colgadas sobre el hombro*, con forma de *manípulo sagrado*, zonas que Don Miguel llama *hombreras de Krönig*.

La percusión debía realizarse con el paciente de pie, con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante y los brazos péndulos o sentado en un taburete con un antebrazo sobre el otro y ambos sobre las ingles, situándose el clínico por detrás o por delante y a uno u otro lado del paciente según la región que esté explorando.

Aconsejaba que la percusión fuese digito-digital, es decir sin la utilización de martillo o varilla, ya que de este modo la percusión es más fina y se percibe también la resistencia a través del tacto que se pierde con el uso de material de percusión. Debía seguir los consejos de percusión por el dados ya que a pesar de defender la técnica digito-digital como la más conveniente en 1912 reconoce haber tenido que modificar la técnica: *Indicaré de pasada, que la necesidad me obligó á (sic) recurrir a la percusión martillo-digital, por haberseme formado, a fuerza de percutir, un doloroso callo en el pulpejo del dedo medio derecho.*³⁴⁵

Hace en este punto una crítica feroz a la importancia aislada de la palpación:

³⁴⁴ En una nota al pie admite haber aprendido la técnica con Krönig en el Hospital Friedrichshain de Berlín.

³⁴⁵ Gil Casares, M. (1912). *Nota sobre un nuevo método de percusión (Percusión resonante)*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago; Tipografía del Eco de Santiago.

“Con referencia á (sic) una publicación reciente del tisiólogo norteamericano F. M. Pottenger sobre la importancia suma de la rigidez muscular y de la palpación táctil ligera (*light touch palpation*) en el diagnóstico de las enfermedades viscerales, y en particular de los vértices de los pulmones (Deuts. Med. Wochens, 1910, núm.16), afirma Wolff-Eisner en el mismo número del expresado semanario que, haber conseguido reiteradas veces limitar las *hombreras* teniendo los ojos tapados, y deduce por tanto que se trata de una *percusión táctil ligera* y no de una *percusión acústica*. He repetido la experiencia con resultado positivo; pero debo confesar que yo *oía* el tono percutorio a pesar del taponamiento de los oídos. Que las impresiones táctil y acústica se superponen y completan al percutir, es un hecho comprobado de antiguo; lo que no está comprobado es que el espasmo agudo periapicular (defensa muscular) y las rigideces crónicas de los músculos, sean causa preferente ó (sic) exclusiva de las diferencias del tono percutorio, del *retraso* respiratorio, de la debilidad del murmullo vesicular, de la espiración prolongada y de la rudeza respiratoria como afirma Pottenger, ni por supuesto, que la mayor ó (sic) menor agudeza del espasmo nos ilustren acerca del grado de actividad ó (sic) inactividad de los focos tuberculosos. Wolff-Eisner cree haber podido confirmar la certeza del método de Pottenger con los resultados positivos ó (sic) negativos de la reacción conjuntival y recíprocamente. El argumento nos parece harto deleznable para ser admitido como bueno.”³⁴⁶

De esta manera, percutiendo la zona descrita, el clínico debía mantener el oído cerca de la zona de percusión para mejor notar las diferencias que, con el lápiz, iría señalando hasta limitar por completo los dos campos de resonancia.

Las zonas delimitadas por percusión debían ser iguales, haciendo examen comparativo a cierta distancia. Para Gil Casares: *cualquier diferencia que advirtamos, será demostrativa de lesión apicular, y no sólo de las lesiones avanzadas, sino también de las incipientes; por lo menos, las diferencias serán más demostrativas que las que puedan apreciarse con la percusión ordinaria.*

³⁴⁶ Gil Casares, M. (1912). *Nota sobre un nuevo método de percusión (Percusión resonante)* Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago; Tipografía de El Eco de Santiago.

Estas líneas irían aproximándose según la enfermedad fuera extendiéndose:

“...a medida que disminuye el grado de aireación de los vértices, irán aproximándose una á (sic) las líneas de los campos de resonancia apicular, pues si los tubérculos son subepiteliales, la mucosa es empujada hacia la luz del bronquio, éste se estrecha y las vesículas de colapsan en atelectasia; y si los tubérculos son peribronquiales ó (sic) perivascuales, si se desarrollan en el tejido intersticial, sufrirán compresión los vasos capilares, se estancará la sangre, disminuirá la ventilación pulmonar y el aire será también reabsorbido. Por tanto, si esas lesiones se fijan en la parte interna del vértice, se desviarán hacia afuera la línea interna de la *hombreira* y viceversa si se fijan en la parte externa, y si las lesiones se producen en toda la extensión apicular, la *hombreira* se estrechará, particularmente en el istmo. Estos fenómenos, por tener representación gráfica, son más objetivos que los cambios ligeros de sonoridad, en cuya apreciación entran por mucho las facultades acústicas del observador.”³⁴⁷

Hace así mismo alguna matización de la técnica empleada y que él considera de interés, derivadas a su criterio por diferentes relaciones anatómicas que afectarían a la sonoridad de la percusión:

“Los límites internos de la *hombreira*, por aproximarse más á (sic) los límites reales, se demuestran más fácilmente que los externos, sobre todo en la porción anterior y posterior. La primera, esto es, la parte anterior del límite interno, suele poseer un sonido más claro y timpánico en el lado izquierdo que en el derecho. Esta particularidad, que he notado y ha pasado inadvertida a Krönig y a los demás clínicos, depende, en mi opinión, de la mayor resonancia traqueal.”³⁴⁸

³⁴⁷ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago.

³⁴⁸ Gil Casares, M. Op. Cit

Entre las modificaciones que realiza a la técnica de Krönig hace referencia ya a la importancia de la resonancia en la percusión, motivo que sería dos años más tarde motivo de su comunicación al Congreso de San Sebastián titulada *Nota sobre un nuevo método de percusión (Percusión resonante)*. Nos lo avanzaba de esta forma:

“Cuido también, y la estimo de condición muy importante, que el plano del enfermo sobre el cual no se percute (el dorsal ó el frontal) sea paralelo y esté muy próximo á un tabique de la habitación, pues la experiencia me ha demostrado que de esta suerte se aprecian muchísimo mejor las diferencias ligeras de los tonos percutorios.”³⁴⁹

En 1912 en su ponencia explica con detalle la importancia de la exploración física como un arte, comparando la medicina a un arte, en este caso el musical.

“Su fundamento estriba en el hecho de que para percibir las diferencias de tonalidad poco manifiestas es imprescindible que el medio que rodea al enfermo tenga buenas condiciones acústicas. Los músicos, no sólo se preocupan de la bondad del instrumento que tocan, sino del lugar en que han de tocarlo; y en cambio, los médicos nunca han atendido más que á la técnica de la percusión. (...)”

Debemos, pues, cuidar el pretender descubrir escasas diferencias percutorias, que las ondas acústicas no se extiendan, perdiéndose, en medio de la sala, sino que se reflejen en una pared muy próxima al enfermo, que mantendrá paralelo con ella un plano dorsal o frontal, ó (sic) percutiremos, y aun es preferible, en el hueco que dejen libre las dos puertas de un armario o vitrina, entre las cuales se acomodará el enfermo simétricamente. Creo que esta práctica está llamada a generalizarse y á prestar excelentes servicios á (sic) todos los prácticos.”³⁵⁰

³⁴⁹ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago.

³⁵⁰ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912.

Hace una descripción minuciosa de la técnica y de sus variantes, demostrando unos importantes conocimientos de anatomía y resaltando siempre los resultados de la técnica deben ser coherentes con la clínica, la auscultación y los resultados bacteriológicos del esputo. Aconsejaba además que esta técnica fuese siempre acompañada de una percusión de las bases pulmonares buscando la posible existencia de afectación pleural o derrame tuberculoso.

Las conclusiones que ofrecía en su ponencia las resumía del siguiente modo:

1. “La percusión de los vértices según Krönig, aunque no es en realidad una verdadera percusión topográfica constituye un progreso muy apreciable, pues metodiza el examen y posibilita la representación gráfica de las áreas de resonancia apicular, objetivando más sus variaciones que la percusión simple o comparativa.
2. Como quiera que se trata de una percusión lineal, es más exacto aplicar el dedo plexímetro por su borde interno (posición digital del borde) que por su cara palmar.
3. Normalmente, la línea antero-interna de la zona sonora u hombrera apicular izquierda, suele poseer mayor resonancia timpánica que la homóloga derecha por la diversidad de relaciones que existen entre la tráquea y los grandes troncos venosos en ambos lados. La línea póstero-externa es la menos importante por las dificultades normales que ofrece su trazado.
4. La deformación de las hombreras (estrechamiento, desvanecimiento de sus límites con ó (sic) cambio del tono percutorio, será indicadora en alto grado de lesión tuberculosa del vértice y obligará á (sic) la atenta vigilancia ulterior del paciente aun cuando falten por el momento otros fenómenos patológicos.
5. A pesar del aspecto completamente normal de las dos hombreras podrá existir tuberculosis de los vértices demostrable por la auscultación ó (sic) por otros métodos (bacteriológicos, serológicos), pues los focos necesitan tener ciertas condiciones de tamaño y localización para poder ser descubiertos por medios percutorios. Por otra parte tampoco soy del parecer de que la percusión posibilite siempre más que la auscultación el diagnóstico temprano.

6. Las variaciones en el grado de movilidad respiratoria del borde libre pulmonar son de valor confirmativo de la tuberculosis de los vértices si coinciden con unos ú (sic) otros síntomas apicales sospechosos. En cambio, su ausencia nada prueba, y en particular, no está justificado suponer que una lesión de vértice no sea tuberculosa porque se conserve normal la locomoción respiratoria del borde pulmonar, pues si las pleuritis son contingencia frecuente de la tuberculosis, no son complicación obligada y siempre temprana de la misma.”

Palacios Olmedo, en su obra publicada en 1929 *Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar*, recomienda exactamente las dos mismas técnicas de exploración a través de la percusión, la técnica de Krönig y la de Goldscheider³⁵¹, insistiendo en los mismos puntos de interés de la exploración en los que insistía Gil Casares.

5.2.2. AUSCULTACIÓN

Otra de las técnicas que Gil Casares defendía para realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad era la auscultación, que debía ser minuciosa en todos los casos para así poder encontrar los primeros indicios tuberculosos. Como en cada una de las técnicas que describe, analiza cada detalle a fin de no considerar como fisiológico cualquier signo que supusiese un indicio de patología, de forma que pudiese procederse a iniciar un pronto tratamiento mejorando los resultados terapéuticos.

³⁵¹ **Técnica de Goldscheider:** consiste en percutir por la cara anterior del tórax en ambos lados, el espacio comprendido entre el esterno-cleido-mastoideo, la clavícula y el borde del trapecio, marcando con una línea, que siempre resulta algo oblicua, los límites que acusan ambos vértices pulmonares y realizando idéntica investigación en la cara posterior, sobre la zona comprendida entre el borde superior del trapecio, la columna vertebral y el borde superior del omóplato y marcando con otra línea el límite de ambos vértices.

“Los resultados de la auscultación del pecho de personas sanas sin muy variables en cada caso. Coercen algunos instintivamente sus respiraciones al ser auscultados y es de menester instarles a que suspiren, tosan, cuenten series de cifras, etc., para percibir en forma inequívoca el murmullo vesicular. Hasta puede suceder que su intensidad, no obstante los mentados artificios, sea tan débil como en enfisematosos o en enfermos con neumotórax. Por otra parte, la auscultación comparada de zonas simétricas de los dos lados puede ser igual o análoga en casos patológicos (lesiones bilaterales no avanzadas) o desigual dentro de la salud (murmulo más intenso en el lado izquierdo). Si la persona está agitada por la emoción o por la fatiga, acaso descubramos una respiración cardiovesicular fisiológica que nos parezca la respiración entrecortada patológica. Por fin, a pesar de concentrar toda nuestra atención, podremos quedarnos en perplejidad sobre su carácter. En estos casos la respiración es *indeterminada* porque no la oímos bien; pero puede ser *indeterminable* (Yahli) por no acertar a clasificar su condición vesicular o bronquial ligera, y no es preciso que yo recuerde la gran distancia que hay entre esto último y la respiración tubular con resonancia metálica. (...)

Parodiando a Goldscheider en el caso de referencia, podría yo decir , que más conviene al médico en ejercicio el dominio de la auscultación que el exacto conocimiento de iones y coloides. Goldscheider, en la frase de referencia, se refiere a la necesidad de que el médico sea una persona, no sólo instruida, sino educada. *Siempre sostuve el punto de vista –dice- de que conviene más esto que poseer mayores conocimientos de Física o de química, pues el médico tiene que habérselas con personas que no consisten solamente en coloides o iones, sino que también tienen su espíritu.*³⁵²

Aunque no publicó ningún tipo de trabajo específico sobre auscultación como lo hizo sobre técnica percutoria como veíamos en el apartado anterior, nuestro autor las consideraba técnicas complementarias que debían ambas ir siempre acompañadas de una anamnesis completa que debía ser congruente con la exploración y de las técnicas de laboratorio y de imagen que él considerase en cada caso. Al hablar de la

³⁵² Gil Casares, M. (1930) Médicos “clínicos” y “científicos”. *Revista Española de Tuberculosis*. Núm 3. Haciendo referencia a Goldscheider *Neber Gegenwartströnmgen in der Heilkunde*. Deutomed. Wichens, 1928, num 10

importancia de la percusión de los vértices pulmonares según la técnica de Krönig nos refiere:

“Sin embargo, no podremos prescindir de realizar con cuidado, en los vértices y en el resto del pecho, el examen de las excursiones respiratorias, de hacer percusión comparada, de auscultar con mucho esmero el murmullo vesicular y la voz, y por supuesto, de examinar bacterioscópicamente los esputos, medir la temperatura, etc., pues en algunos (raros) casos, las áreas de Krönig pueden ofrecer caracteres normales ‘‘a pesar de la existir en los vértices ó más abajo lesiones tuberculosas demostrables por otros medios.”³⁵³

Para Gil Casares clínicamente los fenómenos auscultatorios debieran preceder, en orden cronológico a los percutorios. La existencia de granulaciones en un vértice habría de producir por necesidad estenosis y aun catarro de los pequeños bronquios, congestiones, atelectasias, etc... y de consiguiente, modificaciones en los delicados ruidos de la respiración vesicular.”³⁵⁴

“Unas cuantas reglas eficaces cabe, no obstante, formular al respecto de la auscultación: la de realizarla a primera hora de la mañana, cuando el enfermo despierta del sueño nocturno; la de hacerla directamente ó con los primeros estetoscopios de madera, que son los mejores; la de examinar trecho a trecho los espacios intercostales, sin levantar la cabeza, variando por tanteo la zona de aplicación del instrumento; la de instar al enfermo a toser mientras se le ausculta; y por fin, y es regla que me parece muy valiosa, la que yo formulo de que, por lo general, el murmullo inspiratorio no sólo es más intenso, sino más agudo que el espiratorio; y cuando este tipo acústico se invierte (inspiración más grave y espiración más aguda), el fenómeno suele indicar tránsito de la respiración vesicular á (sic) la bronquial.”³⁵⁵

³⁵³ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago

³⁵⁴ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912

³⁵⁵ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912.

5.2.3 LA TEMPERATURA EN EL PACIENTE TUBERCULOSO

El estudio de la temperatura del tísico fue un tema de interés para Gil Casares. Al igual que la auscultación y percusión detalladas, el descubrimiento de cierta *termolabilidad* podría ser el primer signo de enfermedad. El discernir que la fiebre fuera de origen tísico mediante la observación de fenómenos piréticos en tuberculosos que no ocurrían en otras enfermedades que cursaban con fiebre, fue lo que le llevó a realizar estudios de termometría.

“Señores: no afirmaré yo que no hay tuberculoso incipiente sin fiebre; pero la fiebre es compañera casi constante del mal en sus comienzos, y á la menor causa provocadora, es síntoma que presentan con suma facilidad los tuberculosos crónicos apiréticos.

Me refiero, claro está, relativamente a los incipientes, no sólo a la fiebre escasa, que debe interpretarse como tuberculosa pura (fiebre escasa de pocas décimas sobre 37 en axila, en oposición a la fiebre estreptocócica que ofrecen tantas veces las tuberculosis abiertas), sino á esa peculiar inestabilidad térmica, que suele explicarse como fenómeno nervioso por desorden del centro regulador de la temperatura corporal.”³⁵⁶

Gil Casares pronuncia en 1912 una conferencia en la sede de la Liga Popular contra la tuberculosis titulada *Las oscilaciones espontaneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos*³⁵⁷ que es recogida en Los Trabajos del Real Dispensario María Cristina.

Sus estudios pudieron verse influidos por la traducción, poco antes de su comienzo del artículo de Maragliano *El ciclo térmico de las enfermedades*

³⁵⁶ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912

³⁵⁷ ABC. 12 de octubre de 1912.

infecciosas agudas.³⁵⁸, publicada en *Revista de la Academia Médico Quirúrgica Compostelana*. Santiago de Compostela.

Se trata de un trabajo experimental, que se basa fundamentalmente en la detección precoz de las oscilaciones térmicas para la el diagnóstico precoz de la enfermedad. Para las determinaciones aconseja la temperatura axilar ya que las mediciones en boca, ano o vagina, muy generalizadas, las consideraba *sucias e incómodas* y no encontraba inconveniente a la toma axilar siempre que el termómetro se mantuviese al menos diez minutos. Consideraba una temperatura normal las mediciones 36,2 y 36,8.³⁵⁹

Considerando la temperatura como un signo clínico diagnóstico de la tuberculosis en su inicio y el *signo pronóstico que más influye en la enfermedad*, y ante la aparición de febrículas, muchas veces efímeras en los *tuberculosos incipientes*, para que estos saltos *no se escapen a la observación del clínico*, había autores que aconsejaban aplicar el termómetro cuatro o más veces al día y aun de hora en hora por lo que según los cálculos de Gil podrían resultar hasta un total de cuatro horas diarias. Para solucionar esta dificultad, a su criterio, aconsejaba la colocación de un termómetro de los llamados asépticos que constan de un estuche de vidrio con una escala y el termómetro mismo en la axila, entre el dorsal y el pectoral

³⁵⁸ Maragliano, E. El ciclo térmico de las enfermedades infecciosas agudas. *Revista de la Academia Médico Quirúrgica Compostelana*. Traducción de Gil Casares. Santiago de Compostela. Pág. 151-154.

³⁵⁹ Gil Casares, M. (1912). *Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos*. Comunicación presentada a las Sesiones Científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis. Liga Popular contra la Tuberculosis. Trabajos del Dispensario Antituberculoso María Cristina de Madrid. Madrid; Imp. Y Encuad. de V. Tordesillas. Pág. 299-315.

También como folleto en 1912: Comunicación a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis, en Madrid, octubre de 1912. *Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos en 1912*. Santiago; *El Eco de Santiago* 15 pág. y en *Revista Clínica de Madrid* Núm. 9. Pág. 14-26.

ancho, invertido y fijado con dos tiras de esparadrapo. La técnica consistía en fijar el termómetro primero 24 horas y luego, en caso de alcanzar temperaturas patológicas, cada doce, seis o tres horas, hasta averiguar a qué horas del día correspondían los picos febriles. Apreciada de esta forma, consideraban podían advertirse varias décimas o grados más que con la técnica habitual y era la forma de advertir las fiebres efímeras de los inicios de la enfermedad.

“Los individuos amenazados por la tuberculosis, o mejor dicho, los tuberculosos latentes o incipientes, suelen mostrar una especial inestabilidad de la temperatura, comparable a la que ofrecen los convalecientes de enfermedades febriles, como la sepsis, la tifoidea, la gripe, etc. Basta en ellos la intervención de influencias provocadoras muy variadas, que el individuo sano tolera sin dificultad, para que la regulación térmica se altere y se presenten crisis efímeras.”³⁶⁰

Unos años más tarde, Peña Novo, en 1925, sin citar a Gil Casares, sigue haciendo referencia a las elevaciones corporales térmicas como uno de los principales datos pronósticos de los que podía disponer el clínico:

“Hay autores que conceden a la fiebre poca importancia en el pronóstico de la tuberculosis; nosotros, sin embargo creemos este síntoma como uno de los más importantes jalones necesarios para instruir el tratamiento y poder formar un juicio acertado acerca de la futura marcha del proceso, pues la experiencia nos ha enseñado que las posibilidades de curación aumentan en razón inversa a la fiebre.”³⁶¹

La apreciación de febrículas en estados iniciales o latentes de la enfermedad, era una aseveración demostrada y un síntoma clínico a vigilar. Partiendo de la

³⁶⁰ Gil Casares, M. Op. Cit.

³⁶¹ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura.* A Coruña; Tipografía del Noroeste.

premisa de que el pronóstico de la enfermedad era mejor cuanto antes se iniciase el tratamiento (reposo, alimentación, aire libre), De igual manera, Palacios Olmedo, años después, en 1929, en su obra *Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar* nos dice lo siguiente, concordando por completo con Don Miguel, en la labilidad térmica del paciente tuberculoso:

“Otro síntoma que precisa perseguir y estudiar con todo empeño es la *febrícula*, que frecuentemente suele ser el único síntoma inicial aparente, pero que a la vez no es patognomónico de la tuberculosis pulmonar. Esta febrícula puede llegar a transformarse en fiebre, unas veces de exacerbación vespertina, otras matutina, oscilando entre los 37 y 39 grados o más, con escalofrío, sudores nocturnos, laxitud y debilidad general, sin otro síntoma marcado.

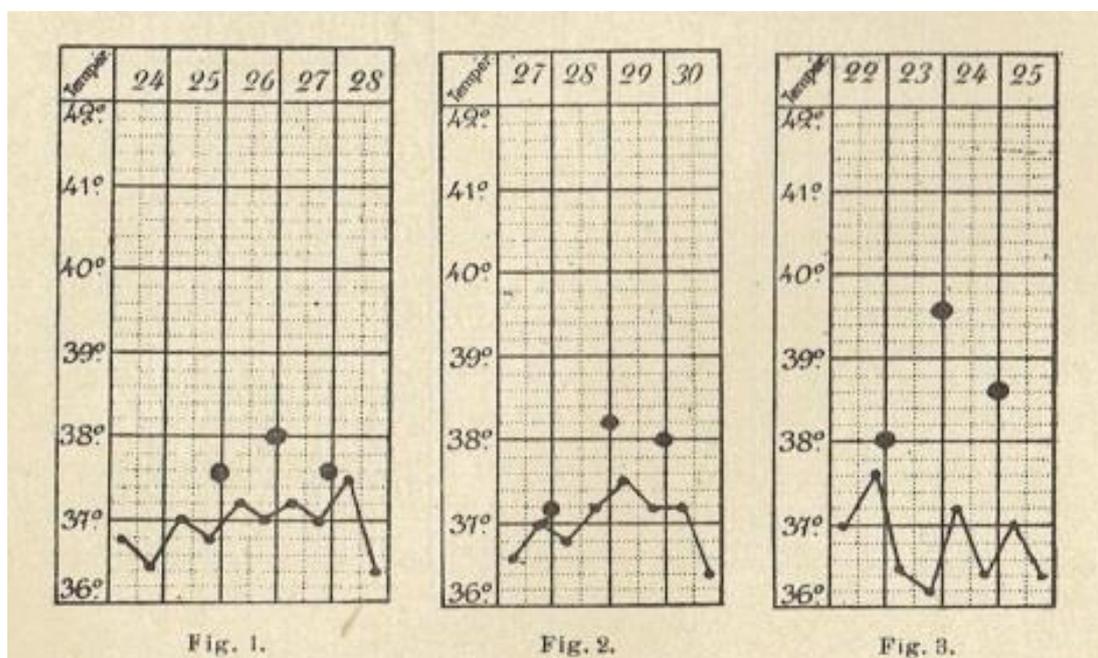
(...) Se aconseja, entre varios procedimientos, para deslindar los campos de lo normal y de lo patológico en las temperaturas, observarlas durante unos días, dos o tres, haciendo la recogida del dato cada dos horas en reposo y haciendo pasear después al supuesto enfermo durante una hora, recogiendo inmediatamente la temperatura, que se considerará como patológica si asciende medio grado o más sobre la recogida en reposo.

(...) Estas oscilaciones muy marcadas de la temperatura inmediatamente de hacer ejercicio, suelen ser bastante más frecuentes en las tuberculosis que en otras enfermedades, ocurriendo algo parecido en la fiebre de *tipo invertido*, es decir, de máxima matutina.”³⁶²

“Partiendo de estas ideas, nos propusimos investigar si la inestabilidad térmica de los tuberculosos podría así mismo relacionarse con cambios osmóticos de la sangre, sea inyectándolos por vía venosa líquidos hipertónicos, sea provocando evacuaciones diarreicas ó emisiones sudorales, sea mediante la práctica de sangrías moderadas.”

³⁶² Palacios Olmedo, J. (1929) *Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar*. Madrid; Talleres Espasa-Calpe.

A continuación describe una serie de casos: en cuanto a la administración de Na Cl al 12 por 1000 en un volumen variable entre 50 y 200 cm cúbicos, técnica que según explica realizó *muchas docenas de veces* a enfermos tuberculosos. En la ponencia describe solamente 5 casos, cuatro tuberculosos, en los que se observó un aumento de temperatura y escalofríos y un caso de sífilis que sería el *caso testigo*, en el cual no se sucedieron cambios en la temperatura corporal sin otros fenómenos.



Oscilaciones en la temperatura corporal observadas por Gil Casares tras la administración de suero salino hipertónico.

En cuanto a la administración de medicación purgante, realizó estudios con la ingestión de 250 a 300 gramos de limonada purgante, *que no siempre, a esta dosis, producían diarrea intensa, absteniéndose de utilizar purgantes drásticos*, describiendo dos casos clínicos en los que se observó elevación de temperatura.

Tampoco realizó pruebas mediante el test del ejercicio de Daremberg y Penzoldt por considerarla *muy molesta*.

Refiere sin embargo, haber realizado muchos y muy demostrativos casos de sangría. Mediante la extracción nunca mayor de 100 a 125 cm cúbicos (volumen extraído que fuera de considerar nocivo, estimaba beneficiosa por estimular la regeneración hemática). Justifica este estudio como continuación de las observadas fiebres catameniales que se producían en las tuberculosas.

Expone ocho casos clínicos, siete casos de tuberculosis en los que se aprecia elevación de la temperatura, otro caso de anemia no tuberculosa en la que aparece febrícula y el caso de una mujer con parálisis agitante en los que no se modifica en absoluto.

Conclusiones:

1-El método de la fijación del termómetro en la axila es el más seguro para describir las elevaciones fugaces de la temperatura y para averiguar las máximas térmicas en el curso del día.

2-Puede admitirse como seguro, á juzgar por los datos experimentales y clínicos, que la inestabilidad térmica de los tuberculosos guarda relaciones indirectas con las oscilaciones de la tensión osmótica de la sangre, y directas con los procesos de reabsorción ó de trasudación intersticial.

3-La inyecciones intravenosas hipertónicas producen fiebre porque, al aumentar la concentración del plasma, acrecen la reabsorción vascular de la linfa tóxica (la linfa siempre es menos densa que el plasma). Los medicamentos purgantes

(y también probablemente diaforéticos y sialogogos) actuarían en forma parecida. Las emisiones sanguíneas determinarían elevaciones de la temperatura por el aflujo intravascular de la linfa intersticial al restablecerse el volumen de la sangre.

4-Los fenómenos febriles que se observan frecuentemente después de las inyecciones intravenosas de salvarsán, no dependerían de que la sal común tenga acciones pirogénicas, ni tampoco de una sepsis benigna o de una intoxicación exógena, sino de reabsorciones de depósitos tóxicos intraorgánicos que se movilizarían al desordenarse la presión osmótica.

5-En los tuberculosos, la fiebre consecutiva al ejercicio físico, la emocional, la que acompaña a la digestión de las comidas copiosas o a los trastornos gastrointestinales y la que coincide en las jóvenes con la menstruación, puede explicarse, por desórdenes bruscos en la tensión osmótica de la sangre o por cambios en el volumen de esta.

6-Al pretender interpretar las elevaciones febriles de los pretuberculosos o de los tuberculosos confirmados, no se olvidará la posible intervención de los factores que influyen en el grado de concentración del plasma. La físico-química de la sangre debe pesar en nuestro ánimo al recomendar uno u otro régimen higiénico dietético y aun al prescribir medicamentos a nuestros enfermos tuberculosos, puesto que ella es, en último término, la que gradúa en cada momento la intensidad de la reabsorción de los productos tóxicos.

5.3. PALOGRAFÍA

5.3.1 PALOGRAMAS DE PULSO DÍCROTO EN EL PACIENTE TUBERCULOSO

El Palógrafo.

En 1918, se produce, mientras estudiaba la respiración entrecortada y trataba de registrar sus oscilaciones en unas gráficas, el que fue, quizás, su mayor éxito en lo referente a los estudios cardiovasculares; la invención del aparato que denominó Cinefotopalógrafo³⁶³, Cimógrafo de refracción, o, más sencillamente, Palógrafo; término que procede del griego *Palós*, que significa *palpitar*. Pertenecía dicho aparato, en palabras del propio D. Miguel, a la clase comúnmente conocida como esfigmógrafos.

“estudiando la génesis de la respiración entrecortada y tratando de registrar las curvas cardioneumáticas de presión que la originan, hemos llegado a idear y construir un nuevo aparato inscriptor del pulso llamado probablemente a prestar señalados servicios a la investigación fisiológica y a la práctica médica.”³⁶⁴

Lo patentó en España enseguida, el 1 de Marzo de 1918, como muestra el documento de la imagen que sigue a estas líneas.

³⁶³ Concesión de la Patente de la **United States Patent Office** de 18 de Abril de 1922, para el *Método y aparato de registro de los pulsos arteriales*, cuya solicitud había sido inscrita el 25 de Julio de 1919, por el propio Gil Casares, con el auxilio de su abogado americano Mr. William Wallace White, en presencia de los testigos Eumenio Rodríguez y Martin Boroense. (ver fig adjunta)

³⁶⁴ Gil Casares, M. (1918) Un nuevo método registrador del pulso. *Policlínica: Revista mensual de medicina, Cirugía y especialidades*. Valencia. Mayo. nº 65. P 325.

Fue acogido con verdadero entusiasmo por sus contemporáneos:

“Como inventor es una gloria de España, y debemos, todos los que nos preciamos de buenos españoles, prestarle el tributo de nuestro agradecimiento, por ser de los pocos que llevan el nombre de nuestra Patria más allá de las fronteras, honrándola y enaltecéndola.

La invención del palógrafo fue acogida con entusiasmo por todas las eminencias médicas, tanto españolas como extranjeras, por la riqueza cualitativa y cuantitativa de sus aportaciones fisiológicas y clínicas, y él mismo incorporó a la ciencia su técnica, antes de ponerlo en manos de los demás.”³⁶⁵

Número de entrada 21726

MINISTERIO
DE
FOMENTO
REGISTRO GENERAL

En el día de la fecha, a las once
y treinta minutos, ha sido entregada en
esta dependencia una solicitud de patente de invención
por "Un procedimiento industrial para el
tener por un nuevo método palográfico
las curvas del pulso"

por D. Mmanuel Gil Casares
en nombre de Don Antonio Ordere
acompañada de la documentación que previene la ley para las de su clase para su
registro en el de la Propiedad Industrial y Comercial.

Madrid 1º de abril de 1918

EL OFICIAL ENCARGADO,
Barragán

Registrada al folio núm. 154



Patente española del Palógrafo. Archivo familiar de Gil Casares.

Mediante el Palógrafo, efectivamente, se podían registrar las ondas de los cardiogramas, flebogranas y arteriogramas.

³⁶⁵ Bugallo Sineiro, J. (1934). *Miguel Gil Casares (Breve memoria de su vida y sus obras)*. Trabajos de la Cátedra de Historia de la Medicina. Madrid. Universidad Central. (Curso 1933-1934). Pág. 317.

El método se denominó Palográfico y sus trazados Palogramas. Hubo tres generaciones del mismo siendo construido por la casa Sanitas de Berlín, cuyo delegado en España era, en Madrid, D. Carlos Knappe.³⁶⁶

El palógrafo estaba constituido, como puede verse en el esquema, correspondiente a la patente en los Estados Unidos de América, por un cilindro exterior de latón (fig. 1) que sirve de cámara oscura, en la cual la luz, refractada por los manómetros (de ahí lo de cimógrafo de refracción), penetra a través de estrechas rendijas practicadas verticalmente unas sobre otras. En el pie del cilindro, y por debajo de la línea de los manómetros, hay otra pequeña perforación cubierta por una chapita perforada que, movida rítmicamente por un reloj, deja impresionado un zigzag que señala quintos de segundo en las máximas separaciones de las líneas quebradas. Un cilindro interior gira sobre su eje gracias a un aparato de relojería. Sobre este cilindro desmontable, se enrolla una tira de papel bromuro sujeta por un muelle.

³⁶⁶ Vid. Gil de la Peña, M. (1999). *El Profesor Miguel Gil Casares (1871-1931): sus aportaciones a la Tisiología y Cardiología*. A Coruña. Discurso para la recepción pública como Académico Numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Ed. Instituto de España. RAMYCGA.

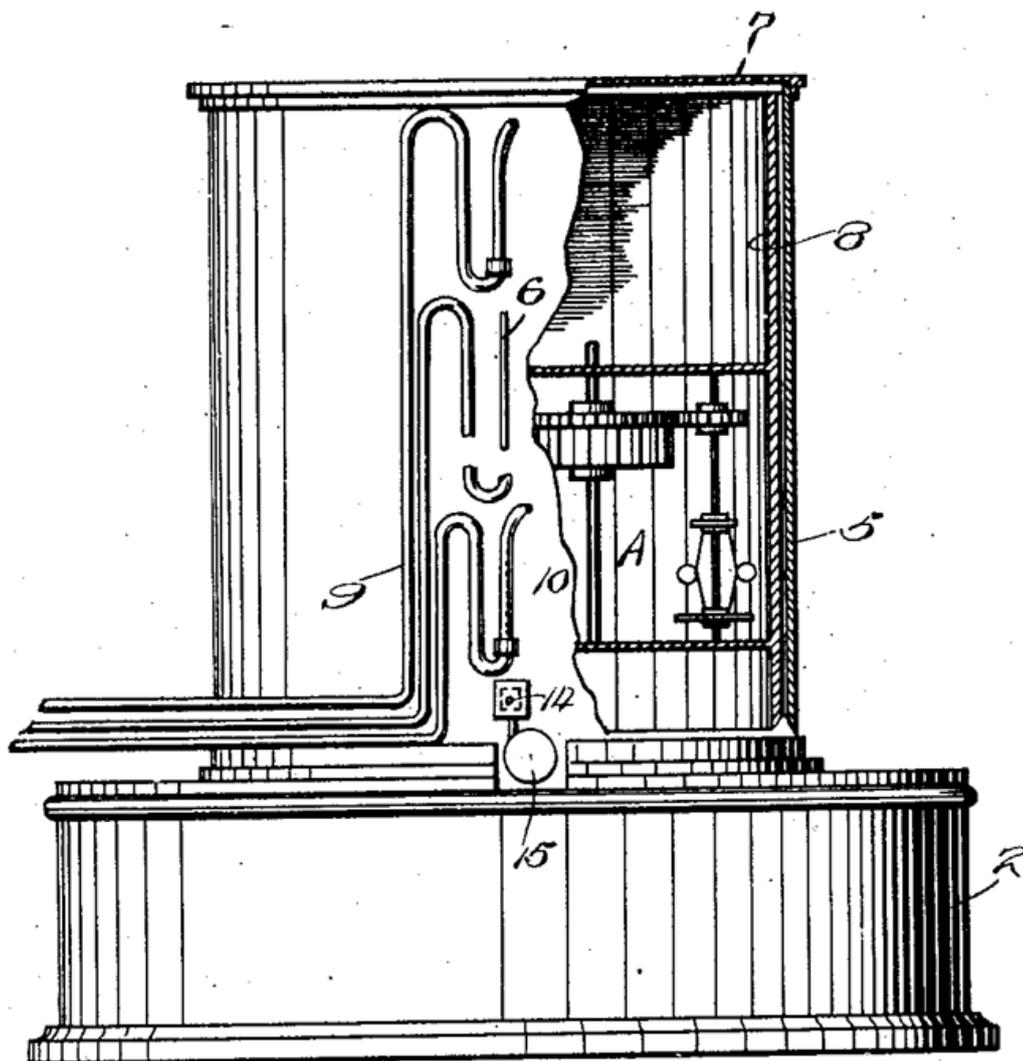


Fig. 1

INVENTOR
Miguel Gil Casares
BY
Wm Wallace White
ATTORNEY

1,413,389.

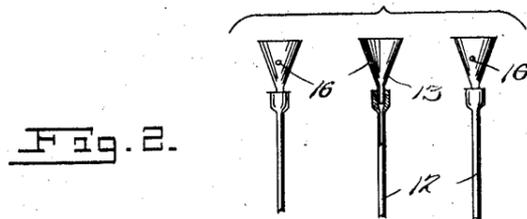
M. G. CASARES.
METHOD OF AND APPARATUS FOR RECORDING ARTERIAL PULSATIOMS.
APPLICATION FILED JULY 25, 1919.

Patented Apr. 18, 1922.
2 SHEETS—SHEET 1.

Esquema del Palógrafo de Gil Casares proveniente de la patente de EEUU.

A la distancia adecuada por delante de las rendijas, se sitúa un foco luminoso potente que proyecta sobre el cilindro interno las líneas luminosas de los manómetros. Enlazados estos con los tubos de transmisión provistos de receptores, se pone en marcha el aparato en el momento preciso y al finalizar se revela y fija la cinta fotográfica, en la cual destacan los gráficos del pulso.

La técnica palográfica es sencilla y se comienza colocando en la cámara oscura la cinta fotográfica, fijándola con el muelle alrededor del cilindro interno del palógrafo. Después se enciende la luz eléctrica del mismo, y con una jeringa de Pravaz, provista de cánula (fig 2), se echa éter en los manómetros hasta la mitad de la altura de los tubos, cuidando de que no se interpongan burbujas de aire en las columnas líquidas.

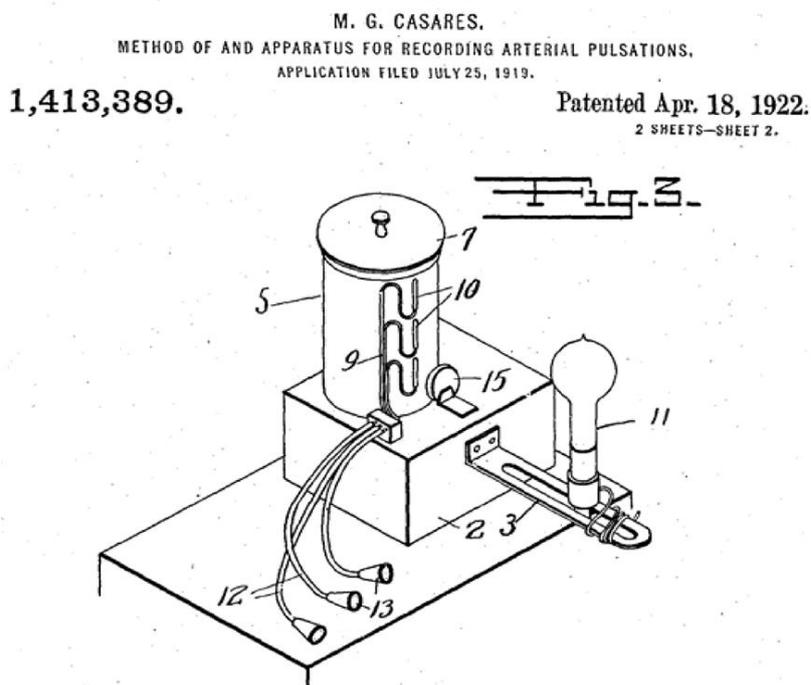


Esquema del Palógrafo de Gil Casares proveniente de la patente de EEUU.

Los manómetros se enlazan con los receptores mediante tubos de goma de un metro de largo, de gruesas paredes y de muy estrecha sección conductiva. Los receptores tienen hacia la mitad de su altura un punto de perforación que sólo debe taparse con el pulpejo del dedo medio cuando deseemos transmitir a los manómetros

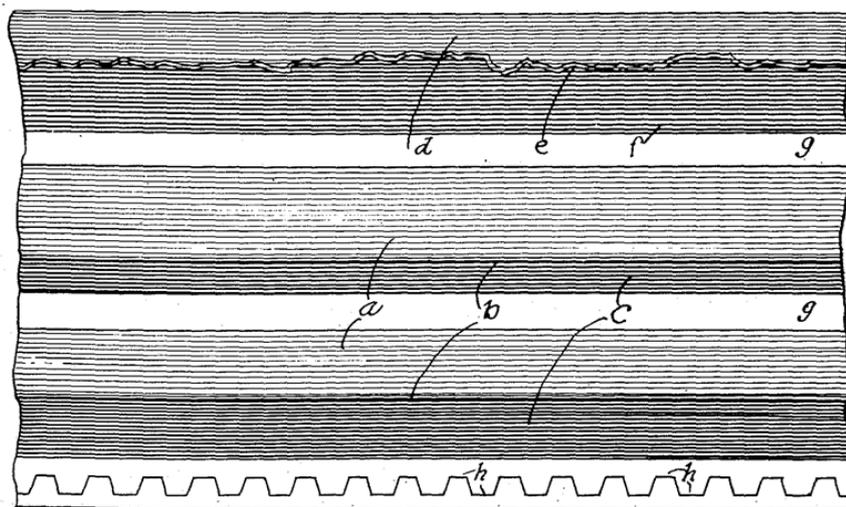
las ondulaciones pulsátiles; en cambio, deben estar destapadas en los momentos de aplicación y de retirada.

El paciente se echará en posición supina sobre una camilla, al lado de cuya cabecera se instalará el palógrafo en mesa aparte. Se comienza por ensayar la transmisión del choque de la punta cardíaca. El receptor se aplica sobre el lugar de máxima intensidad del latido; y ocluyendo su orificio se juzgará, puestos los ojos en el manómetro, si las oscilaciones son de suficiente amplitud, en cuyo caso se señalará con el lápiz dermatográfico el punto elegido.



Esquema del Palógrafo de Gil Casares proveniente de la patente de EEUU.

Después se obtendrán las gráficas del flebograma y el arteriograma.(fig 4)



Inventor
Miguel Gil Casares
By his Attorney
Wm. Haller White

Registro del Palógrafo de Gil Casares proveniente de la patente de EEUU.

El palógrafo recoge con facilidad y prontitud las ondulaciones venosas. Basta con adaptar ligeramente a la piel el receptor sobre la vena para que en el acto oscile la columna líquida. Conviene que el enfermo tenga la cabeza moderadamente extendida sobre el cuello en relajación, torciéndola algo hacia la derecha. Terminados los tanteos, se señalará con el lápiz dermatográfico el punto preciso de la aplicación del receptor sobre la vena.

UNITED STATES PATENT OFFICE.

MIGUEL GIL CASARES, OF SANTIAGO, SPAIN.

METHOD OF AND APPARATUS FOR RECORDING ARTERIAL PULSATIIONS.

1,413,389.

Specification of Letters Patent. Patented Apr. 18, 1922.

Application filed July 25, 1919. Serial No. 313,221.

To all whom it may concern:

Be it known that I, MIGUEL GIL CASARES, a subject of the King of Spain, and a resident of Santiago, Spain, have invented certain new and useful Improvements in Methods of and Apparatus for Recording Arterial Pulsations.

This invention relates to an improved method of and apparatus for recording arterial pulsations, such apparatus being of the class commonly known as sphygmographs, and more especially to an instrument of that character which I have herein designated as a cinéphotopalograph, the object of the invention being to provide an instrument by means of which circulation phenomena in different parts of the body may be simultaneously recorded photographically on a single sensitized strip during movement of such strip.

With the foregoing and other objects in view, which will appear as the description proceeds, the invention consists in the novel features of construction and combination of parts which will be more fully described hereinafter and particularly pointed out in the claims.

In the drawings accompanying and forming part of this specification,

Figure 1 is a partly sectional side elevation of the instrument proper;

Fig. 2 illustrates in side elevation the funnels and portions of the flexible attaching tubes, one of said funnels and its tube being shown in section;

Fig. 3 is a perspective view illustrating the complete instrument; and

Fig. 4 illustrates a development of the photographic record produced by the instrument.

The same characters of reference designate the same parts in the different figures of the drawings.

The method and apparatus herein described are based upon the following two fundamental facts:

(a) By fitting to the end of a small funnel a flexible tube and placing the opposite end of said tube in communication with a glass tube of small diameter having a portion thereof bent into U-shape and in which a small quantity of a suitable liquid, such for instance as ether, acetone, or even water has been placed, and then carefully applying the open end of the funnel to certain parts of the body where the pulsations

of the heart and arteries and the movements of the veins may be noted, the pulsative phenomena are freely transmitted to the liquid in the U-shaped tube.

(b) The physical peculiarities presented by the manometrical tube can be recorded by projecting through the use of luminous rays a silhouette of such tube on a sensitized strip.

Referring to the drawings, 2 designates a supporting base or stand, preferably of wood, to which is secured a bracket 3 for supporting a source of light, shown herein as an electric lamp 11. Mounted on the base 2 is a stationary cylindrical casing 5, having a suitable top closure 7 and provided, in its side wall, with a plurality of vertically aligned slits or openings 6, shown herein as three in number, one of said slits being shown in full lines and the others in dotted lines in Fig. 1.

Within the casing 5, concentric therewith, is mounted for rotation a second cylinder 8, the rotation of which may be produced by a suitable clockwork mounted therein, said clockwork being indicated in a general way at A. The cylinder 8 is adapted to carry on its periphery a strip of sensitized paper or film, any suitable means being provided for holding the film in position on the cylinder. Means may also be employed for varying the speed of rotation and for automatically stopping such rotation at the end of a complete revolution.

Supported on the base 2 and the casing 5, are a plurality of transparent tubes 9, each having a U-shaped portion, one leg 10 of which is in position to close one of the slits 6 in the casing 5, and suitably carried by the bracket 3 in alinement with the legs of the tubes is a source of light, such as an electric lamp 11. Communicating with the outer end of each of the tubes 9 is a flexible tube 12, carrying at its opposite end a funnel 13.

At the lower part of the casing 5 is provided means for indicating photographically periods of time, preferably one-fifth of a second. This means in the present instance comprises a slidable member 14 adapted to uncover alternately the upper and lower ends of an opening in the casing 5 to expose a portion of the film to the light. The member 14 may be actuated by means of a rod and pin connection with a pulley or wheel 15, which in turn may be rotated

2

1,413,389

by means of a clockwork (not shown) carried within the base 2, and so adjusted that the slide will move in one direction or the other every one-fifth of a second.

5 From the foregoing, it will be seen that if a small quantity of liquid such as ether is placed in the bent portion of the tubes 9, and the funnels 13 applied to the body of a patient, as hereinbefore referred to, the pulsations will be freely transmitted to the liquid, and if the cylinder 8 carrying the sensitized strip is set in motion, while the light is turned on so as to illuminate the transparent legs 10 of the tubes 9, the strip will receive an impression through the slits 6 in the casing 5. It will be found that each of such impressions comprises three clearly distinct zones, these zones corresponding to the liquid (the part which is most highly impressed), the clear border (al menisco) and the air (intermediate impression).

In Fig. 4, I have illustrated a development of the film. In this figure, the two lower impressions, each comprising the zones *a*, *b* and *c*, represent impressions without pulsation, while the upper impression, comprising the zones *d*, *e* and *f*, represents an impression made when the funnels are applied to a pulsating region of a patient's body. The white bands *g* between the impressions are the portions of the film protected from the light by the opaque portion of the casing 5 between the ends of adjacent slits 6. The broken line *h* indicates the impressions made by reason of the periodic movement of the slide 14.

Each of the funnels 13 is provided in its wall with a small aperture 16, so that when the funnel is applied to the body of the patient, any undesirable air compression in the funnel and tube is avoided. The operator may close these openings with the tips of his fingers while forming the impressions, and may uncover the openings before removing the funnels from the body, so as to avoid the aspiration of the ether toward the flexible tubes.

While I have described in detail the structure herein illustrated, it is to be understood that I do not thereby limit my invention to the precise features of construction shown, as I am aware that many mechanical changes and modifications may be made therein without departing from the spirit and scope of

the invention as set forth in the appended claims.

Having thus described my invention, what I claim is:

1. In an apparatus for physiological and clinical examination for noting the pulse variations of the circulatory system, the combination of a casing provided with a vertical slit, a rotatable member within said casing and adapted to carry a sensitized strip adjacent to said slit, a U-shaped transparent tube supported outside of said casing and having a leg in position to close said slit, said tube carrying a liquid in the bent portion thereof, a source of light disposed in position to diffuse its rays through said legs and slit and on to said sensitized strip thereby to generate on the strip a reception field containing three distinct impressions corresponding respectively to the liquid in the tube, the meniscus of said liquid and the air in the tube, and a pulsation transmitting tube attached to said U-shaped tube.

2. In an instrument of the class described, the combination of a casing having a plurality of slits therein in vertical alignment, a rotatable member within said casing adapted to carry a sensitized strip adjacent to said slits, a plurality of U-shaped transparent tubes supported outside of said casing and each having a leg in position to close one of said slits, and carrying a liquid in the bent portion thereof, a source of light disposed in position to diffuse its rays through said legs and slits and on to said sensitized strip thereby to generate on the strip three separate reception fields, each containing three distinct impressions corresponding respectively to the liquid in the tube, the meniscus of said liquid and the air in the tube, and a separate pulsation transmitting tube attached to each of said tubes and adapted to be applied to different portions of a body for recording on said sensitized strip a common picture of the pulsations at such different portions at the same moment.

In testimony whereof I have signed my name to this specification in the presence of two subscribing witnesses.

MIGUEL GIL CASARES.

Witnesses:

EUMENIO RODRIGUEZ,
MARTIN BOROENSE.

Registro en EEUU del palógrafo. [www.google/patents/us 1413389](http://www.google/patents/us1413389)

Finalmente, se hace la transmisión al palógrafo del pulso de la arteria carótida izquierda, porque al ser una arteria de gran calibre y cercana al corazón, da una representación mucho más amplia y exacta del trabajo cardíaco, que los de la arteria radial. Se buscará primero con el tacto del dedo índice el latido de la carótida algo por debajo del ángulo de la mandíbula; después, sosteniendo enérgicamente entre el

pulgar y el índice derecho el receptor, se aplicará con presión gradual y normal, sobre las partes blandas en el lugar preciso, hasta que, al ocluir con el dedo medio el orificio del receptor se perciban bastante amplias las oscilaciones del manómetro. La presión del receptor es la oportuna cuando se perciben las sacudidas catacróticas en la columna líquida.

Gracias al palógrafo, Gil Casares registraba los movimientos cardíacos, arteriales y venosos, transmitiéndolos a manómetros de éter o de acetona, cuyas oscilaciones recogía fotográficamente, lo que le permitía registros simultáneos de gran nitidez en los que podía observar claramente los movimientos del ciclo cardíaco en las diversas localizaciones.

A este respecto, dice el Dr. D. Miguel Gil de la Peña:

“Con su equipo, mi abuelo, pudo precisar la forma y detalles de los cardiogramas normales y patológicos, descubrió la verdadera génesis de las ondas catacróticas del pulso venoso y arterial, así como los movimientos precordiales, y determinó la estrecha relación que existe entre la diversidad morfológica de los cardiogramas y arteriogramas; precisando las características de los palogramas de algunas lesiones valvulares del corazón, contribuyendo con ello a una mayor objetividad de los diagnósticos, que en la práctica médica de entonces, se fundaban con excesiva frecuencia en apreciaciones subjetivas.”³⁶⁷

El palógrafo difería de otros aparatos de la época en que hacía un registro continuo y simultáneo de varias estructuras del sistema vascular lo que lo hacía muy

³⁶⁷ Gil de la Peña, M. (1999). *El Profesor Miguel Gil Casares (1871-1931): sus aportaciones a la Fisiología y Cardiología*. A Coruña. Discurso para la recepción pública como Académico Numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Ed. Instituto de España-RAMYCGA. P 15-23.

exacto y tenía la ventaja de una gran fidelidad de trazados que eran fotográficos, el sincronismo de estos, la amplitud y nitidez de las gráficas y su fácil manejo.

Según el Dr. Gil de la Peña:

El instrumental esfigmográfico y poligráfico que se usaba en aquel entonces para la transmisión de las oscilaciones vasculares era complicado y se hacía mediante un sistema de palancas articuladas.

Existían los precedentes de los esfiguinógrafos de Marcy y Dudgeon³⁶⁸, ante los cuales el palógrafo es una evolución mejorada. Otro era el sistema de Nicolai y Mackenzie, pero los registros eran lentos y las curvas se desfiguraban fácilmente por los saltos de las palancas y los roces del punzón sobre el papel.

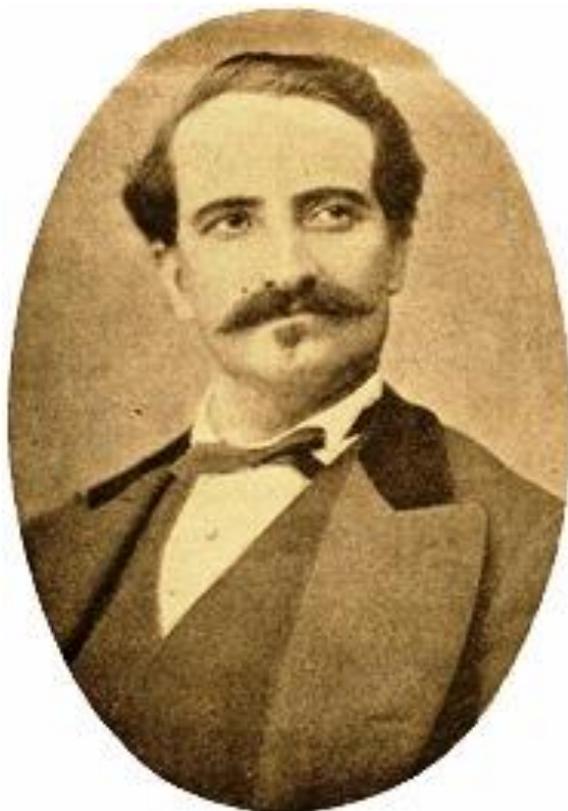
Eran técnicas molestas para el paciente, complejas y farragosas para el clínico, presentando las ondas de los flebogranas muchos problemas por la escasa energía de las ondulaciones venosas que se extinguían fácilmente complicando su interpretación. En la misma época aparecieron los cimógrafos de reflexión de Franck y Ohm, técnicas mejores pero muy caras y complejas.

Probablemente, como dice el Dr. Gil, el palógrafo pudo ser un excelente precursor del fonocardiógrafo que estuvo en uso hasta el advenimiento de la ecografía, pero, la mayor aceptación del Electrocardiógrafo o al menos su más amplia difusión; estando ya los modelos *Cambridge* en uso desde 1915³⁶⁹, abortaron su éxito a largo plazo, amén del hecho de no haber sido publicado en revistas científicas el hallazgo en inglés, pese a su patente americana.

³⁶⁸ Fuster Siebert, M. Sisto Edreira, R. (1993-2005) Gil Casares, Miguel. En: *Diccionario Histórico das Ciencias e das técnicas de Galicia*. Sada. Edición do Castro. P.140.

³⁶⁹ Fuster Siebert, M. Sisto Edreira, R. (1993-2005) Gil Casares, Miguel. En: *Diccionario Histórico das Ciencias e das técnicas de Galicia*. Sada. Edición do Castro. Pág.140.

El Problema del Premio Faustino Röel.



Faustino Röel. Banco de Imágenes de la Medicina Española de la RANM.

En 1918, envió su trabajo: *Un nuevo método registrador del pulso* al Instituto Médico Valenciano al premio Dr. Faustino Röel³⁷⁰, bajo el lema *Perseverancia*, no siendo premiado, por motivos extracientíficos, como dice el Dr. Gil de la Peña, pero no del todo injustos, según parece.

En la sesión de la Junta directiva del Instituto Médico Valenciano de 23 de abril de 1918³⁷¹, recogida en el libro de actas en la página 222, al hablar de diversos

³⁷⁰ **Faustino García Röel** (Ceceda, 1841 - Madrid, 1895). Dividió su fortuna en tres partes: para su ciudad natal, Ceceda; para el lugar donde ejerció, Oviedo; el resto para la Real Academia de Medicina de Madrid, la Sociedad Española de Higiene y el Instituto Médico Valenciano. Aún hoy 2013, uno de los premios que anualmente concede el Instituto, lleva su nombre.

EN: Instituto Médico Valenciano. http://www.imeval.org/quienes_somos.html

³⁷¹ http://hicido.uv.es/IMV/Actas/Actas_1918/19180423.pdf

Premios de ese año concedidos por el Instituto, bajo diversos epígrafes como Sección de Cirugía, Topografías Médicas etc, al llegar a los premios de *Asunto Libre*, dice textualmente:

“Asunto libre: Premio: Una Comisión propone que sea concedido al trabajo que lleva por lema “*Aurora*” y otra Comisión propone sea premiado el que lleva por lema: “*Perseverancia*”.

Más adelante, en la parte de discusión del mismo día, en la página 223 se preguntan, entre otras cuestiones, en el segundo apartado:

2º.- ¿Cabe crear y conceder otro premio de *Asunto Libre* de la Fundación Röel?

3º.- ¿Cabe valorar el mérito relativo de las memorias “*Aurora*” y “*Perseverancia*”

Por unanimidad acordóse llevar estos extremos a la Junta General a fin de que esta con su superior criterio resuelva lo que crea conveniente”.

Al día siguiente, día 24 de Abril la Junta se reúne nuevamente y, tras leerse las dimisiones de los Dres Rodríguez Fornos como Presidente y Vila Barberá como Secretario General, *por sus múltiples ocupaciones particulares y profesionales*³⁷² y no aceptarlas la Junta aunque el Dr. Chapa interviene en nombre de Rodríguez Fornos indicando que es irrevocable, el Dr. García Brustenga³⁷³ suplica se de lectura al informe emitido por el Notario de Valencia Sr. Roch, acerca de las disposiciones testamentarias de la Fundación Röel, a lo que se procede, acordándose proponer a la

³⁷² Libro de Actas, pág. 224.

³⁷³ Ib pág 225.

Junta General³⁷⁴ se nombre una Comisión Mixta que estudie ambos trabajos y emita opinión comparativa proponiendo al que estime de mayores méritos. Se cierra la Sesión.

El 26, dos días después, ya en Junta General Extraordinaria, pasando de 12 asistentes en la anterior a 74 en esta, se dice en el Acta lo que sigue:

El Dr. Lloret después de leídos los dictámenes de las Comisiones las cuales proponen para un primer Premio a los trabajos que llevan por lemas: “*Perseverancia*” y “*Aurora*” dice que el primero no puede ser admitido a concurso puesto que si científicamente no puede ser discutido, legalmente ha faltado a las condiciones que el concurso exige, puesto que en ellas se declara han de ser inéditos los trabajos, no pudiendo hacer uso de ellos su autor sin autorización expresa del Instituto Médico Valenciano, y siendo así que sobre el mismo tema e invento el ilustre profesor Dr. Gil Casares dio una conferencia en la Real Academia de medicina de Madrid sobre el aparato “Palógrafo” por él descubierto cuya conferencia fue publicada en el periódico “Iberia” en Marzo último coincidiendo en extremos principales en los que se citan en la memoria “*Perseverancia*”, debe esta de (sic) no ser admitida por considerar que si no es del propio autor quien la hizo pública sin autorización del Instituto es plagio y por ende no puede tampoco admitirse.”³⁷⁵

El Dr. Llisterri afirma que antes de admitir o no el trabajo hay que hacer constar que la sesión apologética debía haberse celebrado el 31 de Marzo y habiéndolo sido fallado, como es de suponer, anteriormente pudo ser inédito.

³⁷⁴ Ib pág.226.

³⁷⁵ *Acta de la Junta General Extraordinaria del Instituto Médico Valenciano* de 26 de Abril de 1918, pág. 226.

Sin embargo otros como el Dr. Muñoz Carbonero consideran que los temas presentados son propiedad del IMV, no pudiendo ser publicados sin autorización de este.

En este mismo sentido intervino la mayoría de los ponentes y, sometida su admisión a votación, fue rechazada por 64 votos a 2.³⁷⁶

Se acordó conceder por unanimidad Premio al trabajo de lema “Aurora” y accésit al de lema “L.A. Borv”. Una vez abiertas las plicas resultaron ser sus autores los Dres: D. José Sanchís Banús³⁷⁷ y D. F. Mas y Magro³⁷⁸ felicitándose la Junta por el prestigio de ambos galardonados. A pesar de que llegarían ambos a ser grandes figuras, no lo eran tanto en ese momento pero, por si acaso, prevaleció sospechosamente el localismo, de ser el primero de Valencia y el segundo de Alicante.

La revista *Policlínica de Valencia*

A pesar de ello, la prestigiosa revista de medicina *Policlínica de Valencia* publica el trabajo de Gil Casares³⁷⁹ y en su presentación el Prof Vila Barberá³⁸⁰ que critica la

³⁷⁶ Ib. P.228.

³⁷⁷ **José Sanchís Banús** (1893-1932) malograda e importantísima figura de la psiquiatría española, era hijo del también médico, José Sanchis Bergón, que fue alcalde de Valencia, y el primer presidente de la Organización Médica Colegial de España y nieto del General Médico del Ejército José Sanchís Barrachina. Fundador con otros compañeros de *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, de la que fue después director, así como de *Archivos de Neurobiología* (1920) y la *Asociación Española de Neuropsiquiatras* (1926) de la que fue su primer Vicesecretario. Diputado del PSOE, por Madrid en las elecciones a Cortes Constituyentes de 1931 en las listas de la Conjunción Republicano-Socialista.

³⁷⁸ **Francisco Mas y Magro** (1879-1958) Médico español conocido por sus estudios en bacteriología, histopatología, sobre todo por los dedicados a la leucemia, que le hicieron candidato al Premio Nobel de Medicina en 1953. Licenciado por la Universidad Central de Madrid, se especializó en hematología y, en particular en el estudio de la leucemia, reconocido mundialmente. Jefe de la Sección de Hematología del Instituto de Medicina Experimental del (CSIC), entre otros cargos, y miembro de la Academia Internacional de Hematología. Publicó más de 14 libros y 600 trabajos en revistas nacionales e internacionales.

³⁷⁹ Gil Casares, M (1918) Un nuevo método registrador del pulso. *Policlínica*. Año VI (nº 65 y 66). Mayo y Junio.

³⁸⁰ Eminente médico valenciano que trabajó bastante sobre tuberculosis al igual que Gil Casares. Vid. <http://historiadelamedicina.wordpress.com/2011/11/13/el-instituto-medico-valenciano-en-1911-ii/>

actitud del Instituto Valenciano citado, elogia al Prof. Gil Casares ensalzando su prestigio nacional e internacional afirmando que:

“Con sus estudios ha llegado no sólo a esclarecer los mecanismos fisiológicos y patológicos de las ondas de los registros cardíacos, sino que como los Genios legítimos, ha creado, dotando a la ciencia de nuevos métodos de investigación, que van a revolucionar el instrumental de la Fisiología y la Clínica moderna.”

A la par que crítica duramente que:

“Ha estado infructuosamente en manos del Instituto Médico Valenciano, y desgraciadamente para su buen nombre, en unos momentos históricos de inconsciencia colectiva y con la prevalencia del espíritu estrecho y usurario que informaba a la mayoría de la Junta Directiva, pudo más el rutinarismo y la pobreza de espíritu en la interpretación de unas bases de concurso, que la traducción acertada de las nobilísimas disposiciones testamentarias del ilustre y filantrópico fundador de estos concursos D. Faustino Röel, quien previendo la posibilidad de la presentación de trabajos de mérito extraordinario, concedió atribuciones al Instituto Médico Valenciano para premiar con el galardón merecido a sus autores aun fuera de concurso.”³⁸¹

El éxito del Palógrafo

No obstante el palógrafo gozó de un importante éxito durante su existencia. Así, D. Miguel fue invitado a disertar sobre el tema a Madrid ante la Real Academia de Medicina y el importante Instituto Rubio Gali, ante el cual era un viejo conocido pues ya en el ABC del 16 de Octubre de 1912, podemos leer en la página 17:

“Invitado por la Junta directiva del Instituto Rubio dará una conferencia mañana jueves a las once en punto de la mañana el eminente fisiólogo doctor D. Miguel Gil Casares; en ella tratará del diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar.”

³⁸¹ Parecen estar claros aquí los motivos de la súbita e irrevocable dimisión de los Dres. Rodríguez Fornos y Vila Barberá de la Directiva del Instituto Médico Valenciano.

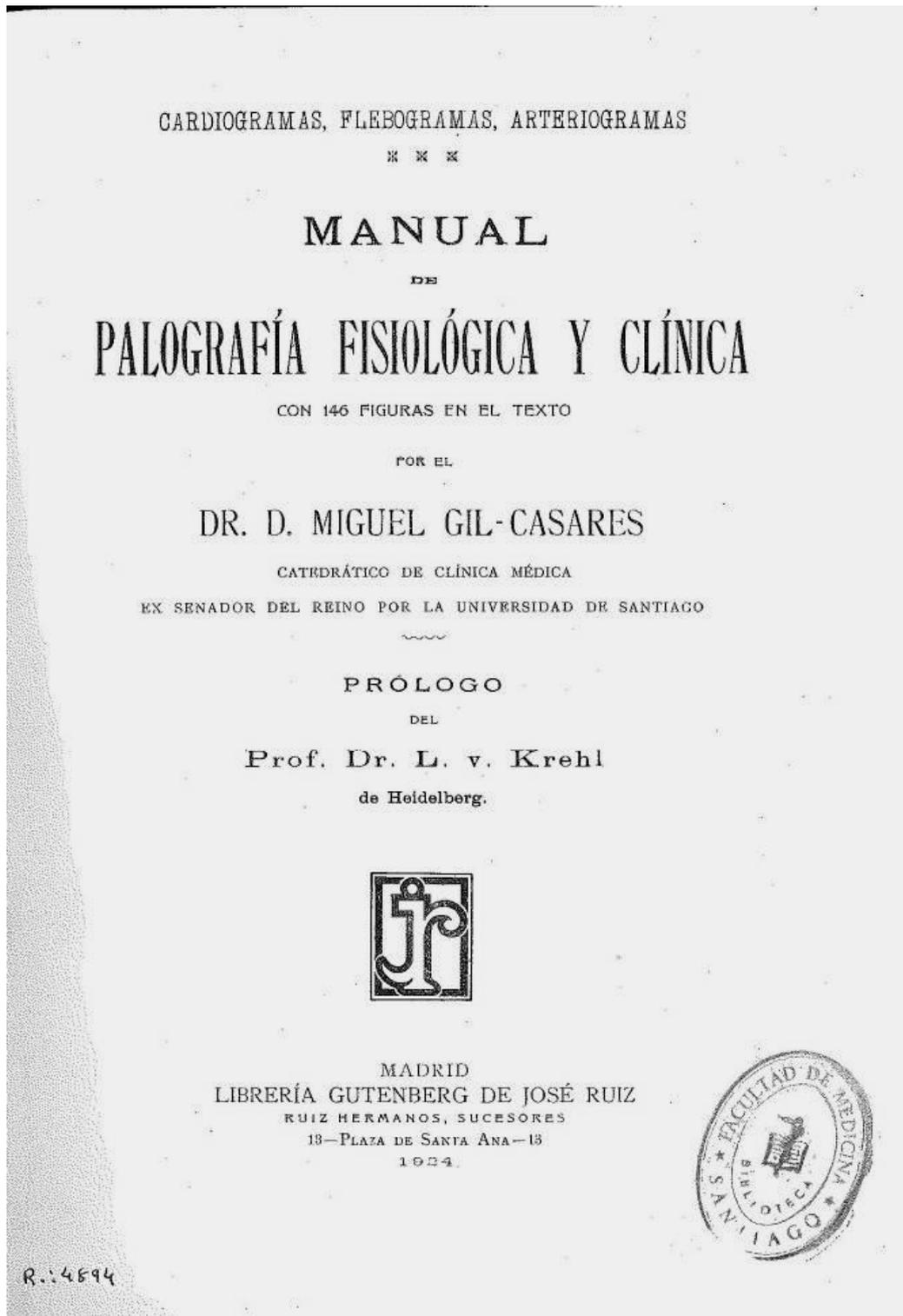
Con respecto a la conferencia para dar a conocer el palógrafo, se celebró el 1 de Marzo de 1918 y D. Miguel fue presentado por el sabio académico gallego D. José Rodríguez Carracido³⁸², versando la misma sobre: "*Método palográfico para el examen de los fenómenos pulsátiles de la circulación*". Tal fue su éxito que ambas instituciones, la Real Academia Nacional de Medicina lo hizo miembro de honor y el Instituto Rubio Gali, Profesor Honorario.³⁸³

En 1924, recogió sus observaciones y publicó el Manual de Palografía fisiológica y Clínica³⁸⁴, de 211 páginas, que fue prologado por Ludolf von Krehl, auténtico revolucionario de la medicina moderna, como creador de la corriente fisiopatológica que vino a completar a la anatomo-clínica y a la etiológica, como las tres concepciones del enfermar moderno, aún vigentes.

³⁸² ABC de 27 de Febrero de 1918. Pág.17.

³⁸³ Rev. Ibero-Americana de Ciencias Médicas Mayo de 1918. P.347.

³⁸⁴ Gil Casares, M. (1924). *Manual de Palografía Fisiológica y Clínica*. Madrid. Librería Guttenberg de José Ruiz.



Portada del Manual de Palografía fisiológica y clínica de Gil Casares. 1924.

Dada la brevedad e interés de dicho prólogo, lo reproducimos completo:

PRÓLOGO
DEL
Prof. Dr. L. v. Krehl
(Versión española.)

Don Miguel Gil-Casares ha ideado un nuevo método para registrar los movimientos del corazón, de las arterias y de las venas transmitiéndolos a manómetros de éter o de acetona cuyas excursiones fotografía. Consigue obtener de esta suerte curvas muy bellas en las cuales se aprecian especialmente con gran seguridad y precisión los detalles cronológicos.

Valiéndose de su método, ha realizado el autor una dilatada serie de investigaciones en personas sanas y enfermas. De los importantes resultados de su labor trata este precioso libro, ilustrado con soberbios gráficos.

A pesar de los deseos que tuve desde mi niñez, no domino, desgraciadamente, el idioma de la raza y del pueblo español, que tanto amo, y para enterarme al detalle del texto de este hermoso libro, he tenido que valerme de un fisiólogo de mi amistad.

El método de Don Miguel Gil-Casares es muy importante para la clínica, y ya ha posibilitado el logro de toda una serie de nuevas concepciones. Por la publicación de esta obra felicito a los médicos españoles y expreso mis deseos de que se traduzca al alemán para que se difunda entre nosotros.

L. v. Krehl.

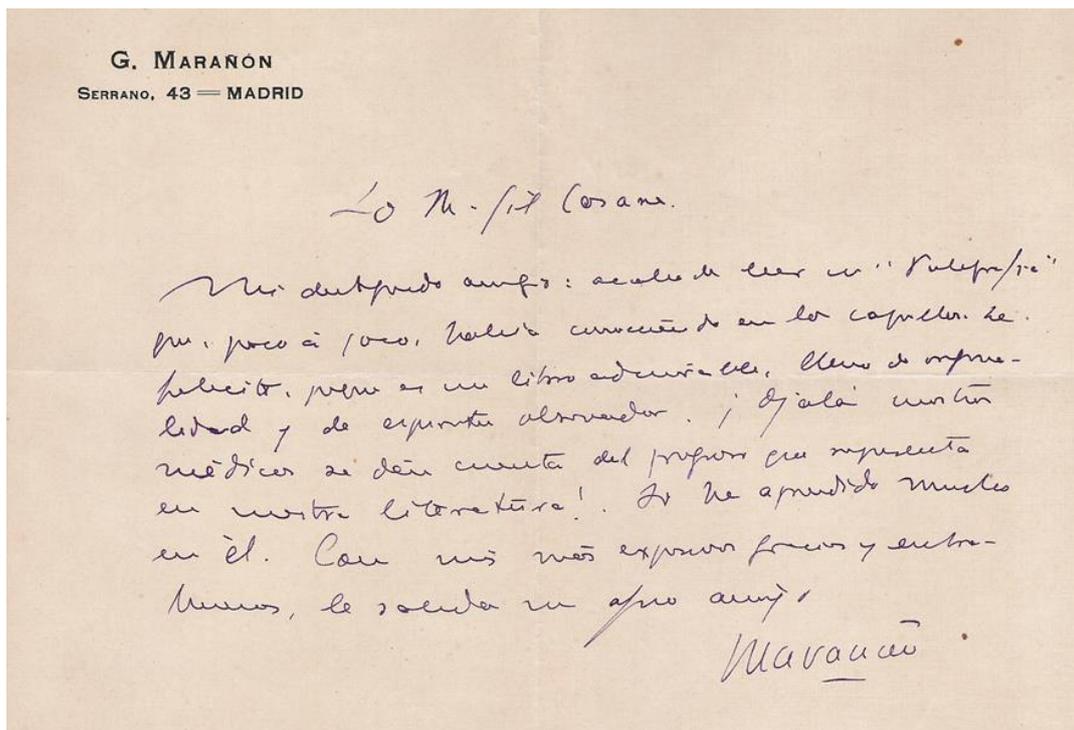
HEIDELBERG, 25 DE AGOSTO DE 1923.

Prólogo de Ludolf Krehl al Manual de Palografía de Gil Casares.

Hay que tener en cuenta que Krehl era el líder de la generación de la medicina germana del momento que estaba a la cabeza de la medicina europea.

D. Gregorio Marañón y Posadillo, la mayor eminencia médica española del siglo XX, ya que la obra de Cajal, según Laín Entralgo: *fue biológica en sentido fuerte*³⁸⁵, dirigió a Gil Casares esta afectuosa carta por esas fechas:

³⁸⁵ Laín Entralgo, P. (1987). Nóvoa Santos en su generación Médica. *El Correo Gallego*. Santiago de Compostela, 6 de Julio.



Carta de Marañón a Gil Casares felicitándolo por el Palógrafa. Archivo familiar de Gil Casares.

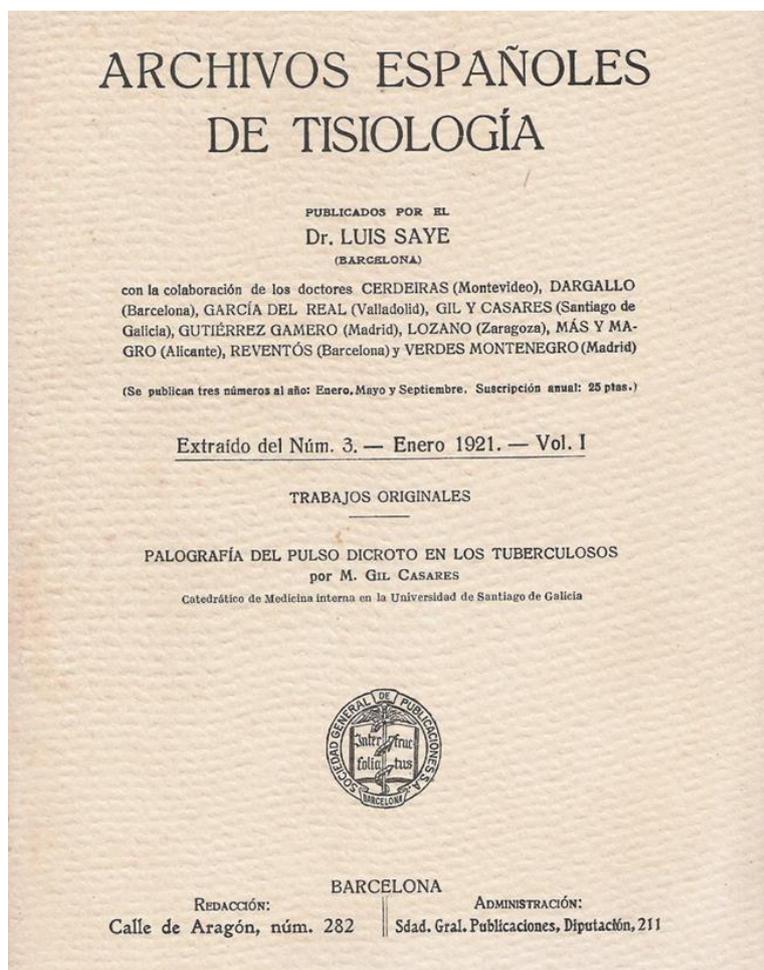
“Traducimos” la endemoniada *letra de médico* de D. Gregorio:

“Mi distinguido amigo: acabo de leer su “Palografía” que poco a poco había conocido en las capillas. Le felicito, porque es un libro admirable, lleno de originalidad y de espíritu observador. ¡Ojalá nuestros médicos se den cuenta del progreso que representa en nuestra literatura! Yo he aprendido mucho en él. Con mis más expresivas gracias y enhorabuenas, le saluda su affmo. amigo –Marañón.”

D. Miguel mantuvo con el Dr. D. Antonio Mut de Madrid, uno de los precursores de la Cardiología española³⁸⁶, una interesante polémica en la Revista

³⁸⁶ **Antonio Mut y Mandilego.** Madrid. (1867-1939). Gran publicista, sus artículos pasan de dos mil. Fue el primer cardiólogo español. Estudió en la Universidad Central donde se doctoró en 1890, (según Álvarez Sierra, lo que no nos consta, a la vista de la base de datos de tesis doctorales de la UCM). Fue Jefe del Dispensario de Medicina Interna y Cardiología del Instituto Rubio. Fundador de la Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas, profesor de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría y del Dispensario antituberculoso María Cristina y Académico correspondiente de la Real de Medicina. Fundador de la Sociedad Española de Enfermedades del Pecho. Autor de *Tratado Elemental de Cardiología*, *Elementos de Higiene*, *Compendio de Bromatología*, *Terapéutica de las cardiopatías*. En: Extractado y corregido de: **Álvarez Sierra, José.** (1963). *Diccionario de Autoridades Médicas*. Madrid, Ed.Nacional. P.357.

Ibero-Americana de Ciencias Médicas³⁸⁷ desde Noviembre de 1918 hasta Marzo de 1919, sobre la interpretación de los resultados de los palogramas, muy técnica y bastante farragosa.



Portada de Palografía de Pulso dícroto en los tuberculosos de Gil Casares. 1921. Biblioteca de la autora.

³⁸⁷ Fundada y dirigida por quien era, además de su propietario, el maestro de la cirugía de su época, el doctor **Federico Rubio y Galí** (1827-1902), político liberal, pedagogo, polígrafo y académico que, en 1880 había fundado el Instituto Rubio, con el Hospital de la Princesa y el Instituto Quirúrgico de la Moncloa, que desapareció en 1939, y en donde se levantaría después la clínica madrileña de La Concepción, y que fue génesis para la formación de médicos posgraduados, la primera escuela de Enfermería y de las especialidades de cirugía, ginecología y urología, entre otras. La revista aparece en marzo de 1899, con una periodicidad trimestral, en entregas que llegan a alcanzar las 300 páginas, con el fin de aglutinar lo mejor de la ciencia médica española e iberoamericana. Inserta extensos textos científicos, con secciones de clínica, cirugía, investigación, así como estudios, artículos y conferencias científicas originales. Asimismo, contará con las secciones de Revista de especialidades, Revista de revistas, Bibliografía y Variedades. Sus textos van acompañados de láminas (algunas en color), grabados, dibujos y fotografías. Más adelante incorporará publicidad.

La inclusión de este artículo en esta obra, debe a la estrecha relación que Gil Casares hallaba entre la tuberculosis y la patología cardíaca. Nadie mejor que el para tal justificación:

“Sabido es que la infección tuberculosa suele producir desórdenes anatómicos y funcionales en el sistema cardiovascular. Así, en los cadáveres de los tuberculosos crónicos de los pulmones, suele sorprender la pequeñez del corazón, el color sepia del miocardio, la abundancia de grasa epicardial, lesiones tanto más notables cuanto que en las formas clínicas de curso clínico algo prolongado podría esperarse encontrar habitualmente dilataciones hipertróficas del corazón derecho para contrarrestar las mayores resistencias a que dan origen en la circulación menor en los procesos inflamatorios, destructivos o escleróticos, aparte de que siempre estorban considerablemente al trabajo cardíaco la disnea y los esfuerzos de tos y expectoración, dada la extremada solidaridad que existe entre las funciones respiratoria y circulatoria.”³⁸⁸

Basándose en estas observaciones, y achacando la atrofia cardíaca observada a una disminución de la resistencia periférica por la constante tendencia a la vasodilatación de las arterias medianas y pequeñas, así como de la inestabilidad vasomotora de los tuberculosos y la taquicardia, incluso estando afebriles, Gil Casares decidió realizar estudio palográfico de algunos pacientes tuberculosos.

Observaba en los tuberculosos un pulso dicrótico cuando, manteniéndose relativamente brusca y enérgicas las sístoles ventriculares, no sea excesiva la oligohemia. Observaba en el arteriograma una elevación pulsátil brusca (celeridad), así como su descenso. Entre las onda de dos pulsaciones consecutivas observaba que existía un dicrotismo, pues la frecuencia pulsátil no daba tiempo a que llegase la

³⁸⁸ Gil Casares, M. (1921). Palografía de pulso dícroto en los tuberculosos. *Archivos españoles de fisiología*. Barcelona. Núm. 3. Vol. 1.

onda segunda. Esta observación ocurría solamente si las tensión diastólica y la frecuencia lo possibilitaban. Si dicha onda se presentaba antes de terminar su descenso, consideraba que el registro sería subdicrótico y si, por el contrario, la línea descendente se hallaba cortada por la nueva pulsación, el pulso se clasificaba como superdicrótico.

5.4. TEST DIAGNÓSTICOS

Para el diagnóstico precoz de la enfermedad nuestro autor daba gran importancia a la clínica dejando siempre en un segundo lugar los test diagnósticos, de modo tal que pese al importante desarrollo de los mismos durante el tiempo en que se dedicó a la fisiología no publicó ningún artículo referente a los mismos, tocando el tema de pasada en trabajos sobre otros aspectos de la enfermedad.

Podemos aseverar con redundancia que la falta de confianza en los test diagnósticos no era en absoluto por desconocimiento de los mismos. En la tesis de doctorado defendida en 1915 por Ramón Guitián Lapido³⁸⁹, médico auxiliar de las salas de Medicina del Gran Hospital de Santiago, titulada *Contribución al estudio de la tuberculosis. Valor clínico de la reacción de Moriz Weisz*³⁹⁰ en cuya introducción se presenta:

“La circunstancia de ser Médico-auxiliar del sabio fisiólogo Dr. Gil Casares en el servicio que presta en el Gran Hospital de Santiago como Médico de la Beneficencia provincial y el haberme encargado del Laboratorio de este establecimiento, me animan a ello. Seguir de cerca a tan benemérito

³⁸⁹ Ramón Guitián Lapido fue médico auxiliar de Gil Casares en el Hospital Real. Era sobrino de D. Eugenio Montero Ríos.

³⁹⁰ Guitián Lapido, R. (1915). *Contribución al estudio de la tuberculosis. Valor clínico de la reacción de Moriz Weisz*. Santiago; Tip. de José María Paredes.

maestro, es mi más alta aspiración; pero esto solo podría realizarlo una inteligencia semejante a la suya, yo he de contentarme con seguirlo de lejos.”

En citada tesis se recogen de forma ordenada los test diagnósticos más relevantes utilizados en la época, que se dividían a su vez, en dos grandes grupos, biológicos y químicos.

1. Biológicos

a. Investigación del bacilo de Koch

- i. Microscópicos: mediante el examen directo de muestras obtenidas del paciente, destacando la búsqueda en el esputo, utilizando para ello fundamentalmente la tinción la técnica de Ziehl-Neelsen.
- ii. Cultivos: cultivo de muestras de paciente tuberculoso, utilizando para ello suero sanguíneo, agar glicerinado o patata glicerizada entre 30 y 44 grados centígrados.
- iii. Inoculación de cobayo: inoculando material sospechoso de infección por *M. tuberculosis* subcutánea o intraperitoneal, provocando la muerte del animal en un plazo de cuatro a ocho semanas y apareciendo en la autopsia del animal nódulos tuberculosos en hígado, bazo y ganglios linfáticos.

b. Tuberculino-reacción

- i. Reacción exploratoria de Koch: mediante inyección subcutánea de extracto del bacilo. Este método, que se descubrió buscando una inmunidad frente al bacilo o fines curativos por Koch, fue utilizado finalmente como método diagnóstico, provocándose en el paciente una reacción local o incluso general al administrar el extracto a pacientes que ya habían estado en contacto o padecían la enfermedad.
- ii. Cutirreacción de von Priquet
- iii. Intradermorreacción
- iv. Oftalmo de Wolf-Eisner, Calmette
- v. Percutánea o de Moro
- vi. Labiorreacción: mediante inyección de la tuberculina en el surco gingivo-labial inferior, a nivel de las fositas situadas a cada lado del frenillo del labio inferior.

c. Otros más raros

- i. Cobrorreacción: se basa en que el veneno de cobra no produce hemólisis en ciertas especies animales como la cabra. Si se le adiciona suero de hombre tuberculoso calentado se vuelve hemolizante para los glóbulos de la cabra.
- ii. Leucorreacción: basándose en que una sustancia tuberculosa activa más los leucocitos de un tuberculoso que los de un sujeto sano.

2. Químicos

- a. Albumino-reacción del esputo: se basa en la existencia de albúmina existente en el esputo de los tuberculosos (con ausencia en bronquitis agudas y crónicas), existiendo varias técnicas para su determinación.
- b. Uro-reacción de Malmejac: se basaba en la duración de la acidez de la orina recogida asépticamente en pacientes tuberculosos, que era de más larga duración que en individuos sanos.
- c. Diazorreacción de Erlich: consistente en la tinción específica de orina de enfermos con tuberculosis avanzada con
- d. Reacción de Moriz Weisz: consistente también en la tinción de las orinas con permanganato potásico, comprobando la existencia en estas de urocromo.

“Todo dependerá de la localización de la localización y extensión de las lesiones, del período en que se hallen, de las reacciones locales y generales que provoquen. Quizás la enfermedad, representada solamente por escasas granulaciones miliares, influya sobre el organismo entero, y aparte del adelgazamiento, de la anemia, de las elevaciones febriles, etc., resulten demostrativas las reacciones suerodiagnósticas que otras veces son falaces ó (sic) equívocas (tuberculosis bacteriológicas, no clínicas)”³⁹¹

“Los esputos sanguíneos tienen siempre un gran valor en el diagnóstico de presunción de la tuberculosis pulmonar crónica, pues fuera de unas cuantas excepciones principales (estrechez mitral, quistes equinocísticos del pulmón, cáncer broncopulmonar, pólipos laríngeos, etc.) es lo cierto que la tisis inopinada debe estimarse como fenómeno muy sospechoso, sobre todo en los jóvenes”³⁹²

“Las pruebas objetivas de más carácter científico pueden fracasar por unos o otros motivos: investigación en los esputos (cuando los hay) de los gérmenes específicos y de las fibras elásticas; reacciones a la tuberculina; celeridad de la sedimentación globular; análisis del hemograma, etc. También la röntgenografía³⁹³ puede resultar dudosa y hasta errónea en su interpretación. Por lo que atañe al examen röntgenoscópico, creo poder afirmar que el de la tuberculosis de los ápices suele ser más seguro y fácil que

³⁹¹ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago.

³⁹² Gil Casares, M. (1930) Médicos “clínicos” y “científicos”. *Revista Española de Tuberculosis*. Núm. 3

³⁹³ Se mantiene ortografía original en textos transcritos.

el de la auscultación, y en cambio sucede lo contrario en las formas discretas de la tuberculosis de las bases”,³⁹⁴

En su obra *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910, nos habla al hacer la valoración de afectación pleural de la tuberculosis de dos técnicas al hacer referencia de que Krönig considera que el derrame pleural se produce en muchos casos por dificultad del drenaje linfático para el paso de los *venenos tuberculosos* Don Miguel matiza que debe ser considerada la afectación pleural: *En realidad, tampoco es probable que pueda tratarse solamente del paso de venenos tuberculosos, sino de la infección de la pleura con los bacilos propiamente dichos, según se demuestra mediante la inoculación del exudado á los cochinillos de Indias y con la inoscopia.*³⁹⁵

En lo que atañe al diagnóstico temprano de la enfermedad Don Miguel habla en su obra muy poco de los test diagnósticos. Gil Casares hacía diferenciación entre las tuberculosis bacteriológicas, y las clínicas:

“No se trata de averiguar si el organismo alberga gérmenes tuberculosos saprofiticos. Tampoco me refiero á (sic) esos casos en que, sin lesiones anatómicas demostrables, muestra el individuo fenómenos anafilácticos al ensayo con las tuberculinas. Más tarde aludiré á (sic) esas tuberculosis bacteriológicas, en oposición a las clínicas. Nuestros medios de

³⁹⁴ Gil Casares, M. (1930) Op. Cit.

³⁹⁵ Gil Casares, M. (1910) *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, comunicación presentada al Primer Congreso Internacional de la Tuberculosis de Barcelona en 1910. Santiago: Imprenta El Eco de Santiago

exploración no alcanzan a demostrar las primeras granulaciones tuberculosas formadas en los pulmones, no sólo por la insignificancia de las lesiones anatómicas, sino también por la posible ausencia de las reacciones humorales, que, dada la levedad del ataque, no se han producido todavía con intensidad demostrable. Recuérdese lo que sucede en la infección sifilítica: desde que el chancro se inicia hasta que se comprueba en la sangre la presencia de los amboceptores específicos, transcurre, por regla general, un plazo de varias semanas”³⁹⁶

Con respecto a los test diagnósticos afirmaba:

“El relativo valor de las pruebas a la tuberculina depende, en efecto, de que estas pruebas dan positivo en un gran número de personas no tuberculosas. Así p. ej. La cutireacción de Pirquet es positiva en el 70% de las personas adultas; la inyección subcutánea de tuberculina, en cifras que oscilan entre el 38% y el 76% de los soldados a ella sometidos; cosa parecida podríamos decir de la oftalmoreacción; y fuerza es convenir, salvo que se niegue el valor específico de esas reacciones, que quienes las den positivas deben ser tuberculosos bacteriológicos. No se arguya que el número de casos positivos es mayor á medida que el hombre avanza en edad y ha tenido por consiguiente ocasiones de adquirir la infección, pues pudiera replicarse que el resultado positivo en edad tardía, es simple consecuencia de la progresiva multiplicación de bacilos que desde su origen alberga el organismo.”³⁹⁷

Por lo tanto el escaso valor que le otorga a estos test tanto diagnóstico como pronóstico es debido al gran porcentaje de positivos en la población gallega. En revisión de casos clínicos en su obra sólo encontramos que califique como de interés la baciloscopia como signo de evolución de la enfermedad.

³⁹⁶ Gil Casares, M. (1912). *Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar*. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912

³⁹⁷ Gil Casares, M. Op Cit.

5.5. LA RADIOLOGÍA. LA LABOR DE GIL CASARES EN LA OBTENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS PRIMEROS APARATOS DE RAYOS X DEL HOSPITAL DE SANTIAGO³⁹⁸

Uno de los aspectos en los que incide de Gil Casares para su buen hacer como médico era encontrar el equilibrio entre clínica y novedades tecnológicas como describe en su artículo datado en 1930 *Médicos clínicos y científicos*³⁹⁹. En su casa de la Algalia tenía un aparato de radio⁴⁰⁰ en donde se juntaban en ocasiones con sus amigos y una muestra más de su interés por la tecnología fue el interés que mostró desde el primer momento en la introducción de la radiología como técnica médica.

Röntgen comunicó al mundo su genial descubrimiento de los Rayos X, con su aplicación al diagnóstico en humanos, el 28 de diciembre de 1895, publicándose el 23 de Enero de 1896, día en que presentó esa comunicación en la Sociedad Físico Médica de Wuzburgo, ante un docto y numeroso público.

Entre él, en lugar relevante, se encontraba el gran histólogo Kölliker, uno de los principales mentores europeos de D. Santiago Ramón y Cajal. Röntgen le pidió que prestase su mano para un experimento, consistente en radiografiar su mano, placa que fue revelada al instante, causando una gran conmoción. Kölliker dijo que,

³⁹⁸ Véanse publicaciones previas: Ponte Hernando, F.; Rego Lijó, I.; González Castroagudín; S. (2011). *Alfonso XIII y Miguel Gil Casares en los inicios de la radiología en Santiago*. Cuadernos de Atención Primaria. Vol. 18. Núm.3. Págs. 259-262 y Ponte Hernando, Fernando; Rego Lijó, Isabel; González Castroagudín; Sonia (2015) *Los inicios de la Radiología en el Hospital de la Facultad de Medicina de Santiago*. En Actuaciones de innovación educativa en la docencia universitaria de Radiología y Medicina Física. APURF. A Coruña; Ed. Lulú.. Pág. 107-116. (En prensa).

³⁹⁹ Gil Casares, M. (1930). Médicos clínicos y científicos. *Revista española de Tuberculosis*. Pág. 399-402.

⁴⁰⁰ Puente Domínguez, J.L. Retrato de Miguel Gil Casares. En: Figuras de la Universidad Compostelana. *El Correo Gallego*. 28 de abril de 1985. Pág. 25.

en toda su larga vida de Académico, no había asistido a algo tan importante y solicitó que, en lo sucesivo, los rayos X se llamasen Rayos Röntgen.

La magnitud del descubrimiento y la generosidad de su descubridor, al renunciar a patentarlo para el bien de la Humanidad, hicieron que su conocimiento y uso se extendiese, por todo el mundo como un reguero de pólvora.⁴⁰¹

El 24 de febrero de 1896, apenas dos meses después de la presentación de Röntgen en Wuzburgo, tiene lugar en Barcelona⁴⁰² una sesión científica sobre los rayos X, dirigida por el decano de Medicina y Catedrático de Cirugía D. José Giné y Patargas a quien le suministra el carrete de Ruhmkoff, José Casares Gil, tío-primo de Gil Casares.

En el *Boletín de Medicina y Cirugía*, órgano de los alumnos internos de Santiago de Compostela, el 30 de enero de 1900, bajo el título *Novedades médicas*, Miguel Gil Casares traduce del alemán un trabajo del Dr. Grunmach de Berlín, que ha inventado un tubo especial cuyo anticátodo se refrigera por agua en su interior y donde se habla de los aparatos de rayos y sus condiciones óptimas de uso y detalles como que exista una corriente eléctrica central, que los inductores, carretes de Rühmkorff sean muy grandes o que es preferible que el interruptor sea electrolítico porque sus 100.000 a 180.000 interrupciones por minuto sirven tanto para la escopia como para la actinografía.

⁴⁰¹ Tan veloz fue, que ya al año siguiente, en Abril de 1897, el Dr. Cobián Areal tenía un aparato en Pontevedra. Vid. Millán Suárez, J.E. (2001). *Historia de la radiología en Galicia*. Tesis doctoral. USC.

⁴⁰² Millán Suárez, J.E. (2001). *Historia de la radiología en Galicia*. Tesis doctoral. USC: Pág. 20.

A continuación explica lo que dice Grunmach acerca de las posibilidades diagnósticas de los aparatos de radiología, experiencias en las que participan von Leyden, Senator o Gerhardt.

En ese mismo número, publica la primera parte de uno suyo, titulado *Algo de Física Médica*, Fray Plácido Ángel Rey Lemos⁴⁰³, fraile y científico quien, resaltando la importancia de conocer lo que ocurre en el interior del hombre para un buen diagnóstico, describe prolijamente la construcción de los Rayos X con sus tres elementos fundamentales: carrete o transformador, interruptor y tubo donde resalta la luz.

En esta misma revista, el 15 de febrero de 1900, se anuncia bajo el título *Instalación de Rayos Röntgen en Santiago* que varios catedráticos de la Facultad de Medicina, encabezados por Miguel Gil Casares, han encargado a una casa de Berlín una serie de aparatos de radioscopia y radiografía con las siguientes características:

- Gran Inductor (Car. de Rühmkoff), de 40 cm de long. de chispa.
- Interruptor de Platino, de Max Kohl.
- Interruptor doble de mercurio con motor, de Ernecke.

⁴⁰³ **Fray Plácido Ángel Rey Lemos.** Nació el 30-10-1867 en la casa nº 3 de la Plaza del Campo de Lugo. Hizo los estudios eclesiásticos en el Seminario de dicha diócesis y fue ordenado Sacerdote el 5-4-1890. A los pocos meses ingresa en la Orden Benedictina en Samos. En junio de 1892 se pasa a los Franciscanos. En 1906 es llamado a Roma en donde fue profesor del Antonianum, consultor de Propaganda Fide, Sacramentos y Consistorial, Procurador y definidor General de la Orden. Nombrado Titular de Hamata y Administrador Apostólico de Jaén el 18 de enero de 1917, fue consagrado Obispo en el Vaticano el 25 de febrero. Nombrado para la sede episcopal de Lugo el 18-12-1919. Publicó diversos trabajos sobre temas varios, principalmente acerca de Ciencias Naturales. Reorganizó las peregrinaciones gallegas a la Basílica Lucense y restauró la Ofrenda del Reino. Promovido al Arzobispado Titular de Pelusio en Agosto de 1927, falleció en Eibar el 12-2-1941. Fue enterrado en la Basílica franciscana de Aránzazu. Tuvo al parecer problemas no aclarados que le llevaron a una polémica entrevista con Pío XI en Roma donde parece que se le pudiera haber pedido la renuncia a la mitra.

- Gran Interruptor electrolítico de Wehnelt, con refrigerado.
- Tubos de Röntgen de nuevos modelos.
- Batería muy capaz de 15 acumuladores de último modelo.
- Voltímetros, Amperímetros, reostatos, crioscopios, grandes pantallas fluoroscópicas, etc, etc.
- Batería auxiliar de muchos acumuladores (de 80 a 120 v) para el interruptor de Wehnelt.
- Coste: cerca de seis mil pesetas.
- Marca: Ferdinand Ernecke.⁴⁰⁴

Este primer gabinete de rayos del Gran Hospital Real de Santiago fue adquirido con aportaciones privadas entre los catedráticos de la Facultad de Medicina.

Cada uno de ellos aportó 254,35 pesetas, constituyéndose dicho gabinete. La fecha de constitución creíamos diversos autores, hasta hace poco, que era el 31 de Marzo de 1901, dado que así lo afirmaba un artículo de *Vida Gallega*.⁴⁰⁵

El 30 de Marzo de 1900 aparece el artículo definitivo *La Instalación de los Rayos X*, afirmando que se está procediendo a la instalación del aparato:

⁴⁰⁴ Podemos afirmar este dato gracias a un artículo de Gil Casares titulado *Un caso raro de luxación del codo*, publicado en Alemania y reseñado en la *Revista Médica Gallega*, en la que firmando como Catedrático y Director del Gabinete Röntgen de la Clínica Universitaria de Santiago afirma: *Nuestros aparatos Röntgen proceden de la fábrica de Ferdinand Ernecke de Berlín.*

⁴⁰⁵ Los Rayos X en Santiago (1910). *Vida gallega*. Vigo. Núm.28. Noviembre.

La instalación de los rayos X

Con gran actividad procédese estos días, bajo la dirección del profesor Dr. Gil Casares, á la instalación en nuestro Hospital del material científico necesario para la producción de los rayos X, y de la cual tan útiles é interesantes aplicaciones ha logrado alcanzar la ciencia y tan provechosas deducciones la enseñanza.

El material es magnífico y construído con toda perfección por una renombrada casa extranjera. El carrete de 40 centímetros de chispa, los interruptores electrolítico y de mercurio, los reostatos, el amperímetro y el voltámetro, etc., aparatos que son la *última palabra* de la ciencia y del arte en estas construcciones, hacen que la instalación reúna lo mejor y más nuevo que puede exigirse para producir los rayos de Roentgen.

1 Cuando la instalación quede realizada no dejaremos de hablar extensamente de ella en las páginas de este BOLETÍN, puesto que el establecimiento de tan útil medio de diagnóstico, forma fecha en los adelantos científicos con que cuenta nuestra Escuela de Medicina.

Sin embargo, unos meses después, en la prensa nacional, se recoge:

“*Notas Compostelanas*: 28 de Junio. En el Gabinete de radioscopia y radiografía que en este Gran Hospital se ha instalado por la iniciativa y la actividad del docto y joven catedrático de pediatría⁴⁰⁶ D. Miguel Gil Casares, con los anticipos que ha desembolsado una parte del claustro de esta Facultad de Medicina, se efectuó anoche una grata sesión científica, dedicada a catedráticos, prensa y personas ilustradas.

Los Catedráticos Sres. Gil Casares y Andrade y el profesor Clínico señor don Daniel Pimentel explicaban y hacían funcionar con exactitud y presteza todos los aparatos, que forman la mejor instalación oficial de España.”

“Una galería del hospital se ha transformado en diversos compartimentos y con economía, acierto y modestia se ha hecho todo esto en

⁴⁰⁶ Estaba a punto de cumplir 29 años.

progreso de la enseñanza y beneficio general, dignos del más entusiasta aplauso.”⁴⁰⁷

De nuevo en el *Boletín de los alumnos internos*, el 30 junio de 1900 recoge Fray Plácido lo que había sucedido en la Sesión de presentación de los rayos X dos días antes, el 28 de Junio en la Facultad de Medicina:

“Sinceramente lo confesamos: grande ha sido nuestra satisfacción al visitar una de estas pasadas noches la instalación de los rayos Röntgen, llevada a feliz término en el Hospital Clínico por los esfuerzos del ilustrado y entusiasta Profesor de la Universidad Compostelana Dr. Miguel Gil Casares.

Orgullosa puede estar la Facultad de Medicina de aquella de poseer el incomparable medio de diagnóstico que ofrecen los rayos X con una instalación que no vacilamos en reconocer como de las más notables de España, siendo muy problemático que en el extranjero encuentre rival con superioridad digna de mención.

Constituye su elemento fundamental una soberbia bobina de 40 centímetros de chispa; disponiendo la instalación de tres magníficos interruptores, el de mercurio, el de platino y el incomparable de Woenhel o electrolítico, último modelo, con refrigerante para impedir la incandescencia del cátodo. Posee además para la obtención de los rayos X varios tubos de Crookes, incluso el modificado por el alemán Grummach, cuyo sistema de refrigeración del anticátodo es verdaderamente curioso.

Nos abstenemos de mencionar otros detalles como los reostatos, amperímetro, voltímetro, pantallas fluoroscópicas para la radioscopia etc., bastando decir que nada falta en la instalación para ser completa en lo que pudiéramos llamar su parte orgánica; y el día en que pueda disponerse de manantial eléctrico de alto voltaje se podrá asegurar que nada envidiará a las más notables del extranjero. Salvo lo que en lo sucesivo por ventura se descubra, porque en achaques de adelantos de esta naturaleza ya nada nos sorprende, al ver lo que ha progresado de algún tiempo a esta parte (...).

⁴⁰⁷ *La Correspondencia de España*, 3 de Julio de 1900.

Y sino, quisiéramos que se levantasen de la tumba nuestros antepasados, sin ser preciso retroceder más allá de este siglo, y sin otros conocimientos que los que entonces eran del dominio de la Ciencia, asistiesen con nosotros a la sesión de radioscopia y radiografía a que hemos aludido. A buen seguro que creerían en la intervención sobrenatural en aquellos fenómenos. Porque eso de ver nuestras entrañas sin necesidad de que nos abran en canal como vulgarmente suele decirse, y contemplar nuestro esqueleto sin ser preciso que nos conviertan en otro San Bartolomé,...es cosa para ser vista y no dar crédito a lo que se ve.”

Continúa Fray Plácido haciendo observaciones sobre los distintos tipos de radiación conocidos hasta el momento, la capacidad del calor y la luz de traspasar los cuerpos y las peculiaridades, en analogía, de los rayos X, con buen lenguaje pedagógico y claridad de ideas, que no son del caso en este trabajo, y sigue más adelante:

“Eso hemos visto el otro día al asistir en la instalación radiográfica del Hospital Clínico de esta ciudad, al diagnóstico de dos enfermedades, exactamente definido mediante los rayos X, que materialmente nos pusieron a la vista el estado patológico de los órganos internos de los aludidos enfermos.

Fue uno de los casos una luxación del codo por desviación hacia atrás y hacia debajo de las extremidades superiores del cúbito y del radio. Además de la observación radioscópica, se obtuvieron de este caso dos clichés fotográficos en los que se distinguía perfectamente la forma de la luxación, permitiendo diagnosticarla con toda exactitud.

El otro caso fue un derrame pleurítico. Por la observación radiográfica veíase exactamente delineada la sombra del pulmón izquierdo como envuelto en la materia del derrame, al mismo tiempo que el pulmón normal aparecía casi del todo diáfano, permitiendo ver las costillas anteriores y posteriores del lado derecho. Pudo también distinguirse con toda claridad la desviación del corazón hacia ese mismo lado, causada por el empuje de la pleura que como es sabido con el derrame se ensancha algún tanto. Los movimientos del corazón así como los del diafragma eran perfectamente visibles.

Consérvase en la instalación de que venimos hablando una notable colección de fotografías radiográficas en ella obtenidas. Hemos visto allí

manos normales y patológicas; pelvis igualmente normales y patológicas, entre estas una muy notable de un caso de raquitismo; luxaciones de la cadera; fractura del cuello del fémur intra y extra capsulares; y en general muchas lesiones tuberculosas de los huesos.

Esta colección radiográfica, cuya importancia para el estudio de la patología interna es manifiesta, irá aumentando de día en día con los nuevos casos que en la instalación se diagnostiquen; y en ella, los alumnos de la Facultad de Medicina tendrán un medio de instrucción utilísimo y al mismo tiempo fácil y agradable.

Mil plácemes merece, lo repetimos, la Facultad de Medicina de la Universidad Compostelana y en especial el Profesor Sr. Gil Casares, a cuya buena amistad y delicada atención debemos el haber podido admirar útilmente la instalación que él dirige.

Por todo ello, salvo error u omisión y sin haber sufrido contradicción hasta el momento por otros autores, hemos dado por buena la fecha de 28 de Junio de 1900, como la de la puesta de largo de los Rayos X en Compostela,⁴⁰⁸ pese a que visto el elevado número de placas que forman la colección a la que se refiere Fray Plácido, habrá que pensar que llevaban varios meses usándolos cuando los dieron a conocer al público.

El principal escollo de los primeros tiempos, en el que coincide Fr. Plácido con el Prof. Carro Otero, fue la carencia de la suficiente potencia eléctrica ya que:

“Su fuente de energía debía ser cargada a mano, por las noches, mediante dos manivelas que accionaban dos mozos del hospital.”⁴⁰⁹

⁴⁰⁸ Ponte Hernando, F.; Rego Lijó, I.; González Castroagudín, S. (2015) *Los inicios de la Radiología en el Hospital de la Facultad de Medicina de Santiago*. En Actuaciones de innovación educativa en la docencia universitaria de Radiología y Medicina Física. APURF. A Coruña; Ed. Lukop. Pág. 107-116. (En prensa)

⁴⁰⁹ Carro Otero, J.I. (1998): *Materiais para unha historia da Medicina galega*. Santiago. Xunta de Galicia. T. I. p.183.

A lo largo de 1901 Miguel Gil Casares dio una serie de conferencias sobre radiología que fueron publicadas en *Revista Médica Gallega*⁴¹⁰. Según él mismo, los beneficios obtenidos del importe de las matriculaciones eran empleados en el mantenimiento y mejoras del gabinete de radiología.

También tenemos constancia gracias a documentación hallada en el Archivo Universitario de Santiago que en el año 1903 da un curso cuyos beneficios destina a material científico:

“Desempeña la Dirección del gabinete de Rayo Röntgen y electroterapia del Hospital Clínico y durante el año académico 1900-1901 dio un curso especial de Radiología (Rayos X) en diez lecciones, en la Facultad de Medicina, destinando el importe íntegro de los derechos de inscripción al material científico del Hospital clínico, habiendo merecido por ello las más expresivas gracias del Decano de la Facultad.”⁴¹¹

El Dr. Bruzos: ¿Una víctima de los rayos X?

Es de destacar, como uno de los principales colaboradores de Gil Casares en la instalación del aparato de radiología de la Facultad de Medicina la figura del Dr. Bruzos Varela, al que algunos autores, hasta el momento, hacían referencia, erróneamente, como mecánico o electricista.⁴¹² Sin embargo, tenemos conocimiento de que el Dr. Bruzos Varela, se licenció en Medicina con sobresaliente en junio de 1903.⁴¹³

⁴¹⁰ Gil Casares, M. (1901). Conferencias sobre radiología. *Revista Médica Gallega*. Núm. 2. Pág. 211-212.

⁴¹¹ AHUS. Leg. 528, exp. 3.

⁴¹² Probablemente esto se debe a que en el artículo del 30 de enero de 1901 se dice que “los ensayos del interruptor electrolítico se hicieron en los talleres del competente electricista Sr. Buzos, en el acreditado taller de su familia”.

⁴¹³ *El Áncora*, 9 de junio de 1903.

“ La labor fundamental del Dr. D. Constante Bruzos Varela, médico competente y experto en los asuntos de mecánica e instalaciones eléctricas.”⁴¹⁴

Debió colaborar con D. Miguel Gil desde los inicios de la instalación radiológica, pues consta que cesó en Marzo de 1910 en dicho puesto de ayudante del gabinete, que llevaba aparejada una gratificación de 500 pts., siendo sustituido por D. Salustiano Martínez. En ese mismo 1910 sale del hospital un maestro pirotécnico, tras una complicada operación pulmonar efectuada por Blanco Rivero, Gil Casares y Bruzos.⁴¹⁵

Esta circunstancia de la dirección del gabinete, como indica el Dr. Millán Suárez⁴¹⁶, aparece recogida en el apartado de Méritos de la Hoja de Servicios de D. Miguel de 1903⁴¹⁷:

“Desempeña la dirección del gabinete de Rayos Röntgen y electroterapia del Hospital Clínico desde su creación.”

En 1911 La Comisión Provincial, nombra a D. Luis Blanco Rivero para la plaza de médico del Hospital Provincial de la Diputación que había desempeñado D. Jacobo Caldelas, y a D. Constante Bruzos para la de auxiliar de la sección médica.

⁴¹⁴ Blanco Rivero, L. (1932). El Homenaje a Gil Casares. *Galicia Clínica*. A Coruña. 15 de Octubre. P.521.

⁴¹⁵ *La Gaceta de Galicia* (14 (0 4, no se ve bien) de Marzo de 1910.

⁴¹⁶ Millán Suárez, J.E. (2001). La Historia de la Radiología en Galicia. Tesis Doctoral. USC.

⁴¹⁷ Legajo nº 528 A.H.U.S.

Dichos puestos tenían una gratificación, anual se entiende, de 2.000 y 1.000. pts respectivamente.⁴¹⁸

Constante Bruzos fue médico de la Sociedad de Clases Laboriosas, por elección, al parecer en noviembre de 1903⁴¹⁹ hasta al menos 1911, en que dicha entidad benéfica, en su sesión de final de año muestra:

“La mayor complacencia de la sociedad por los relevantes servicios que viene prestando a la misma. El médico supernumerario D. Constante Bruzos Varela, asistiendo con esmerado celo a los enfermos que requieren sus servicios.”⁴²⁰

Bruzos falleció muy joven, en 1913, a los 10 años de su licenciatura, de rápida enfermedad, por lo que podría tratarse del primer médico víctima de la irradiación X. Le sobrevivieron su viuda e hijos, su padre y sus hermanos José, Julio, Germán y Enrique. El sepelio fue muy solemne, llevando el féretro alumnos internos y formando el séquito autoridades civiles, académicas y lo más destacado de la medicina compostelana.⁴²¹

⁴¹⁸ *El Correo de Galicia*, de 3 de Octubre de 1911 y *La Correspondencia Gallega* y el *Diario de Galicia* de 4 de Octubre de 2011.

⁴¹⁹ *La Gaceta de Galicia*, 26 de noviembre de 1903.

⁴²⁰ *El Diario de Galicia*. 17 de diciembre de 1911.

⁴²¹ *El Correo de Galicia* y *La Gaceta de Galicia* , 18 de febrero de 1913.

El aparato Siemens de Alfonso XIII

Teníamos noticia de que D. Alfonso XIII había colaborado, gracias al Profesor Gil Casares, en la adquisición de un aparato de Rayos para la Facultad de Medicina.⁴²²

Entre otras cosas, porque lo citaba brevemente el referido artículo de la revista Vida Gallega de Vigo en su número 28, de noviembre de 1910:

“Aún no ha mucho S.M. el Rey D. Alfonso XIII concedió novísimos aparatos que ponen el gabinete de Rayos X de la Escuela de Medicina Compostelana a la altura de los mejores del mundo. El donativo de S.M. débese a la gestión del Sr. Gil Casares.”

Queda recogido en el artículo citado de Vida Gallega, que S.M. El Rey Alfonso XIII donó, posteriormente, nuevos aparatos, gracias a las activas gestiones del Profesor Gil Casares, que situaban, al gabinete compostelano, al decir del periodista, a la altura de los mejores del mundo.

Esto es cierto, pero sucedió en 1903 como hemos demostrado recientemente.

En un artículo recogido de *La Gaceta de Galicia* bajo el título *La Ciencia y el Rey*⁴²³ se recoge:

“Con motivo de celebrarse en Madrid el XIV Congreso Médico Internacional, estuvieron en la capital de España varios catedráticos de la Facultad de Medicina de Santiago, entre ellos D. Miguel Gil Casares, quien procuró por los medios conducentes ser recibido por el Rey de España, con la intención de pedir protección para las enseñanzas que se dan en Santiago.

⁴²² Ponte Hernando, F.; Rego Lijó, I.; González Castroagudín, S. (2011). Alfonso XIII y Miguel Gil Casares: en los inicios de la Radiología en Compostela. *Cadernos de Atención Primaria*. Vol. 18. Pág. 259-262. Noviembre.

⁴²³ *La Gaceta de Galicia*, 12 de Mayo de 1903.

El Monarca defiriendo a la pretensión del joven profesor le dispensó el alto honor de concederle una audiencia particular extraordinaria.

La Reina Madre que oyó también al señor Gil, que con gran oportunidad se lamentaba de los escasos medios de que se dispone en los establecimientos de enseñanza oficial, para el estudio de la ciencia, pudo apreciar como Su Majestad el Rey, que en Santiago aunque se había instalado un Gabinete de radiografía, no resultaba completo para llenar las necesidades a que estaba llamado, por falta de elementos necesarios para responder al fin práctico que se deseaba por los hombres de ciencia, deficiencias que conocíamos nosotros a pesar de las buenas intenciones del señor Gil. Parece que para dicho profesor el primordial objeto de su visita era pedir que aquel gabinete fuese dotado de esos elementos necesarios.

El Rey oyó con gran atención al señor Gil Casares y al mismo tiempo que dedicó frases de justo encomio al profesorado español que a pesar de faltarle medios adecuados por escaseces de material consigue éxitos notables, convino en la necesidad de que se doten con la precisa largueza los presupuestos de Instrucción Pública.⁴²⁴

Su Majestad prometió estudiar el medio de atender la petición concreta del señor Gil y este, con la real promesa e impresionado agradablemente por la buena acogida dispensada por los Reyes, regresó a Santiago.

A los pocos días recibió el siguiente telegrama:

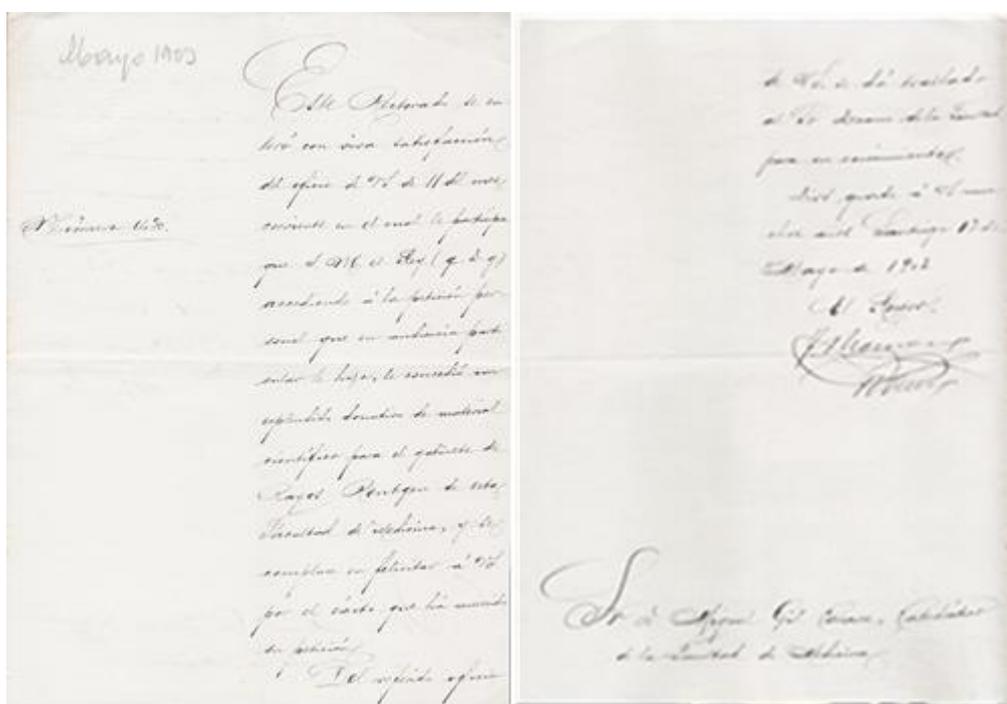
“Intendente General de la Casa Real a don Miguel Gil Casares, catedrático de Medicina en Santiago:

S.M. se ha servido atender a la petición formulada por usted para adquisición de material científico de la Facultad de Medicina.”

⁴²⁴ Hay que destacar el mérito del joven profesor Gil Casares de conseguir atraer la atención del Rey en el “ambientazo” internacional que había en ese momento en el Congreso Madrileño, aún cuando pudo no ser ajeno a esto el ser D. Miguel cuñado del Marqués de Figueroa, que sería Ministro meses después.

Se han recibido los magníficos aparatos para el gabinete de radiografía que regaló S. M. el Rey á la facultad de Medicina de Santiago, por gestiones que personalmente hizo el doctor señor don Miguel Gil Casares. Dichos aparatos son de la renombrada casa Siemens.

La gaceta de Galicia. 6 de agosto de 1903.



Nota de agradecimiento del rector Romero Blanco a Gil Casares felicitándole por la donación del Rey (12 de mayo de 1903).

Por noticias posteriores al anterior despacho, tuvo el Dr. Gil otras más concretas al respecto, pues según se supo El Rey sufragó de su bolsillo particular todos los gastos que ocasionó la adquisición del material científico; el gabinete de radiografía sería montado con arreglo a los últimos adelantos y los aparatos de mayor precisión

serían adquiridos por cuenta del Rey y a su cargo correría la instalación de los mismos.

“Con cuanta satisfacción acogemos estas noticias, bien lo sabe Dios, porque no siéndonos desconocido el estado del material clínico de nuestra Facultad de Medicina, el obsequio hecho por D. Alfonso XIII, para el gabinete de radiografía contribuye a pensar en que debe enriquecerse el arsenal para operaciones, colocándolo a la altura tan deseada por los profesores que nos consta, hacen cuanto pueden con los instrumentos quirúrgicos de que disponen.

El telegrama dirigido al señor Gil Casares, fue muy bien recibido ayer en Fonseca y en el Hospital, hasta el punto de que por el Ateneo Médico, se anunció en grandes cartelones que expresaban sentimiento de gratitud y que decían:

“S.M. el rey D. Alfonso XIII (que Dios guarde) hace espléndido regalo de material científico a la Facultad de medicina de Santiago.

¡Gratitud al Monarca!”

Los estudiantes acordaron elevar un mensaje a S.M. con las firmas de todos los alumnos de Medicina.

Gratitud sí, a don Alfonso XIII y nuestra enhorabuena a la Universidad de Santiago que hacemos extensiva al señor Gil Casares que ha dado muestras de su celo por la ciencia y por el pueblo en donde él ha nacido.

Duque de Sotomayor.-Madrid-

Estudiantes de esta Facultad de Medicina ruéganle eleve a S.M. Don Alfonso XIII expresión viva gratitud por espléndido regalo material científico a esta Escuela demostrativo de su interés por el progreso de la ciencia española.

Enviamos por correo exposición escrita con centenares de firmas.

La Comisión.

Exposición

A S.M el rey D. Alfonso XIII

Señor:

Un deber de profunda gratitud hacia la real persona de V.M. obliga a los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad gallega que saben apreciar en lo que vale el importante donativo del gabinete de Electroterapia y rayos Röntgen que de vuestro peculio particular y debido a las fructuosas gestiones

del digno, ilustrado y celoso profesor de esta escuela doctor Gil Casares, acabáis de hacer a nuestra Ciencia y a nuestro pueblo, a enviaros en prueba de respetuoso reconocimiento, el eco de una protesta de gratitud que espontánea brota unánime de los labios de esta juventud escolar.

Sírvanos la ocasión presente para evidenciar el testimonio de nuestra adhesión más afectuosa al bondadoso Monarca que altamente sabe demostrar su interés por la cultura Patria.”⁴²⁵

Es seguro, por tanto, que el aparato Siemens & Halske, que compró Gil Casares en 1904, según el Dr. Millán Suárez, fuese donado por el Rey.

Desconocemos sin embargo con certeza la fecha de instalación de rayos X en la clínica privada de Don Miguel pero suponemos que esto ocurre en 1904, pues en esta fecha hay constancia de un equipo de Siemens & Halske, Einzalliste 405⁴²⁶. En 1912 en la que publica una comunicación presentada al Congreso de San Sebastián titulada *Nota sobre un nuevo método de percusión (Percusión resonante)* en el que explica que una forma de aumentar los sonidos emitidos mediante la percusión es útil utilizar un armario como caja de resonancia:

“En mi consulta domiciliaria utilizo para la percusión resonante el armario de instalación Röntgen suministrado por una conocida casa constructora.”⁴²⁷

⁴²⁵ *La Gaceta de Galicia* 12 de Mayo de 1903.

⁴²⁶ Millán Suárez, J.E. (2001) *Historia de la Radiología en Galicia*. Tesis Doctoral. Pág. 41 y 191 (fig). Dato recogido del archivo histórico Siemens.

⁴²⁷ Gil Casares, M. (1912). *Nota sobre un nuevo método de percusión (Percusión resonante)*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago; Tipografía del Eco de Santiago.

Decir, como corolario, que D. Miguel Gil Casares demostró un gran interés por los rayos X en sus primeros tiempos, y tuvo estrecha relación con la –naciente– especialidad, siendo el único médico gallego, además de su tío-primo Antonio Casares Gil, médico militar⁴²⁸ y botánico extraordinario⁴²⁹, que estuvieron en el V Congreso internacional de Radiología de Barcelona en 1910, siendo Gil Casares además miembro del Comité Nacional del Congreso.

Sin embargo, la Diputación, en contraste con la actitud del titular de la Corona, tardó en poner algo de su parte, pues se recoge en el citado artículo de *Vida Gallega*, de noviembre de 1910, cuya foto reproducimos a continuación, que:

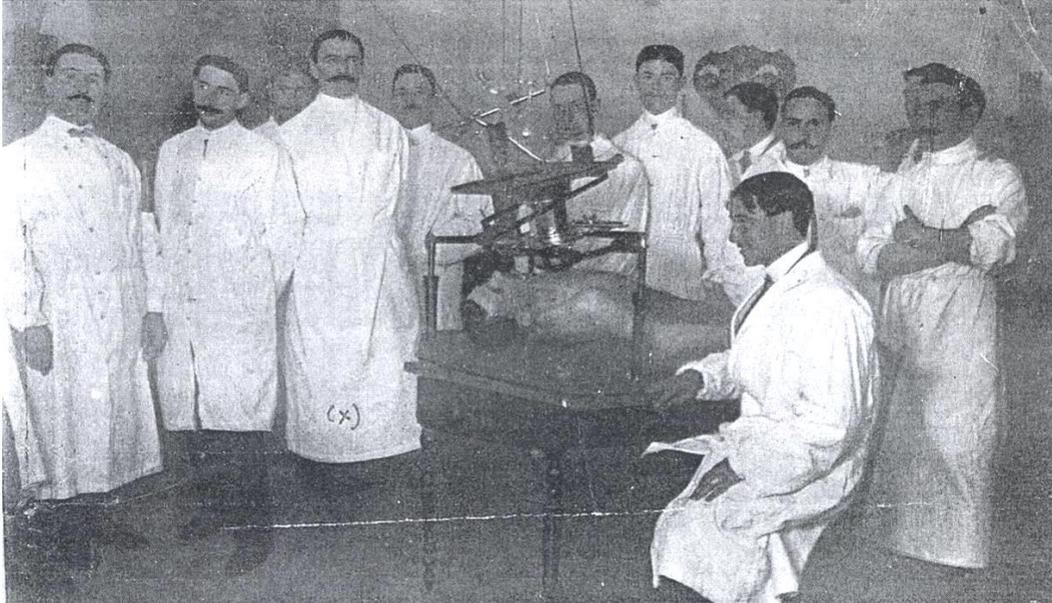
“Todos los gastos fueron sufragados por la Clínica y donativos particulares, si bien La Diputación consignó en sus dos últimos presupuestos—de 1909 y 1910, se entiende--una subvención de 500 pesetas que sometida a descuento quedaban reducidas a 494. Con ellas se adquirió más material y se hicieron gastos de reparación.”

Termina el articulista cargando contra la Diputación por suspender la subvención sin motivo justificado,

⁴²⁸ Había nacido en 1871 el mismo año que Miguel, murió en 1929, a los 58 años, con el grado de Coronel Médico. Vid. Necrológica en: Boletín Oficial del Colegio de Practicantes de Santiago 1929.

⁴²⁹ Antonio, a la vez que médico militar, que estuvo en la Guerra de Cuba, fue uno de los más afamados botánicos de España, tras haberse especializado en esta materia en los mejores laboratorios europeos, en contacto con sabios como Goebel o la escuela de su maestro Julius Sachs. Se le considera el primer briólogo de España. Las briofitas son un grupo de plantas verdes pequeñas muy importante en la evolución del reino vegetal.

“Que en Galicia, como en todas partes, va el dinero mejor que hacia allí dónde sería honra de la Ciencia, a donde sea honra de los primates políticos y les valga votos y ovaciones.”



De izquierda a derecha: Sres, Otero, Colmeiro, Seijo, Gil Casares (con x en la bata), Obella, Pena, Cortizo, Gurruchaga, Bermúdez, López Rubido, Lorenzo y González del Blanco (Luego famoso pintor).

Recoge en 1901, en su artículo titulado Terapia por la luz (fototerapia):

“Las dimensiones excesivas de este trabajo me obligan á abreviar. he de pasar en silencio, sin embargo la analogía de la acción fisiológica que existe entre los rayos químicos de la luz y los Rayos X, usados con excelente resultado en ciertas enfermedades de la piel, y sobre todo, en el lupus.

Cuando Röntgen verificó su descubrimiento creyeron algunos médicos hallar en los misteriosos rayos un medio de combatir ciertas enfermedades bacilares, y, en especial la tuberculosis del pulmón, esperanzas consideradas como utópicas por la generalidad. Los estudios de Finsen con los rayos químicos y los de Oudin con las radiaciones eléctricas de alta tensión y frecuencia, producidas con su resonador bipolar, nos obligan á ser más precisos en nuestras dudas, tanto más, cuanto que entre las radiaciones eléctricas, caloríficas, luminosas y químicas y los Rayos X hay graduaciones insensibles y probablemente constituyen modalidades de una misma naturaleza de energía.

Por lo que concierne á la acción curativa de los Rayos X parece que no varía con la intensidad de la corriente que se emplee, con la velocidad del interruptor ni con la diferencia de potencial entre los polos del carrete, sino con la edad del tubo. Los tubos nuevos, llamados blandos, emiten rayos dotados de escasa penetración que son absorbidos casi en su totalidad por las partes de nuestro cuerpo y producen efectos fisiológicos ó terapéuticos en la piel y en las regiones superficiales. Al contrario, los tubos viejos muy gastados, duros, como se dice, producen rayos de gran penetración que atraviesan como proyectiles nuestro organismo, sin dejar huella no producir efectos ostensibles.”⁴³⁰

⁴³⁰ Gil Casares, M. (1901). Tratamiento por la luz (fototerapia). *Revista Médica Gallega*. Año II, Núm.). Pág. 417-428.

VI. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Quizás fruto de la enseñanza por él recibida es escasa la farmacopea utilizada por D. Miguel. Como podemos entender en los trabajos realizados durante sus estudios de licenciatura:

“Ante todo es indispensable convencer al enfermo de que hoy la tuberculosis no se cura con medicinas, y que dicho en general la polifarmacia es más perjudicial que útil. Reciente está todavía la decepción que la humanidad entera experimentó cuando algunos espíritus entusiastas e irreflexivos proclamaron regocijados los estudios hechos por Koch con su tuberculina, para luego en vista del fracaso, aquellos mismos que casi habían llamado a Koch redentor de la Humanidad doliente lo vilipendiaran, a él, una de las primeras figuras de Alemania.”⁴³¹

Critica también severamente el uso de medicamentos inocuos o perjudiciales en su obra *El caso clínico de la Dama de las camelias*:

“Desdichada víctima de la enfermedad y de los médicos, de estos médicos polifármacos, de los cuales pudo decir Voltaire que se complacían en echar medicamentos completamente desconocidos en un organismo mal estudiado todavía.”⁴³²

De igual manera, en 1901, en su trabajo *Tratamiento por la luz*, en el que defiende el uso de otras terapias alternativas como como la climatoterapia, la hidro y

⁴³¹ Gil Casares, M. (1893). *Tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Ejercicio de oposición al Premio Extraordinario en la asignatura de Clínica Médica. Inédito. AHUS. Leg. 528 exp 3.

⁴³² Gil Casares, M. (1908). *Historia clínica de la Dama de las camelias. Discurso leído en el Ateneo León XIII el día 11 de abril de 1908*. Reimpreso por los alumnos del autor en 1918. Santiago: El Eco de Santiago.

balneoterapia, hace alusión al rechazo que muchos médicos de la época tenían a la limitada farmacopea de la época:

“Entre médicos y legos no falta quien afirma que los únicos adelantos positivos de la Ciencia de curar corresponden á la operatoria quirúrgica, pues aún persiste la opinión absurda de que el llamado médico internista no tiene otros recursos que la farmacología. La Medicina científica hace ya no obstante, muchos lustros que anatematiza la polifarmacia del mismo modo que también censura a esos cirujanos que llevados del delirio operatorio cometen las mayores audacias, como el guerrero cegado por la sangre que se lanza á las mayores heroicidades....”⁴³³

Por la evolución de su obra podemos afirmar que es esta una premisa que siguió hasta el final de su carrera. En 1930 en el artículo titulado *Médicos “clínicos” y “científicos”* criticaba tanto a los galenos que abusaban de pruebas complementarias como de prescripción farmacológica. Lo que argumentaba:

“...Es un menosprecio análogo al que tienen para las drogas galénicas otros médicos modernos que sólo quieren de ellas la supuesta quintaesencia obtenida de fábricas extranjeras, y a ser posible el producto artificial sintético.”⁴³⁴

Aun así, reconoce que recurre incluso al fármaco placebo cuando el diagnóstico de tuberculosis es poco claro o ve la necesidad de calmar al paciente mediante la pauta de algún remedio:

“...pues no es justo mantener la intranquilidad por quedar cubierto de responsabilidades que acaso sólo dependen de nuestra impericia. Daremos a la persona unos cuantos consejos de Perogrullo (*En la clínica-dice Krehl-se habla mucho y se adelanta poco*); prescribiremos una u otra receta para salir del paso y respetar la conciencia terapéutica *del interesado* y dejaremos que el tiempo diga la verdad”⁴³⁵

⁴³³ Gil Casares, M. (1901). El tratamiento por la luz (fototerapia). *Revista Médica Gallega*. Año II, Núm. 9. Pág. 418-428.

⁴³⁴ Gil Casares, M. (1930) Médicos “clínicos” y “científicos”. *Revista Española de Tuberculosis*. Núm. 3.

⁴³⁵ Gil Casares, M. (1930) Médicos... Op. Cit.

6.1 EL FLUORURO SÓDICO

El uso de determinadas sales por vía endovenosa para el tratamiento de la tuberculosis estuvo en auge durante el siglo XIX. En el *Tratamiento razonado de la tuberculosis*⁴³⁶, de Gourdin, médico del Hospital de París y traducido del francés por Jesús Varela de Montes y Recamán, publicado en Santiago en 1862, se recoge el uso de diversas sales alcalinas dentro de un amplio arsenal terapéutico.

A partir de 1890, dado el fracaso de la tuberculina de Koch, aparecieron múltiples propuestas de vacunas y sueros basados en la monocausalidad bacteriológica.⁴³⁷

Los ensayos con fluoruro sódico fueron iniciados por su primo José Casares Gil⁴³⁸ y el mismo Gil Casares reconoce que no se habría iniciado en los ensayos con el mismo si *a ello no me incitara mi primo el catedrático de Análisis química de*

⁴³⁶ Gourdin, A.H. C. (1862) *Tratamiento razonado de la tuberculosis*. Santiago; Imprenta de Jacobo Souto e Hijo. Pág. 140.

⁴³⁷ Molero Mesa, J. (1990). La vacunación antituberculosa. *Historia 16*. Núm. 172. Pág. 81-88.

⁴³⁸ **José Casares Gil** (Santiago de Compostela 1886-1961). Hijo del químico Antonio Casares Rodríguez, sobrino del físico Ramón Gil y primo-tío de Gil Casares, ya que su abuelo se casó en caso en segundas nupcias con una tía de éste. Graduado de bachillerato en 1879, se licenció en farmacia por la Universidad de Santiago en 1884, al mismo tiempo que, por enseñanza libre ese licenció en Química en Salamanca. Se doctora en Madrid en 1887. Fue catedrático de Técnica Física y Análisis químico en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona. Realiza estadias para continuar su formación en Alemania y EEUU. En 1905 se traslada a la Universidad de Madrid. Entre muchas otras obras continuó la labor de análisis de aguas de balnearios de Galicia que había iniciado su padre. (Bermejo Patiño; Manuel; Fandiño Veiga, Xosé Ramón ([2013], “José Casares Gil” en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*. [lectura: 11/05/2015] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=454>])

Madrid.⁴³⁹ Casares Gil descubre la relativa elevada existencia de flúor en algunos manantiales gallegos, sobre todo en la provincia de Lugo en 1896.⁴⁴⁰

"En la provincia de Lugo existen dos manantiales cuyo análisis me fue encomendado. El uno brota en la misma capital, y es conocido desde la época de los Romanos; el otro ve la luz en Guitiriz, que es una estación de la vía férrea de Madrid a la Coruña. Ambos manantiales son sulfuroso sódicos: el primero caliente, el segundo frío.

Al hacer el análisis cuantitativo de estas aguas, me llamó la atención la intensidad con que se manifestaba la reacción del flúor, y repetí el ensayo diferentes veces, obteniendo siempre el mismo resultado. Esto me condujo a pensar que no sería imposible la determinación exacta, y emprendí este trabajo".

"Abrigo el conocimiento de que el flúor se encuentra en muchas aguas minerales en cantidades muy superiores a los que hasta ahora se había creído, y que es necesario revisar algunos análisis. Puedo afirmar que en las aguas de Caldas de Reyes, Catoira, Verín, Molgás, Carballo, Burgas de Orense y Caldelas de Tuy procedentes de Galicia y en las de Contraxerill (Francia) el flúor existe en notable proporción."

"En estos últimos tiempos se ha discutido mucho la acción terapéutica de los fluoruros y se influencia sobre el organismo. No puedo sustraerme a la idea de que en las virtudes medicinales de ciertas aguas tenga algún papel el fluoruro sódico. Sin embargo, esto no puede afirmarse á priori: debe ser el resultado de numerosas observaciones y experiencias, alguna de las cuales he comenzado, pero que he tenido que abandonar por algún tiempo."

Gil Casares reconoce que esta sal ya había sido usada por algunos clínicos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, sobre todo por vía digestiva, sin haber logrado la aceptación general. Lo que propone es utilizar como alternativa la vía endovenosa, entre otras casusas porque *temía provocar desórdenes gástricos en mis*

⁴³⁹ Gil Casares, M. (1908). Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. *Revista ibero-americana de Ciencias Médicas*. Pág. 102.

⁴⁴⁰ Casares Gil, J. (1898). Sobre la presencia del flúor en algunas aguas minerales. *Boletín de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona*. Vol. 1. Núm. 20. Pág. 420-424.

*enfermos tísicos*⁴⁴¹ y al ensayar la vía subcutánea la administración resultaba demasiado dolorosa. De hecho, la primera comunicación al congreso de San Sebastián, se titulaba *Tratamiento de la tuberculosis por medio de inyecciones hipodérmicas de fluoruro de sodio*⁴⁴². En las siguientes publicaciones al respecto la vía de administración pasa a ser siempre endovenosa.

Comenzó sus ensayos en 1906, calculando la cantidad necesaria de principio activo mediante administración en dosis creciente, llegando a la conclusión de que *la dosis máxima del fluoruro sódico, disuelto en líquido salino fisiológico, oscila entre cuatro y siete centigramos, por inyección endovenosa, según los individuos, llegando a tolerar bien 14 centigramos en dos dosis diarias*. La aparición de dolor abdominal agudo tras la administración del fármaco fue lo que le impidió aumentar estos niveles. Consideraba dosis tóxica los 24 centigramos por día, ya que provocaban en el paciente *sed, anorexia, vómitos, sudores, excitación general, temblor e insomnio, de carácter temporal*.

En 1908 la prensa general se hace eco de este hecho:

“Entre el personal facultativo y los catedráticos de Medicina se comentan los experimentos que viene realizando con los tuberculosos el catedrático D. Miguel Gil Casares.

Ha obtenido curaciones notables.

Parece ser que el tratamiento consiste en inyectar dentro de las venas una disolución de fluoruro sódico.

⁴⁴¹ Las especiales características del estómago de los tuberculosos que se relacionaban con la pérdida ponderal que conlleva la enfermedad era atribuida a una hiperclorhidria con tendencia a ulceración y estenosis pilórica fue un tema de mucho interés en las primeras décadas de los años 20. Vid. González, Campo, José. (1910). *El estómago de los tuberculosos*. Ponencia presentada al Congreso Internacional de Tuberculosis de Barcelona de 1910. Madrid; Imprenta y Encuadernación de V. Tordesillas. 12 Págs.

⁴⁴² *La vanguardia*. 6 de Octubre de 1908.

El citado catedrático se propone exponer el resultado de sus experiencias en el Congreso de Zaragoza.”⁴⁴³

Según refiere, en los dos años siguientes, tanto él como sus alumnos administraron *miles* de dosis a los pacientes tuberculosos del hospital sin que jamás se produjese *ningún accidente peligroso*, administrando el fármaco a *todos* los pacientes de su clínica hospitalaria y que tras la mejoría observada en alguno de los tratados, comenzó a administrarlo en los pacientes de la clínica privada que aceptasen dicho tratamiento. Consideraba de elección las venas de la flexura del codo o del dorso de la mano.

Gil Casares justifica la realización del estudio:

“Confieso que tenía poca fe en los resultados. Mi única esperanza se fundaba en el hecho descubierto por Brandl y Tappeiner, de que el fluoruro sódico se acumula en el organismo gracias a que el flúor se une a la cal y se deposita en ciertas vísceras, constituyendo un compuesto cristalino, que es probablemente espato flúor. Buscaba yo, pues, la calcificación de los tubérculos, no la acción antiséptica poco probable, aun con las dosis relativamente elevadas que yo empleo.”⁴⁴⁴

Como resultados terapéuticos observaba como norma general, un aumento del apetito, una disminución de las secreciones pulmonares, disminución de la tos, disminución de la fiebre en caso de que esta fuese solamente vespertina y frenada en la disminución del peso corporal. Recomendaba el uso del fármaco siempre acompañando a la triada de reposo, aire libre y sobrealimentación.

⁴⁴³ *Diario de Pontevedra*. 23 de Julio de 1908.

⁴⁴⁴ Gil Casares, M. (1908). Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. *Revista ibero-americana de Ciencias Médicas*.

Aunque inicialmente fue administrado de forma general al paciente tuberculoso, en los meses siguientes la indicación pasó a ser solo para las *tuberculosis crónicas* al no hallar resultados favorables en las *tuberculosis agudas o de evolución tórpida*.

“No creo haber hecho ningún descubrimiento trascendental. Por de pronto, me limito a afirmar que el fluoruro sódico, en las dosis y forma que yo lo administro a los tuberculosos, es un medicamento inofensivo y es útil en muchas ocasiones. Por esto publico el resultado de mis experiencias, para que otros clínicos puedan comprobarlas o rectificarlas.”

En 1908 presenta comunicación con el uso del fármaco al congreso antituberculoso de Zaragoza⁴⁴⁵ y el mismo año presenta su descubrimiento a la Sociedad de terapéutica de París en 1908 bajo el título *Traitment de la tuberculose par les injections intraveneuses de fluorure de sodium*⁴⁴⁶, como se recoge en el boletín de la misma. Este hecho se refleja en la prensa parisina:

“Chili. Contre la tuberculose. Un professeur de la faculté de médecine de Santiago, Gil Casares, a découvert un traitement de la tuberculose, en injectant du sulfure de sodium dans les veines des malades. De nombreuses guérisons de seraient produites.”⁴⁴⁷

⁴⁴⁵ Gil Casares, M. (1908). Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. Comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza. Santiago: El Eco de Santiago. 18 págs.

⁴⁴⁶ Gil Casares, M. (1908) *Traitement de la tuberculose par les injections intraveneuses de fluorure de sodium*. Comunicación verbal a la Société de thérapeutique de París. Recogida por Georges Rosenthal para el Boletín de la misma. Tomo XII, 11 de Noviembre de 1908. Pág. 825-828.

⁴⁴⁷ *L'Aurore*. Núm. 3023. Vol. 11. 1908. Pág. 4.

Sus estudios fueron también publicados en la prensa médica de Berlín y de Puerto Rico.⁴⁴⁸

En 1910 realiza una comunicación sobre el fármaco al Congreso Antituberculoso celebrado en Barcelona, titulado *Resultados del tratamiento con inyecciones endovenosas de fluoruro sódico en la tuberculosis pulmonar crónica*.⁴⁴⁹

Como vemos en las publicaciones de 1910, la indicación del fármaco pasa a ser solo para la tuberculosis *crónica*.

También gracias a la prensa conocemos la presentación del fármaco en Alemania y otros países europeos. Ni tan siquiera en su expediente como profesor universitario encontramos los permisos para docencia quizás porque, como se recoge en la prensa, estos viajes los hacía aprovechando los periodos vacacionales:

“Quizás cuando creía poder descansar de sus constantes y fatigosas tareas, aprovechando los meses que le dejaban libre las vacaciones, estrechamos su cariñosa mano la vez última, que tuvimos el gusto de verle. Poco después supimos que había asistido al gran Congreso médico celebrado con notable éxito en la Exposición de Zaragoza, partiendo seguidamente para Berlín, donde pasó el ilustre doctor Gil Casares, una larga y creemos que provechosa temporada”. Y en donde recoge los resultados presentados en Zaragoza y Berlín: “Las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico, suelen producir los siguientes resultados terapéuticos en la tuberculosis pulmonar crónica.

Aumento considerable del apetito.

Aumento del peso corporal: muchos enfermos, ganan un kilo de peso por semana.

⁴⁴⁸ Lomba, J.M. El doctor Gil Casares y la tuberculosis. *Gaceta de Galicia*, 13 de diciembre de 1909. En *El Boletín Mercantil*. Puerto Rico. Noviembre de 1909.

⁴⁴⁹ Gil Casares, M. (1910). *Resultados del tratamiento con las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico en la tuberculosis pulmonar crónica*. Comunicación presentada al Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en Barcelona. Santiago; El Eco de Santiago. 15 pág.

Disminución de la tos y de la expectoración: mejoría de los fenómenos locales.

Descenso y cesión de la fiebre tuberculosa (fiebre vespertina).

He observado muchos casos de curación (aparente). Otras muchas veces he visto detenciones en la marcha del proceso que avanza rápido. Hasta la fecha, sólo he notado que fracase el tratamiento con fluoruro sódico, en las tuberculosis agudas febriles y en los últimos períodos de las formas crónicas.”⁴⁵⁰

A partir de este año, Gil Casares debe abandonar los ensayos con el fármaco ya que no hemos encontrado publicaciones propias respecto al fluoruro sódico posteriores a 1910. Sólo, en 1912 en una conferencia en la sede de la Liga contra la tuberculosis, hace referencia al fármaco:

“Desde que la autoridad de Erlich, recomendado las inyecciones de salvasán, hizo perder a los médicos el justificado prejuicio contra la práctica de la terapéutica intravenosa, que algunos autores, y yo entre ellos, nos esforzábamos inútilmente en recomendar para otros fines...”⁴⁵¹

Tampoco ninguna referencia a que llegara a comercializarse el fármaco con tal indicación.

⁴⁵⁰ *Gaceta de Galicia. Diario de Santiago*. 13 de Diciembre de 1909. Recogido de *Boletín Mercantil*, Puerto Rico. Noviembre, 1909.

⁴⁵¹ Gil Casares, M. (1912). *Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos*. Comunicación presentada a las Sesiones Científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis. Liga Popular contra la Tuberculosis. Trabajos del Dispensario Antituberculoso María Cristina de Madrid. Madrid; Imp. Y Encuad. de V. Tordesillas. Pág. 299-315.

También como folleto en 1912: Comunicación a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis, en Madrid, octubre de 1912. Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos en 1912. Santiago; *El Eco de Santiago* 15 pág. y en *Revista Clínica de Madrid* Núm. 9. Pág. 14-26.

En 1911 sí se hace una referencia al mismo en las sesiones clínicas del Instituto Valenciano donde se encuentra entre otros de los muchos fármacos cuya utilidad está en estudio en comparación con las tuberculinas:

“...Así se explica que al lado de esas estadísticas brillantes, obtenidas con el uso de las tuberculinas, puedan cotejarse aquellos otros muchos semejantes resultados y referentes a métodos de tratamiento lo más distintos. En efecto, el Dr. Vila presenta una estadística muy alentadora, sin contar con otros elementos que los higiénicos de Busot; Bernheim ensalza la creosota; Landerer el cinamato; Gil Casares el fluoruro sódico; Lemonie la paratoxina, otros los sueros, quién los arsenicales y así sucesivamente. Y es que la tuberculosis es una enfermedad curable, que las más de las veces se cura con independencia del tratamiento empleado...”⁴⁵²

Tampoco hemos encontrado en la literatura médica de la época el empleo de compuestos de flúor, excepto el uso de fluoroforno, empleado en Alemania el formeno trifluorado en la tuberculosis sin aparición de cavernas.⁴⁵³

En 1925, el médico del Dispensario de La Coruña, Peña Novo, hace un repaso al arsenal terapéutico utilizado para la tuberculosis y aunque reconoce que ningún agente químico es realmente eficaz, sí hace referencia a sales de calcio, a la sanocrisina, sales de oro, creosota o guayacol sin hacer referencia en ningún momento al tratamiento con fluoruro sódico.⁴⁵⁴

Sin embargo, siguiendo la misma línea de inyecciones de sales por vía endovenosa sí que encontramos *a posteriori* múltiples publicaciones que hacen

⁴⁵² Vila Barberá (Junio, 1911). Sesiones científicas del Instituto Médico Sesión de día 28 de febrero y del 3 de marzo de 2011. *Anales del Instituto Médico Valenciano*. Num 6. Tomo XXIX.(pág 83-90).

⁴⁵³ *Boletín de Medicina y Cirugía* (30 de agosto de 1900). Órgano de los alumnos internos del Hospital Clínico. Año II, Núm. 21 Pág. 595.

⁴⁵⁴ Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

referencia al tratamiento de la enfermedad mediante el uso de otras sales, fundamentalmente áuricas. Como recoge Roberto Nóvoa Santos en 1915 en la revista *Galicia Médica*⁴⁵⁵ sobre el uso de cianuro-aúrico potásico:

“A partir de la publicación de Bruck y Glück⁴⁵⁶ sobre el tratamiento de la tuberculosis cutánea por las inyecciones intravenosas de Aurum-Kalium-Cyanatum, han aparecido algunos trabajos sobre el mismo asunto. El empleo simultaneo de la sal de oro y de la tuberculina. Así como el tratamiento de la tuberculosis mediante una asociación de A-K-C y cantaridina (cantaridina áurica), han sido objeto de diferentes publicaciones aparecidas últimamente. En España, Azúa y Sainz de Aja se han ocupado también de esta cuestión, y Goyanes ha dado a conocer sus trabajos acerca del tratamiento quimioterápico directo, por vía arterial de las tuberculosis locales”⁴⁵⁷

Por lo demás la técnica de administración, las observaciones realizadas al paciente tras el uso del fármaco así como las descripciones de secundarismos en relación a la administración de la sal por vía endovenosa son muy similares a los realizados por Gil Casares para el fluoruro de sodio dos años antes.

⁴⁵⁵ **Galicia Médica.** Comenzó a publicarse en 1913 bajo la dirección de los doctores Roberto Nóvoa Santos, Novo Campelo, Martínez Gómez, Carrero Goyanes y Blanco Rivero con colaboraciones de F. Alsina, J Astray, J. Barcia Caballero, Cadarso, A. Casares, A. Gallego, Hervada, Martínez de la Rva, Del Río o Varela Radío (en 1915 no aparece en la portada el Dr. Gil Casares como colaborador habitual, a pesar de tener referencia de artículos de su autoría en números anteriores. N. de la A.).

⁴⁵⁶ *Über Die Wirkung v. intravenösen Inyjectionem mit Aurum-Kalium.cyanatum bei Tuberkuose and Lues* fue publicada en 1913, en los años posteriores a los estudios de Don Miguel con el fluoruro de sodio. (N. de la A.)

⁴⁵⁷ Nóvoa Santos, R. (1915). Las inyecciones intravenosas de Aurum-Kalium-cyanatum (cianuro áurico-potásico) en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Galicia Médica*. Año 3. Núm. 10. Pág. 293-297.

El Dr. Novo Campelo⁴⁵⁸, en 1917, en la segunda edición de su *Tratado de Farmacología* que publica conjuntamente con Villarino Ulloa, hace un breve repaso del fluoruro como antiséptico inorgánico:

“El fluoruro sódico es un cuerpo sólido blanco, soluble en el agua (...)

Como los fluoruros son venenos protoplasmáticos, se comportan como antisépticos enérgicos. Disminuyen al igual que los oxalatos la coagulabilidad de la sangre, probablemente por precipitar las sales de calcio al estado de fluoruro cálcico. (...) en la tuberculosis pulmonar es de resultado escaso... a dosis de 10 a 20 miligramos.”

“El flúor se presenta bajo la forma de un gas amarillo-verdoso, difícil de obtener en estado libre; es de mayor toxicidad que los anteriores (bromo y yodo), originando irritación de la mucosa del árbol respiratorio. El fluoruro sódico es un cuerpo sólido blanco soluble en agua...”

Al interior fueron recomendados en la coqueluche por su acción sedante sobre el bulbo; en la tuberculosis pulmonar como quimioterápico es de resultado escaso, en ambos casos a dosis de 10 a 20 miligramos.”⁴⁵⁹

⁴⁵⁸ Novo Campelo, A. (1878-1948) Médico gallego, natural de Muros, alumno de Romero Blanco, Sánchez Freire, Piñeiro y Teijeiro, señeras figuras de la escuela Médica compostelana. Fue miembro del Cuerpo de Médicos de Baños y llegó a ser director de los balnearios de La Toja, Verín, Baños de Molgas, Retortillo, Ledesma y otros, ocupándose especialmente del tratamiento del reumatismo. Llegó a disponer de 50.000 fichas de pacientes, siendo el seguimiento de algunos de ellos durante años, dedicándose también al estudio histórico de la hidrología española. Fue catedrático de Terapéutica de Zaragoza y pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios, se trasladó a Francfort y Berlín con los profesores Ehrlich y Wassermann. Fue posteriormente catedrático en Santiago de Compostela, llegando a ser decano durante casi diez años. Desempeñó como acumulada la cátedra de Patología Médica, la de Farmacología Experimental y la Terapéutica Clínica. Desarrolló ciclos de Hidrología Médica y de Terapéutica Física en la Facultad de Medicina y desde 1945, con carácter monográfico para el Doctorado.

El Dr. Ramón Villarino Ulloa que es coautor de su *Tratado de Farmacología experimental y terapéutica* fue su discípulo predilecto. D. Ramón ganó la cátedra de Terapéutica de Salamanca en 1944 y consiguió el traslado a Santiago en 1955. Ver con mayor detalle en *Galería de médicos ilustres gallegos*, Romero Vázquez, Dimas. 1 serie. 1977.

⁴⁵⁹ Novo Campelo, A.; Villarino Ulloa, R. *Tratado de Farmacología experimental y terapéutica*. 1 Ed. Octubre, 1917. 2 Ed. La Coruña, 1935.

6.2 FARMACOPEA DE GIL CASARES

Además del fluoruro de sodio al que dedicamos el capítulo anterior por ser fármaco de desarrollo propio de Gil Casares y merecer por tanto mención, el arsenal terapéutico para la tuberculosis que describe en su obra es escaso. Desde los primeros artículos científicos en los inicios de su carrera, Don Miguel hace crítica de los pobres resultados obtenidos con la amplia, abigarrada y muchas veces inespecífica farmacopea de la que disponen los médicos de la época. Defiende la existencia de terapias alternativas, que deben, de igual modo que los fármacos, administrarse de forma científica.

“Hay algo más que las drogas y el bisturí: la terapéutica alimenticia, fundada en los principios de la moderna fisiología; la luz, el aire, el agua, el movimiento y el reposo, combinados y empleados científicamente, formando lo que se llama la climatoterapia, la hidro y balneoterapia, la neumatoterapia y la balneoterapia; el tratamiento por las bacterias ó sus productos, y por las vísceras de diversos animales; el *massage*, la gimnasia, la ortopedia, la electricidad, y, por fin, la psicoterapia, constituyen recursos de enorme eficacia que nadie debe poner en duda.”⁴⁶⁰

Basándonos en la premisa de que no consideraba curativo ningún fármaco, recopilamos a continuación los fármacos que recogemos de su obra con la indicación en la mayoría de ellos, para el tratamiento de complicaciones de tuberculosis pulmonar.

- Adrenalina: recomendaba medio o un centímetro cúbico de solución de adrenalina al milésimo en inyección endovenosa de suero fisiológico al 9 por 1000 en caso de colapso por hemorragia grave.

⁴⁶⁰ Gil Casares, M. (1901). Tratamiento por la luz (fototerapia). *Revista Médica Gallega*. Año II, Núm 9. Pág. 417-428.

- Alcanfor, aceite con: aplicado en inyecciones lo aconsejaba en caso de hemorragia grave, cuando el paciente entra en colapso.
- Apomorfina (clorhidrato de): en inyección subcutánea al centésimo en caso de de hemoptisis medianamente copiosa, cuando el paciente se encuentra angustiado y pálido.
- Cafeína: aplicada en inyecciones la aconsejaba cuando el paciente entra en colapso.
- Éter: en caso de colapso por hemorragia grave, en forma de inyecciones.
- Digalena (infusión de hojas de digital): administrada por vía endovenosa, la aconsejaba en caso de hemoptisis poco copiosas y de sangre coagulada, cuando el paciente se encontrase disneico y cianótico.
- Gelatina: en inyección subcutánea al 10 por 100, para favorecer la coagulación en caso de hemoptisis.
- Ipecacuana: en dosis de 50 centigramos por polvo de la raíz cada diez minutos, como emético en caso de hemoptisis medianamente copiosa, cuando el paciente se encuentra angustiado y pálido.
- Morfina: en inyección de un centímetro en caso de hemoptisis de mediana intensidad, cuando el paciente se encuentra angustiado y pálido.
- Sal común: a cucharadas, mezclada con agua tibia, la indica como emético en caso de hemoptisis moderada, cuando el paciente se encuentra angustiado y pálido o en inyección hipertónica al 5 ó 10 por 100, por vía endovenosa para favorecer la coagulación en las hemoptisis en general.
- Oxígeno: inhalado, en caso de colapso por hemorragia grave.

Destacamos que no encontramos en la obra de Gil Casares el uso de las tuberculinas con fines terapéuticos, probablemente porque estaba de acuerdo con las opiniones de Peña Novo:

“En 1889 consigue el mismo Koch prepara su célebre tuberculina, desde cuya fecha se ha dado en esta lucha un gigantesco paso hacia atrás por descuidar nuevamente los medios higiénicos y proceder a la inyección sistemática de la tuberculina, con la cual estamos causando probablemente más víctimas que Broussais con sus sangrías, ya que, a pesar de las bellezas que de ella nos cantan sus adoradores, la existencia actual del problema de la tuberculosis es una triste realidad, y el empleo de la tuberculina para combatirla produce en muchos casos los mismos efectos que se conseguirían fustigando a un caballo desbocado.”⁴⁶¹

⁴⁶¹ Peña Novo, P. (1925). *Tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

VII. EL NEUMOTÓRAX TERAPEÚTICO

A Jaime Carson, médico de Liverpool, se le atribuye generalmente haber sido el primero en proponer el neumotórax artificial como tratamiento de la tuberculosis pulmonar en 1822 a partir de sus experimentos realizados en conejos. Sin embargo, Allen K. Krause llama la atención sobre una afirmación del libro de Tomás Young acerca de las *Enfermedades Consuntivas* publicado en 1815, donde hace referencia a un método de tratamiento de las pleuritis adhesivas atribuido a la Escuela hipocrática que, en esencia, es el neumotórax artificial. Krause cita del libro segundo *Sobre Afecciones* encontrado en el texto de Hipócrates, expuesto en forma bilingüe por Littré referente al tratamiento del pulmón inclinado contra el costado: *la noción de que si esta afección resulta de una herida o, como a veces sucede, de una incisión por empiema, se debería poner un tubo a una vejiga, llenar la vejiga con aire e inyectar éste en el interior del pecho, pretendiendo que con tal método se obtendrán los mejores resultados. Littré cree que con la expresión el pulmón inclinado contra el costado, Hipócrates quiere significar el empiema. Krause dice: De todos modos, el método terapéutico descrito es sencillamente el de llenar el pecho con aire, y debemos creer que se practicaba activamente hace más de dos mil años... La explicación de Young no deja duda de que hace más de cien años él había comprendido ya en parte el principio fundamental del procedimiento.*

Siete años después de la aparición del tratado de Young, o sea en 1822, Carson propuso en una serie de trabajos fisiológicos la prueba del neumotórax artificial. En estos trabajos argumentaba con insistencia sobre el valor y las posibilidades del esta

técnica en el tratamiento de la tisis y otras enfermedades, basándose en los experimentos en animales. Carson lo había intentado en los pacientes, pero sus experiencias no volvieron a aplicarse por aquel entonces con objeto terapéutico.

En 1837, Guillermo Stokes llamó la atención sobre la marcada mejoría de un caso de tisis consecutiva a un neumotórax espontáneo.

Toissaint, en 1880, defendía el colapso del pulmón y dos años más tarde, Carlos Forlanini, de Pavía, lo propuso, pero no lo pudo practicar hasta 1888, exponiendo sus experimentos en 1894. Varios años después, Juan B. Murphy preconizaba el empleo del método y refería cinco casos. A pesar de su aceptación, este nuevo método terapéutico era considerado de escasa importancia, hasta que Brauer publicó los resultados de su trabajo en 1905 y 1906, momento a partir del cual comenzó la difusión de la técnica tanto en Europa como en América. Debemos dar a Brauer muchas contribuciones de gran valor científico que llamaron la atención del mundo entero sobre este método de tratamiento. Sus trabajos aumentaron el interés en Europa y América y el neumotórax artificial fue ocupando gradualmente por derecho propio un lugar bien definido en la terapéutica de la tuberculosis. Hoy todos los tisiólogos lo reconocen como un método indicado en ciertos tipos de tuberculosis pulmonar.⁴⁶²

Gil Casares comienza la realización de esta técnica alrededor de 1924 en la consulta del Hospital Universitario, en un apartado de la sala de la que disponía en el Hospital Real. Según recoge en su obra en julio de 1925, habrían sido *un número que se aproximaba al centenar* la cifra de pacientes sometidos al neumotórax en su

⁴⁶² Goldberg B. (1942) *Tuberculosis clínica*. Barcelona-Buenos Aires, Salvat Editores.

consulta.⁴⁶³ En 1928, en *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*, publicada en la Colección Marañón, recogía una serie de 302 casos de pacientes tratados por él y sus ayudantes, lo que significaba *millares de inyecciones*, realizados en la Clínica Universitaria por las mañanas y en su clínica privada *a últimas horas de la tarde*.⁴⁶⁴



Ventana de la sala de Gil Casares en el Hospital Real (hoy Hostal de los Reyes Católicos). Fotografía de la autora.

Gil Casares reconoce, al igual que Sayé⁴⁶⁵, la existencia de múltiples dispositivos para la realización del neumotórax. Para el estudio de las variantes deriva al lector a

⁴⁶³ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz,, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

⁴⁶⁴ Gil Casares, M. (1929). *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*. Colección Marañón. Barcelona; Editorial Manuel Marín. 160 pág.

⁴⁶⁵ Sayé, L. (1925). *Manual de Medicina Interna. de Hernando y Marañón*. Capítulo Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. Madrid; Librería Gutemberg de José Ruíz.

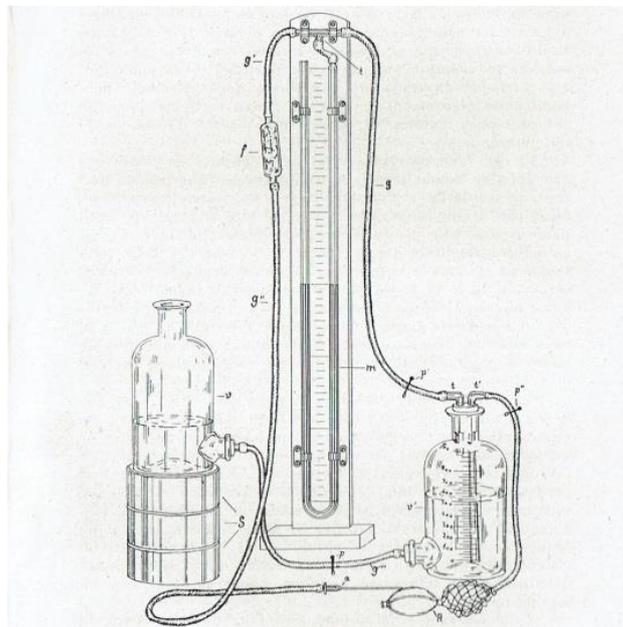
la obra de Dumarest y Murand *La Practique du Pneumotorax thérapeutique* (1924). Gil Casares recomienda el uso de un aparato sencillo alegando que *no depende solo de la bondad de la escopeta el acierto del cazador en sus disparos*.

Aunque no se mostraba en contra de los múltiples sistemas a la venta para tal fin, aconsejaba uno de fabricación propia que podía *improvisarse por poco dinero*. El instrumento constaba de tres partes bien diferenciadas, enlazadas entre sí por tubos de caucho:

1-Una aguja de punción.

2-Un manómetro de aire libre que generalmente era cargado con agua.

3-Un recipiente calibrado que contiene el gas de la inyección (que era generalmente aire).



Esquema del aparato de neumotórax aconsejado por Gil Casares *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar* (1929).

La técnica consistía en la inyección de un gas en la cavidad pleural hasta conseguir colapsar el pulmón enfermo. La frecuencia de las inyecciones aconsejadas por Gil Casares es *lo más frecuentemente posible* y hasta que se haya conseguido una *mejoría clínica importante* en el paciente tuberculoso. Reconoce como uno de los factores que aportaban mayor dificultad a la continuidad del tratamiento era la dispersión geográfica de los pacientes que recibían la terapia en Compostela, lo que en muchas ocasiones hacía que el tratamiento fuese abandonado. Para salvar esta dificultad, proponía la realización del neumotórax por los médicos rurales generalistas, ya que por su sencillez, consideraba que cualquier médico bien adiestrado podría ejecutarla sin mayor dificultad.

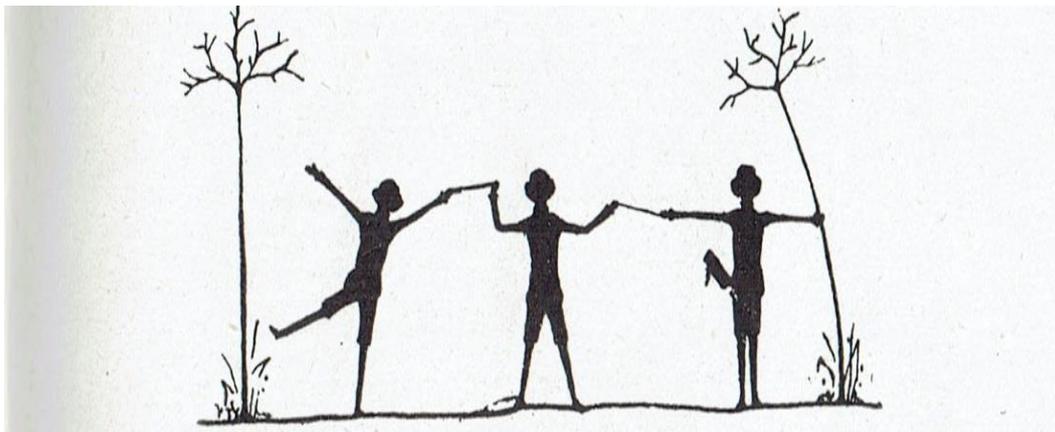
En 1925 Gutiérrez Moyano, da una conferencia en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña en la que reconoce el método como uno de los pocos que se habían mostrado curativos frente a la enfermedad. Según recoge, los aparatos de colapsoterapia no sufrieron retraso en su llegada a Galicia:

“Aquí en La Coruña, han llegado simultáneamente que a Madrid los primeros aparatos de pneumotórax y unos cuantos médicos vienen practicando este tratamiento con notorio éxito, hasta el punto que enfermos pneumotorizados en los más afanados Sanatorios de Davos, no han encontrado la menor violencia en continuar en esta población el tratamiento encontrando todas las ventajas de su aplicación, en esta tierra de condiciones climáticas tan discutidas. Convendremos por consiguiente que si este método se está realizando satisfactoriamente en la clínica particular, más fácilmente podrá ser realizado en un Sanatorio cualquiera que sea su emplazamiento.”⁴⁶⁶

⁴⁶⁶ Gutiérrez Moyano, A. (1925). *Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia*. Conferencia pronunciada en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. A Coruña; Papelería y Talleres de Imprenta Gareybarra.

Gil Casares publica en 1929, *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*, que dedica a la memoria de su hijo Miguel, fallecido 10 años antes, a los diecisiete años de edad. Se trata de una obra de 157 páginas que comienza con un repaso anatómico-fisiológico de la cavidad del pecho, las indicaciones y contraindicaciones de la técnica, su modificación de la misma y resultados realizando al final un resumen de los métodos quirúrgicos de la colapsoterapia pulmonar.

D. Miguel no sólo defiende la utilización del neumotórax terapéutico unilateral sino también del bilateral incompleto con determinadas indicaciones.



Representación de neumotórax derecho con rigidez anormal del mediastino. Dibujo del Dr. Vilariño para *El neumotórax terapéutico* de Gil Casares en la Colección Marañón. 1928.

Explica al principio de la obra cómo se producen mecanismos de compensación en el pulmón respetado al producirse el neumotórax en el contralateral:

“El pulmón respetado tiende a compensar el inconveniente, estimulado por el centro respiratorio, respirando con mayor esfuerzo y frecuencia. También se dilata y aun se hipertrofia en ciertos límites. No se trata, en efecto del enfisema atrófico, pues no hay rotura de los tabiques alveolares, que antes por el contrario se engruesan a la vez que sus vasos se dilatan. A partir de la cuarta semana, se descubre asimismo multiplicación y ensanchamiento de las fibras elásticas, y después de seis semanas se comprueba neoformación vascular. Es, pues, posible

que en lo sucesivo haya también neoformación alveolar. Los trabajos de Nilsen y de Haarler apenas pueden permitir dudas sobre la hiperplasia del pulmón. De suerte que las circunstancias son aquí comparables a las que determinan hiperplasia de un riñón después de extirpado el otro.

La hiperventilación pulmonar (Minokwski) en el pulmón que respira no basta para compensar la subventilación del pulmón afectado, pues el ligero aumento de la tensión de oxígeno en el que trabaja no sobresatura la hemoglobina. El organismo, a su vez, interviene aumentando el número de glóbulos rojos (eritrocitosis), fenómeno que también es constante cuando se respira aire enrarecido (Bert), en los estados crónicos disnea (Naunyn), y en la cianosis (Malassez).⁴⁶⁷

Gómez de Arteché realizaba en 1936 algunas consideraciones previas a la realización de neumotórax, muy similares a las referidas por Gil Casares unos años antes:

“Es aquella intervención por la cual inyectamos un gas en la cavidad pleural permitiendo por esto al pulmón ocupar un volumen menor debido a su elasticidad, la cual es mayor en el tejido pulmonar normal y menor en el patológico. La elasticidad se agota cuando la presión en la cámara gaseosa del Neumotórax es igual a la atmosférica.

El pulmón enfermo, colapsado merced a su elasticidad, es objeto de esclerosis progresiva que encapsula la lesión. Esa esclerosis produce lentamente la retracción que solo existe en el tejido pulmonar patológico, llevando a éste a un volumen menor y a una condensación mayor.”⁴⁶⁸

⁴⁶⁷ Gil Casares, M. (1929). *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*. Colección Maraño. Barcelona; Editorial Manuel Marín. 160 pág.

⁴⁶⁸ Gómez de Arteché, A. y Gómez de Arteché, G. (1936). *Neumotórax, neumoperitoneo, oleotórax, lavados pleurales al alcance de todo médico*. Sevilla: Imprenta del Arenal.

APARATO "ARTECHE"
PATENTE DE INVENCION REGISTRADA

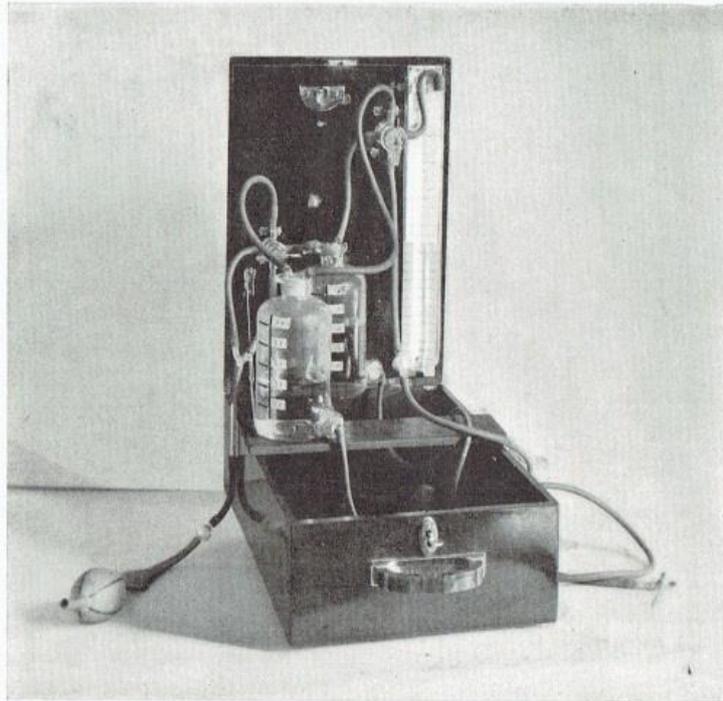


LÁMINA 2.ª

DISPOSITIVO DEL APARATO PARA LA INYECCIÓN AUTOMÁTICA DE GAS POR LA ASPIRACIÓN PRODUCIDA POR EL VACÍO PLEURAL.

Aparato para neumotórax "Arteche", uno de los múltiples dispositivos a la venta en España. Biblioteca de la autora.

“Condición primordial para realizar un Neumotórax es que la cavidad pleural virtual en estado normal no haya desaparecido por procesos inflamatorios, los cuales dejaron tras sí la lesión residual de sínfisis de la Pleura visceral a la parietal.

Esta unión de ambas pleuras la podemos sospechar si existe:

- 1- Por el historial del enfermo el cual nos cuente haber pasado pleuresías de la índole que fueran.

- 2- Por la antigüedad de su proceso pulmonar
- 3- Por su sintomatología actual subjetiva de dolores y molestias en el hemitórax afecto.
- 4- Por la existencia de retracción hemitorácica con estrechamiento de espacios intercostales, oblicuidad de costillas, aumento o disminución de vibraciones vocales, matidez, disminución del murmullo vesicular, roces pleurales, menor expansión del tórax, menor movilidad del hemidiafragma, atracción del mediastino y diafragma hacia el lado enfermo, senos costo diafragmáticos, cardiofrénicos ocupados, pinzaduras de diafragma, pleuritis laminar, síndrome oculopupilar, etcétera. Aun existiendo todos o alguno de estos signos probables de soldadura pleural nunca ase dejará de realizar la punción, pues muchas veces podremos conseguir la formación del Neumotórax, que si cuando existen esos datos es casi seguro que no sea total, sin embargo, puede ser parcial y efectivo.”⁴⁶⁹

Aconsejaba Gil Casares cuando se realizaba el neumotórax evitar esfuerzos y fatigas físicas, dado que reforzaba con complicaciones acaecidas tras traumatismos en casos clínicos de su propia experiencia: *la recomendación no es superflua, porque cuando nuestra intervención consigue, como tantas veces, la desaparición total de los síntomas tóxicos, algunos pacientes siguen confiadamente su vida habitual, y más de una vez tuve que reprender a jóvenes tuberculosas que con neumotórax se entregaban al baile.*⁴⁷⁰

“Nada debemos decir de la herida del paquete vásculo nervioso intercostal, de la herida de las costillas, de la herida del pulmón, del enfisema superficial o subcutáneo, profundo o mediastinal; de la eclampsia, de la embolia

⁴⁶⁹ Gómez de Arteche, A. y Gómez de Arteche, G. (1936). *Neumotórax, neumoperitoneo, oleotórax, lavados pleurales al alcance de todo médico*. Sevilla: Imprenta del Arenal.

⁴⁷⁰ Gil Casares, M. Op. Cit.

gaseosa, de la insuficiencia e inestabilidad del colapso, de la comunicación interpleural, de la perforación de cavernas superficiales, de las complicaciones cardíacas y mediastinales, de las hemoptisis del colapso, de las repercusiones en el pulmón opuesto sano anteriormente lesionado, de las afecciones agudas en el pulmón colapsado o en el pulmón opuesto; de las localizaciones extrapulmonares, de la irretractibilidad de las lesiones pulmonares, de la insuficiencia respiratoria, de los accidentes digestivos, nerviosos, de Neumotórax espontáneo en el lado lesionado o en el opuesto; de los brotes evolutivos en el pulmón, de las bilateralizaciones.”⁴⁷¹

Gil Casares también hace referencia a una de las complicaciones más graves y potencialmente letales del neumotórax: el shock pleural. Recoge en 1928 en adenda a la obra original que de 360 pacientes tratados por él y sus colaboradores mediante esta técnica, con múltiples insuflaciones por cada uno (número variable) en función del caso y seguimiento de la terapia habían observado shock pleural en ocho ocasiones, y solo en uno de los casos había sobrevenido la muerte en una punción realizada por su ayudante el Dr. Piñeiro.

“En el neumotórax súbito y muy extenso nunca faltan los fenómenos de shock. El enfermo, sorprendido por el accidente, está aterrado con inquietud mortal; su semblante, pálido-lívido y desencajado, expresa la mayor angustia; la piel está fría y sudorosa. Hay relativa agitación pues el paciente busca la mejor actitud posible para respirar por boca y narices, cuyas ventanas se dilatan rítmicamente. A la vez sufren muchos enfermos tos seca, incesante y penosa, que aumenta su fatiga (tos de origen pleural); pero en los tuberculosos crónicos puede la tos acompañarse de abundante expectoración, que el pulmón vacía al reducirse el volumen. Todos los músculos respiratorios auxiliares de la inspiración entran en juego. El desorden circulatorio se manifiesta por un pulso precipitado y pequeño, por cianosis periférica, plenitud de los troncos venosos en la base del cuello y enfriamiento general.

Los expresados fenómenos son consecuencia del shock pleural, de la reducción súbita del campo respiratorio y del desequilibrio de las presiones a uno y otro lado del mediastino.

⁴⁷¹ Gómez de Arteche, A. y Gómez de Arteche, G. (1936). *Neumotórax, neumoperitoneo, oleotórax, lavados pleurales al alcance de todo médico*. Sevilla: Imprenta del Arenal.

El enfermo puede morir en breves instantes (pneumothorax acutissimus, Unverricht) o en pocas horas. La terminación mortal es precedida de progresiva cianosis con algún edema de la cara y maléolos y con obnubilación del sensorio aturcido por la intoxicación carbónica. En la muerte del paciente influyen lo completo del neumotórax, la condición flexible del mediastino y, por supuesto, el decaimiento anterior de las energías. Basta a veces, en efecto, la súbita formación de un neumotórax parcial, para agotar la vida de muchos tísicos avanzados; pero no se olvide que también pueden perecer inopinadamente, al formarse un neumotórax, personas que se creían sanas y en las cuales produjo perforación pleural un foco tuberculoso latente.⁴⁷²

El miedo al shock pleural estaba extendido entre los pacientes que se sometían a esta terapia. Buena referencia de ello hace Thomas Mann en su novela *La montaña mágica* desarrollada en el sanatorio de Davos, en donde esta complicación es tema recidivante en toda la obra, tanto así que parte de los personajes a los que se les había practicado la técnica pertenecían a la selectísima *Sociedad del Medio Pulmón*.

“...el más joven habló de la vida de allí arriba a lo largo de las estaciones, de determinadas personas del comedor, de las operaciones del neumotórax, cuyo proceso explicó citando el caso de del buen Ferge y extendiéndose sobre su horrible shock pleural, incluidos los tres síncope diferentes en los que el señor Ferge pretendía haber caído: las alucinaciones del olfato que el shock había desencadenado y el ataque de risa que le había sacudido al desmayarse.

(...) En este punto, Anton Karlovich Ferge protestó en defensa del shock pleural frente a tales difamaciones y tal falta de consideración. ¿Cómo que se había tomado demasiado en serio su shock pleural? ¡Pues sólo faltaba!

Su nuez saliente y su simpático bigote subían y bajaban de excitación, y él no estaba dispuesto a consentir que se infravalorase lo mucho que había sufrido. Él no era más que un hombre sencillo, representante de una compañía de seguros, y todas las cosas elevadas le eran ajenas; hasta esa conversación le superaba con creces. Ahora bien, si Settembrini pretendía incluir el shock pleural –aquel infierno de cosquillas, con aquel insoportable

⁴⁷² Gil Casares, M. (1929). *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*. Colección Marañón. Barcelona; Ed. Manuel Marín.

hedor a azufre y los tres síncope en los que cada vez había visto todo de un color diferente- en los fenómenos que había citado, él se veía obligado a protestar y a decir mil veces que no. En su caso no podía hablarse de sensibilidad disminuida, de beneficiosa pérdida de la conciencia ni de un error de la imaginación; aquello era la barrabasada más grande y repugnante que podía existir bajo el sol, y quien no la hubiese vivido no tenía ni idea del horror...”⁴⁷³

En la novela, se hace referencia también a otra de las complicaciones a las que hace referencia Gil Casares, la hiperinsuflación del neumotórax por una mala praxis:

“Había llegado allí un poco enferma, o bastante enferma, a pesar de todo; si no, no hubiera ido al sanatorio; o tal vez no estaba más que ligeramente enferma, es decir, más ligera que gravemente enferma. El neumotórax, ese logro de la cirugía, todavía reciente pero muy rápidamente extendido, le había sido practicado con éxito. La intervención había dado un excelente resultado, el estado de la señora Zimmermann había mejorado muchísimo, y su marido –pues estaba casada, aunque sin hijos- podía contar con su regreso en tres o cuatro meses. Entonces, para divertirse, ella había realizado una excursión a Zúrich; sólo se había marchado por diversión, así de sencillo. Y se había divertido, en efecto, con toda su alma; pero entonces se había dado cuenta de que, durante el viaje, tendrían que “rehincharle los pulmones”, así que había acudido a un médico del lugar. Un joven encantador y muy divertido...! Ja, ja, ja! Pero, ¿qué había ocurrido? ¡La había hinchado demasiado! No se podía expresar con otra palabra, pues ésta lo decía todo. Seguro que tenía las mejores intenciones, pero no debía de entender mucho y... ¡Se la había ido la mano! Resumiendo: había vuelto al sanatorio “a punto de estallar”, es decir, otra vez con dificultades respiratorias y el corazón en fibrilación. -¡Ja, ja, ja!- Nada más llegar, Behrens la envió a la cama de inmediato y comenzó a jurar y despotricar. Entonces sí que estaba gravemente enferma –no con mucha fiebre, después de todo, pero enferma sin solución.”⁴⁷⁴

⁴⁷³ Mann, Th. (2011). *La montaña mágica*. Barcelona: Liberdúplex. Del original *Der Zauberberg* (1924). Berlín.

⁴⁷⁴ Mann, Th. (2011). Op. Cit.

Para Gil Casares la intensidad de las molestias provocadas por el neumotórax dependían básicamente de dos factores: la elasticidad del mediastino y la presión a que se hallan sometidos los gases que han penetrado en la pleura.

Para minimizar las posibilidades de complicaciones, Gil Casares aconsejaba la realización de una muy meticulosa exploración física previa al neumotórax:

“La inspección torácica no descubre siempre la asimetría estática. Puede no variar el lugar del choque cardiaco. En el lado enfermo están menos deprimidos que en el sano los espacios intercostales. La excursión de aquel hemitórax se retrasan algo y son menos amplias. La vibración vocal de las paredes torácicas se extingue por completo salvo que el neumotórax sea parcial o de que existan anchas bridas de adherencia. La percusión produce tonos más o menos timpaníticos, tanto más notables cuanto menos tensos estén los gases. Determinado por percusión los límites del tono más o menos timpánico.”

También por esta obra sabemos que Gil Casares, además de neumotórax practicaba toracotomías en casos de empiema, aunque, además de referencias someras a este hecho, no publicó ningún artículo específico sobre el tema.

Los resultados terapéuticos que recoge Gil Casares son de un total de 302 pacientes (aunque en una adenda final, de meses más tarde, recoge el tratamiento de más de 360 casos):

“He tratado hasta la fecha 302 enfermos, de ellos 181 hombres y 121 mujeres. En la mayoría de los casos consistía el proceso en lesiones extensas fibrocavasas, que en los hombres se localizaban con doble frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo, mientras que en las mujeres guardaban estas localizaciones casi igual frecuencia.

En su mayoría eran mis enfermos personas jóvenes. La cifra máxima de los años corresponde a los 21 años de edad.

Ochenta y siete de los casos (el 29 por 100) desaparecieron de mi observación en el plazo de un mes sin dar noticia de su estado. Ya he dicho

en otro lugar que la mayoría de mis enfermos son forasteros de clase pobre que concurren a mi consulta desde lugares distantes de Galicia. Según es probable muchos de esos casos de suerte desconocida se encontraron mejor y se creyeron ya curados; otros habrán desistido del tratamiento en consideración a las molestias y a los gastos inevitables que aquél habría de ocasionarles.

En 180 casos (es decir, en el 60 por 100) se consiguió sin dificultad la curación clínica, es decir, la latencia sintomática. No puedo determinar, dadas las circunstancias en que trabajo, cual fue en lo sucesivo el resultado final del tratamiento; pero he de advertir que algunos enfermos, a los cuales veo con periodicidad, parecen haber curado duraderamente a los pocos meses de ser tratados con el neumotórax, sin que pueda objetarse la eventualidad de un error de diagnóstico dada la exactitud de los medios puestos en marcha para practicarlo. Por lo demás, me parece innecesario recordar que el diagnóstico de la tuberculosis de los pulmones en los casos algo avanzados apenas deja, por desgracia, lugar a dudas.

En 9 casos (el 3 por 100) no se consiguió el menor resultado, pues el proceso siguió agravándose; en 15 casos (5 por 100) se generalizó el proceso tuberculoso y en 36 casos (12 por 100) no se obtuvo curación clínica ni se observó agravación notable.

En 45 casos (15 por 100) se complicó el neumotórax con pleuresía serosa. Solo he tenido un caso de empiema.”⁴⁷⁵

Como exponemos a continuación los resultados terapéuticos son muy similares a los aportados en 1933 por Sayé, autor al que remite Gil Casares en su obra al Capítulo del Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón como una de las obras de referencia.

“En síntesis, resulta de los mismos que la proporción de resultados inmediatos es de 60-70 por 100, y la de los lejanos, a los cinco a diez o veinte años, oscila entre el 20 y 40 por 100. El medio en el que se practica la cura tiene mucha importancia. Los resultados en medio sanatorial o en individuos de posición holgada son mejores en una proporción de un 30-40 por 100 en relación con los que se obtienen en medio hospitalario o en la ciudad, en

⁴⁷⁵ Gil Casares, M. Op. cit.

enfermos de condiciones económico-sociales desfavorables. Las causas de los fracasos del neumotórax son la bilateralización del proceso, la generalización y las complicaciones pleurales; en una proporción mínima, pero no despreciable los accidentes operatorios, perforación en el curso de una punción, reflejos pleurales, shock. En los casos de neumotórax bilateral podemos decir, en síntesis que los resultados curativos se obtienen en la proporción de la mitad y los fracasos, sobre todo los debidos al acto operatorio, son el doble o más. Cuando se analizan las causas de estos hechos, excluyendo los casos negativos por errores técnicos, se llega a la conclusión de que las bilateralizaciones, la generalización del proceso y, hasta cierto límite, las complicaciones pleurales, resultan de la conservación de la actividad del foco primario a pesar del colapso. Y esta conservación de la actividad del foco primario resulta esencialmente en unos casos de la gravedad de lesión tratada y en otros de la existencia de adherencias que impiden el colapso total.”⁴⁷⁶

Pero Sayé a diferencia de Don Miguel aconsejaba la asociación del neumotórax terapéutico con sanocrisina en casi todos los casos. La sanocrisina, descubierta por Fordos y Gelis en 1845, contiene oro monovalente combinado con azufre (tiosulfato de sodio y oro). Esta terapia fue ensayada por Möllgaard en diversos mamíferos y en el hombre y comprobó que, inyectando la sanocrisina endovenosa a dosis de 1-2 centigramos por kilogramo era segura para su uso terapéutico. Esta terapia como otras a base de oro no fue recogida en la obra de Gil Casares, por lo que podemos suponer que no eran de uso habitual en su clínica diaria. Si fueron recomendadas y utilizadas por otros fisiólogos coetáneos como Sayé o Pittaluga.⁴⁷⁷

Como vemos la técnica del neumotórax, empezó a expandirse en Galicia en los primeros años de la década de los 20. Tenemos constancia de que Gil Casares había

⁴⁷⁶ Sayé, L. (1933). *Crisoterapia de la tuberculosis*. Barcelona; Salvat editores.

⁴⁷⁷ **Gustavo Pittaluga Fattorini** (1876-1956). Nacido en Florencia, estudia la carrera de Medicina en Roma. En 1903 decide quedarse a vivir en Madrid, animado por Ramón y Cajal, donde revalida sus estudios en la Universidad Central. Sus contribuciones son varias centrandos sus trabajos en la parasitología, la hematología y la enseñanza. Estudió especialmente la enfermedad del sueño y el tripanosoma que lo produce. Falleció en Cuba a donde se había exiliado en 1939.

tratado por tanto alrededor de unos cien casos alrededor de 1924, año en la misma técnica era utilizada por Gutiérrez Moyano, Hervada y Fraga Irure desde el Dispensario de A Coruña, por lo que suponemos que llegó más o menos de forma paralela a las dos ciudades.⁴⁷⁸

Pese a que Gil Casares se defiende como creador de un aparato de su invención para esta técnica, no hemos encontrado diferencias significativas entre el que describe en su obra con otros utilizados en la misma época.

Debemos reconocer sin embargo la importante labor divulgativa y defensa que hizo del neumotórax, ampliando las indicaciones de la misma, que otros autores contemporáneos gallegos se mostraban más restrictivos con las mismas y la potenciación y defensa por parte del médico rural en una población gallega dispersa, con dificultades para el desplazamiento a las urbes debido a la frecuencia con la que debía ser introducido aire en la cavidad pleural y sobre todo el estímulo a todos sus alumnos, a quienes en el prólogo anima a utilizar el neumotórax.

Gutiérrez Moyano, no reconoce en su discurso la actividad de Gil Casares u otros médicos de Santiago en la difusión de la técnica, quizás porque dicha conferencia es resultado de la defensa para la construcción del Sanatorio de Cesuras, que pugnaba por los medios con el de La Lanzada, del cual Gil Casares era el principal promotor. Este autor seguiría defendiendo esta técnica en los años siguientes y sería la base de su ponencia a las *Jornadas Médicas Gallegas* de 1929, a las que Gil Casares no acudió (quizás por su estado de salud).⁴⁷⁹

⁴⁷⁸ Fraga Irure, M. El Pneumotórax terapéutico. *El Ideal Gallego*. 25 de Julio de 1924.

⁴⁷⁹ Gutiérrez Moyano, A. (1929). Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. Conferencia

El 3 de noviembre de 1926, Manuel Alcalde de la Oliva, profesor ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago, presenta su tesis doctoral titulada *Sanocrisinoterapia*, en la que cita repetidas veces a Sayé. Concluye que la sanocrisina es el compuesto de oro de mayor poder bactericida sobre el bacilo de Koch, siendo muy útil en las formas fibrocáceas y mucho menos en las fibrosas, útil en los casos pulmonares pero ineficaz en la tuberculosis laríngea o gastrointestinal.⁴⁸⁰

Según conversación personal en mayo de 2105 del Dr. Golpe Cobas, el neumotórax terapéutico fue utilizado en Compostela hasta bien entrados los años setenta, por tanto tiempo después de la llegada de los primeros fármacos eficaces, con escasas modificaciones en la técnica respecto a la utilizada en los años veinte.

Gil Casares se encuentra entre uno de los principales promotores del neumotórax en Galicia, con una importante obra de difusión del método por médicos generalistas.

recogida en *Libro de actas de las Jornadas Médicas gallegas* celebradas del 19-25 de Agosto de 1929 en A Coruña. Madrid; Editado por el Instituto de Biología y Sueroterapia. Pág. 103-130.

⁴⁸⁰ Alcalde de la Oliva, M. (1927). *Sanocrisinoterapia*. Tesis doctoral. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

VIII. EL CONGRESO DE LA TOJA-MONDARIZ

8.1. ANTECEDENTES: LA CONFERENCIA DE LA FUENFRÍA.

Entre el 3 y el 5 de septiembre de 1925 se celebra en el Sanatorio privado de montaña de la Fuenfría⁴⁸¹ (en Cercedilla, en plena Sierra de Guadarrama) una conferencia a donde fueron invitados todos los médicos de las instituciones antituberculosas oficiales de España ya que *los profesores (médicos) no podíamos ni debíamos ir solos a abordar tal estudio*. A la conferencia no fueron invitados ni Verdes Montenegro, Palacios Olmedo ni Codina Castellví⁴⁸² para *no crearles una situación delicada por sus dobles cargos de directores de Dispensarios y miembros del Alto Patronato*.⁴⁸³

Se pretendía en ella analizar el estado en el que se encontraba la lucha antituberculosa, que reconocían como un fracaso, unificándose para la reorganización de la misma.

Como antecedente, una comisión de médicos de dispensarios, formada por Álvarez-Sierra, Navarro Blasco, Ubeda, Martín Calderón, Santa Marina y González

⁴⁸¹ El edificio del Sanatorio de Cercedilla es obra del arquitecto gallego Antonio Palacios. (N. de la A.)Vid. *El Eco de Santiago*. 4 de mayo de 1923. Pág.1.

⁴⁸² Codina, pese a no haber sido invitado, envió un telegrama de adhesión que fue leído en el discurso inaugural, al igual que hicieron Sayé y Egaña, que era en el momento director del Sanatorio de Fuenfría. (N. de la A.). Codina sí asistió a una fiesta para la recaudación de fondos celebrada en el mismo Sanatorio en mayo de ese mismo año y en la que se disertó ampliamente sobre el uso del neumotórax terapéutico. (*ABC* 16 de mayo de 1925, Pág. 18)

⁴⁸³ Asamblea de médicos... (1925). *La Medicina Íbera*. 19, Núm. 410. Recogido por Molero Mesa en su Tesis doctoral (Op. Cit.)

Gutiérrez ya había expuesto unos meses antes al marqués de Magaz⁴⁸⁴ la solicitud de que el Directorio recondujese la lucha antituberculosa por considerarla un fracaso, reconociendo que las labores llevadas a cabo desde los dispensarios eran inútiles, solicitando las mismas peticiones que serían elevadas posteriormente tras la celebración de la conferencia.⁴⁸⁵

Oficialmente estaban representados los Dispensarios Antituberculosos de María Cristina, Victoria Eugenia y Príncipe Alfonso; Hospital Provincial y Asilo de San Rafael, de Madrid; Sanatorios de Húmera y de Valdelatas; Servicio de Tuberculosis de Cataluña; Dispensarios Antituberculosos de Valladolid, Murcia, Oviedo, Bilbao, Santander, Málaga, Huelva y A Coruña.⁴⁸⁶ Como representante gallego fue el Dr. Ramírez García, de A Coruña.⁴⁸⁷

Gil Casares no acudió a dicha conferencia, ya que en aquel momento no pertenecía de forma oficial a la lucha antituberculosa y debía estar muy ocupado con los preparativos del Congreso de La Toja, que se celebraría pocas semanas después, los primeros días de octubre.

La conferencia fue presidida por el Dr. Álvarez-Sierra siendo secretarios los Doctores Llopis y Arce.

⁴⁸⁴ Antonio Magaz y Pers. Almirante de la Armada, segundo marqués de Magaz tras la muerte de su padre Juan Magaz y Jaime, Catedrático de Fisiología de Barcelona y Madrid, Médico de la Real Casa y Académico.

⁴⁸⁵ *El Imparcial*. 25 de junio de 1925.

⁴⁸⁶ La Conferencia de la Fuenfría. *ABC*. 4 de septiembre de 1925. Pág. 13.

⁴⁸⁷ *La Libertad*, 2 de septiembre de 1925.

En su discurso inaugural, el presidente, acompañado de los doctores Navarro Blasco y Ubeda Sarrachaga (Dispensario María Cristina de Madrid)⁴⁸⁸ aclara los fines de dicha reunión:

“El Dr. Álvarez-Sierra pronunció un elocuente y enérgico discurso inaugural. Demostró la desorganización actual de la lucha antituberculosa y el fracaso de toda la obra profiláctica que viene desarrollándose en estos últimos tiempos. *Los médicos de las instituciones antituberculosas oficiales no quieren guardar silencio ni seguir siendo cómplices en el delito de lesa humanidad que viene perpetrándose. Se trata no solo de un problema médico, sino de un problema de la humanidad, pues la tisis arrastra muchas vidas que en conciencia pudieron salvarse.*”⁴⁸⁹

Entre las conclusiones fundamentales a las que se llegaron en esa conferencia estaban el acuerdo de que la lucha antituberculosa debía ser declarada función primordial del Estado y dependiente de la Dirección general de Sanidad, que las Corporaciones regionales y las entidades particulares pudiesen crear Instituciones Antituberculosas autónomas en el aspecto económico; pero sujetándose al plan general que fije la Dirección General de Sanidad.

Con respecto a los fondos se acordó que el Estado consignase en sus presupuestos dotación frente a la tisis a lo que se sumaría lo recaudado en fiestas benéficas y donaciones particulares.

También se propuso la creación de un escalafón único acoplando el profesorado de provincias de Madrid, considerando la reestructuración del Cuerpo de Médicos de

⁴⁸⁸ Entre los asistentes al discurso inaugural de la Conferencia de la Fuenfría se encontraban los doctores Cerveró, Algarra, Gómez Domingo (Dispensario Victoria Eugenia de Madrid), Lanzagorta, Torregrosa, Blanco Resta (de Granada), Aranda, José María Llopis (Dispensario Príncipe Alfonso de Madrid), Manuel Arce (Dispensario Victoria Eugenia de Madrid), Sousa, Pérez , Ferrera, Arteaga, Huarte, Mendicoa, Leniz, Ezquieta, Esteban Puente, Buendía, Botella, Herranz (Dispensario de Bilbao), Caballero y Moliner. Datos recogidos de *ABC* 4/9/1925 y *La Vanguardia* 5/9/1925.

⁴⁸⁹ La Conferencia de la Fuenfría. *ABC*: 4 de septiembre de 1925.

la Lucha Antituberculosa. Este cuerpo sería constituido por los médicos que en la fecha perteneciesen a sanatorios y dispensarios y el ingreso sería por concurso.⁴⁹⁰

Se recordó que la tuberculosis era enfermedad de declaración obligatoria, mandato que debía cumplirse, ya que esta disposición, que remontaba al siglo XII había sido abandonada *por dejación de la clase médica*.

En cuanto a los medios llamados indirectos de higienización (condiciones de vivienda, abaratamiento de la misma, mejora de condiciones de trabajo...) se acordó debían ser objeto preferente de las autoridades sanitarias y técnicos encargados de la lucha antituberculosa.

Se destacó la preferencia de iniciar la lucha en la edad infantil, recogiendo que *la lucha contra la tuberculosis debe encaminarse a salvar a los niños*.

También se acordó que la lucha antituberculosa crease el mayor número de sanatorios para pobres posible, evitando el dolor de que estos muriesen sin asistencia. Se decidió intensificar los dispensarios, dotándolos del material necesario y las colonias marítimas.⁴⁹¹

Como resultado de la conferencia se creó la Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa (ANMLA), cuya junta directiva quedó constituida en febrero de 1926 bajo la presidencia de Ángel Navarro Blasco, médico del Dispensario María Cristina de Madrid. Para demostrar su actitud de concordia esta asociación nombró a Verdes, Codina y Palacios Olmedo consocios así como al Director General de Sanidad, Dr. Murillo, Presidente nato.⁴⁹²

⁴⁹⁰ La Asamblea antituberculosa. *La Vanguardia*. 5 de septiembre de 1925.

⁴⁹¹ Op. Cit.

⁴⁹² Molero Mesa; J. (1989). *Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

8.2. CELEBRACIÓN DEL CONGRESO.

8.2.1. LOS PROLEGÓMENOS: POLÉMICA CON EL REAL PATRONATO.

Conferencia del Dr. González Regueral⁴⁹³

El sábado 23 de Mayo de 1925, por la tarde, en el Centro de Galicia en Marid, dio una conferencia el joven Dr. Carlos González Regueral, que sería, en los meses sucesivos, Secretario del Congreso antituberculoso de La Toja-Mondariz. Dicha disertación titulada *La Tuberculosis en Galicia* resultó muy concurrida.⁴⁹⁴

En ella expuso que en España había en ese momento de 350.000 a 400.000 tuberculosos de los que correspondían a Galicia 40.000 con una mortalidad anual del 10%.

Diariamente morían en España, al parecer, por esta causa unas 109 personas. Regueral expuso que la primera medida en Galicia era suprimir o restringir enérgicamente la emigración, para lo cual era preciso, como es natural, intensificar el trabajo y la producción. Censuró duramente la actuación de los Dispensarios gallegos, especialmente el de A Coruña que, a su juicio, realizaba una función nefasta.

Terminó combatiendo el proyecto de Sanatorio de Cesuras, estimando que tal lugar no reunía las condiciones climatológicas precisas, aparte de que la lucha no

⁴⁹³ *ABC*, 24 de mayo de 1925. Pág. 21.

⁴⁹⁴ **Carlos González Regueral**. (Compostela?-Madrid 1957). Tisiólogo. Ejerció en Madrid, en donde tenemos constancia de su estadia desde 1924, ciudad donde falleció. Fue el secretario del Congreso Antituberculoso de La Toja. Era seguidor de Sayé en la mayoría de los puntos de tratamiento y profilaxis tuberculosa y defensor de la vacuna de Calmette. En Madrid dio varias conferencias buscando apoyo para el tratamiento sanatorial en Galicia, defendiendo la creación del sanatorio de A Lanzada y la potenciación de las colonias veraniegas en Oza. Vid. *Heraldo de Madrid*, 17 de junio de 1925; *El Imparcial* 25 de junio de 1925; *El Imparcial*, 27 de mayo de 1927; *La Noche*. 26 de diciembre de 1957.

debía orientarse en el sentido del sanatorio, pues en Alemania con gran número de estos, había sido un fracaso. Finalmente, entre grandes aplausos solicitó el apoyo de todos en este empeño de luchar contra la que se llamó peste blanca.

La Conferencia del Dr. Codina Castellví⁴⁹⁵

Escasamente tres semanas más tarde, el 11 de Junio en el mismo foro intervino José Codina Castellví (1867-1934), tisiólogo de fama y numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, miembro, como hemos visto, del cuerpo técnico del Real Patronato Antituberculoso que, a diferencia de Regueral, ya frisaba en los sesenta años.

Presentado por el Presidente Basilio Álvarez, ante una concurrencia “que no cabía en el salón” puso de relieve la labor benemérita y social del Dispensario Antituberculoso de La Coruña, exponiendo cifras de asistencias y de trabajos realizados por sus abnegados profesores; señaló la rígida moralidad administrativa de su Junta, los desvelos para la construcción del Sanatorio de Cesuras y la parte que él, accidentalmente había tenido, en su reciente viaje a Cuba, para que el proyecto se convirtiese en una realidad.⁴⁹⁶

Continuó resaltando las virtudes del Sanatorio para Galicia, siendo, además, una defensa para toda España contra la propagación de la temible enfermedad *suprimiendo la fuente permanente de contagio abierta por la inmigración de todo tuberculoso gallego, procedente de las costas antillanas*. Expuso cifras del estado de la enfermedad en varias naciones europeas y regiones españolas, señalando virtudes y deficiencias de los dispensarios, apuntando que en A Coruña y otras ciudades no

⁴⁹⁵ Extractada de *ABC*, viernes 12 de Junio de 1925. Pág.16.

⁴⁹⁶ Posiblemente había conseguido fondos de los potentados españoles en la Isla.

realizaban una acción funesta o nociva sino muy meritoria y achacando sus virtudes a la abnegación, sacrificios y entusiasmo de los médicos.

Comparó las condiciones climáticas de Galicia con las de Dinamarca, país que con terapia sanatorial había conseguido reducir la mortalidad a menos del 1 por mil para deducir el acierto que suponía el emplazamiento del sanatorio de Cesuras, terminando, entre grandes aplausos, con una llamada a la colaboración de todos y del Real Patronato, y un canto, un tanto lírico, al amor a A Coruña, a la Verdad, a los tuberculosos pobres y a la Sanidad Española.

Contrarréplica de Regueral

Al parecer el 16 de junio hubo otra charla de Regueral, en el mismo sentido, en el que anima a que se haga un Congreso en Galicia, emplazando a los directores de la Lucha antituberculosa para que en él demuestren científicamente la razón de sus proyectos.⁴⁹⁷

En las fechas en las que estas conferencias tienen lugar, ya está proyectada la realización de un congreso regional gallego. Solo tres días más tarde localizamos la primera noticia en la prensa que hace referencia al mismo en las que se anuncia su próxima celebración en la isla de A Toxa.⁴⁹⁸

“Se ha reunido en el Centro de Galicia el comité organizador del congreso de la Lucha antituberculosa que se celebrará en La Toja el próximo mes de Octubre. Se ha acordado el programa de ponencias que habrán de discutirse así como dirigirse a las provincias del norte de España y a las Universidades de Coímbra, Oporto y Lisboa para que envíen delegados. En igual sentido se ha oficiado a los centros gallegos de La Habana y Buenos Aires. Ha sido invitado oficialmente el profesor Sergent de París.

⁴⁹⁷ *El Heraldo de Madrid*, 17 de junio de 1925. Pág.4.

⁴⁹⁸ *Diario de Vigo*. 20 de junio de 1925.

Por último se convino en solicitar el concurso de todas las corporaciones gallegas.

Se pondrá el Congreso bajo el patronato del Príncipe de Asturias al que se ofrecerá la presidencia honoraria en audiencia que solicita el Comité.”⁴⁹⁹

Los organizadores se movieron con gran diligencia pues apenas una semana después ya nos enteramos⁵⁰⁰ de que el presidente del Centro de Galicia, el sacerdote, abogado e intelectual Basilio Álvarez y el Doctor Regueral⁵⁰¹, visitaron al subsecretario de Gobernación Sr. Martínez Anido, para interesarle la protección del Gobierno a los efectos de celebrar en A Toxa el acordado congreso antituberculoso. Acudió también a la reunión el Director General de Sanidad, que les dispensó una cariñosa acogida. El Congreso sería declarado oficial, asistiendo al mismo un miembro del Gobierno.

El mismo rotativo recoge que el día anterior, 22 de julio, había quedado constituido en Santiago el comité gallego del congreso que actuaría mancomunadamente con el madrileño.

El día 25, el Alcalde de La Coruña, Sr. Casás, se entrevistó con los organizadores del Congreso antituberculoso, prometiendo su personal asistencia y la colaboración de su Ayuntamiento.

Se nombraron sendos subcomités en A Coruña y Vigo, que serían presididos por los Dres. Hervada y Lanzós, respectivamente.

⁴⁹⁹ *La Vanguardia* 14 de julio de 1925. Más brevemente lo refiere en idéntica fecha *El Ideal Gallego*.

⁵⁰⁰ *El Diario de Pontevedra: periódico liberal*, 23 de Julio de 1925. Pág. 2.

⁵⁰¹ El Dr. Regueral, además de defender la construcción del Sanatorio de La Lanzad junto a Gil Casares da una conferencia unos meses más tarde, en Octubre en el Centro Gallego de Madrid titulada La Tuberculosis de los niños y el Sanatorio marítimo de Oza, alabando la obra allí realizada y solicitando mejoras y ayuda al sostenimiento de las colonias que allí tenían lugar (*ABC*, 29 de noviembre de 1925).

Se determinó que serían ponentes los señores: Regueral, Hervada, Rodríguez Cadarso, Novo Campelo y Gil Casares, amén del arquitecto Sr. Palacios, autor del proyecto del sanatorio Marítimo de La Lanzada.

El sanatorio de La Lanzada era un gran proyecto que entusiasmaba a Don Miguel:

“Un buen día nos sorprendió con una invitación a toda la clase para ir a La Toja y por supuesto visitar el Sanatorio de la lanzada. Su sueño de conseguir un sanatorio para tratar a los enfermos de tuberculosis osteoarticular se había hecho realidad merced a sus instancias y al mecenazgo de la Diputación de Pontevedra. Su contento ante la novísima construcción era emocionante. Asomado al promontorio rocoso próximo al sanatorio, con la amplísima playa a su izquierda y la lejanía del océano al fondo, en un día muy luminoso, comprendíamos que se sintiera feliz, muy feliz.⁵⁰²

Los conferenciantes previstos eran: El prestigioso Emile Sergent del hospital de La Charité de París, José Casares Gil, catedrático de la Universidad Central de Madrid y Roberto Nóvoa Santos. En un principio estaba prevista la asistencia del Príncipe de Asturias como Presidente de Honor.⁵⁰³

En esos días, El Rey firmó un decreto, declarando oficial el Congreso.

En la Toja los preparativos eran muy minuciosos pues se construyó una pista provisional para carruajes que permitiese el acceso a la playa de La Lanzada, desde la carretera de Pontevedra a O Grove. En aquella admirable playa se iba a celebrar una fiesta en los terrenos donde estaba previsto levantar: un grandioso Sanatorio Marítimo para los niños pobres.⁵⁰⁴

⁵⁰² González García, Crescencio. (1985). *D. Miguel Gil Casares: Señor de la Medicina* En: Figuras de la Universidad Compostelana. Rodríguez Cadarso, A. (Coord.). El Correo Gallego. 28 de Abril.

⁵⁰³ *El Ideal Gallego*, 26 de Julio de 1925.

⁵⁰⁴ *El Diario de Pontevedra*, 27 de Julio de 1925.Pág.1

La conferencia de Gutiérrez Moyano.⁵⁰⁵

El 28 de Agosto Gutiérrez Moyano pronunció una conferencia en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña, sociedad de la que era vicepresidente, titulada *Necesidad de Hospitales y Sanatorios Antituberculosos en Galicia*. El punto fuerte de la misma era la defensa de la climatología del Norte gallego para el tratamiento de la tuberculosis, en respuesta a lo defendido por el Dr. Regueral en el mismo emplazamiento el día 12 del mismo mes.

Ponencia de Gil Casares en A Coruña.

Tenemos constancia de esta conferencia exponiendo la celebración del Congreso de La Toja en A Coruña en esas mismas fechas, como recoge el *Ideal Gallego* justo al día siguiente de la Conferencia de Gutiérrez Moyano.⁵⁰⁶ Según este medio, el Dr. Gil Casares fue invitado a comer por el Alcalde, en donde hablaron de los planes previstos para la celebración del mismo y posteriormente visitaron al señor Pego Pita, quien les prometió que asistiría a dicho congreso acompañado de su familia.

Carta de Gil Casares a los médicos de Galicia y Asturias.⁵⁰⁷

El presidente electivo del congreso, Dr. Gil Casares dirigió una carta a los médicos de Galicia y Asturias, en los siguientes términos:

“Mi distinguido compañero: Honrado con el cargo de Presidente del Congreso Cántabro-Galaico⁵⁰⁸ de la Tuberculosis, que se inaugurará en La

⁵⁰⁵ Gutiérrez Moyano, A. (1925) *Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia. Comunicación pronunciada en la Unión Recreativa de Artesanos de La Coruña*. A Coruña; Papelería y Talleres de Imprenta Gareybarra.

⁵⁰⁶ *El Ideal Gallego*. 29 de agosto de 1925. Pág.1.

⁵⁰⁷ Op. Cit. Pág. 1.

Toja el 1º de Octubre próximo, y del cual supongo a usted enterado por la Prensa regional, me dirijo a usted para rogarle que, no sólo preste a la citada asamblea su valiosa colaboración personal sino que influya con todos los compañeros de esa localidad para que se inscriban como miembros del Congreso y aporten al mismo los frutos de su personal labor.

En breve recibirá V impresos con detalles del programa del Congreso, el cual, dadas las elevadas personalidades que le prestan su apoyo decidido y la cultura y entusiasmo de la clase médica gallega, promete ser un verdadero acontecimiento regional, que ha de contribuir poderosamente al progreso de nuestra bien amada Galicia; pero como el tiempo apremia, es de la mayor urgencia que comencemos todos inmediatamente los trabajos de organización y propaganda, y que en un plazo, lo más perentorio posible, tenga la amabilidad de escribirme, manifestándome los nombres de los compañeros adheridos de que v tenga conocimiento.

Y anticipándole por ello cordiales gracias, me ofrezco affmo. Amigo y compañero.

Miguel Gil Casares.”

En los días previos a la celebración del Congreso de La Toja, justo cuando estaba teniendo lugar la Conferencia de la Fuenfría, con fecha de tres de septiembre, aparece un comunicado firmado por Codina, Verdes, Palacios Olmedo y Espina y Capó en el que se solicita la denegación de permiso para la celebración del mismo al Presidente del Real Patronato Antituberculoso. Este documento, que fue también repartido como panfleto, apareció recogido en varios periódicos de prensa general:

⁵⁰⁸ Como vemos, el Congreso, que finalmente fue solamente gallego pretendía en sus inicios, un plan más ambicioso, englobando a otras comunidades de la cornisa cantábrica. Según recogemos de declaraciones de Gutiérrez Moyano, el plan original del Presidente de la Diputación de Pontevedra era acometer la creación de una ciudad sanitaria, en la Sierra do Caurel o en el Cebreiro, que se formaría con un conjunto de Sanatorios populares y gratuitos para los que habría que crear, dado lo aislado de la zona, una red de carreteras y funicular para el acceso de los enfermos. Proponía para ello la unión de los fondos de las diputaciones gallegas, unidas a la de León, Oviedo y Zamora, para lo cual debían aportar anualmente, durante al menos diez años, una cantidad no inferior a trescientas mil pesetas. Moyano calificaba de supraentusiasta la actitud del presidente de la Diputación pontevedresa y veía una obra inasumible. Vid. Gutiérrez Moyano, Aurelio (1925) *Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia. Comunicación pronunciada en la Unión Recreativa de Artesanos de La Coruña*. Pág. 28.

“Excelentísimo señor presidente del Real Patronato contra la Tuberculosis: La observación atenta del desarrollo que va teniendo el proyecto de celebrar el La Toja un Congreso regional contra la tuberculosis nos obliga a dirigirnos a vucencia para rogarle gestione del Gobierno la suspensión de este acto, mal recibido en la misma Galicia, que unos periódicos gallegos censuran, otros ridiculizan y algunos suponen instrumento de pequeñas pasiones, Congreso que ya tiene seguro el fracaso y está a dos pasos del escándalo.

No debe el Gobierno consentir que media docena de médicos gallegos que evidentemente no han estudiado el problema de la tuberculosis en su región perjudiquen y desacrediten a aquel hermoso pedazo de tierra española con exageradas alarmas. A un Congreso regional deben llevarse estudiadas las condiciones locales que modifiquen las causas ya conocidas de tuberculización, para poner los remedios oportunos. Ni una sola de las ponencias anunciadas en el programa provisional se ocupa de ese trascendental asunto. Falta, pues, al Congreso toda finalidad práctica, lo cual lo convierte en una completa cachupinada. Es de lamentar que ante el problema de la tuberculosis, que existe en verdad en Galicia, como en el resto de España y aun del mundo, los catedráticos de Compostela organicen esa función de fuegos artificiales, a uno se ponga a discutir sobre el tratamiento de la tuberculosis por la luz eléctrica⁵⁰⁹, mientras el mismo presidente, catedrático también, anuncia una disertación sobre la herencia y contagio, de la cual podría resultar, para oprobio de la ciencia española, que la

⁵⁰⁹ Hacen referencia a una ponencia prevista por el catedrático de Compostela Alejandro Cadarso titulada *La helioterapia artificial en el tratamiento de los tuberculosos osteoarticulares*. Finalmente esta ponencia no llegó a pronunciarse. Vid. *ABC* 27 de agosto de 1925. Por su parte, Gil Casares, también había defendido la helioterapia artificial. En 1901 hace una defensa de terapias alternativas al tratamiento farmacológico. *La luz solar es un poderoso estimulante de la nutrición, necesario para la vida de los animales y de las plantas. Empíricamente hace ya muchos años que se usa como medio terapéutico y así, por ejemplo, se emplean con excelente resultado los baños de sol en el tratamiento de la escrofulosis. Pero el exceso de luz también puede ocasionar accidentes más o menos graves. Queda indicado que en algunos pueblos antiguos existe la costumbre de sustraer los variolosos á la acción de la luz blanca.. Chatinière añade que en los Vosgos y en el Cáucaso los habitantes envuelven con telas rojas a los sarampionosos, práctica que se observa aquí en Galicia, y que el pueblo emplea no sólo en los casos de sarampión sino para combatir ciertos fenómenos dolorosos ó ciertas dolencias inflamatorias de los órganos internos. Empíricamente se ha reconocido, por lo tanto, que la sustracción de la luz ó al menos de la luz actínica conviene en ciertos casos; pero corresponde á Finsen el mérito de haber estudiado con espíritu científico estos fenómenos que dio a conocer, por llo que respecta á la viruela, en el año de 1893. (...)Basándose en las indicaciones de Kemperer Don Miguel aconsejaba el tratamiento con luz artificial mediante un arco voltaico para la diabetes azucarada, obesidad, anemias simples, reumatismo crónico, gota, nefritis subaguda y crónica, vicios valvulares del corazón, arterioesclerosis, degeneración graseosa del corazón, neurastenia, ciertas neuralgias, sífilis, y múltiples lesiones cutáneas como lupus vulgar, lupus eritematoso, pelada, chancros venéreos, úlceras crónicas de las piernas o epitelomas. Vid. Gil Casares, Miguel Tratamiento por la luz (fototerapia) publicado en la *Revista Médica Gallega*, Núm. 2. Pág. 417-428. (N. de la A.)*

tuberculosis, que en todo el mundo se propaga por el contagio, tiene el capricho de propagarse en Galicia por la herencia.

La falta de toda finalidad visible hacen suponer a algunos periódicos que tiene el Congreso por finalidad oculta matar al Sanatorio de Cesuras, obra de unos cuantos médicos coruñeses que por su abnegación y entereza merecen no ya respeto, sino la gratitud de sus paisanos. No nos atrevemos a creerlo, porque si así fuera, ese mal llamado Congreso, de cuya vacuidad e insignificancia debe protestar toda la intelectualidad de Galicia, cuyo prestigio compromete, perjudicaría también a aquella región, que no tiene un solo sanatorio para adultos. Si quiero servir a Galicia los enemigos de Cesures⁵¹⁰, en vez de promover obstáculos a los que honradamente trabajan por su país, crean otro sanatorio y utilizarán en provecho de su patria chica la fuerza y el prestigio que ésta les ha proporcionado.

Creemos, en fin, excelentísimo señor, que vucencia debe aprovechar la ocasión para que se reglamente la celebración de Congresos científicos y sociales, pues la experiencia viene demostrando que no se debe dejar a la iniciativa individual, no siempre acertada ni bien intencionada tampoco, la celebración de esos actos en los que se comprometen los prestigios de una colectividad.”⁵¹¹

De esta carta, se hace eco y se conjetura en otros medios gallegos en días posteriores:

“Está siendo comentadísimo en Madrid un documento que hoy publican algunos diarios madrileños ocupándose del proyectado Congreso de La Toja.

Suscriben el aludido documento los doctores Espina y Capó, Verdes Montenegro, Castellví y Palacios, y en él se excita al gobierno a que suspenda la celebración del Congreso de La Toja contra la Tuberculosis.

Afirman dichos doctores que media docena de médicos gallegos, que no han hecho el debido estudio del problema, tratan de desprestigiar su tierra con la celebración de semejante congreso.

⁵¹⁰ Escriben Cesures en lugar de Cesuras, por error. (N. de la A.)

⁵¹¹ El Congreso de La Toja. *El compostelano*. 5 de Septiembre de 1925. Pág. 3.

Sospechan que la finalidad de este no es otra que la de matar al Sanatorio de Cesuras, cuando debiera procurarse por todos los medios la construcción de otro.”⁵¹²

Cabe destacar, que este panfleto, además de malévolo, no dejaba de faltar a la verdad, pues, como se explica con claridad en el capítulo referente a la herencia, Gil Casares, nunca negó taxativamente el contagio, sino que discrepaba del modo con el que lo defendían los contagionistas puros.

Ahora bien, el meollo del asunto está en que, en los días siguientes, la prensa de Madrid, probablemente bien dirigida por los cuatro firmantes de la carta, se dedicó a propalar que en la Fuenfría se había acordado protestar contra el Congreso de La Toja, cuando la realidad era que se había acordado hacerlo *contra un Patronato oficial que no dedica atención a la lucha antituberculosa*, en palabras del Dr. Ángel Navarro Blasco, presidente de varias de las mesas de la Asamblea de la Fuenfría.⁵¹³

Del mismo modo, el Dr. Bernabé Malo de Poveda, Vicesecretario General del Real Patronato Antituberculoso de España, tercia en el asunto, en razón de su cargo, y sale a la palestra exponiendo su queja, ante una entrevista al Dr. Regueral en el *Diario Regional de Valladolid* del 20 de septiembre, en el que este manifiesta que los enemigos del Congreso de La Toja son los directores del Real Patronato únicos culpables de la desorientación e ineficacia de la lucha antituberculosa en España. Ante ello afirma que:

⁵¹² La tuberculosis en Galicia. *El Regional*. 4 de septiembre de 1925.

⁵¹³ *El Diario de Pontevedra*, 10 de septiembre de 1925. Pág.2.

“1.- Nadie ha pedido consejo ni opinión al Real Patronato sobre el Congreso Antituberculoso de La Toja.

2.- El referido Real Patronato por criterio, discreción, previsión, etc. se ha abstenido en absoluto y por completo de intervenir en la polémica, demasiado conocida de todos en pro y en contra de dicho Congreso. Niega lo afirmado por Regueral en el sentido de que “tres de los señores doctores que forman parte de la Junta central, cuya sección técnica se compone de nueve miembros, en uso de su derecho personal, han firmado una carta pidiendo la supresión del Congreso. Por ello debe constar que dicha carta expresa la opinión personal de dichos señores pero no la de la Junta Técnica y menos de la Central del Real Patronato, que es totalmente neutral y ajeno a unas y otras posturas.”⁵¹⁴

Carta al doctor Cuquería.

Con fecha del 5 de Septiembre, en el mismo número que recoge la protesta de Verdes-Espina-Codina-Palacios aparece en portada, bajo el epígrafe *El Congreso antituberculoso de La Toja. Carta humorística al doctor Cuquería* una nota en *El Compostelano* firmada por el Dr. Stephan. Desconocemos por completo la existencia de dicho médico, y dado el tono jocoso y burlón de la misma, suponemos que debe tratarse de un pseudónimo.

“A usted, como a mí y a los demás médicos extraña la celebración de este Congreso, cuya gestación no pudo ser más lamentable. Pero esto no es obstáculo para que deseemos a los congresistas que se diviertan mucho, que es la principal finalidad de esta clase de concursos.

Ya sabe usted que en el programa de fiestas figura una sesión de *varietés*. Me parece muy apropiada para fin de farsa. Su organización no ha de ser fácil, y comprendo los apuros del comité para ultimar los números de variedades, y no sería difícil que a estas horas hubiese algún disgustillo entre los señores directoristas sobre su afán de contratar a la Cordobesita, que baila

⁵¹⁴ Diario Regional de Valladolid. 20 de septiembre de 1925.

muy bien el fandanguillo, o a Amalia Isaura, que tiene una gracia inimitable...”⁵¹⁵

La protesta del Centro de Galicia en Madrid.

Vistos los hechos anteriores el Comité organizador del Congreso acordó protestar enérgicamente y elevar al subsecretario de Gobernación las siguientes conclusiones por estimar:

- “1.- Que se ofende a la aristocracia gallega.
- 2.- Porque se injuria a la Universidad Compostelana una de las más gloriosas de España, amparadora de este Congreso.
- 3.-Porque se intenta despreciar a una gran masa social que ve en el Congreso de la Toja la redención de su lucha antituberculosa.
- 4.- Porque se maltrata de una manera incorrecta e injusta al doctor Gil Casares, prestigio de la cátedra española, pues el no estar conforme con sus ideas científicas no justifica la pérdida de la serenidad para llevar a ese manifiesto un lenguaje impropio de hombres con título académico.”⁵¹⁶

El Colegio de Médicos

El Colegio Médico Oficial de Pontevedra se adhirió a la protesta remitiendo un telegrama independiente, en términos similares, y señalando que ya había, en ese momento, más de 150 médicos de la provincia inscritos en el Congreso. Entre ellos, podemos señalar a los Dres: Francisco García Feijóo, Pelayo Rubido, Víctor Lis; Andrés López, José Barros San Román y José M. Filgueira.

⁵¹⁵ *El Compostelano*, 5 de septiembre de 1925. Pág. 1.

⁵¹⁶ *El Ideal Gallego*, 8 de septiembre de 1925.

Informaban de que en la sede de la secretaría del Congreso se habían recibido numerosos telegramas de protesta contra el escrito de los cuatro médicos.⁵¹⁷

Gil Casares se defiende

El Presidente del Comité organizador en Santiago del Congreso antituberculoso de La Toja, Miguel Gil Casares dirigió el siguiente telegrama al Subsecretario de la Gobernación:

“Saludo respetuosamente a V.E. y como presidente de la comisión organizadora del Congreso antituberculoso de La Toja, manifiéstole que unos cuantos médicos madrileños que desconocen los problemas de Galicia han dirigido un escrito al Real Patronato contra la tuberculosis en el cual para malograr aquella asamblea ofenden a personas dignas y recogen especies calumniosas. El lunes saldré para Madrid a fin de ponerme a su disposición y aportar los datos que interese conocer a V.E. a fin de que cada uno quede en el lugar que le corresponde.-Miguel Gil Casares.”⁵¹⁸

En la década de los 60, con la perspectiva de los años transcurridos, el Dr. Rico-Avello sintetiza este episodio:

“Los médicos gallegos muestran deseo de contar con centros de asistencia y hospitalización para el tuberculoso indigente, y las discrepancias entre la Sección Técnica de los Servicios Centrales y el doctor Regueral, a cuenta del emplazamiento en Cesuras de un Sanatorio, dan lugar a una enconada y violenta situación, que está a punto de impedir la reunión de La

⁵¹⁷ *El Progreso*, 19 de septiembre de 1925. Pág. 3.

⁵¹⁸ *El Ideal Gallego*, 6 de septiembre de 1925, Pág. 3.

Toja, agravada con algún regionalismo exaltado y acallada gracias al tacto y ponderación de Codina Castellví y Gil Casares.”⁵¹⁹

El apoyo del Subsecretario de Gobernación, General Martínez Anido.

Dicho y hecho, Miguel se marchó a Madrid, yendo a recibirle el presidente del Centro de Galicia, Basilio Álvarez y varios Dres. del comité organizador: Harguindey, Villegas, Escudero, Bernardez y Areal.

Fue al Ministerio de la Gobernación, acompañado del Gobernador Civil de La Coruña, Sr. Llosas. Allí fueron recibidos por el Subsecretario, El General gallego Severiano Martínez Anido, quien, tras abrazarle efusivamente, le dijo: *No tiene nombre lo que han hecho esos cuatro médicos. Por lo visto ya no les llega con mangonear por aquí.*⁵²⁰

Miguel le respondió que en Galicia nadie quería puestos y para demostrar su desinterés, pondría, de su bolsillo, las primeras cinco mil pesetas para la construcción del sanatorio de A Lanzada.

Después el Dr. Gil visitó al Dr. Murillo -Director General de Sanidad- quien le prometió acompañar al Sr. Martínez Anido al Congreso.

El mismo Gil Casares en la impresión de la ponencia presentada en A Toxa titulada *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia* se hace eco de este boicot por parte del Real Patronato que tuvo lugar tan solo un mes antes de la celebración del congreso:

⁵¹⁹ Rico-Avello y Rico, C. (1969). *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*. Madrid. Ministerio de la Gobernación-Dirección General de Sanidad. Pág. 371.

⁵²⁰ *El Diario de Lugo* 11 de septiembre de 1925 Pág. 2 y *El Heraldo Gallego*, 18 de septiembre de 1925. Pág.5.

“Durante la impresión de este trabajo –y de la coincidencia pueden dar testimonio los dignos tipógrafos de *El eco de Santiago*- apareció en la prensa política y circuló en tirada aparte, un escrito firmado por los directores técnicos del Real Patronato contra la Tuberculosis señores Espina y Capo, Verdes Montenegro, Codina Castellví y Palacios Olmedo, en el cual se le pide al Presidente de aquella alta institución, que no se autorice la celebración del Congreso Antituberculoso de La Toja, entre otras razones, porque su Presidente –que soy yo- “anuncia una disertación sobre la herencia y el contagio, de la cual hasta pudiera resultar, para oprobio de la ciencia española, que en todo el mundo se propaga por contagio tiene el capricho de propagarse en Galicia por herencia”. En otros términos: se me acusa de ignorancia y se pretende ejercer por los firmantes un acto de dictadura científica, que, como puede suponerse, ha fracasado, dejando a los pseudodictadores en el mayor de los ridículos” Y añade: *¡Curiosa paradoja la de estos tiempos en que se predica sin cesar el respeto a la conciencia ajena y llegado el caso quiere avasallarse el libre pensamiento de los demás!*⁵²¹

Véase ahora el juicio que ha merecido el susodicho escrito al Dr. Cortezo⁵²², Presidente de la Real Academia de Medicina y Director de *El Siglo Médico*, en el cual se inserta (núm. LXXII) del 12 de Setiembre último:

Pues bien; cuando había una justificada atención y una curiosidad simpática acerca de esta Asamblea (se refiere al Congreso de La Toja), he aquí que cuatro personas, de reconocido nombre y de posición social en la organización actual de la lucha antituberculosa, dirigen al Presidente del Real Patronato una exposición, con tales caracteres de soflama y tales formas de hostilidad incorrecta, que nos bastará decir en cuanto a lo primero, que se pide nada menos que la intervención gubernativa para autorizar los Congresos científicos (!) y en cuanto a lo segundo, que se califica de cachupinada el futuro congreso y se le pronostica un deséxito pirotécnico. Y esto, que ya es de suyo censurable por las altas personalidades a que se dirige, revelando un objetivo que tenemos la certeza de creer que en realidad no existe, pero que en la apariencia ha sido ya por muchos duramente interpretado.

⁵²¹ Gil Casares, M. (1925) *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja y Mondariz, los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago; Tipografía El eco de Santiago.

⁵²² **Carlos María Cortezo y Prieto** (Madrid 1850-1933). Fue Director General de Sanidad y Médico Decano del Hospital de la Princesa y del Cuerpo de Beneficencia. Creó el Instituto de Higiene Alfonso XIII que contaba entre sus investigadores a Ramón y Cajal. En 1929 fue nombrado Director de la Real Academia de Medicina. Descubrió el agente etiológico del tifus exantemático.

Mucho estimamos muy de veras y desde hace muchos años a los cuatro firmantes de tal documento; pero creemos que los calores del verano tan tempestuoso como el actual, han nublado sus claras inteligencias y les han hecho dar un mal paso.

Simultáneamente con el manifiesto-soflama que así censura el ilustre Dr. Cortezo, se celebraba en el Sanatorio de Fuenfría (Guadarrama), una Asamblea de médicos tisiólogos, al término de la cual se aceptó por unanimidad esta conclusión: “Los médicos de dispensarios, sanatorios y hospitales dimitirán colectivamente sus cargos si no se reorganiza y orienta por nuevos cauces la lucha antituberculosa.” Pues bien, los organizadores y orientadores de esa lucha, cuyo rotundo fracaso así ponen de manifiesto los asambleístas de Fuenfría, son los señores Codina Castellví, Verdes Montenegro, Espina y Capo y Palacios Olmedo, firmantes del escrito injurioso a que antes me refiero.

Es de esperar la intervención rápida del Real Patronato no ciertamente para atropellar los derechos ciudadanos de los médicos gallegos que se reúnen en un Congreso porque así les place; sino para decidir si ya es hora de encomendar la lucha antituberculosa en España a personas mejor orientadas que las que hoy pretenden dirigirla llevándola al fracaso más completo y sembrando el ánimo de todos la desconfianza en el éxito de una empresa que debiera conducirnos a la victoria.”⁵²³

Bajo el título *Los propósitos del Congreso Antituberculoso de La Toja-Mondariz*, se publicó en la prensa los días 18⁵²⁴ y 19⁵²⁵ de Agosto de 1925 la siguiente carta-artículo del Profesor Gil Casares, en la que se apoya en unas declaraciones firmadas por el Dr. Hervada, que en ese momento era médico del Dispensario de A Coruña para la celebración del mismo:

“Un querido compañero mío de La Coruña, el Dr. Hervada, ha demostrado numéricamente que cada dos horas muere de tuberculosis un

⁵²³ Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia celebrado en La Toja y Mondariz los días 2 al 6 de octubre de 1925. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.

⁵²⁴ *El Ideal Gallego*. Pág. 1.

⁵²⁵ *El Pueblo Gallego*. Pág. 1.

paisano nuestro. Así pues, en doce hogares gallegos penetra todos los días el desconsuelo y probablemente la miseria. La merma de nuestra raza por los estragos de aquel terrible mal llega a la cifra de 4.000 personas por año. A ella hay que añadir la de los enfermos, que es muchísimo mayor; la de los que padecen largos meses o años; la de los que desde el punto de vista económico, gastan y no producen, restando así energías y riqueza que acaso en gran parte pudiéramos conservar si la lucha social contra la tuberculosis fuera más acertada.

Un grupo de médicos jóvenes de buena voluntad ha tenido la idea feliz y patriótica de reunir a los médicos gallegos en una asamblea para estudiar, con el concurso de todos, el pavoroso problema de la tuberculosis en Galicia, estudiar los motivos del incremento que adquiere en nuestra tierra y rectificar las normas de la lucha perseverante que es preciso sostener para poner trabas a la plaga desoladora. No se trata, por consiguiente, de un Congreso para estudiar la patología y la terapéutica de la enfermedad, sino para ahondar en los motivos regionales de su difusión y en el conocimiento de las medidas eficaces que contra ella deban adoptarse teniendo en cuenta nuestro suelo, nuestro clima y los hábitos de nuestra raza.

La comisión organizadora del Congreso hace un llamamiento a todos para que a él concurren, a los médicos en primer lugar; pero además, a todos los gallegos de buena voluntad que se preocupan de los altos destinos de nuestra raza.

Ilustres damas de la región nos honrarán con su presencia estimulándonos en nuestros propósitos. También han de acompañarnos altas personalidades que nos ofrecen su decidido concurso en nuestra empresa patriótica. La hermosura insuperable de los parajes donde la reunión ha de celebrarse; los festejos brillantes y sugestivos que se preparan para solaz de los congresistas, y por fin, el placer que estos tendrán de convivir gratamente durante unos breves días, estrechando amistades antiguas o iniciando otras nuevas, ha de compensar a todos—de ello estoy bien cierto—de la corta pausa en su labor cotidiana. En particular será para mí inefable alegría la de estrechar las manos de aquellos queridos amigos míos que fueron mis discípulos en largos años de labor docente universitaria. A ellos muy preferentemente me dirijo pidiéndoles su personal concurso que no ha de faltarnos.

Miguel Gil Casares.”

Sumado a lo anterior se aunaron algunas voces como la del Dr. S. Romero Alonso que bajo el título *Reparos a la organización del Congreso antituberculoso* publica un artículo en el que se muestra encantado de la idea del Congreso pero objeta lo siguiente:

“Que el Comité no se halle compuesto íntegramente por personas con ejercicio profesional en Galicia, únicos llamados, a su entender, a intervenir en el encauce y discusión de los problemas exclusivamente regionales. Y que no se permitan comunicaciones libres y sólo pueda aspirarse a discutir sobre las ponencias preestablecidas, se pregunta si se conformará la clase médica gallega con papel tan pasivo y teme que estas cosas disminuyan los ansiados éxitos del Congreso.”⁵²⁶

Una de las fundamentales causas de toda esta polémica, estaba, sin duda, la pugna por los fondos para el Sanatorio de Cesuras-Sanatorio de La Lanzada, ambos en vías de proyección, que aun tratándose de dos instituciones diferentes, uno de montaña y otro marítimo entraban en conflicto por la recaudación de medios para su creación. Esto se recoge desde meses antes en la prensa general, como por ejemplo, en las declaraciones del Dr. Regueral en una conferencia en el Centro Gallego de Madrid (sería luego el secretario del congreso) en mayo de ese mismo año:

“El conferenciante disertó largamente, dando cifras de la mortalidad que causa esa enfermedad.

Ocupose de la lucha antituberculosa y sostuvo que la primera medida a tomar es suprimir o disminuir la emigración.

Censuró duramente la formación de dispensarios gallegos y principalmente el de La Coruña, calificando de funesta esta labor.

⁵²⁶ *El Compostelano*, 26 de Agosto de 1925. Pág.1.

Combatió el proyectado sanatorio de Cesuras por la falta de condiciones climatológicas.”⁵²⁷

La idoneidad de la climatología gallega, sería como veremos, uno de los importantes temas de discusión durante el congreso.

Fue tal la búsqueda de voces a favor de uno u otro sanatorio que llegó a solicitarse a la población general que acudiese a Cesuras y alrededores a terapia de montaña con resultados beneficiosos que hiciese pública su mejoría:

“Requerimos a cuantos enfermos tuberculosos han ido a Cesuras a recobrar la salud perdida a que escriban a los eminentes doctores que ponen en tela de juicio la bondad del clima de la zona mencionada, para que contrasten los hechos reales con las teorías que sustentan y deduzcan si la ciencia a veces se equivoca, aun sustentada por eminencias.”⁵²⁸

Últimas disposiciones.

El subsecretario de Instrucción pública ofreció también resolver favorablemente una instancia en la que pide que los catedráticos y alumnos de las Facultades de Medicina de las Universidades puedan también asistir al Congreso.⁵²⁹

Esto se confirmó al día siguiente cuando se supo que, de Real Orden, se autorizó que todos los catedráticos y médicos con cargos oficiales pudiesen asistir al Congreso.

El General Martínez Anido⁵³⁰ prometió personalmente asistir en representación del gobierno y contribuir con todo su apoyo al feliz éxito de la campaña iniciada.⁵³¹

⁵²⁷ *El Compostelano*. 25 de mayo de 1925. Pág. 1.

⁵²⁸ *El Ideal Gallego*. 14 de agosto de 1925. Pág. 2.

⁵²⁹ *El Regional*, 14 de septiembre de 1925, Pág.2.

Asimismo comunicó al Dr. Gil Casares que en vez de la subvención que para estos casos destinan, concederá, previo informe del Consejo de Estado,⁵³² un crédito extraordinario para el mejor desenvolvimiento de la labor del Congreso.⁵³³

El Ministro de la Guerra dictó una disposición autorizando para asistir al Congreso a todos los médicos militares que lo deseen, igual autorización concedió el de Marina para los de la Armada. Además enviará un representante oficial del departamento de Ferrol.

Se recibieron más de 150 inscripciones⁵³⁴, entre las que figuraban algunas de médicos de Granada, Sevilla y Valencia, lo cual prueba el interés que despierta en toda España este Congreso, que tanto honra a Galicia y la repercusión que ha alcanzado.

Se acordó suprimir la exigencia de etiqueta para banquetes, conferencias, recepciones y otros actos.⁵³⁵

Debido a malos entendidos hubo de explicarse que el precio de las habitaciones del Hotel Balneario de La Toja, que oscilaba entre dos y veinte pesetas y la pensión diaria de comedor igual para todos sería de diez pesetas.

⁵³⁰ Subsecretario de Gobernación, de quien dependía Sanidad, luego ministro y Vicepresidente del Gobierno.

⁵³¹ El 30 de septiembre se publicaba la noticia de que el Congreso estaría presidido por el Subsecretario de Gobernación, Martínez Anido por no haber comunicado el Mayordomo de Palacio, Duque de Miranda, que el Príncipe de Asturias no podría asistir. Con Martínez Anido estaba previsto que asistieran el Director general de Sanidad Dr. Murillo, el Dr. Cortezo, en su doble función como Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina y del Consejo de Estado, y el Rector de la Universidad de Santiago.

⁵³² Que, no olvidemos, presidía el Dr. Cortezo, por lo que es de suponer que fue concedido dicho crédito.

⁵³³ *El Regional* 16 de septiembre de 1925. Pág. 2

⁵³⁴ La inscripción final rondó los 700 participantes.

⁵³⁵ *El Regional* 14 de septiembre de 1925.

Algunas compañías, como la de ferrocarriles dieron su apoyo al Congreso, de forma que llegaron a hacerles a los asistentes un 40% de descuento.⁵³⁶

Las Bases del reglamento del Congreso fueron publicadas en el *Heraldo Gallego*, impreso en Buenos Aires:

“Habrá congresistas de número y agregados. Los primeros serán los médicos, farmacéuticos y veterinarios. Los segundos, las personas de sus familias respectivas.

El Plazo de inscripción terminó el día 10 de septiembre.

El envío de los boletines de inscripción y las cuotas correspondientes debe hacerse al secretario general D. Carlos Regueral, Zurbano 32, Madrid, y para mayor facilidad de los médicos de La Coruña, pueden dirigirse estos al secretario del subcomité de La Coruña D. Manuel Fraga Irure, Cantón Pequeño.

Para alojamiento en La Toja deben solicitarse de la gerencia de aquel Gran Hotel.

En las estaciones de llegada de Villagarcía y Pontevedra habrá un servicio gratuito de transporte.

Desde el día 10 de septiembre se comenzará a enviar a los congresistas sus tarjetas de identidad juntamente con la insignia y el programa oficial del Congreso.

Para el mejor desenvolvimiento de la labor científica y el más fácil estudio de los problemas que van a debatirse, no habrá comunicaciones sino ponencias, que serán leídas por sus autores, discutidas ampliamente y votadas luego. En las votaciones sólo intervendrán los congresistas de número.

La Facultad de Medicina de Madrid ofició, comunicando que enviará un representante, el Sr. García del Real, catedrático de aquella Universidad y excatedrático de la de Santiago.

El insigne fisiólogo portugués doctor Lopo Carvalho ofreció su asistencia a las sesiones.

⁵³⁶ *El Ideal Gallego*. 13 de septiembre de 1925. Pág. 1.

Es muy posible que, además del profesor Sergent, de París, asista también el insigne profesor Calmette⁵³⁷, quien aprovechará la ocasión de exponer ante los congresistas sus trabajos sobre los nuevos ensayos que ha realizado y los resultados con la vacunación, por él descubierta, preventiva de la tuberculosis”.⁵³⁸

Como curiosidad y coincidencia, en la misma página se valora muy positivamente el desplazamiento de niños de Orense a la Colonia escolar del Sanatorio Marítimo de Oza, en La Coruña.

8.2.2. PRINCIPALES PONENCIAS Y CONCLUSIONES.

Finalmente, la primera semana de Octubre de 1925 se celebra en A Toxa y Mondariz el primer Congreso Regional antituberculoso celebrado en España, preconizado por el Centro Gallego de Madrid, con su presidente Basilio Álvarez, en cabeza.

Desconocemos el paradero de las actas de dicho congreso. De lo allí sucedido hacemos referencia desde las notas de prensa general y de médica, destacando la *Revista Médica Gallega*⁵³⁹ que en su número de septiembre realiza una amplia crónica sobre las ponencias expuestas:

⁵³⁷ **Léon Charles Albert Calmette** (1863-1933) fue un médico, micólogo, bacteriólogo e inmunólogo francés, del Instituto Pasteur. Fue, con Camille Guérin, veterinario e inmunólogo el descubridor del bacilo de Calmette-Guérin, conocida como BCG, una forma atenuada del *Mycobacterium* empleada en la vacuna contra la tuberculosis. También desarrolló la primera antitoxina contra veneno de serpiente: el suero de Calmette. Desde 1908 a 1921, Guérin y Calmette se afanaron en producir cepas cada vez menos virulentas del bacilo. En 1921, consiguieron usar un concentrado de BCG para vacunar con éxito a recién nacidos en la Charité de París. (N. de la A.)

⁵³⁸ *El Heraldo Gallego*. Buenos Aires. 20 de septiembre de 1925. Pág.4.

⁵³⁹ La *Revista Médica Gallega* era una publicación mensual publicada en Santiago de Compostela. En su dirección científica se encontraban, junto con Gil Casales, F, Álvarez Sáinz de Aja (Professor

“En los primeros días de octubre tuvo lugar en la isla de La Toja la celebración del Primer Congreso Regional de lucha antituberculosa. El éxito fue grande, dando un mentis a los que tan injustamente combatieron con sana este esfuerzo para establecer sobre bases firmes la profilaxis de la tuberculosis en la región gallega.”⁵⁴⁰

La primera sesión

A las diez y media de la mañana siguiente se constituyó en el Salón de Actos del Balneario de La Toja, el Congreso antituberculoso.

Ocuparon la presidencia, la señora marquesa de la Atalaya Bermeja, que se muestra muy interesada en este problema, el Dr. Murillo, Director General de Sanidad; el doctor Gil Casares presidente del Congreso; D. Luis Amallo, comandante de Sanidad de la Armada, el director general de Abastos señor Baamonde; los representantes de los ayuntamientos de Barcelona y Madrid; el doctor Lopo Carvalho, catedrático de la Universidad de Coímbra, la Vizcondesa de Fefiñanes y el señor secretario de la Asamblea doctor Regueral.

El doctor Gil Casares abrió la sesión, agradeciendo al Dr. Murillo que le delegase la presidencia, y, tras leer el secretario diversos telegramas de adhesión de congresistas que excusan su asistencia por motivos de índole privada, se concede la palabra al Dr. Hervada.

del Hospital San Juan de Dios de Madrid), A. Baltar Cortés (Cirujano de la Beneficencia Municipal), J. Barcia Caballero (Catedrático de Anatomía Descriptiva y Rector de la Universidad Compostelana), L. Blanco Rivero (Catedrático de Anatomía Topográfica y Patología Quirúrgica), J. Carlos Herrera (Catedrático de Obstetricia y Ginecología), S. Carro García (Catedrático Gastroenterología en el Instituto Rubio de Madrid), V. García Ferreiro (Catedrático de Pediatría y Dermatología), V. Goyanes (Catedrático de Histología normal Y Anatomía patológica), M. Gradaille (Oculista de A Coruña), A. Novo Campelo (catedrático de Patología Médica y Terapéutica) y Nóvoa Santos (Catedrático de Patología General).

⁵⁴⁰ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 277-286.

Acompañaban al presidente, el secretario general el Dr. Regueral, el Dr. Hervada que presidía el subcomité de A Coruña, del que formaban parte los doctores Gradaille, López Iglesias y Fraga Irure.⁵⁴¹ Entre los congresistas se encontraban el Dr. Casares Gil, Dr. Villegas, Dr. Pajares (representante del ayuntamiento de Madrid), López Iglesias (de A Coruña): Dr. Plá y Armengol (Barcelona), Sr. Boente (Inspector provincial de Sanidad de Orense), Dr. Nieto (A Coruña), Dr. Hermida, Dr. Quintanilla, Dr. Paratcha, el Dr. Lopo Carballo (de Portugal), Dr. García del Real (representante de la Universidad de Madrid).

Entre las personalidades políticas se encontraban el Ministro de la Gobernación, Martínez Anido, quien acudió en representación del Príncipe de Asturias, quien aun habiendo anunciado su asistencia, no acudió finalmente, el alcalde de A Coruña, Sr. Casás, el rector de la Universidad de Santiago, el Presidente de la Diputación Provincial de La Coruña.

En este Congreso se reforzaba uno de los acuerdos principales a los que se había llegado escasamente un mes antes en la Conferencia de la Fuenfría, instando *a los poderes públicos, auxiliados por la Caridad privada a la creación de más Sanatorios Marítimos*⁵⁴² *siguiendo el ejemplo de Oza, dónde los niños*⁵⁴³ *predispuestos a la tuberculosis, los escrofulosos y en general los constitucionalmente débiles, puedan permanecer durante largos meses.*⁵⁴⁴

⁵⁴¹ *El Herald Gallego*. Buenos Aires. 20 de septiembre de 1925. Pág.4.

⁵⁴² El Sanatorio Marítimo de Santa Clara en Chipiona (Cádiz), fue el primero de esta índole establecido en España, fundado por Manuel **Tolosa Latour**, que se inauguraría en 1897.

⁵⁴³ **Tolosa Latour** fue uno de los más destacados representantes del movimiento higienista y del de protección a la infancia, en los congresos pedagógicos de 1882 y 1892. Fue además el redactor del texto de la *Ley de Protección a la Infancia* de 1904, que se promulgó a instancias de la Sociedad Española de Higiene.

⁵⁴⁴ Pereira Poza, A. (1999). *La Paciencia al Sol: Historia Social de la tuberculosis en Galicia. (1900-*

El programa previsto

El plan previsto desde un inicio era el siguiente:

“Día 1º de Octubre: Reunión en el Hotel de La Toja, por la tarde; por la noche; por la noche, en el jardín de dicho hotel gran iluminación a la veneciana y música por una banda militar.

Día 2. Inauguración de las Sesiones del Congreso, bajo la presidencia del Príncipe de Asturias, o en el caso de que este no pueda asistir presidirá el subsecretario de Gobernación General Martínez Anido, o el de Fomento, General Vives.

Asistirán a la reunión inaugural del Congreso muchas personalidades del mundo de la Ciencia y representaciones de todas las provincias gallegas y de sus poblaciones más importantes.

A las dos de la tarde, banquete de gala.

Por la tarde excursión marítima.

Por la noche, gran baile en el Hotel de la Toja.

Día 3. Excursión a la playa de La Lanzada, sirviéndose una espléndida merienda.

Por la noche, <super-froi>, funciones de cinematógrafo, varietés.

Día 4. Por la tarde excursión a Vigo, regresando por la noche a la Toja.

Día 5. Almuerzo en el Hotel de La Toja y salida en tren especial de los congresistas para la estación de Porriño en donde habrá dispuestos varios automóviles del señor Peinador, en los cuales se trasladarán los congresistas al balneario de Mondariz.

Por la noche, baile en el Hotel de este Balneario.

Día 6. Sesión de clausura del Congreso Antituberculoso por la mañana.

En esta sesión quedarán aprobadas las bases que han de ser elevadas al Gobierno.”⁵⁴⁵

1950). Sada. Edición do Castro. Pág.71.

⁵⁴⁵ Boletín del Colegio Médico de Pontevedra, 1 de septiembre de 1925. Pág.2.

Los Sanatorios marítimos para los niños tuberculosos, venían ya en aquel entonces teniendo una larga aceptación, al menos teórica. Así, ya en 1908, El prestigioso médico pediatra, Académico de la Nacional de Medicina, editor de prensa médica y novelista Manuel Tolosa Latour, formulaba en el I Congreso Nacional de la Tuberculosis, celebrado en Zaragoza del 2 al 6 de Octubre, las siguientes conclusiones:

“1.- Los Sanatorios Marítimos y los de altura para los niños constituyen, cada uno en su género, una de las armas más poderosas con que cuenta la ciencia para combatir la tuberculosis.

2.- Los Sanatorios marítimos contribuyen eficazmente al tratamiento y curación de los niños débiles, raquíticos, linfáticos, pretuberculosos, afectos de tuberculizaciones óseas o ganglionares, escrófulo-tuberculosis y tuberculosis limitadas.

3.- Tanto en estos Centros como en los Sanatorios de altura puede tratarse con éxito, aislando convenientemente a los enfermos, la tuberculosis pulmonar confirmada, teniendo en cuenta las contraindicaciones climatológicas en cada caso, siendo, por lo tanto útil la creación de Sanatorios de montaña.

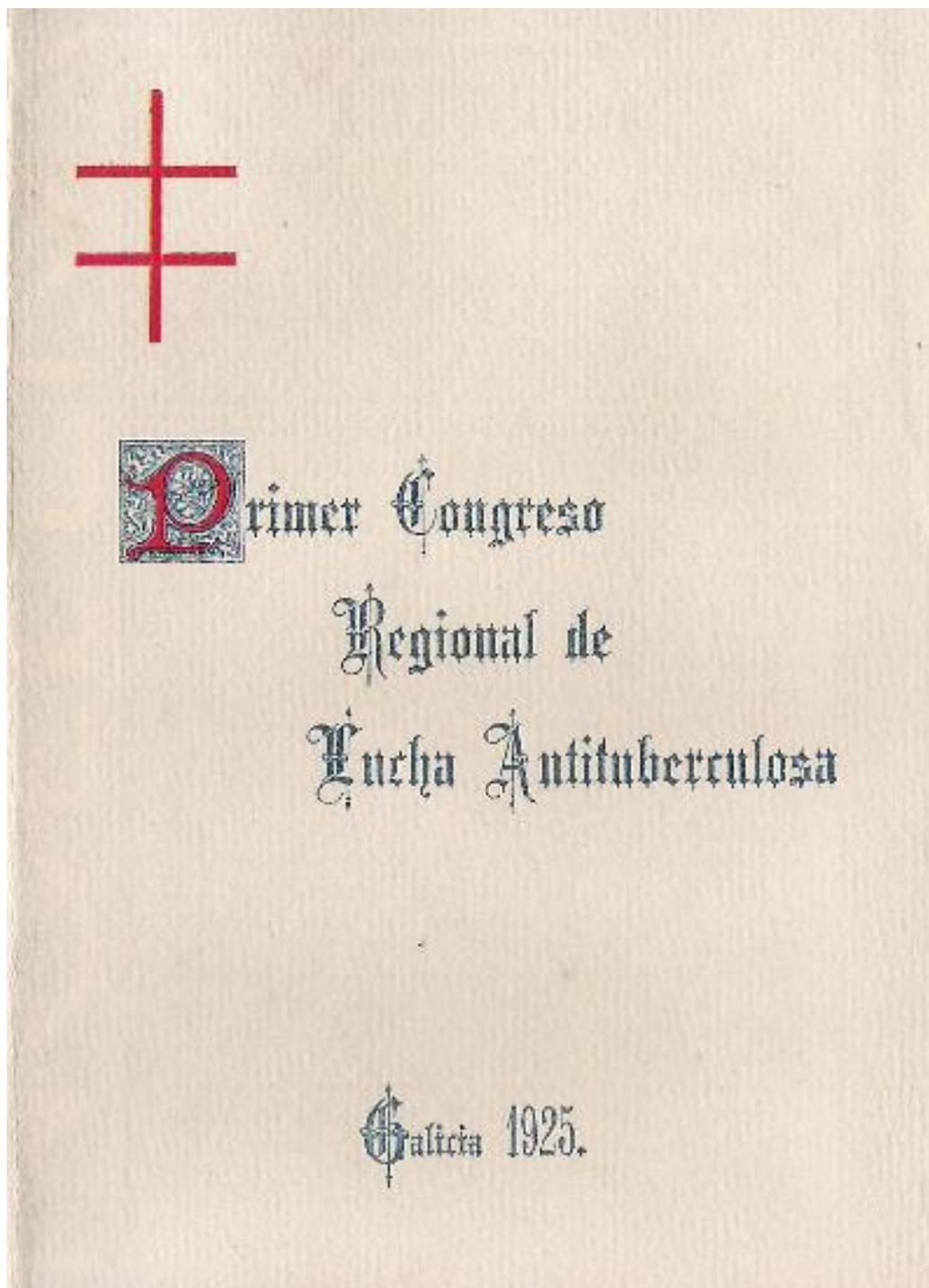
4.- Conviene, asimismo, la creación de Sanatorios adecuados en los establecimientos balnearios de aguas minero-medicinales, sulfurosas, clorurado-sódicas, azoadas, etcétera, y otros manantiales beneficiosos para las múltiples dolencias que afectan a la infancia.

5.- Urge multiplicar los Centros preservativos de rusticación, colocando a los niños, hijos de tuberculosos, en el campo o en la montaña al cuidado de familias sanas, bajo vigilancia médica y con el protectorado de patronatos adecuados.

6.- El Estado, los Municipios, las Diputaciones y cuantas entidades benéficas puedan realizar estos patrióticos fines contribuirán activamente a la organización de colonias escolares, que se establecerán durante la época estival en las playas o en las montañas previo reconocimiento y selección médico pedagógica.

7.- Se estudiarán los medios prácticos adecuados para crear Centros puericultores y escuelas al aire libre para los niños sometidos a la lactancia

artificial y para los asilados procedentes de Hospicios y Casa de Misericordia en España.”⁵⁴⁶



Programa del Congreso de A Toxa. Archivo de la familia de Gil Casares.

⁵⁴⁶ Sanatorios Marítimos y de altura para los niños. *ABC* de 4 de Octubre de 1908. s. Pág. 13

PROGRAMA

OCTUBRE

DIA 1.º *Por la tarde llegada de los Congresistas a La Toja. En las estaciones de Villagarcía y Pontevedra dispondrán de un servicio especial y gratuito para trasladarse a la Isla.*

Por la noche gran verbena en el Parque del Gran Hotel, ofrecido por la Gerencia del establecimiento a los Sres. Congresistas.

DIA 2. *A las 11 de la mañana. Sesión inaugural que presidirá S. A. R. el Príncipe de Asturias, si sus ocupaciones se lo permiten, con asistencia del Patronato de Damas y de los Excelentísimos Señores Subsecretario de Gobernación, Director General de Sanidad, Presidente de la Real Academia de Medicina y del Consejo de Estado, Rector de la Universidad de Santiago, autoridades civiles y militares y representación oficial del Centro de Galicia de Madrid.*

El Secretario General del Congreso Dr. Regueral iniciará el acto dando lectura a la memoria de los trabajos realizados para convocar y organizar este Congreso. Seguidamente pronunciarán discursos, el Presidente del Congreso Excmo. Sr. Dr. Gil Casares, el Excmo. Sr. Rector de la Universidad de Santiago, el Ilmo. Sr. Gobernador de la provincia de Lugo, el Excmo. Sr. Alcalde de La Coruña, y los Representantes de las Diputaciones gallegas. Hará el resumen el Subsecretario de Gobernación, Excelentísimo Sr. General Martínez Anido en nombre del Gobierno y seguidamente S. A. R. el Príncipe de Asturias declarará abierto el Congreso.

A las 2. Banquete de gala ofrecido por las autoridades del Congreso a S. A. R. el Príncipe de Asturias y al que asistirán el Patronato de Damas y las autoridades.

A las 4. *Gira marítima por la Ría de Arosa. Al regreso de esta excursión el Sr. Decano de la Facultad de Farmacia de Madrid, Excmo. Sr. D. José Casares Gil, dará una conferencia sobre el tema siguiente: «El misterio de la acción curativa de las aguas medicinales».*

A las 10 y $\frac{1}{2}$. *En el salón de gala del Balneario se celebrará un gran baile.*

DIA 3. A las 10 de la mañana. *Reunión del Congreso.*

1.º *Ponencia del médico coruñés Dr. D. Enrique Hervada «Sanatorios de montaña para los tuberculosos pulmonares durante la buena estación en comarcas de Galicia adecuadas por su orografía y facilidades de acceso y a vituallamiento».*

2.º *Ponencia del Dr. D. Angel Villegas. «Defensa del niño contra la tuberculosis».*

A las 3. *Excursión a la playa de La Lanzada en la que se servirá una merienda.*

A las 6. *Reunión del Congreso.*

1.º *Conferencia literaria por el Presidente del Centro de Galicia de Madrid, D. Basilio Alvarez, acerca de «La leyenda de Santa María de La Lanzada».*

2.º *Conferencia científica del catedrático de la Universidad de Santiago, Dr. Novoa Santos.*

3.º *Ponencia del arquitecto gallego, D. Antonio Palacios. «Proyecto de un gran Sanatorio marítimo en la playa de La Lanzada en combinación con las termas de La Toja y de los recursos adecuados para su construcción y entretenimiento».*

A las 10 y $\frac{1}{2}$. *En el gran salón se celebrará un concierto, función de cinematógrafo y variedades.*

DIA 4. A las 10 de la mañana. *Misa de campaña en la que oficiará el Ilmo. Sr. Obispo de Mondoñedo, Don Juan José Solís.*

A las 11. *Reunión del Congreso.*

Ponencia del Dr. Gil Casares. «Profilaxis de la

tuberculosis desde el punto de vista de la herencia y del contagio».

A las 6. *Velada literaria en la que tomarán parte las ilustres personalidades gallegas: Excmo. Señor Marqués de Figueroa, el Vicerector de la Universidad de Santiago, D. Armando Cotarelo, el insigne escritor D. Ramón del Valle Inclán y el poeta de la raza D. Ramón Cabanillas.*

A las 10 y $\frac{1}{2}$ de la noche. *En el Parque del Gran Hotel, se celebrará una gran fiesta gallega.*

DIA 5. A las 10 de la mañana. *Reunión del Congreso.*

1.º *Ponencia del Dr. Regueral. «Proyecto de hospitalización de los tuberculosos pulmonares en Galicia, durante los meses de invierno».*

2.º *Ponencia del Dr. Gutiérrez-Gamero. «El Dispensario y su acción social».*

A las 4. *Salida de los Congresistas para Mondariz en tren especial.*

En el Balneario sus propietarios ofrecerán a los Congresistas un banquete y un baile en el gran salón de fiestas.

DIA 6. A las 10 de la mañana. *Reunión del Congreso.*

1.º *Conferencia científica del Profesor Lopo Carvalho, de Lisboa.*

2.º *Ponencia del Comandante de Sanidad Militar, Dr. Bua, «La tuberculosis en el ejército».*

A las 4 de la tarde. *Sesión de clausura.*

1.º *Lectura de las conclusiones que han de ser elevadas al Gobierno.*

2.º *Discurso del Presidente del Centro de Galicia D. Basilio Álvarez.*

3.º *Clausura del Congreso por el Excmo. Sr. Subsecretario de Gobernación.*

Fueron ocho las ponencias oficiales previstas y cuatro las conferencias previstas. Estas últimas las de: Sergent, Lopo Carvalho, N6voa Santos⁵⁴⁷ y Miguel Gil Casares.

Ponencias:

1.-Aspecto Social de la Lucha Antituberculosa. Ponente. Prof. Dr. D. Eduardo García del Real⁵⁴⁸, representante oficial de la Facultad de Medicina de Madrid.

2.-Acción Social del Dispensario. Ponente Dr. Gutiérrez Gamero, profesor encargado del servicio de Tisiología de la Facultad de Medicina de Madrid.⁵⁴⁹

3.-Protección de la infancia contra la tuberculosis. Ponente Dr. A. Villegas ex-director del Sanatorio antituberculoso, Médico de la Beneficencia municipal de Madrid.

4.-Sanatorios Marítimos para niños. Ponente, Profesor Dr. Rodríguez Cadarso de la Facultad de Medicina de Santiago.⁵⁵⁰

5.- Proyecto de un Sanatorio Marítimo para niños escrofulosos en la Playa de La Lanzada. En relación con las aguas de La Toja. Ponente, arquitecto D. Antonio Palacios.⁵⁵¹

6.- Lugares adecuados en Galicia para establecer Sanatorios de verano para tuberculosos. Ponente Dr. Hervada, Tisiólogo y radiólogo de la Beneficencia municipal de La Coruña.

7.-Proyecto de hospitalización y aislamiento de los tuberculosos en Galicia, como consecuencia de su Climatología de invierno. Ponente, Dr. Regueral, profesor ayudante de la Clínica General de la Universidad de Madrid.

⁵⁴⁷ N6voa Santos no acudió finalmente al Congreso (N. de la A.).

⁵⁴⁸ El Dr. D. **Eduardo García del Real** era un caso de erudición asombrosa, por haber sido Catedrático de Pediatría en Santiago, a partir de 1902 cuando, en 1901, D. Miguel Gil Casares pasó por traslado a la Cátedra de Medicina Interna; luego de Patología Médica en Valladolid y finalmente de Historia Crítica de la Medicina en Madrid, donde precedió al gran D. **Pedro Laín Entralgo** al que dio el relevo, por jubilación, con algunos problemas políticos, al poco de terminar la Guerra Civil española. (N. del A.)

⁵⁴⁹ En el último momento esta ponencia fue presentada por el Dr. Pla y Armengol. (N. de la A.)

⁵⁵⁰ Cadarso finalmente no acudió al Congreso (N. de la A.)

⁵⁵¹ Esta ponencia tampoco fue presentada. Finalmente, la obra del sanatorio de A Lanzada sería desarrollada por el arquitecto Bescansa y no por Palacios, que ya era autor, entre obras destacadas, del sanatorio de Cercedilla donde se había celebrado la Conferencia de Fuenfría (N. de la A.)

8.-Profilaxis antituberculosa desde el punto de vista de la Herencia y el Contagio.

Ponente. Prof. Dr. D. Miguel Gil Casares, de la Universidad de Santiago.

La Inauguración

Señalan las crónicas que:

“La Toja es un hervidero. Desde el Capitán general⁵⁵²abajo, autoridades y representaciones oficiales forman un conglomerado. Llegamos y en el hall del Gran Hotel vemos al Sr. Berenguer con sus ayudantes y el General gobernador militar de la provincia señor Coronel⁵⁵³. También ha venido para cumplimentar al Sr. Martínez Anido el gobernador civil señor Rodríguez Villamil, el Presidente de la Diputación señor La Sota y los de las restantes Diputaciones Gallegas. A la entrada de la isla la Sociedad ha levantado un arco con la siguiente leyenda “La Toja os saluda.”⁵⁵⁴

Durante la cena del día de llegada se leyó un telegrama del Presidente del Directorio y General en Jefe de las tropas de África, D. Miguel Primo de Rivera, Marqués de Estella, comunicando la conquista de Axdir por las tropas españolas. Esto despertó un entusiasmo delirante con vivas a España y al Ejército.

La sesión inaugural que habría de celebrarse a las once de la mañana se aplazó para las doce.

A las dos de la tarde tuvo lugar el banquete de gala al que asistieron las Damas que integraban el patronato. Están aquí también el médico director del hospital militar de Vigo Sr. Pérez Viondi, Basilio Álvarez, el Sr. Mencheta y Pedro de Répide.

⁵⁵² En las épocas en que el orden del protocolo era territorial, la preeminencia la ostentaba la autoridad cuyo mandato abarcaba más territorio, en este caso el Capitán General de Galicia. N. del A.

⁵⁵³ **D. Alfredo Coronel Cubriá**, ascendido a General, por méritos de guerra, en diciembre de 1924, era el General Gobernador.

⁵⁵⁴ *El Progreso*. Pontevedra. 3 de octubre de 1925.

A las doce, con un día espléndido, se celebró la sesión inaugural del Congreso en la terraza principal, adornada con tapices. La presidía Martínez Anido⁵⁵⁵, Marquesa de Atalaya Bermeja, Berenguer, Marquesa de Leis, Condesa de Crixel, Vizcondesa de Fefiñanes, representada por la señorita de Aranda, Rector de la Universidad, Doctor Gil Casares, Gobernador Civil de Pontevedra, presidentes de las Diputaciones Gallegas y alcalde de la Coruña, Basilio Álvarez, doctor Regueral y doctor Lopo Carvalho de Portugal.

Ocupaban los puestos de honor Martínez Anido, el Director General de Sanidad, Dr. Murillo; el Rector de la Universidad de Santiago, Decano de la Facultad de Medicina, Rector de la Universidad de Madrid y otros. También el Capitán General de Marina Sr. Enríquez se adhiere.

Se leyó una carta de Calvo Sotelo⁵⁵⁶ a Basilio Álvarez, en la que ofrecía su concurso a la Asamblea y prometía que el Banco de Crédito Local daría el dinero preciso para la construcción de los sanatorios.

Quedó elegido por aclamación Calvo Sotelo, presidente honorario.

La Marquesa de Cavalcanti saludó con un telegrama al Congreso terminando con un *Terra a nosa!*

⁵⁵⁵ General **D. Severiano Martínez Anido**, gallego, entonces Subsecretario, luego Ministro de la Gobernación, responsable de Sanidad, y posteriormente también Vicepresidente del Gobierno de la Dictadura de Primo de Rivera. Volvió a ser ministro con durante el gobierno franquista, tras volver de su exilio en París.

⁵⁵⁶ Director General de Administración Local.

Discurso inaugural del doctor Gil Casares⁵⁵⁷

Entre salvas de aplausos fue recibido en la tribuna el doctor Gil Casares.

Comenzó diciendo que se vió sorprendido de la composición del Comité organizador y más aún de que le nombraran a él presidente, pero que no vaciló porque nunca lo hace en lo que atañe a la salud y al amor a Galicia.

Negó que el Congreso obedezca a que Galicia esté atestada de tuberculosos, lo que no es cierto, pues, entre otras cosas la provincia de Orense es la de menor mortalidad de España entera.

Dijo, asimismo, que si en Galicia había ahora más tuberculosos que en tiempo de sus abuelos era porque la enfermedad viene de fuera; que sabía que sería una empresa con sinsabores pero que jamás creyó que la hostilidad viniese de médicos gallegos, sino de quienes no tienen derecho a inmiscuirse en las cosas de estos.

Se negó a seguir con este asunto pues no quería empequeñecer el acto en ese rincón maravilloso.

Dijo que era peligroso ventilar el problema de la tuberculosis en Galicia como si los médicos no se reuniesen en todos lados para hablar del cáncer y otras enfermedades, sin esconderse como si fueran conspiradores. Añadió que lo peor es hablar de lo que no se sabe.

Rotundamente sentenció que la lucha antituberculosa sigue en España un mal camino y, de no rectificarlo, irá a un fracaso.

⁵⁵⁷ Extractado del *Boletín del Colegio Médico de Pontevedra* y de *El Congreso Antituberculoso de La Toja. Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Págs. 277-286. 1 de Noviembre de 1925. Pág. 1-13.

A continuación, con gran maestría, expuso su criterio sobre el asunto, recibiendo aplausos entusiásticos de los congresistas.

Reclamó que se cuidase a los niños débiles y encanijados, explicando que el clima del mar que solía dañar a los tísicos, en cambio, beneficiaba a los niños. Por ello una conclusión era fomentar los Sanatorios. Y, teniendo en Oza uno magnífico, hacer otro en la playa de La Lanzada, resultaría muy adecuado.

Los Dispensarios tenían como labor primordial reconocer y cuidar a los enfermos pero se precisan instituciones como las Hijas de San Vicente de Paul para visitar y socorrer a los enfermos.

Debiendo recogerse a los pacientes y hospitalizarlos opinó que debía haber dos tipos de hospitales: uno para incurables y otro adecuado para recuperar a los enfermos susceptibles de serlo.

Recogió la idea de su amigo pontevedrés D. Joaquín Piñeiro de aprovechar los antiguos monasterios para atender así a la Humanidad y al arte. Ello incidiendo en la construcción de Sanatorios para los menesterosos y la clase media pues los ricos ya los tenían.

Se mostró partidario de formar a los jóvenes que fueran a emigrar para que lo hiciesen en las mejores condiciones, sabiendo evitar la tuberculosis.

El clima gallego no permitía la curación permanente por ello las Diputaciones gallegas proyectan la construcción de un Sanatorio en las montañas del Cebrero.

Afirmó que las banderas políticas se habían dejado en el puente que unía la Isla de La Toja con tierra firme, y que cada cual recogería al salir.

A continuación saludó a todas las autoridades, en particular al General Martínez Anido y, a través de este a *nuestra bella Reina muy amada que con tanto interés sigue nuestro Congreso y que preside no por fórmula y sí con afán plausible la lucha antituberculosa y a las damas del patronato que la secundan.*

Y abrazó en representación de todos los congresistas, a los que le gustaría hacerlo uno a uno, al doctor Puente Castro, entre formidables aplausos.

El *Diario de Pontevedra* hace una extensa crónica de las principales ponencias.

Conferencia del Dr. Casares Gil

“Al regresar de la excursión dio su anunciada conferencia el Dr. Casares Gil.

Se ocupó del misterio de la acción curativa de las aguas medicinales. En amena charla, sin tonos altisonantes de discursador, explica lo que hay de imaginativo en la curación de enfermedades por medio de aguas que no sólo no son medicinales sino que por el contrario son podridas. Dice que Galicia es la región más rica en aguas medicinales, y en ellas, se encuentra el fluoruro beneficiosísimo para ciertas enfermedades.

Al ocuparse del Radio dice que es el invento más grandioso que hasta la fecha se ha realizado. Cree, aunque no puede asegurarse, que en algunas aguas medicinales el radio verifica curaciones que la ciencia no se explica todavía.

Los congresistas seguían con admiración la lección del sabio maestro, que más bien que en un congreso médico parecía hallarse en su cátedra de Madrid llevando los grandísimos conocimientos que atesora a los alumnos que diariamente recogen sus lecciones.

Al terminar, una estruendosa ovación cerró la conferencia del Dr. Casares Gil.”⁵⁵⁸

La ponencia del doctor Hervada

El eminente fisiólogo coruñés D. Enrique Hervada García-Sampedro, tituló su ponencia: *Sanatorios de montaña para los tuberculosos pulmonares durante la buena estación en comarcas de Galicia adecuadas por su orografía y facilidades de acceso y avituallamiento*. Preconizó como método más eficaz la cura higiénico-dietética para el tratamiento de la tuberculosis, en la que tiene una importancia decisiva el tema de la vivienda. Señalaba además D. Enrique que el reposo y la vida al aire libre son elementos casi indispensables en el tratamiento, por ello es importante un clima adecuado para poderlos llevar a la práctica.

“Está probado que no existe un clima específico. Todos los aires son buenos, con tal de que sean puros y se pueda gozar de ellos en locales *ad hoc*. La cura puede realizarse en todas partes excepto en las malas casas de las ciudades. Consideraba Hervada, sin embargo, más adecuados los fríos y secos, debiendo evitarse los húmedos.”⁵⁵⁹

El elevado grado higrométrico de Galicia, decía D. Enrique, no es incompatible con la práctica de la cura de aire, siempre que sepan aprovecharse los demás factores curativos.

Afirmó que en las montañas gallegas se podía hacer, durante los veranos, la cura sanatorial con el máximo de ventajas climatológicas.

“La comparación de los tratamientos en los sanatorios del extranjero y el del Guadarrama durante el invierno y durante el verano en olvidados lugares

⁵⁵⁸ *Diario de Pontevedra*, 6 de octubre de 1926.

⁵⁵⁹ *Faro de Vigo* de 4 de Octubre de 1925. Pág.5

de la montaña gallega como Curtis, Guitiriz, etc., nos dicen que no hubo ningún retroceso en el proceso morbosos, sino que hubo avance curativo, sobre todo en los enfermos dóciles.”⁵⁶⁰

Aseguraba que en Galicia hay numerosos lugares de altura para la creación de aldeas sanitarias. Entre estos lugares hace figurar a La Estrada, y propone que se construyan casas que puedan alquilarse a bajos precios para que en ellas puedan atender a su cura los atacados de la peste blanca, y que las Diputaciones gallegas construyan y sostengan un sanatorio antituberculoso.

Discusión de la misma.

“El Sr. Nieto no se muestra conforme con que solo el clima de altura beneficia a los tuberculosos, pues en el congreso celebrado en Arcachon se acordó pedir al Gobierno la construcción de sanatorios marítimos para militares.

El Sr. Ríonegro opina que en lugar de las casas que propone el Dr. Hervada se construyan grandes sanatorios.

El Sr. Rodríguez Sieiro, de Carballino, opina que los sanatorios antituberculosos deben construirse en Curtis y Carballino, cuyos climas está demostrado son beneficiosísimos para los enfermos del pecho, y el lugar más adecuado para hacerlo es la sierra de la Magdalena, en Carballino.

El Inspector de Sanidad de Orense, Sr. Boente cree que no es completa la ponencia del Sr. Hervada, pues faltan datos importantes, entre ellos los que se refieren a la luz.

Respecto a la construcción de un Sanatorio por las Diputaciones gallegas en el monte Cebrero, proyecto del Inspector de Sanidad de Pontevedra señor López Prior y del Dr. García Feijoo no fue aprobado por las demás Diputaciones gallegas las cuales cree el orador, aceptarán el proyecto mejor que les sea presentado.”⁵⁶¹

⁵⁶⁰ *Faro de Vigo*, 4 de octubre de 1925. Pág. 5.

⁵⁶¹ *Diario de Pontevedra*, 6 de octubre de 1926.

Discurso del Inspector provincial.

“El Señor López Prior, pronuncia un brillantísimo discurso.

Dice que cree convenientísimo que en tierras de Galicia se construyan sanatorios antituberculosos. Si no es para alarmar la cantidad de tuberculosos aquí existente –añade- tampoco es para renegar que existen casos numerosos que aconsejan la necesidad de atajar el mal.

Respecto a la construcción del Sanatorio de Cesuras, opina que debe apoyarse, pues en su día será un gran elemento para la curación del terrible mal.

Cree que no se puede crear la aldea higiénica, pues en el campo de Galicia no existen medios para el abastecimiento de aguas y alcantarillado.

De distribuir a los tuberculosos en la tierra gallega –dice- no se logrará éxito grande en su curación.

Es preciso el saneamiento de la vivienda; pues hay pueblos en que sus habitaciones son albergue de gérmenes tuberculosos que diezman a las familias que las habitan.

Opina que debe crearse un seguro social para que con la ayuda de los capitalistas pueda abordarse este problema tan importantísimo, no sólo para Galicia sino para España toda.

El Dr. Hervada, justifica la limitación de su ponencia, porque sólo se le había encargado de tratar sobre los “Sanatorios de montaña” y a ello se ciñó en su conferencia, y al proponer la construcción de pabellones sanitarios, lo hizo teniendo en cuenta su baratura y facilidad de llevar a la práctica, cosa difícil de lograr tratándose de un Sanatorio que importaría millones de pesetas.

El Dr. Gil Casares ruega mediten las conclusiones que han de ser aprobadas en este Congreso.

No se puede continuar como hasta aquí, teniendo a los tísicos en Hospitales, y lo primero que debe hacerse seguidamente, es aislar a los enfermos en salas especiales en nuestros Hospitales, y luego, como opina el médico pontevedrés Sr. Piñeiro, destinar los monasterios que existen en Galicia a hospitales de tuberculosos.

También opina puede irse a la construcción de las aldeas sanitarias que en teoría le parecen bien, aunque duda que en la práctica puedan ser realizables.⁵⁶²

La ponencia del Dr. Villegas.

“Se suspende el acto por cinco minutos y al reanudarse da lectura a su ponencia don Ángel Villegas que se titula *Defensa del niño contra la tuberculosis*.

Cree que la tuberculosis en la infancia es casi siempre por contagio. Para evitar eso debe ser reconocida la madre o la nodriza, para en caso de ser tuberculosa, separarle el niño.

Una de las vías de contagio es la costumbre de las madres de humedecer el pezón con saliva pues al mamar el niño es inyectado el microbio terrible.

Cuando las madres son bacilíferas deben estar aisladas del niño y al amamantarlo hay que desinfectar admirablemente el pecho, obligándole a usar careta para que al toser no salpique al pequeño su saliva.

Para la infancia, evitar los contagios nativos, apartando al hijo de la madre cuando ésta padece el terrible mal y no alimentarlo con leche sin que antes haya sido perfectamente hervida. Deben también ser vacunados contra la tisis.

Para evitar el contagio de las personas mayores, deben ser los enfermos aislados, enseñándoles inclusive a escupir.

Opina que la escuela es el lugar donde el niño recoge los bacilos de la tuberculosis, por las mismas condiciones de los locales.

Dice que las seis horas de clase, para los niños es un disparate por no poder resistir las criaturas esta sujeción.

Debe pedirse que a los niños a quienes les sea preciso aire se les permita moverse con entera libertad.

Las vacaciones también son censuradas por el ponente. Protesta que las vacaciones sean en verano en Galicia, cuando en invierno tienen que mojarse los niños para ir a la Escuela y luego estar las seis horas de clase con las ropas húmedas sobre sus cuerpos.

La escuela debe ser como la calle, plena de libertad e higiene.

⁵⁶² *Diario de Pontevedra*. 5 de octubre de 1925.

Como síntesis de su ponencia, el Dr. Villegas lee varias conclusiones, entre ellas, el que sean autorizados los abortos para aquellas madres que no puedan criar a sus hijos sanos.

Que se varíe por completo el plan de enseñanza.

Que los maestros tengan billete gratis en los ferrocarriles; entrada también gratis en todos los espectáculos instructivos y vayan al extranjero a cursillos de ampliación.

Y que ingresen los profesores de primera en la Unión General de Trabajadores.

Al terminar de hablar este ponente, se suspendió la sesión del Congreso.”⁵⁶³

Continúa la ponencia de Dr. Villegas.

“Fue el día de ayer pródigo en discusiones entre los congresistas, con motivo de las atrevidas conclusiones que presentó al Congreso el Dr. Villegas.

Al comenzar la sesión, se notaban en muchos asambleístas deseos de discutir ampliamente, en vista de lo cual la presidencia se vio precisada a limitar a cinco minutos el tiempo que cada uno de los rebatidores de las conclusiones del Sr. Villegas podía emplear.

Este joven e ilustre doctor lee de nuevo aquella parte de su ponencia que estima preciso se eleve a conclusiones.

Sostiene que a las madres tuberculosas debe aleccionársele para que eviten contagiar al niño.

A los padres tuberculosos se les indicarán los daños que ocasiona el contagio tuberculoso a sus hijos.

Debe atenderse por medios especializados a las madres tuberculosas, facilitándole todos los medios para su alimento y curación.

No deben autorizarse el matrimonio de los que no presenten certificado de padecer tuberculosis.

No se permitirá alimentar a los niños con leche que no haya sido hervida y cuyas vacas productoras no fueran previamente declaradas sanas.”

⁵⁶³ *Diario de Pontvedra*. 5 de octubre de 1925.

La controversia

“El primero que se levanta a rebatir la ponencia del Dr. Hervada es el representante del Ayuntamiento de Madrid, Dr. Pajares.

Cree que la división de opiniones entre contagionistas y hereditarios retrasa la labor del Congreso.

Asegura que al niño lo dota la naturaleza de una gran resistencia contra el microbio de la tuberculosis no dejándolo abandonado como opina el Dr. Villegas.

Muy rarísimas veces son contagiados los recién nacidos.

Opina que de no ser hereditaria la tuberculosis, esta no se desarrollaría como actualmente ocurre con los niños.

Creo que debe aconsejarse al tuberculosos que no se case, debiendo prohibirlo las leyes, ya que esto no ocurre, debe convencerse a los matrimonios tuberculosos de la conveniencia de que no tengan hijos, para evitar empleo del aborto que propone el Dr. Villegas.

Debe crearse el seguro maternal para que las embarazadas no tengan que trabajar y puedan atender a reponerse y a cuidar del recién nacido.

Debe enseñarse a la mujer a cuidar a los niños, creando un Instituto de Maternidad donde se le dé ésta enseñanza.

El Sr. López Iglesias de La Coruña, propone la creación de la institución de la “Gota de Leche” en donde además de ayudar a las madres en la alimentación del niño, se les ilustre para defender su vida.

El Dr. Plá, de Barcelona, pide al Dr. Villega limite más sus conclusiones y entre él y el Dr. Pajares extracten las que han de ser elevadas a los poderes públicos.

Aconseja a los médicos que den siempre importancia a las pequeñas incomodidades que sufren los niños; pues los trastornos ligeros son luego motivo de tuberculosis. El inspector provincial de Sanidad de Orense Sr. Boente opina que de las conclusiones deben ser retiradas las que se refieren a tratamientos antituberculosos por no ser esto misión del Estado. Aboga por el seguro maternal. Dice que debe citarse aquí el nombre del Dr. Ferrán al lado de los extranjeros nombrados por el Sr. Villegas, porque el ilustre médico español es también un gran tisiólogo.

El Dr. Nieto de La Coruña intenta rebatir las conclusiones y termina por opinar lo mismo que el Dr. Plá.

El Sr. Hermida de La Coruña elogia calurosamente al Dr. Ferrán lamentándose no haya sido invitado a este acto.

El Sr. López Prior cree que en el fondo están todos conformes con las conclusiones.

Propone la protección a la mujer.

Que en los hospitales se establezca una consulta gratuita para reconocer a las mujeres embarazadas, para ser luego asistidas por la beneficencia provincial.

Que no se debe ir al aborto, pues el hijo de una tuberculosa puede ser criado robusto y sano.

Que se debe crear La Gota de Leche.

Que los niños en las escuelas no deben estar sentados más de dos horas y el resto al aire libre cuando el tiempo lo permita.

El Dr. Quintanilla propone añadir dos conclusiones:

Que se cree en Galicia el cuerpo de Inspectoras tisiólogos y que la protección de la Infancia se haga extensiva al campo gallego considerando como patronos a los padres de los niños mayores de 14 años que trabajan en el campo, para evitar que aquellos los exploten.

Habla luego el alcalde de La Coruña, Sr. Casas. Opina que la tuberculosis es un fenómeno puramente social porque esta enfermedad es motivada la mayoría de las veces por causas económicas.

Propone las siguientes conclusiones:

Que a los niños se les proteja en la casa, en la calle y en la escuela.

Tomar medidas contra el alcoholismo.

En los talleres y en las escuelas deben preocuparse de la mejor estancia en ellas del niño.

Por último propone que los matrimonios tuberculosos no deben tener hijos, apelando para ello a la esterilización, como ya se hace actualmente en los Estados Unidos.

El Dr. Casas pide que los padres de hijos de soltera declaren la paternidad, y sea instituido el delito sanitario.

Cerca de las dos se suspendió la sesión hasta las cuatro de la tarde.

Esta sesión fue presidida por la Marquesa de Atalaya Bermeja, la Marquesa de Leis, la señora del Dr. Gil Casares y la Condesa de Creixel.”⁵⁶⁴

Ponencia del Dr. Gil Casares.

El organizador del Congreso dio lectura a su ponencia sobre *Profilaxis de la tuberculosis desde el punto de vista de la herencia y del contagio*.

Sostuvo el Dr. Gil Casares su tesis de que la tuberculosis no es producto del contagio.

Con datos estadísticos apoyó su opinión en este asunto y citó el caso de que en la sala de tísicos del Hospital de Santiago existían tuberculosos en último grado, y durmiendo a su lado y conviviendo con ellos años y años, otros enfermos, los cuales, a pesar de las malas condiciones de la sala, no se contagiaban de la terrible peste blanca.

Puntualizó que tampoco se contagiaban los alumnos ni las Hermanas de la Caridad que los cuidaban y que con ellos están en diario contacto.

También negó el contagio en el matrimonio, y si había algún caso, no era de contagio sinó casual.

Para demostrar que era hereditaria citó numerosos casos.

Propuso para atajar este mal la construcción de casas sanas y al abaratamiento de las subsistencias: la creación de escuelas preparatorias par emigrantes; el saneamiento de las escuelas de primera y segunda enseñanza; la creación de

⁵⁶⁴ *Diario de Pontevedra*, 5 de octubre de 1925. Pág.2.

sanatorios marítimos, uno de estos en La Lanzada para utilizar a la vez las aguas de A Toxa; que fueran reconocidos los enfermos en los Hospitales y la construcción por las Diputaciones gallegas de un sanatorio antituberculoso.

Aconsejó a los médicos que convenciesen a los enfermos para que no se casasen, para que no engendrasen hijos contagiados; cuidar especialmente a los hijos que descendan de padres atacados de este mal y a la vez perseguir al alcoholismo.⁵⁶⁵

Discusión

“Para discutir la ponencia del Dr. Gil Casares sube a la tribuna el Dr. López Prior.

Con gran acopio de datos y de una manera brillante rebate la teoría del Dr. Gil Casares, asegurando que la tuberculosis es contagiosa y su propagación debe procurarse por todos los medios pues es la única forma de desterrar el mal.

Respecto a la hereditaria, muéstrase conforme con las medidas dispuestas.

El Dr. Escudero también opina que la tuberculosis es contagiosa.

El Dr. Paratcha dice que la tuberculosis es un problema social que necesita la unión del pueblo y del Estado.

El Director general de Sanidad, aludido por el Sr. Paratcha, cree como este, que la solución del está en la creación de un seguro obligatorio.

El Dr. Regueral dice que no ha visto demostraciones prácticas sobre la tesis contagionista y la hereditaria pero cree que la cuestión es más de higiene y abastos.

El Dr. Villegas cita casos en que la tuberculosis es contagios, y lo mismo dice el Dr. Campoamor y el Inspector provincial de Orense.

El Dr. Plá apoya la tesis del Dr. Gil Casares.

El Dr. Lopo Carballo cree que la herencia predispone mucho al contagio.

Opina que a los sanatorios no deben llevarse más enfermos que aquéllos cuya curación sea factible.

⁵⁶⁵ *Diario de Pontevedra*, 5 de octubre de 1925. Pág.2.

El Dr. Gil Casares hace nuevas consideraciones en apoyo de su tesis y se da por terminada la sesión.⁵⁶⁶

Como vemos es extensa la cobertura que este diario da al Congreso de La Toja, dando resumen de las principales ponencias. Tanto es así que en la sección de deportes: *la extensión que alcanzó la reseña de las sesiones del Congreso de La Toja –de enorme importancia científica y social- nos privan de publicar hoy la reseña de los resultados de football y de la Asamblea ayer celebrados... Lo haremos mañana.*

Intervención del Dr. Regueral

El Dr. D. Carlos González Regueral, secretario general del Congreso, tras anunciar que sería breve, comenzó explicando datos estadísticos sobre la tuberculosis en España y agradeciendo al centro gallego de Madrid la idea de la celebración del Congreso.

Elogió a las diputaciones porque se disponen a ayudar en la obra de la lucha antituberculosa y a Basilio Álvarez y a cuantos en el Centro Gallego secundan la labor.

Dedicó párrafos de devota admiración a Gil Casares. Habló de las Damas ilustres, Marquesa Atalaya, Medina de las Torres, Torre Cela, Bugallal, Vizcondesa de San Alberto, etc. Del Patronato que animan a los médicos a continuar su labor. Explica cómo se formaron el comité y los locales. Elogia al

⁵⁶⁶ *El Diario De Pontevedra*. 5 de octubre de 1925.

Dr. Carvalho de Portugal. Y, finalmente, lee diversos telegramas de adhesión de diferentes personalidades, terminando en medio de una gran ovación.

Presentó una ponencia titulada *Proyecto de hospitalización de los tuberculosos en Galicia durante los meses de invierno*, con las conclusiones siguientes:

“1-Es imprescindible la hospitalización de nuestros paisanos procedentes de América en hospitales sanitarios que se harán radicar en las afueras de las ciudades de Vigo y La Coruña, y es asimismo conveniente la construcción de otro hospital en Santiago de Compostela anejo a la Facultad de Medicina y que sirva de escuela de fisiología.

2-No es conveniente el aprovechamiento de los antiguos monasterios, porque los hospitales que en ellos se instalasen adolecerían del defecto de los actuales, lúgubres y fríos y poco amables para esta clase de enfermos.

3-Mientras no contemos con los hospitales antes indicados, el Estado debe obligar lo mismo a los hospitales clínicos de las facultades que a los hospitales generales de la beneficencia provincial, a que, por lo menos, tengan una sala especial para enfermos tuberculosos, con lo cual se evitaría la promiscuidad de los enfermos hoy imperante en nuestros hospitales.”⁵⁶⁷

La conferencia del Dr. Plá y Armengol

El Dr. Plá presentó una ponencia titulada *Acción social de los dispensarios* que fue improvisada ya que este tema no estaba preparado, sino que esta había sido encargada al Dr. Camero. Sus conclusiones fueron las siguientes:

“1-Creación rápida de dispensarios sostenidos por las corporaciones oficiales (Estado, provincia, municipios y por los donativos particulares) que

⁵⁶⁷ El Congreso antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 284.

deben interesarse por propio egoísmo, pues al defender a los demás se defienden a sí mismos.

2-Reglamentación e inspección de los dispensarios existentes. Si su misión no es cumplida, reorganizarles inmediatamente, con modificación de personal y normas seguidas.

3-Establecer dispensarios en todas las Facultades, dirigidos por profesores especializados. Los alumnos podrán constituir, en breve plazo, el personal bien capacitado para proseguir la obra.

4-El dispensario debe ser el órgano central de la lucha y para ello se relacionará, no solo con las demás instituciones antituberculosas (sanatorios, preventorios, colonias agrícolas... etc.) sino con todas las demás instituciones médicas (casa cuna, maternidades, gota de leche, hospitales, etc.)

5-El dispensario ha de ser un agente del seguro social contra la enfermedad y un divulgador de las normas higiénicas que pueden impedir el desarrollo y difusión de la misma.

6-En todos los dispensarios habrá una consulta de la infancia, por la importancia que tiene la infección con esta edad.”⁵⁶⁸

Fue muy aplaudida por el Dr. Gil Casares y Lopo Carballo pero criticada por el Dr. Boente, quien esgrimió que había hecho analizado el problema del dispensario en la gran urbe, pero que no era válido para la dispersión de las aldeas de Galicia.

La ponencia del Dr. Búa.

Fue leída por el comandante médico Sr. Barreiro sobre *La tuberculosis en el ejército*.

“Conclusiones:

1-La tuberculosis pulmonar es frecuente en nuestros soldados y el curso que sigue en su evolución es muy rápido.

⁵⁶⁸ El Congreso antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 284.

2-Los hijos de esta Región que vienen a filas dan un contingente grande de tuberculosis.

3-Los casos que se ven en el ejército son por lesiones latentes en su casi totalidad. El cuartel es un reactivo para dichas lesiones.

4-Todo individuo sospechoso de tuberculosis no debe ingresar en el ejército.

5-Creación de la especialidad de tisiología en el ejército y de una cátedra de tisiología en el Ejército y de una cátedra de igual especialidad en la Universidad de Santiago.

6-En toda campaña antituberculosa, lo mismo en la población rural que en la urbana, hay que tener en cuenta el factor emigración y los soldados declarados inútiles por tuberculosos.”⁵⁶⁹

Otras intervenciones⁵⁷⁰:

El Alcalde de La Coruña, Sr. Casás.

Estimó que la asamblea marcaba un rumbo de sanidad en Galicia, fortaleciendo la salud pública como deber primordial de los gobernantes.

Pidió protección para los niños restando víctimas a la ignorancia.

Explicó el carácter de la Asamblea que es eminentemente gallego, y habla de cómo nació la idea de este Congreso por su actuación en Madrid con el Centro de Galicia.

Elogió la obra de los Sanatorios diciendo que debían multiplicarse hasta recluir en ellos a todos los enfermos que constituyen peligro.

⁵⁶⁹ *El Diario de Pontevedra*, 7 de octubre de 1925. Pág. 2.

⁵⁷⁰ *El Ideal Gallego*, Sábado 3 de Octubre de 1925. Pág.1-2.

El Presidente de la Diputación Provincial de La Coruña

Habló en nombre de las Diputaciones gallegas. Saludó a todos los presentes, Teniendo palabras de encomio para los organizadores de la asamblea. Señaló como principal deber de las Diputaciones velar por la higiene pública, mancomunándose, y buscando por todos los medios que llegase a ser una realidad la construcción del sanatorio del Cebreiro cuya ejecución iría al compás de los acuerdos que se tomen en este Congreso.

D. Basilio Álvarez

Explicó la intervención del Centro de Galicia en este Congreso Antituberculoso. Cantó su amor a Galicia que le ha llevado a luchar por la solución de este problema que cree el más interesante.

El Rector de la Universidad de Santiago

Señaló la importancia que revistía este Congreso, pues la tuberculosis a su criterio rebasaba el campo médico, constituyendo un problema social. Habló del deber que tenían de contribuir a esta lucha todos los hombres de buena voluntad, en particular los curas párrocos, los maestros y cuantos por razón de su cargo tuviesen contacto con los niños.

Elogió al Director General de Sanidad Sr. Murillo y preconizó la creación del Ministerio de Sanidad, que redimía a España de las Epidemias.

Se fijó en la importancia de la Gota de leche, Cantinas escolares y Roperos en beneficio de los niños menesterosos y termina declarándose partidario de los sanatorios a nivel del mar.

El Gobernador Civil de Pontevedra

Hizo uso de la palabra en nombre del Gobernador de Lugo, a quien deberes de su cargo le habían impedido asistir a la asamblea. En representación de todos los gobernadores de Galicia saludó a los congresistas.

Dijo que la sociedad actual se preocupaba más que las generaciones pasadas, del problema sanitario. La obra, añadió, para que fuese coronada por el éxito debía de ir precedida del compromiso de todos los ciudadanos para laborar en ella.

El catedrático portugués Sr. Lopo Carvalho

Al levantarse a hablar este ilustre fisiólogo portugués fue saludado con grandes aplausos.

En hermosos párrafos saludó a los congresistas.

Dijo que de todas las epidemias, la tuberculosis era la plaga más grande que había azotado a la Humanidad.

El discurso del Sr. Carvalho fue una verdadera oración de sabio, que hermanó lo científico con las bellezas del lenguaje.

El Sr. Martínez Anido

Dijo que el principal motivo de su presencia en La Toja era testimoniar el cariño que siente por Galicia.

Cantó el amor a la patria, manifestando que la cuestión sanitaria debía ser primordial obligación del estado. Era necesario hacer hombres sanos para lograr una patria grande.

Ofreció apoyar decididamente las conclusiones del Congreso.

Saludó a todos y en nombre de S.M. el Rey declaró abierto el Congreso.

El Sr. Martínez Anido salió por mañana para Santiago desde donde se dirigiría a A Estrada.

Le acompañaron el Director general de Abastos y el teniente coronel Sr. Viondi.⁵⁷¹ Almorzó en la finca que en Toralla posee el Sr. Echegaray y siguió viaje al lazareto de San Simón donde descansaría unos días.

Banquete

Terminada la sesión se celebró un banquete en el salón de fiestas del Casino de La Toja. No se pronunciaron discursos.

Amenizaron el acto la banda de música del regimiento de Murcia, un sexteto y el barítono Sr. Mercadillo.

Paseo por la Ría, Baile

Después del banquete los congresistas en número de más de 600 se trasladaron a embarcaciones, para dar un paseo por la Ría.

Por la noche hubo un baile de gala.

Cosas de la prensa. Los inasistentes.

Mientras la prensa en general, como hemos visto, informaba con cordialidad y sin estridencias del desarrollo y vicisitudes del Congreso, alguna como *El Compostelano*, adoptaban, sorprendentemente, una actitud belicosa.

Así mientras *El Ideal Gallego*⁵⁷² calificaba de solemne a la sesión inaugural y de brillantísimas las intervenciones de Martínez Anido, Gil Casares, del Alcalde de

⁵⁷¹ Médico, director del hospital militar de Vigo.

⁵⁷² *El Ideal Gallego*, 3 de Octubre de 1925, Pág.1.

La Coruña sr. Casás, Caruncho, el rector Blanco Rivero y otros, *El Compostelano* se pronunciaba en los términos que siguen:

“Una hora después de terminada la apertura de curso de la Universidad, salieron los congresistas para La Toja.

De Santiago no van más que los sres. Piñeiro Pérez, García Ferreiro, Novo Campelo, Herrera, Puente Castro y Bacariza.

Dejan de concurrir, según nos aseguran, los Sres. Barcia Caballero, Goyanes, Romero Molezún, Rodríguez Cadarso, Nóvoa Santos, Alsina, Pena, Martínez de la Riva, Villar Iglesias, Varela Gil, Varela Radio⁵⁷³, Fernández y Fernández, Vaamonde, Devesa, Padín, Sánchez Guisande, Rivas Barros, Rey Baltar, Varela Santos, Pérez Álvarez, Fernández (D., José), Blanco Ituarte, Guitián Lapidó y Merino.”⁵⁷⁴

Aún cuando en todos los acontecimientos humanos lo normal es señalar a los asistentes y no a los inasistentes, no para aquí la cosa.

“Tampoco asistirá el Dr. Cortezo a pesar de la defensa que del Congreso hizo desde el balneario de Cestona.”⁵⁷⁵

Al nombrar al Alcalde de A Coruña, la ironía se transforma en sarcasmo:

“Entre los congresistas existen verdaderos deseos de oír el discurso del Sr. Casás, Alcalde de La Coruña, por tratarse de persona verdaderamente versada en las causas y desarrollo de la tuberculosis en Galicia, estudios que profundizó desde que ocupó la Alcaldía, primero representando la política del Marqués de Alhucemas⁵⁷⁶ y ahora la del Directorio.

Asegúrase que la conferencia científica que dará uno de los congresistas versará sobre el siguiente tema: “Modos de propagar los balnearios de La Toja y Mondariz”.

⁵⁷³ Se referirá a Vicente pues Manuel, su doble primo, con el que compartía los dos apellidos, ya era catedrático en Madrid desde 1919. (N. de la A.)

⁵⁷⁴ *El Compostelano*, 1 de Octubre de 1925. Pág. 2.

⁵⁷⁵ Si el Dr. Cortezo que contaba, a la sazón, 75 años, dijo que estaba en Cestona y no en La Toja, probablemente se recobraba de alguna afección.

⁵⁷⁶ **Manuel García Prieto** (1859-1938): Primer Ministro en cuatro ocasiones. Yerno de D. Eugenio Montero Ríos. Por sus gestiones en la preparación del tratado que permitió la creación del protectorado de Marruecos recibió el título de Marqués de Alhucemas, un título de grandeza de España y el cargo de senador vitalicio.

El día 5 volvía a la carga, bajo la poco honrosa firma de *un congresista*, menospreciando al Sr. Casás a quién achacó que sólo hablaba y hablaba, y que al referirse a la mortalidad de los niños olvidaba sus ausencias a las sesiones de la Junta provincial de A Coruña.

Fue más duro con el Rector Blanco Rivero de quién dijo que tenía una oratoria incoherente, vacilante y laboriosa y que muchos oyentes que no lo conocían, creían que era un médico de Orense poco práctico en oratoria.

Se ensañó con la ponencia del Dr. Hervada, ya que extrañó que un señor que cobra su sueldo en el Sanatorio marítimo de Oza, como Terapeuta escolar, en vez de hacer la apología del método talasoterápico en los Sanatorios, abogase por los de montaña, censurando la instalación de los sanatorios en climas húmedos, aunque luego dijese que el elevado grado higrométrico no es incompatible con la cura de aire.

Continuó polemizando sobre la intervención y opiniones del Dr. Villegas, arremetiendo contra la conferencia sobre folklore, pronunciada en la incomodidad de la Playa de La Lanzada, por el ex Abad de Beiro, de la que dijo que era un refrito de la que pronunciara en el Centro de Galicia de Madrid y que tergiversaba una leyenda, falta de fondo de verdad, pero filtrada por el espíritu agresivo del ex-Abad, por exaltación política, criticó su fantasía enferma, y en general su oratoria ajena y fuera de lugar en una gira de excursión.

Continúa el atrabiliario articulista comentando la ponencia de Gil Casares a la que reconoce mayor altura que a las de los demás y se ensaña señalando los actos suspendidos que refiere: La conferencia de Nóvoa Santos, La de Palacios, el arquitecto, las sesiones de cine y variedades (de esta dice que su supresión fue un

acierto), no se llevaron a cabo tampoco la Misa de campaña que iba a officiar el Obispo de Mondoñedo, ni la velada literaria, ni la iluminación en el parque del hotel.⁵⁷⁷

Las ausencias significativas entre las personalidades cuya presencia estaba anunciada en el Congreso de La Toja creemos que obedecen a dos o aspectos fundamentales:

En primer lugar, personalidades como el Príncipe de Asturias probablemente cancelaron su asistencia debido a que el Congreso estaba precedido de una fuerte polémica entre los organizadores y el Real Patronato y la Casa Real no quiso que, con su presencia, diese sensación de que tomaba partido. Lo mismo sucede, en nuestra modesta opinión con D. Carlos María Cortezo, Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina y del Consejo de Estado que, aunque dio su opinión criticando la postura de los 4 de pretender prohibir el Congreso, no quiso echar más leña al fuego y escudándose en su edad avanzada y estado de salud, se refugió en el balneario de Cestona.

En segundo lugar la ausencia de personalidades científicas como Nóvoa Santos o algunos destacados médicos gallegos pudiera deberse más bien a diferencias doctrinales sobre la recia postura a favor de la herencia en detrimento del contagio de Gil Casares o bien al carácter cerrado del Congreso en el que no se admitieron ponencias ni comunicaciones libres.

⁵⁷⁷ Esta se llevó a cabo en días posteriores, debiéndose el retraso a problemas de la Compañía instaladora.

Conclusiones definitivas

Las conclusiones definitivas para elevar al gobierno de este congreso son recogidas por Novo Campelo en el número de Septiembre de la *Revista Médica Gallega*:

“1-Construcción del Sanatorio marítimo de La Lanzada para niños, y ampliación del de Oza.

2-Construcción de Hospitales para tuberculoso en las inmediaciones de los puertos de Vigo y Coruña para los inmigrantes.

3-Construcción de otro Hospital en Santiago adscrito a la Facultad de Medicina.

4-Apoyar el propósito de nuestras Diputaciones para que ellas realicen la construcción de los Sanatorios populares en aldeas sanitarias.

Que el Estado no conceda exclusividad a las empresas de automóviles para conseguir las mayores condiciones de acceso y avituallamiento.

5-Creación del Seguro obligatorio contra la tuberculosis.

6-Creación de la espacialidad de Tisiología en el ejército. Y que los individuos del Ejército destinados a África permanezcan antes de su incorporación a ellos seis meses en filas en la Península. En los sanatorios antituberculosos existentes se habilitará una sala especial para los tuberculosos enfermos del Ejército y de la Marina dependiendo del Estado.

7-Las cuatro provincias gallegas asociadas con la asturiana previa conformidad, deben elegir emplazamiento, construir y sostener un sanatorio alpestre para tuberculosos pulmonares en las cordilleras gallegas limítrofes con las demás provincias.

8-Se nombrará una comisión técnica para que asesore la conveniencia de reformar aprovechar alguno de los antiguos monasterios gallegos para que sirvan para Sanatorios, Hospitales populares.

9-Debe vigilarse severamente la labor de los actuales Dispensarios legislando además acerca de ellos para uniformar su acción social. Que los nuevos nombramientos de médicos de dispensarios no los hagan las Juntas provinciales sino unas Comisiones técnicas especiales.

10-Creación del cuerpo de enfermeras auxiliares de dispensarios.

11-Creación en España del seguro obligatorio contra la enfermedad.

12-Creación del Seguro material Obligatorio.

13-Intensificación de la labor del Instituto nacional de Matereología y Puericultura.

14-Debe recomendarse no dar leche hervida a los niños hasta que las industrias lácteas no sufran una reorganización y revisión técnica que garantice su pureza.

15-Se crearán instituciones especiales que permitan la separación voluntaria del niño, de la madre bacilífera.

16-Debe intensificarse el estudio de todos los procedimientos biológicos que tiendan a realizar la profilaxis y el tratamiento de la tuberculosis.

17-Es preciso crear en Galicia las Instituciones de la Gota de Leche.

18-Debemos considerar a los Preventorios y Sanatorios marítimos como los medios más eficaces por el momento para realizar la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis del niño.

19-Habrà de regularse la estancia del niño en la escuela a las condiciones climatológicas.

20- La educación de la escuela habrá de orientarse en el sentido práctico de la vida en el hogar.

21-Que se imponga a los Ayuntamientos gallegos el derribar todos los años un número de casas insalubres proporcional a su potencia económica y que nunca baje de dos, sustituyéndolas por igual número de habitaciones higiénicas.”⁵⁷⁸

⁵⁷⁸ *Revista Médica Gallega*, Septiembre 1925.

IX. TERAPIA SANATORIAL

9.1. LOS SANATORIOS DE LA ÉPOCA. INDICACIONES. CLIMATOTERAPIA Y TALASOTERAPIA. VIDA SANATORIAL.

El sanatorio antituberculoso era, después del dispensario, el segundo elemento en importancia dentro de la lucha antituberculosa. Dado su mayor coste y mantenimiento y la larga duración de las terapias en estos centros eran un elemento escaso, siendo en todo momento insuficientes ante las dimensiones de la epidemia.

Mediante el internamiento lo que se pretendía era realizar una terapia en contrariedad con las condiciones que favorecían la enfermedad: en contraposición a trabajo extenuante, hacinamiento y déficit alimentario lo que ofrecía el sanatorio era reposo, aire libre y sobrealimentación.

El ingreso tenía como fin último la curación o restablecimiento del enfermo a su vida habitual. Cabe por lo tanto, diferenciarlos bien de los hospitales para tuberculosos que, como explicaba en 1924, el Dr. Codina Castellví tenían una función diferente, indicados para enfermos “no recuperables” y que fuesen presuntos transmisores del bacilo.

“Para salvar tan delicada situación es indispensable que el Sanatorio cuente con salas o pabellones de otro establecimiento, dedicados exclusivamente a los tuberculosos incurables, puesto que, de este modo, se salvan, a la par, el riesgo de contagio para la sociedad, se atiende al enfermo hasta sus últimos momentos en la forma especializada que requiere su estado y se evita, a la vez, que el sanatorio deje de serlo y que los demás albergados

en el mismo sufran la acción deprimente y nociva⁵⁷⁹ de ver el fallecimiento de un compañero suyo.

Por esta razón se considera y se debe considerar como un recurso complementario al de los Sanatorios, el Hospital para tuberculosos.”⁵⁸⁰

Algunos tisiólogos, sin embargo, no defendían la idea de que los hospitales debían estar dirigidos solamente a los enfermos con escasas expectativas de curación o como medida de aislamiento. En la comunidad gallega, Peña Novo, en 1930, época en la que aparece un mayor desarrollo del tratamiento quirúrgico de la enfermedad, consideraba que estas instituciones debían ser utilizadas también para recibir determinados tratamientos que difícilmente podrían ser realizados de forma ambulatoria.

“En los hospitales ingresarán aquellos tuberculosos cuyo proceso menos probabilidades de curación nos prometa y que, por ser muy bacilíferos, mayor peligro ofrezcan a la sociedad. No irán al hospital con la única finalidad de morir; hay que exterminar de la mente de todos el tan difundido prejuicio de que únicamente para tal fin sirven estas instituciones. Al hospital irán en busca de una curación, ya que en ningún caso estamos autorizados para negar su posibilidad, y en busca de un tratamiento que en el dispensario no habrían de dispensarle, por carecer frecuentemente de medios para poder practicar las grandes intervenciones quirúrgicas que exigen los modernos tratamientos traumatizantes de la tuberculosis; pues, aun cuando en estos días se dice que el tisiólogo moderno ha de ser más cirujano que médico, tal afirmación se refiere, desde luego, a un futuro en el cual, lo mismo que ahora, la piedra angular de toda terapéutica ha de ser, seguramente, un correcto diagnóstico.”⁵⁸¹

⁵⁷⁹ El miedo experimentado por el fallecimiento de un compañero de sanatorio es excepcionalmente bien narrado por **Camilo José Cela** en *Pabellón de reposo* publicado en 1943. Don Camilo, que padeció tuberculosis, estuvo ingresado en una de estas instituciones en Guadarrama en 1931. La lectura de esta obra llegó a estar prohibida en los sanatorios (N. de la A.).

⁵⁸⁰ Codina Castellví, J. Los recursos complementarios de los Sanatorios antituberculosos. *El Ideal Gallego*. 25 de julio de 1925.

⁵⁸¹ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

“Hace cerca de veintiséis años, decía yo en 1916, que visito diariamente la sala de Santiago del Hospital Universitario de esta ciudad. Mis ausencias de ella en este largo periodo de tiempo, han sido breves. En aquella enfermería capaz para 25 camas, hay siempre una elevada proporción de tuberculosos graves (seguramente la quinta o cuarta parte del total de acogidos). La sala, aunque espaciosa, es de deplorables condiciones higiénicas. Jamás se asolea, pues no lo permite la disposición de las ventanas. El menaje es pobre y anticuado. Las paredes encaladas, no se lavan. En ellas y entre las baldosas del pavimento, es probable que existan gérmenes tuberculosos pertenecientes a generaciones de enfermos que ningún viviente actual ha conocido. P ues bien; en esta enfermería que era antes terror de los estudiantes aprensivos, la tuberculosis no se contagia. No la adquirieron mis alumnos que son cerca de un centenar de jóvenes en la edad peligrosa (nota al pie: suscribo hoy, en 1925, estas palabras, advirtiendo que a la consulta pública que se celebra diariamente en un apartado de la sala de Santiago, concurren tantos tuberculosos, que en Julio último se aproximaba a un centenar el número de los sometidos al tratamiento por el neumotórax. Tampoco la contraen las Hermanas de la Caridad que cuidan a los enfermos, ni los pacientes crónicos, compañeros de desgracia (dispépticos, nerviosos, inválidos, etc.), cuyos lechos están contiguos a los de los tísicos, siendo de advertir que hoy día, en 1925, llevan algunos de estos pacientes, todavía relativamente jóvenes, cerca de un cuarto de siglo de permanencia en la sala.”⁵⁸²

Como elemento arquitectónico reunía por sí mismo todos los fundamentos básicos de la lucha antifímica. Como bien resume Beatriz Colomina, arquitecta española que desarrolla su labor en la Universidad de Princeton:

“La arquitectura moderna no se puede entender sin la tuberculosis. La hemos estudiado desde todos los puntos de vista: el industrial, el estético... Y nos hemos olvidado de lo más obvio: la vida real lo que los arquitectos modernos ofrecían era casi como una receta de salud igual a la que proponían los manuales para tratar la tuberculosis: el aire libre, las terrazas, el sol, la blancura, la higiene... La tuberculosis dominó la primera mitad del siglo XX. Es normal que no solo estuviera en la literatura, sino también en la

⁵⁸² Gil Casares, M. (1925). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia, celebrado en La Toja Y Mondariz los días 2 al 6 de Octubre de 1925. Santiago: Tipografía El Eco de Santiago.

arquitectura. No hablo de la arquitectura sanitaria. Es la arquitectura moderna la que internaliza este trauma inmenso que era la tuberculosis y trata de ayudar. Se vuelve curativa.”⁵⁸³

El primer sanatorio que se abrió en España data de 1897, el del balneario de Busot, en Alicante, destinado a clases acomodadas.⁵⁸⁴

La construcción de sanatorios de carácter público comienza a principios del siglo XX cuando en 1907, tras la muerte del rey Alfonso XII por tuberculosis, la reina Victoria Eugenia y su hijo Alfonso XIII se crea el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas.

Con anterioridad a esta fecha solamente habían sido inaugurado aparte del que Tolosa Latour había fundado en Chipiona en 1892 como iniciativa privada, el Sanatorio de Porta-Coeli (en Busot, Valencia) que abrió las puertas en 1899 con capacidad para 14 enfermos. Para este último todo su personal subalterno había sido elegido entre repatriados procedentes de las últimas posesiones coloniales. Al igual que el primer sanatorio de la historia (en Göbersdorf, fundado por el Dr. Brehmer en 1859) el Sanatorio de Porta-Coeli había sido primeramente un hotel: el Hotel Miramar, un lujoso balneario propiedad del Marqués de Bosch y Conde de Casas Roja. La iniciativa de su creación fue del Dr. Moliner, Catedrático de Patología y Clínica Médica de la Universidad valenciana. Destinado a albergar adultos tuberculosos sin recursos y con se financiaba con dinero proveniente de suscripción de obreros, aportaciones de filántropos o recolectas (como el montaje de una tómbola con donativos de ayuntamientos y diputaciones). Aunque hubo una proposición de

⁵⁸³ Entrevista realizada para *El País Semanal*. Núm. 1896. 27 de enero de 2013

⁵⁸⁴ Báguena Cervellera, M. J. (1992). *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach

Ley para convertir en nacional el sanatorio ese mismo año, este proyecto no fue finalmente aprobado. Finalmente y a pesar de los esfuerzos este sanatorio tuvo que ser cerrado por falta de financiación.⁵⁸⁵

El primer sanatorio antituberculoso de nueva planta fue el Real Sanatorio Popular Antituberculoso Victoria Eugenia, construido en 1917 en Valdelatas, Madrid, hoy conocido como Hospital de Cantoblanco. Esta edificación sigue ya una distribución típica de hospital de infecciosos, constando de una serie de pabellones aislados.

No es hasta la dictadura de Primo de Rivera, que se intentan unificar las características arquitectónicas de los sanatorios al reglarse las condiciones higiénicas y constructivas que estos debían cumplir. Aparece así en 1926, la Real Orden que obligaba a reservar el 10 por ciento de las camas de los hospitales para tuberculosos y a crear un dispensario cada 10.000 habitantes; y un año después, en 1927 se aprueba un reglamento en el que se define un programa común para todos ellos. En 1928 se redactan las directrices para la construcción de sanatorios de nueva planta o para la adaptación de otras edificaciones a tal uso. En ellas se considera indispensable que los sanatorios se ubiquen fuera de las ciudades y lejos de áreas industriales, en lugares saludables cuya tipografía no impida la orientación Sur, Sureste, o Suroeste de las galerías de cura, que pasan a considerarse obligatorias. Además se establece entre otras consideraciones que exista una distancia mínima de 30 metros desde el sanatorio a cualquier otra edificación, que esta tenga un amplio

⁵⁸⁵ Molero Mesa; J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1836)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

parque propio y que sus habitaciones tengan al menos 20 metros cuadrados por enfermo.⁵⁸⁶

Además de por el tipo de financiación, los sanatorios podían dividirse también en otros dos grandes grupos: para tuberculosis infantil o de adultos y marítimos o de montaña. Parecía haber un gran acuerdo que el sanatorio de altura estaba indicado para la localización pulmonar de la enfermedad y los de la costa a la afectación extrapulmonar de la misma. En este punto D. Miguel (como recogemos más adelante) está de acuerdo con Verdes Montenegro, con quien tantas discrepancias había tenido respecto a la visión y profilaxis de la tisis.

“El tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, -tuberculosis de los huesos, peritoneal, etc.- se ha empleado cada vez más en estos años la cura solar y parece ser un elemento auxiliar muy importante probablemente á causa de la congestión sanguínea local que provoca en la parte sometida á las radiaciones solares. En la tuberculosis pulmonar su empleo no es recomendable.”⁵⁸⁷

En España en 1918 existían seis sanatorios para tuberculosos pulmonares de altura: tres en Madrid, uno de ellos privado, y el resto en Barcelona, Valencia y Zaragoza.⁵⁸⁸

⁵⁸⁶ Ruiloba Quecedo, C. (2014). *Política y arquitectura sanitaria. El modelo nacional de sanatorio antituberculoso*. Ponencia presentada al XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina celebrado en Madrid en Junio de 2014. Ciudad Real; CRM Reprografía.

⁵⁸⁷ Verdes Montenegro, J. (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos; Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

⁵⁸⁸ Báguena Cervellera, M. J. (1992). *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach

Con respecto a los sanatorios marítimos para niños el antecedente más destacado a nivel español se trataba del de Chipiona o de Santa Clara, fundado por Tolosa Latour en 1892. Dedicado a niños escrofulosos o raquíuticos. Al tiempo que se colocó su primera piedra se creaba la Asociación Nacional para la Fundación de Hospicios Marítimos en España, que tuvo el hospital de Chipiona como modelo.

En Galicia, el sanatorio de Oza, en La Coruña, con las mismas indicaciones del de Chipiona, creado sobre un antiguo lazareto, entró en funcionamiento con tal fin en 1911. Era el único, junto con el de Pedrosa en Santander, que tenía una financiación estatal hasta 1931, año de fallecimiento de Don Miguel, llevándose un gran porcentaje del mismo dado elevado coste en mantenimiento de estos centros.

Sin embargo, como veremos más tarde, al sanatorio de Oza acudían más que niños gallegos de todo el noroeste peninsular y de Madrid, de tal forma que durante el año 1922, 440 niños madrileños fueron derivados a estas colonias, con una estancia habitual de dos meses, tiempo que se consideraba adecuado para percibir los beneficios del mismo.⁵⁸⁹

⁵⁸⁹ Malo de Poveda, B. (1926). *Actualidad permanente contra la tuberculosis (dispensarios, sanatorios y colonias infantiles)*. Real Patronato antituberculoso de España. Madrid; Imprenta de E. Giménez.

PRESUPUESTO DE SANIDAD PARA 1931⁵⁹⁰

-Personal central	102.000 pesetas
-Cuerpo de Sanidad Nacional	1.170.000
-Personal de las estaciones sanitarias de puertos y fronteras.....	43.500
-Personal administrativo sanitario	274.000
-Personal técnico auxiliar	706.000
-Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII	42.500
-Sanatorio Marítimo de Oza	65.040
-Sanatorio Marítimo de Pedrosa	69.040
-Hospital del Rey y pabellones para tuberculosos.....	90.980
-Sanatorio del Lago (Guadarrama).....	52.500
-Sanatorio de Malvarrosa	43.600
-Escuela Nacional de Sanidad y Museo	42.000
-Escuela Nacional de Puericultura.....	46.000
-Enfermería Victoria Eugenia.....	49.750
-Estadística sanitaria	17.000
-Preventorio de Guadarrama.....	42.000
-Dispensarios antivenéreos de Madrid	27.000
-Personal facultativo de las Hurdes	60.000

Del mismo documento recogemos que el costo en material anual para los dos sanatorios marítimos ascendía a 293.500 pesetas, casi idéntico al del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, que recibía 300.050.

⁵⁹⁰ Presupuesto de Sanidad para 1931. *España Médica*. 15/01/1931. Pág. 28.

Como ejemplo del régimen terapéutico que seguían los niños en los centros marítimos recopilamos la planificación para los niños débiles o escrofulosos que ingresaron a lo largo del 1912 en el Sanatorio marítimo de Oza, en La Coruña:

“Entre seis y media y siete abandonan los niños el lecho, luciendo su *toilette* para bajar a la playa y tomar un baño; de ocho y media a nueve, el desayuno; de nueve a diez, recreo; de diez a once, primera clase; luego un recreo de una hora; redacción de diario, aseo, comida y dos horas de reposo al aire libre; segunda clase, merienda, recreo, gimnasia sueca, paseos, cena y a las nueve a la cama.

De eso se desprende que durante el día tienen constantemente los niños dos horas quince minutos de trabajo intelectual; dos horas treinta minutos dedicados a su aseo personal y baños; tres horas para las comidas; cinco para el recreo, incluyendo el canto y la gimnasia sueca, y once horas y quince minutos para el descanso y reposo al aire libre.

La alimentación nutrida y abundante fue calculada bajo una base eminentemente científica, consignándolo así, con ¡!1,25 pesetas!!!, que es lo que correspondería el pasado año en el presupuesto como margen para la alimentación de cada uno de los huéspedes del Sanatorio de Oza⁵⁹¹



Postal Sanatorio de Oza. 1920. Propiedad de la autora.

⁵⁹¹ Dr. Cospedal. (1912). Sanatorio Marítimo de Oza. *España Médica*. 29/7/1912. Pág. 8-10.

Además de la labor de aislamiento del enfermo tísico, evitando así el contagio el fin último del ingreso en un sanatorio era conseguir la curación de la enfermedad.

Según recoge Molero Mesa en Valenzuela (1896):

“En efecto, Francisco Valenzuela, en 1896, además de caracterizar a los sanatorios como centro de defensa social contra el peligro del contagio destacó la capacidad de estos centros para curar la enfermedad. Para reforzar esta última afirmación ofreció algunos datos sobre el tanto por ciento de curaciones en los sanatorios europeos, entre los que destacaba el establecimiento en Davos (Suiza). Este sanatorio ofrecía, en sus tablas estadísticas, un 50 por ciento de curaciones de las cuales el 20 por ciento eran “absolutas” y el resto “relativas”. Esto último quería decir que si no estaban curados del todo podrían volver a *la vida común bajo cierto régimen*.⁵⁹²

Exceptuando el ya mencionado marítimo de Oza, que fue construido modificando las instalaciones de lo que ya desde la Edad Media había funcionado como lazareto, la creación de una red sanatorial para el tratamiento de la tuberculosis en Galicia fue tardía, escasa y no exenta de complicaciones.

9.2. PUGNA SANATORIO CESURAS-SANATORIO LANZADA.

Una de las mayores complicaciones a las que se vio sometida la creación de una red sanatorial en Galicia fue la puesta en marcha de dos sanatorios al mismo tiempo con escaso apoyo desde el Estado: uno en Cesuras, de montaña, en la provincia de A Coruña que contaba con el apoyo de las diputaciones de A Coruña y de Lugo y el de A Lanzada, en la provincia de Pontevedra, marítimo, que contaba con el apoyo de la Diputación de Pontevedra. Ambos dirigidos a una población infantil.

⁵⁹² Molero Mesa, J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1836)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Gil Casares se promueve la realización del Congreso Antituberculoso de La Toja para propaganda y buscando financiación para el Sanatorio de La Lanzada, solicitando colaboración también a nivel universitario. Los defensores del de Cesuras no cesan en su empeño buscando todos los apoyos posibles, solicitando colaboración a la cúpula del Real Patronato.

En julio de 1924 se publica en *El Ideal Gallego*, una serie de artículos bajo el epígrafe *La lucha contra la tuberculosis. Por la salud y la vida de Galicia. El Sanatorio de la Montaña de Cesuras*, firmado por varios autores entre los que se encuentran los doctores Verdes Montenegro, Codina Castellví, Villar Ponte, Fernández Cid (en el momento Inspector provincial de Sanidad), el Dr. Echevers (Jefe del laboratorio del Dispensario antituberculoso de A Coruña), Sánchez Mosquera, José Asúnsolo, Marcelino Ramírez (que ocupaba el puesto de director médico del dispensario antituberculoso), Fraga Irure, Dr. Baquero (médico otorrinolaringólogo del dispensario) y Miguel Crespo.⁵⁹³

En él, el doctor Verdes Montenegro defiende la idea de creación del sanatorio para los retornados de Cuba que regresaban enfermos, destacando la mejoría que se producía en los retornados tratados por él. El tratamiento recibido en su tierra, destacando la labor del Dr. Marcelino Ramírez, del que se declaraba amigo, en la lucha contra la tuberculosis en Galicia.

En lo que respecta a Codina, defiende la creación del sanatorio como recurso para complementar al dispensario, en donde previamente se habrían seleccionado los pacientes en función de su contagiosidad y posibilidades de curación. Defendía el

⁵⁹³ *El Ideal Gallego*. 24 de julio de 1924. Pág. 13-15.

sanatorio para aquellos cuya recuperación completa fuese más probable y la separaba de la del hospital a donde se remitirían enfermos con escasas posibilidades de curación, pero donde estarían mejor atendidos a la vez que se disminuía la posibilidad de contagio.

En 1925 ponen en circulación un panfleto en la ciudad de A Coruña, titulado *El sanatorio de antituberculoso de Cesuras. Por la salud de la raza*, en la que justificaban la creación del mismo afirmando que no existía ningún sanatorio en el territorio gallego. No reconocen en el documento la existencia de colonias estivales en el Sanatorio Marítimo de Oza, en funcionamiento desde 1911, quizás para justificar la carencia de estos elementos en la provincia de A Coruña, reforzando así que los medios a tal fin fuesen destinados a este centro y no a otra provincia. En el documento se agradece la ayuda del centro Gallego de la Habana de donde, como veremos, recibieron una gran parte del presupuesto.

“Bien puede decirse que Galicia es una página en blanco por lo que refiere a medios de defensa contra la tuberculosis. Problema es éste que hay que plantear con angustiosa urgencia y abordarlo franca y resueltamente sin tener en cuenta intereses de amor propio, rivalidades de pueblos, temores de fracaso y esperanzas de éxito. Se impone con las exigencias de un deber ético el arraigo definitivo de este ideal sofocador de todas suspicacias, personalismos y preocupaciones, de cuya realidad no podemos dudar, como arraiga siempre todo aquello en que lo que une vale más que lo que separa.”

594

Se recogen además las palabras del Gobernador Civil de Lugo, D. Jacobo Varela Menéndez que resumen el deseo de que todos los fondos recogidos para la lucha antituberculosa en Galicia se centren en dicho Sanatorio de montaña:

⁵⁹⁴ Anónimo. Patronato para el sanatorio. (1925). *El sanatorio antituberculoso de Cesuras*. La Coruña: Tipografía el Noroeste.

“(…) Encontrar una extensa propiedad, sita en la zona montañosa, alejada de núcleos de población, donde “toda falta de higiene tiene su asiento”; que estuviese rodeada de vías de fácil comunicación con La Coruña; en la altitud recomendada por los médicos especialistas; exposición al mediodía; resguardada de los vientos del Norte y Nordeste, y con abundancia de aguas, era un problema difícil de resolver, hartamente complicado con la extrema división de la propiedad de nuestro país (que tantos prejuicios acarrea) y la oposición muy frecuente en los terratenientes a desprenderse de sus fincas aunque se les ofrezca pagarles bien.

La Providencia, deparó la suerte a los representantes del Dispensario Antituberculoso de La Coruña, de ponerse al habla con los hermanos Sánchez Roca, amantes como los que más de la prosperidad de Cesuras.⁵⁹⁵

Con el mismo fin propagandístico, Gutiérrez Moyano da una conferencia en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña⁵⁹⁶ el 28 de agosto de 1925, de la que era en aquel momento vicepresidente, en respuesta a la que el doctor Regueral había pronunciado la suya en el mismo lugar el 12 del mismo mes. En ella se lamenta del que el Dr. Codina, en *su reciente y oportuna estancia* no volviese a ilustrarlos con otra conferencia.

Uno de los temas a los que alude con mayor interés es al de la climatología, pues uno de los mayores inconvenientes que señalaban los detractores del Sanatorio de Cesuras era la idoneidad del clima. Le respondía:

“En breves frases expuso el señor Gutiérrez Moyano que viendo que no respondía nadie, a pesar de la invitación, para refutar las objeciones hechas por el doctor Regueral, lo hacía él para desvirtuar algunos conceptos de su colega, añadiendo que la Junta de Gobierno de Artesanos no ejercía la previa censura y dejaba en libertad al conferenciante para exponer con

⁵⁹⁵ La comisión gestora del Dispensario Coruñés estaba presidida por José Asúnsolo Obanza

⁵⁹⁶ Gutiérrez Moyano, A. (1925). Necesidad de Hospitales y Sanatorios en Galicia. Conferencia pronunciada en la Unión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. A Coruña; Papelería y Talleres de Impresión Gareybarra. 30 Pág.

libertad su pensamiento, siendo para ella tan inédita como para los oyentes, su disertación, y concluyó haciendo su disertación propia.”⁵⁹⁷

“Estoy en parte conforme, con la apreciación de hechos científicos que nos hizo el Dr. González Regueral, y que en síntesis, vienen a ser una afortunada recopilación, del notable trabajo publicado por el ilustre tisiólogo barcelonés Dr. Sayé sobre lucha antituberculosa. Mas no puedo correr el riesgo de aceptar todas sus manifestaciones, en lo que afecta a Galicia, cuya interpretación errónea por parte del público, pudiera ocasionar suspicacia, celos y retraimientos, en perjuicio siempre de la intensidad que la lucha antituberculosa requiere.”⁵⁹⁸

(...)En la provincia de La Coruña falta de sol, se curan muchos bacilares que vienen de zonas enormemente soleadas, como son algunas repúblicas sudamericanas, donde aun cuando solo sea para desmentir a Leon Bernard y a su comentarista mi admirado amigo Regueral, el sol no es lo más importante en el problema tuberculoso.”⁵⁹⁹

Los médicos que ejercemos en Galicia, vemos numerosos casos de curación tuberculosos a despecho del descrédito de su clima, y este testimonio no solo podemos confirmarlo los médicos de La Coruña, sinó que seguramente será suscrito, por firmas tan autorizadas como Gil Casares y Nóvoa Santos. En ella defendía la terapia sanatorial, el tratamiento con neumotórax y sales áuricas. Solicitaba en la misma la unión de fuerzas para la construcción del Sanatorio de Cesuras, así como la

⁵⁹⁷ *El Ideal Gallego*. 29 de agosto. Pág. 8.

⁵⁹⁸ Aurelio Gutiérrez Moyano. Fue el Fundador de *Galicia Clínica* con fecha 15 de abril 1929. Era un firme defensor de las sales áuricas como tratamiento de la tuberculosis, al igual que Regueral y Sayé (Vid. Sayé, Luis (1933). *La crisoterapia de la tuberculosis*. Barcelona, Salvat Editores 182 Págs.). Además de dirigir *Galicia Clínica* (que comenzó a publicarse el 15 de abril de 1929) , desde 1938 coparticipaba en un laboratorio familiar con hermanos farmacéuticos. Entre una gran variedad de especialidades digestivas (ULCOSAL, para la hipercloridia, jarabe a base de atropina e histamina, presentada también en inyectables, HISTAPRAM (histamina) específico multifactorial que servía para la gastritis, neuralgias y reumatismos, en inyectables, SPASAL, un antiespasmódico y EMET para la disentería por amebas) y ZEXAL para la artritis, presentado en pomada e inyectables, producían SINAURIL, sales áuricas para el tratamiento de la tuberculosis. (Vid. Gurriarán, Ricardo (2006). *Ciencia e conciencia na Universidade de Santiago (1900-1940). Do influxo institucionalista e a JAE á depuración do profesorado*. Santiago; Universidade de Santiago de Compostela. Pág. 489.)

⁵⁹⁹ Gutiérrez Moyano, A. Op. Cit.

búsqueda de un emplazamiento para un hospital de tuberculosos inexistente en esas fechas en la ciudad, proponiendo el edificio que la familia Labaca tiene en construcción en la zona de La Magdalena. Elogia la labor de los médicos del Dispensario del Sanatorio Marítimo de Oza. Es de destacar, que en ningún momento hace referencia al Congreso de La Toja ni al Sanatorio de La Lanzada, temas que obvia completamente pese a la extensión de su conferencia que sería posteriormente publicada (30 páginas).

La primera piedra del Sanatorio de Cesuras se colocó en 1924⁶⁰⁰ pero su construcción no comenzó hasta 1925. El momento exacto de la gestación del proyecto es difícil de datar pues la documentación de la Junta Provincial Antituberculosa de La Coruña está desaparecida.⁶⁰¹



Alzado de la fachada del Sanatorio de Cesuras. Recogido por Peña Novo en *El problema tuberculoso en Galicia* (1930).

⁶⁰⁰ Con motivo de la colocación de la primera piedra, el 4 de agosto de 1924, se celebra una romería en esta población y se establece esta fecha como el “Día de la Flor” en A Coruña. (N. de la A.).

⁶⁰¹ Fernández Fernández, C. (2011). El Sanatorio de Cesuras contra la tuberculosis en Galicia a principios del siglo XX. *Anuario Brigantino*. Núm. 34. Pág. 315-328.

Con motivo del inicio de las obras *El Ideal Gallego*⁶⁰² recoge en julio de 1924 las palabras de miembros de la sociedad coruñesa así como tisiólogos gallegos Ramón Fernández Cid (Inspector Provincial de Sanidad), Villar Ponte (Secretario del Dispensario de A Coruña), Sánchez Mosquera, José Rof Codina (Inspector pecuario provincial) y nacionales José Codina Castellví (Director del Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso y que alrededor de 1924-1925 hizo varios viajes a la ciudad) o Verdes Montenegro (Director del Dispensario Victoria Eugenia).



Sanatorio de Cesuras en la actualidad. Fotografía de la autora.

Del mismo texto se recogen las plantaciones de diversos árboles y plantas cuya incorporación se creía beneficiosa para el tratamiento de la enfermedad. El uso

⁶⁰² La lucha contra la tuberculosis. Por la salud y la raza de Galicia. El Sanatorio de Montaña de Cesuras *El ideal gallego*. 24/07/1924. Pág. 13-15.

de plantas medicinales y zonas de esparcimiento seguían el modelo utilizado en los primeros sanatorios creados en Alemania, Suiza o Francia.

“Por de pronto, se ha procedido a cerrar la propiedad adquirida, con alambre espinoso y seto de laurel romano y mahonia, formando los paseos exteriores con la plantación alternada de eucaliptus y acacias reales, plantación que se intensifica este año con otras especies resinosas y aromáticas y el trazado de espaciosas carreteras sinuosas, con curvas de gran radio que se corten oblicuamente, distribuyendo el terreno en figuras irregulares y caprichosas. Cubiertas de césped y animadas por canastillas de flores, plantas de color, grupos de arbustos, bosquecillos de árboles, corrientes de agua y alguna construcción rústica; todo con estudiado descuido, para que el observador contemple de continuo encantadores panoramas, aparte de los que la Naturaleza nos ofrece espléndidamente alrededor, en amplio anfiteatro.

Con el menor gasto posible, se aprovechará el relieve del terreno, dando predominio a la plantación de especies de hoja persistente (abeto, araucaria, cedro, enebro, tuya y tejo), con algún magnolio, tilo, catalpa morera y lila, entre los arbustos figurarán la adelfa, aligustre del Japón, ebónimos⁶⁰³ espino blanco, madreselva y los rosales trepadores.

(...) Y ya solo nos queda advertir que el proyecto del Sanatorio es obra del notable arquitecto, D, Rafael González Villar, muy celebrada por todos los inteligentes y que los trabajos de cimentación del anhelado edificio ya comenzaron a realizarse.”⁶⁰⁴

Como vemos, una vez más durante las labores de creación y puesta en marcha del Patronato para la creación del Sanatorio de La Lanzada, Don Miguel se encuentra con la oposición del Dr. Codina Castellví.

⁶⁰³ Evónimo. (N. de la A.)

⁶⁰⁴ **Rafael González Villar** (La Coruña, 1887-1941) Arquitecto español afincado en A Coruña. Precursor del Colegio Oficial de Arquitectos de Galicia. Su estilo está a caballo entre el historicismo y el eclecticismo. Entre sus obras destacan EL Cine Avenida de La Coruña, el Kiosko Alfonso o el Edificio Castromil y el Edificio Hórreo 22 en Santiago de Compostela.

Codina realiza varios viajes a Galicia durante el año 1925, como se recoge en la prensa.⁶⁰⁵, en los que manifiesta su apoyo al patronato coruñés para la creación de un sanatorio de montaña.

“Recordareis que el eminente tisiólogo Dr. Codina Castellví dio el día primero del año en curso, a requerimientos de la Junta del Dispensario Antituberculoso de La Coruña, una conferencia en la sala de actos del “Circo de Artesanos” –verdadero Ateneo de Galicia- acerca del tema: “Relaciones entre la Habana y la ciudad herculina en materia tuberculosa.”

Comenzó diciendo que la lucha social contra la tuberculosis no es la lucha individual contra el tuberculoso, puesto que aquella enfermedad no debe combatirse personalmente, sino socialmente. El tratamiento que debe efectuarse es análogo al de la campaña en la Gran Antilla contra la fiebre: allí se buscó donde se criaban las generaciones de los mosquitos y se puso fin a la epidemia. Por eso, en el combate de la tuberculosis lo que hay que buscar es la raíz para acabar con la vergüenza de tan terrible mal.

La obra social para borrar de entre nosotros esa plaga exterminadora es la de evitar el contagio. Dicha obra comienza en el Dispensario cuya función principal es aconsejar la profilaxis, que se complementa con el Hospital y el Sanatorio.

El objeto social del último es el de educar al enfermo, siendo escuela higiénica para el enfermo. Lo mismo debe aprender en el Hospital para así alejar todo peligro de contaminación, pues dicha enseñanza es uno de los medios más eficaces en esta lucha social.”⁶⁰⁶

Unos meses más tarde, el doctor Codina publicó un folleto en defensa del Sanatorio de Cesuras que tituló *Ponencia imaginaria*, por ser su contenido, según él, lo que habría expuesto de habersele pedido por el Real Patronato que informase

⁶⁰⁵ Galicia viernes, 2-1-1925, *El Ideal Gallego*, 1-1-1925, pág. 5, Gutiérrez Moyano, Aurelio (1925). *Necesidad de...* Op. cit.

⁶⁰⁶ *El Sanatorio antituberculoso de Cesuras. Por la salud de la raza* (1925). La Coruña: Tipografía del Noroeste.

sobre la construcción de dicho Sanatorio, al que califica de ejemplar y excelente obra filantrópica de la Sanidad española.⁶⁰⁷

Examina los pros y los contras del tema y llega a la conclusión de que no hay motivos que contraindiquen el establecimiento de Sanatorios antituberculosos en Galicia. Resumen los motivos a favor del asunto en cinco grupos: 1.- La Carencia de estos establecimientos, 2.- La vivienda, 3.- El Censo de población, 4.- la mortalidad y 5.- la Emigración.

El censo es grande, la mortalidad, sin ser exagerada, invita a disminuirla; las viviendas tienen graves defectos higiénicos y la emigración es cierto que contribuye a agravar el mal. Frente a quienes argumentan la poca idoneidad de Galicia para el establecimiento de Sanatorios por tener pocos días de sol, mucha niebla, excesiva humedad y abundantes lluvias; Codina señala que en los países meridionales, con sol de justicia y humedad escasa, las clases trabajadoras pagan un fuerte tributo a la tuberculosis, mientras que en países con poco sol, muchas lluvias, excesiva humedad, abundantes nieblas y, a mayor abundamiento intensos fríos como: Estados Unidos, Suiza, Dinamarca, Inglaterra e Irlanda, es donde hay más Sanatorios, se dispone de más camas para los tuberculosos y se han alcanzado cifras de mortalidad mínimas.

Hallándose por tanto el motivo de éxito en el rigor del régimen sanatorial y no en el clima, no hay motivo para no alzar más sanatorios, hospitales, colonias marítimas etc. en Galicia y en todos lados pues se ha demostrado con creces que no es en esta región donde el mal es más grave, aun cuando pueda haberse deducido por la ya duradera polémica al respecto.

⁶⁰⁷ Extractado de *El Compostelano*, 3 de Octubre de 1925. Pág. 3.

Concluye el rotativo que como de esto se hablará en el recién inaugurado, el día anterior, Congreso de La Toja, el tema no puede estar de más actualidad.

En su ponencia en el Congreso de La Toja, en Octubre de 1925, el Dr. Gil Casares, si hace referencia al Sanatorio de Oza, aunque no la hace al de Cesuras:

“La vacuna específica no es posible, quedan pues los medios indirectos; uno de ellos cuidar los niños, sobre todo los débiles, para lo cual nada como el clima de mar, fundando sanatorios como el de Oza, en donde se robustecen, no sólo los niños gallegos, sino los del resto de España. Y como el de Oza no llega, en la Lanzada se podría establecer otro en magníficas condiciones.”⁶⁰⁸

Durante la construcción del sanatorio de Cesuras y de La Lanzada, aparecieron voces, como la de Plácido Peña Novo, médico del dispensario de A Coruña, que defendían la creación de sanatorios y hospitales pero abaratando al máximo la construcción de los mismos:

“Hay que construir sanatorios y hospitales, pero no palacios, sino edificios muy baratos, lo más baratos posible, hasta hacerlos sólo de madera, si así cuestan menos; pues con los de madera se puede alcanzar plenamente el fin a que se les destina. Al planear estas edificaciones, se debe tener presente que todo lo que sobra perjudica porque en ello se va a gastar lo que tendrá más necesaria aplicación en otro capítulo del presupuesto, y en tales obras sobra todo aquello que no sea indispensable.”⁶⁰⁹

En la polémica por los fondos para el sanatorio:

“De todo lo cual se deduce, que, a medida que las naciones civilizadas consiguen hacer descender todos los años, lentamente sí, pero, constantemente su

⁶⁰⁸ El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925. Pág. 278.

⁶⁰⁹ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

respectiva mortalidad por tuberculosis y lejos de conformarse con lo alcanzado, siguen todas ellas aumentando su armamento antituberculoso, llegando alguna a suprimir su ejército para mejor cumplir con el sagrado deber que tiene de proteger a sus hijos contra las enfermedades evitables, y otra, menor que Galicia, tiene este año en construcción VEINTE SANATORIOS, nosotros presentamos ante tan vergonzoso desnivel sanitario, dejamos que los años transcurran velozmente sin decidimos a una activa intervención en asunto de tanta trascendencia; tratando de justificar nuestra pasividad con discusiones acerca del emplazamiento de los sanatorios u censurando a esos ejemplares gallegos, verdaderamente esporádicos en este ambiente, que, afrontándolo todo, todos sus desvelos polarizan hacia la construcción de uno de esos elementos que tanto necesitamos.”⁶¹⁰

“Tiene carácter de verdadera urgencia completar en nuestra región el moderno armamento de lucha contra la tuberculosis creando -y en esto estamos por completo identificados con el Dr. Gutiérrez Moyano, a quien desde aquí queremos testimoniar nuestro reconocimiento por haber puesto a nuestra disposición las páginas de su Galicia Clínica y en ellas recogido nuestro requerimiento, brindándonos inclusive el calor de algunas sugerencias para esta ponencia –creando, decimos, hospitales de aislamiento en las inmediaciones de los dos principales puertos de nuestra región, a cuyo fin pudiera ser habilitado el Lazareto de San Simón, en Vigo –máxime con la evolución que ha sufrido el concepto cuarentenario que hasta ahora le mantiene convertido en Lazareto- y aprovechando el terreno y edificación iniciada en Cesuras con mejor voluntad que fortuna pese a su perfecta orientación hasta dejarlo en condiciones de recibir a los inmigrantes tuberculosos desembarcados en La Coruña.”⁶¹¹

Gutiérrez Moyano, en 1930, en un artículo titulado *El problema de la tuberculosis en Galicia*, defiende junto con la creación de una propaganda sanitaria específica dada la orografía gallega, potenciar el sello antituberculoso y saneamiento de las viviendas, la creación de Sanatorios, pero se refiere únicamente a los de la provincia de A Coruña, al de Cesuras y Oza, obviando por completo el de A Lanzada

⁶¹⁰ Peña Novo, P. (1930). Op. Cit.

⁶¹¹ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

en vías de construcción. Del mismo parecer que Peña Novo, ya con la construcción avanzada, en un momento en los que los recursos de la emigración (gran fuente económica para la lucha antifímica como veremos), defiende la simplificación y abaratamiento de la obra de Cesuras para que pudiese seguir adelante.

“Primeramente, convertir el Sanatorio actual de Oza, que es un verdadero preventorio temporal, donde los niños tarados permanecen (exceptuando los tuberculosos quirúrgicos) una temporada de 70 días, en un verdadero Sanatorio permanente dedicado a niños y adolescentes tuberculosos. Unas cuantas obras de adaptación servirían para recoger a los huérfanos aquellos que, como único bien, legaron a sus descendientes el patrimonio de su enfermedad. Así sacaríamos más provecho de estas edificaciones condenadas al cierre unos siete meses anuales.

Segundo, tomar a su carga la terminación del Sanatorio de Cesuras, revisando los planos, para si las hubiera, de las partes ornamentales, que recargan el presupuesto, convirtiéndolo en construcción sencilla pero con la máxima capacidad, para atender al mayor número de enfermos.”⁶¹²

Polémica por recaudación de fondos.

“Hace siete años que en nuestra región se lucha tenazmente por conseguir levantar dos sanatorios, uno en Cesuras y otro en La Lanzada. Siete años hace que unos pocos gallegos de corazón, con el espíritu animado por un sentimiento superior, han tomado a su cargo la nobilísima obra de levantar esos dos sanatorios, con el humanitario fin de poder, en ellos y con ellos, solucionar algunos de los numerosísimos problemas que la tuberculosis crea.”⁶¹³

Otro ejemplo de la pugna por los medios y omisión de información es el caso de las *I Jornadas Médicas Gallegas*⁶¹⁴ que tuvieron lugar en A Coruña del 19 al 25

⁶¹² Gutiérrez Moyano, A. (1933). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 5.

⁶¹³ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

⁶¹⁴ Las I Jornadas Médicas Gallegas fueron presididas por el Dr. Jacobo López Elizagaray, que el momento era ExDecano del Hospital Provincial de Madrid, Académico de la RAM, médico de

de agosto de 1929, a donde Miguel Gil Casares no acudió probablemente por problemas de salud.⁶¹⁵ Seis fueron las ponencias que tenían como temática la tuberculosis⁶¹⁶, entre ellas una titulada *Utilidad de los baños de mar en los niños*, por el Dr. Ramón Dorrego de Córdova, médico del Sanatorio de Oza, que obvia completamente el Sanatorio de A Lanzada que se encontraba en construcción.

La construcción del Sanatorio de Cesuras pasó por muchas dificultades. En 1933 Gutiérrez Moyano, en las *III Jornadas Médicas Gallegas* celebradas en Lugo, defendía como recogía en *Galicia Clínica* que el mismo dirigía peticiones solicitando auxilio económico para continuar la construcción del mismo:

“Pero si del Presupuesto sanitario no pudiera lograrse una mayor asistencia, se impone por parte de todos nosotros, un esfuerzo considerable, y nuestra mayor atención teniendo muy en cuenta en el futuro el perfil de la estructuración regional, crear determinadas fuentes de ingresos, que como el sello postal antituberculoso, permitan constituir un fondo no despreciable para poner en función el Sanatorio de Cesuras y construir el gran establecimiento regional que precisamos, sin necesidad de que nuestros tuberculosos tengan (como se proyecta) que buscar fuera de su país los medios indispensables para la curación.

En las primeras *Jornadas Médicas Gallegas*, pedimos reiteradamente a su presidente señor Elizagaray interpusiese su influencia cerca del Estado, para obligar a nuestras Diputaciones provinciales al cumplimiento de los deberes sanitarios, que les fijaban sus Estatutos; en estas terceras Jornadas, la valía de los

cámara de SS.MM, la comisión patrocinadora la formaban junto con el citado Dr. Elizagaray, los dres. Roberto Nóvoa Santos, José Goyanes, Mariano Gómez Ulla, Manuel Varela Radío y Ricardo Varela y Varela. La comisión organizadora la componían los Dres. Julio L. Lacarrere, Julián Regueiro López, Rafael Martínez Uzal, Enrique Hervada, Eduardo L. Lacarrere y J. Souto Beavis.

⁶¹⁵ Por entrevista personal con Miguel Gil de la Peña, sabemos que el carcinoma hepático que finalmente acabó con su vida llevaba un par de años dándole sintomatología.

⁶¹⁶ Las otras ponencias que tenían como temática la tuberculosis eran *Pseudotuberculosis pulmonar de origen cardíaco*, por el Dr. Enrique Hervada, *La cirugía en la tuberculosis pulmonar* por el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano, *La fimio-antitoxina en las tuberculosis*, por el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano y *Sobre dos casos de toracoplastia extrapleural*, por el Dr. S. Romero Alonso

ponentes, sabrá interesar de tal modo a nuestras esferas oficiales, que es casi segura la implantación en Galicia de una completa organización social que extinga el problema de su tuberculosis endémica, secuela indudable del factor emigración.”⁶¹⁷

En 1930, en A Nosa Terra S. Mosteiro en un artículo titulado *O problema antituberculoso en Galicia*, ante la magnitud del problema defiende:

“Os dous sanatorios da Lanzada e de Cesuras han rematarse canto antes, e para elo todol-os galegos ricos e pobres, deben contribuir económicamente ou doutro xeito; mais nunca esquecer que Galicia necesita protección para este magno problema, que non por non ser único deixa de ser dos principaes. Traballando encol da sua resolución traballaremos pol-a raza, que é tanto como decir pol-o porvir e engrandecemento da raza.”⁶¹⁸

9.3. EL CLIMA DE LAS COSTAS GALLEGAS COMO RECURSO TERAPEUTICO Y ESPECIALMENTE EL DE LA TOJA

La defensa de las propiedades terapéuticas de las aguas de A Toxa por parte de Gil Casares, se remonta a 1905, año en que escribe a *Galicia*, revista publicada en La Habana, que se anunciaba como *la revista regional de mayor tirada en La Habana*, un artículo titulado La Toja y sus productos. En él además de exaltar la belleza de la isla y anunciar los inicios en las obras para la construcción del Gran Hotel (sede años más tarde del Congreso Regional antituberculoso que lideraría en 1925) hace un resumen de sus indicaciones clínicas, entre las que está la tuberculosis y otros estados debilitantes.⁶¹⁹

⁶¹⁷ Gutiérrez Moyano, A. (1933) Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 182.

⁶¹⁸ Mosteiro, S. (1930) O problema antituberculoso en Galicia *A Nosa Terra*. Año XIV, Núm. 273, 1 de julio de 1930.

⁶¹⁹ Ese mismo año, en 1905 redactaría un trabajo titulado *Memoria histórico-científica de las aguas minerales de Sela (Arbo-Pontevedra)* que permanecería inédito en el archivo familiar de sus herederos hasta época reciente, en él explica cómo es responsable de encargar el análisis de las

“Sus efectos vivificadores y depurativo se manifiestan cualquiera que sea el modo de aplicación. Al interior, en bebida, estimulan las aguas al apetito y las secreciones digestivas, regularizan las funciones intestinales y de la víscera hepática, aumentan la energía del corazón, corrigen muchas afecciones catarrales del aparato respiratorio, resuelven gran número de procesos inflamatorios crónicos. Las diátesis escrofulosa y artrítica se modifican poderosamente con su auxilio.

Los lodos de La Toja, sólo son comparables á los de Battaglia, combaten el reumatismo, la gota, las enfermedades crónicas de la mujer, la impotencia y pérdidas masculinas, la tabes mesentérica, las consecuencias de los traumatismos, la clorosis... Los jabones, con un 5% de sales curan gran número de enfermedades de la piel, robustecen el organismo, son para los niños verdadero preservativo de la escrófula. Las sales de La Toja sirven para preparar baños artificiales; y estos baños, o los de Kreuznach, de Woodnall de Salies de Bearn... son remedio soberano para la escrofulosis, la tuberculosis quirúrgica, el reumatismo, las enfermedades del corazón, las nerviosas y las cutáneas.”⁶²⁰

aguas que era hecho conocido tenían propiedades curativas, sobre todo intestinales, y hacer un estudio de sus indicaciones terapéuticas. Vid. Ponte Hernando, Fernando; Rego Lijó, Isabel; Freijanes Morales, Jorge. 2012. *La fuente de los templarios. Un manuscrito inédito del Prof. Gil Casares y otros antiguos, de gran interés*. Santiago; Cátedra de Hidrología médica USC-Balnearios de Galicia. Santiago.

⁶²⁰ Gil Casares, M. (1905). La Toja y sus productos. *Galicia*. Revista Semanal Ilustrada. La Habana. Año 4, Núm. 35. Pág.1-2.



A hixiene nos nenos
é a garantía da súa saúde física e
moral o día de mañá.

No diario aseo dos nenos emplee o
"Jabón Sales de la Toja",
único que ás súas altas calidades
meicifás xunta toda a finura e pre-
fume d'un xabón de tocador.

Contribúe ó perfecto des-
enrolo das criaturas e evi-
ta o perigo da escrófula e
o raquitismo.

**JABÓN
LA TOJA
UNICO EN EL MUNDO**

1pta
DASTILLA

O Xabón da Toxa
ademais de ser o mellor é un
producto galego que nos
honra no mundo enteiro

Anuncio bilingüe de las Aguas de A Toxa con indicación para prevención de escrófula y raquitismo. Recogido de Revista Nós. Año X. Núm. 54. Orense, 15 de Junio de 1928.

Podemos considerar la utilización de la crenoterapia como un hecho diferenciador de la fisiología gallega con respecto al resto del territorio nacional. Hervada García, en su obra *La lucha antituberculosa en Galicia*, hace referencia a este hecho, defiende estas aguas como antibacilares, destacando a nivel gallego las de Arteixo con la misma indicación, aunque también reconoce propiedades beneficiosas para la tisis a las de Carballo, Lugo, Caldas de Reis, Cuntis, Carballiño, Frádegas, Caldas de Orense, Cortegada y Pontecaldelas.

“Aunque parezca fuera de lugar, debemos citar en el armamento antituberculoso algunos balnearios.

La hidrología médica gallega, si no es muy rica en manantiales que podamos considerar como antibacilares, tiene por lo menos alguno de eficacia manifiesta. Del grupo galaico debemos enumerar con predilección La Toja y Arteijo.

Las aguas de La Toja están clasificadas como aguas clorurado-bromurado-sódicas-carbónicas, ferruginosas, variedad litínico, arsenicales y radiactivas. La descripción de Estrany la consideramos tan útil que la copiamos íntegra: la tuberculosis se halla muchas veces oculta sin manifestarse por síntoma alguno, y sin embargo, el médico práctico que reconozca los antecedentes de la familia y los propios del sujeto, que sin ser enfermo confirmado ofrece escasa resistencia contra las causas patógenas y carece de energías para rehacerse de ellas, ve en tales casos asténicos, no solo predisposiciones a la tuberculosis, sino más bien tuberculosis latentes o estados pretuberculosos., hasta que aparece visible la existencia real de la enfermedad de un modo objetivo, ya por el síndrome clínico, ya por el examen bacteriológico. En este caso está indicadísima el agua de La Toja.”⁶²¹

⁶²¹ Hervada García, E. (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

LODOS NATURALES

(PONTEVEDRA) de las (PONTEVEDRA)

Aguas Minerales Termales de LA TOJA

Estos lodos ó barros, de fama tan universal, se emplean con éxito maravilloso contra el Reumatismo articular y muscular, Gota, Exudados traumáticos, Procesos inflamatorios crónicos de la pelvis femenina, Tumores blancos, Clorosis menorragica, Secreción excesiva de sudor, Afecciones de la próstata, Espermatorea, Impotencia, etc., etc.—Depósito en Madrid: Jacometrezo. 40, principal.—Teléfono 886.—Precio del frasco: 1 peseta 50 céntimos.—De venta en la Sociedad Española de Droguería General de Bilbao, Santander, Gijón y Vigo, farmacia de Ildefonso Gallego García de Santiago y principales farmacias y droguerías. Exijase en la etiqueta, como garantía de legitimidad, el sello de la Sociedad Anónima LA TOJA.

Ampliación de la temporada oficial en el Establecimiento desde el 1.º de Junio al 30 de Septiembre. Médico director don Vicente García Millán. Médico libre, doctor Miguel Gil Casares, catedrático por oposición, de la asignatura de Clínica Médica de la Universidad de Santiago y especialista en las enfermedades de los niños.

Se remiten á vuelta de correo los informes que interesen á los señores bañistas.—NOTA: En la Isla de la Toja, que está situada en la Ría de Arosa, donde se halla enclavado el Establecimiento Balneario de aguas minerales, hay una hermosa y segura playa, en la que pueden tomar baños de mar las personas que los precisen.—¡Ojo con las falsificaciones!

Anuncio de los lodos de A Toxa en la que aparece Gil Casares como médico libre. *Gaceta de Galicia*, 5 de junio de 1904. Pág.4

Por otro lado, no debemos olvidar que el uso del fluoruro sódico como tratamiento endovenoso para la tuberculosis pulmonar crónica se basaba en estudios realizados por José Casares Gil de la indicación antifímica de las aguas que poseían esta sal.⁶²²

La idea de la creación de un sanatorio marítimo debía llevar años rondándole la cabeza a Gil Casares. Tenemos constancia de su visita a sanatorios de los Alpes en Suiza y Alemania por la documentación consultada en el Archivo Histórico Universitario de Santiago, donde con fecha de 15 de Septiembre de 1908

⁶²² Casares Gil, J. (1898). Sobre la presencia del flúor en algunas aguas minerales. *Boletín de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona*. Vol.1. Núm. 20.

encontramos la solicitud de permiso para estudio firmada por el Subsecretario del Ministerio y por notas de prensa que el propio D. Miguel escribía para *El Eco de Santiago*:

“Tengo el honor de remitir a V.I. la instancia de D. Miguel Gil Casares Catedrático de Clínica Médica pidiendo que se le concedan 45 días de licencia para hacer determinados estudios sobre el tratamiento de la tuberculosis, en las clínicas de Berna (Suiza) y en los sanatorios de Los Alpes. Informada aquella solicitud favorablemente por el Sr. Decano de la Facultad, cree el Rectorado que en bien de la enseñanza y una vez que el Sr. Gil Casares haga su viaje a aquellos puntos a sus expensas puede servirse V.I. conceder al referido Catedrático los 45 días de licencia que solicita. Dios guarde a V.I. muchos años.”⁶²³

Según sus crónicas podemos saber que visitó el Sanatorio de Davos⁶²⁴ y Grabowsee⁶²⁵ siendo recibido en este último por el Dr. Gruschke, General médico de sanidad militar. Según recoge D. Miguel, se trataba de un sanatorio de montaña, en el que en el momento de la visita se encontraban ingresados unos doscientos enfermos. Hace un breve resumen de las características de los pacientes ingresados y el régimen que allí recibían:

“Eran hombres de todas las edades, jóvenes, viriles y viejos, que ni a la vejez respeta la tisis. Cautivaba la pulcritud, la moderación y la cordialidad recíproca de aquellos artesanos compañeros de desgracia. Allí no pasarán hambre seguramente que si el aire frío y embalsamado les estimula el apetito ya habrán desayunado dos veces, y por la tarde, á más de la comida, aún disfrutarán de copiosos regímenes.

⁶²³ AHUS. Leg. 528. Exp. 3.

⁶²⁴ El sanatorio de montaña de Davos (Suiza) fue creado por la colonia alemana en esta ciudad. El directorio para su creación se creó en julio de 1897. Originalmente ideado para albergar 50 camas, comenzó con un proyecto para 80. (Döll R., Enrique (1902) Sanatorios para tuberculosos (Continuación). *Anales del Instituto de Ingenieros de Chile*, Núm. 6, Pág. 258-263). En él se desarrolla *La montaña mágica*.

⁶²⁵ El sanatorio de Gabowsee, a cincuenta kilómetros de Berlín fue creado por la cruz roja alemana en 1896 para 160 tuberculosos. (Becerro de Bengoa, Ricardo. Por ambos mundos, *La ilustración española y americana*. Año 43, Núm. 46, 15/12/1899, Pág. 350-351.

Porque lo esencial consiste en que los enfermos se alimenten y descansen. Reposarán largas horas al aire libre, resguardados tan solo de la nieve, del sol o del viento por aquellos cobertizos semejantes a alpendres de nuestros labradores gallegos. No tendrán frío que aunque el campo esté lleno de nieve las camas en las que yacen son confortables.

Allí en Grabowsee, no hay lujos, pero nada falta. Al principio, las edificaciones eran simples barracas de madera pero la buena administración y la generosidad de los ricos y poderosos, han facilitado la construcción de edificios definitivos. En uno de estos está el comedor, la cocina y con sus dependencias, las habitaciones de recepción oficinas, etc., en otros varios, diseminados por un bosque de veinticinco hectáreas, se hallan los alojamientos de los enfermos, el pasillo al norte, las habitaciones hacia el mediodía. Allí están también las centrales para la calefacción y elevación del agua, para absorber y alejar las inmundicias, para curar el humus donde los enfermos arrojan diariamente sus esputos, la fábrica de gas de acetileno, que la instalación ha sido regalada y no hay para que gastar dinero en instalar la luz eléctrica, la capilla, protestante, todo, en fin, para que aquellos trabajadores puedan cuidarse como ricos atendiéndose y cuidándose como hermanos, que allí todo ha de ser paz, afecto, consideración y respeto mutuo.

No todos los menestrales tísicos son admitidos en Grabowsee, entran tan solo aquellos en los cuales cabe una curación completa o reactiva, ó es posible que al menos conseguir que los enfermos recuperen las fuerzas perdidas, que luchen ventajosamente con el mal, y después de dominarlo, que lo acaricien para convivir con ella, ganarse la vida y sufragar sus deudas.”⁶²⁶

Recoge en sus memorias así mismo, la existencia en Alemania de seguro contra la tuberculosis.⁶²⁷

“Ante el fantasma horrible de la enfermedad, de la invalidez precoz, de los sufrimientos inacabables en la miseria, de la muerte en el hospital, en enfermo no vacila. Acaso cure en un sanatorio, y por lo menos mejorará. Cierto que la

⁶²⁶ Gil Casares, M. (1908). Desde Berlín. *El Eco de Santiago*. 13/11/1908.

⁶²⁷ En España la Ley de implantación del seguro obligatorio de enfermedad no vio la luz hasta 1942, entrando en funcionamiento dos años más tarde e incluyendo en principio solo a los trabajadores de los sectores más desfavorecidos (N. de la A.)

estancia le costará diariamente 3,75 marcos; pero no es él quien debe pagar, sino las sociedades de seguros de obreros que Bismarck hizo obligatorias.”⁶²⁸

En 1913 presenta en Madrid al IX Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología la ponencia titulada *El clima de las costas gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja*. Justifica Gil Casares su estudio:

“No basta hallarse a orillas del mar para encontrar siempre reunidas en beneficiosa asociación todas las energías cósmicas que constituyen el clima marino. La exposición del litoral; las condiciones de los mares que los bañan; la índole de las playas y de la faja inmediata de terreno; la dirección predominante de los vientos; el estado habitual del cielo; son factores que influyen grandemente en el poder climático y han de tener, por tanto, decisiva trascendencia en los resultados terapéuticos.”⁶²⁹

En esa obra hace un estudio del litoral gallego, su orientación geográfica, temperatura, localización de playas y vientos predominantes, estimando su valor climatoterápico en función de estas variantes. Para este estudio utilizó los datos que publicaba diariamente el Observatorio Central de Madrid, cuyos extractos se publicaban en la prensa diaria y resúmenes meteorológicos de las observaciones recogidas en las estaciones de Pontevedra, Finisterre, A Coruña, Bares, Santander, San Sebastián y Biarritz entre 1911 y 1913, obtenidos por el Maestro superior encargado de la Escuela de Conxo Don Luis Hermida.

La idoneidad del clima gallego para las curas de tuberculosis fue un tema muy discutido. La abundancia de lluvias y escasas horas de luz durante el invierno fueron

⁶²⁸ Gil Casares, M. (1908). Desde Berlín. *El Eco de Santiago*. 13/11/1908. Pág.1.

⁶²⁹ Gil Casares, M. *El clima de las Costas Gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja*. Imprenta Lit. y Enc. De Eléxpuru Hermanos. Bilbao. 1913.

causa de innumerables diferencias de opinión entre tisiólogos. Del mismo modo que Miguel Gil, Plácido Peña defiende las condiciones climáticas y geográficas gallegas para la construcción de sanatorios en 1930, momento en el que se encontraban en obras tanto el sanatorio de Cesuras como el de La Lanzada:

“Aquí pueden construirse los sanatorios que Galicia tanto necesita, ya que ella forma parte de esas zonas ideales para el buen vivir humano que Olbricht llama Isobeones; caracterizados por disfrutar de la más ideal temperatura para el desarrollo de los seres. El tan debatido tema del clima gallego no debe, pues, constituir en ningún caso impedimento alguno para la realización de tan necesaria obra. Los que han sabido darse cuenta de la necesidad, sabrán también vencer todas las demás dificultades.”⁶³⁰

⁶³⁰ Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

Nóvoa Santos, en respuesta a una encuesta que Enrique Hervada realiza sobre tuberculosis en Galicia, responde sobre el clima:

“No creo, como muchos, que las condiciones climatológicas en Galicia, sean tan perniciosas como se profesa. Uno de los factores más desfavorables, según se dice, es el régimen de lluvias y los factores derivados de este régimen. Sin embargo, creo que esto no sea un obstáculo para obtener apreciables beneficios terapéuticos, siempre que supiéramos que aprovechar el resto de los factores curativos. De todos modos los que ejercemos hemos tenido ocasiones múltiples de comprobar que el clima invernal no acelera obligatoriamente la marcha del proceso tuberculoso.”⁶³¹

Otro ejemplo es la opinión de Souto Beavís que defiende el clima gallego como beneficioso para el tratamiento de la tuberculosis.

“Se ha hablado del clima de Galicia como propicio al desarrollo del mal. Podemos negarlo rotundamente: Galicia, a nuestro juicio, no tiene, por las condiciones de su clima, un problema de tuberculosis distinto al de las demás regiones.”⁶³²

Por otro lado, Gil Casares sí hace referencia al Sanatorio Marítimo de Oza, antiguo lazareto que había sido acondicionado como sanatorio marítimo en 1910⁶³³ y llevaba luego en funcionamiento con tal uso unos tres años,⁶³⁴ defendiendo su aportación pero calificándolo de insuficiente.

⁶³¹ Hervada García, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

⁶³² Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

⁶³³ VVAA (2007). . *El Sanatorio Marítimo de Oza* .En colaboración con el servicio de Reumatología del CHU Juan Canalejo y Sociedade Galega de Reumatoloxía. España; C.A. Gráfica.

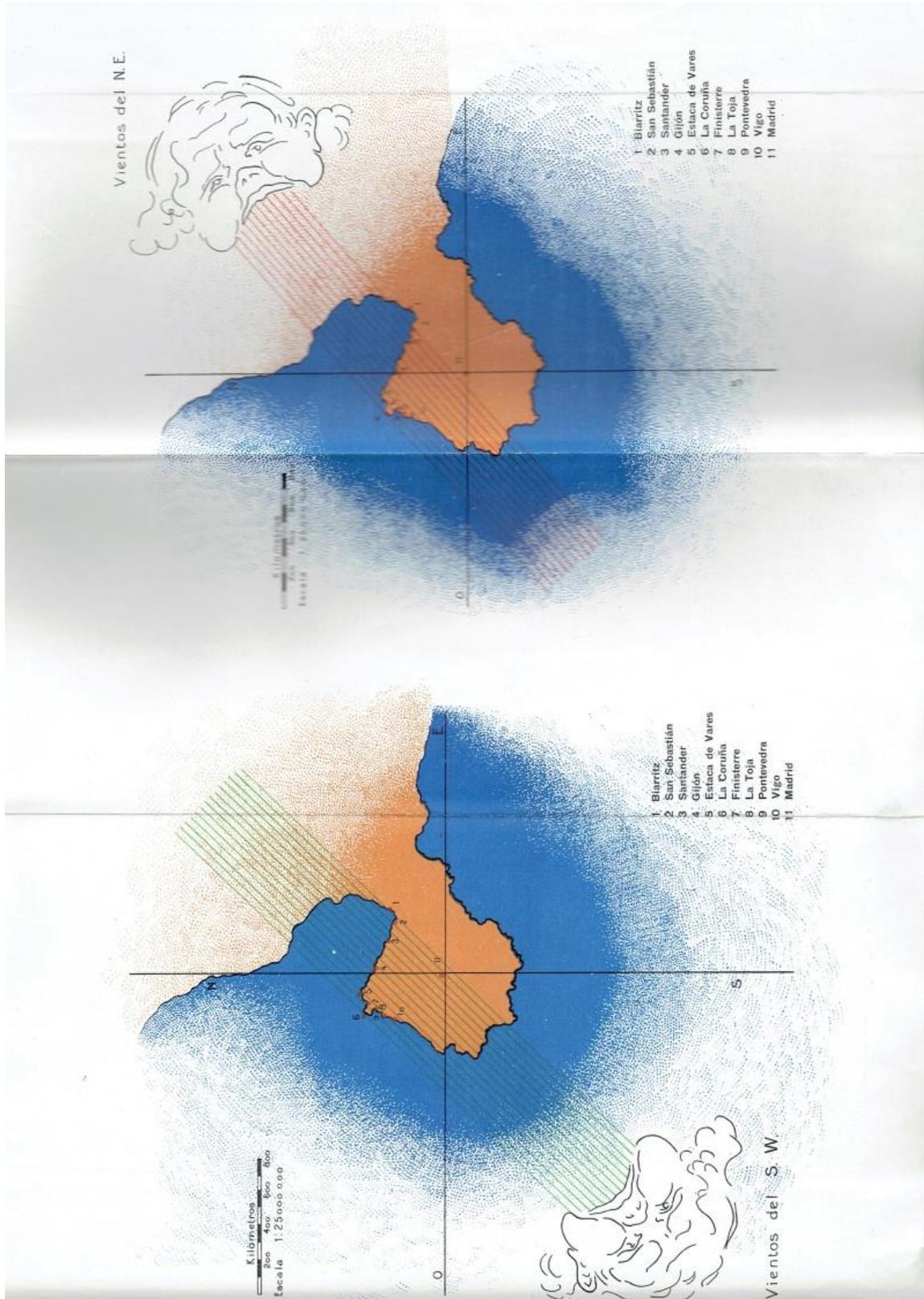
⁶³⁴ Aunque originalmente su uso era para niños procedentes del Norte de España, desde el 1912 amplió su radio a nivel estatal (N. de la A.)

“El Sanatorio de Oza, para niños escrófulo-tuberculosos, no ha estado hasta estas fechas abierto todo el año, sino tan sólo durante algunos meses del verano. Además recibe muy pocos enfermos. Fuera de estos graves defectos, podemos asegurar que está muy bien montado y dirigido.”

Como veremos más tarde, estas colonias estaban dirigidas fundamentalmente a niños del noroeste peninsular y de la capital del Estado, de donde procedían un alto porcentaje de los niños acogidos. De ahí podemos concluir, que aunque solo fuese en periodo estival el clima gallego no debía estar tan mal considerado, pues desde los dispensarios del Real Patronato se derivaban a Galicia niños para recibir terapias.

Dentro del clima de costa gallego, Gil Casares considera las tres rías localizadas más al sur, por su más suave climatología y mayor número de días soleados, como las más indicadas para el tratamiento marino de la tuberculosis.

“Las tres últimas rías, la de Arosa, Marín y Vigo (Rías Bajas), no sólo poseen considerable longitud y latitud, sino que tienen sus bocas resguardadas por islas, gracias a las cuales están sus aguas siempre tranquilas, o, a lo más, rizadas por vientos como las de los grandes lagos suizos (la Suiza española).”



Esquema de vientos predominantes. Recogida de *El clima gallego como recurso terapéutico*. (1913). Propiedad de la autora.

La terapia basada en el clima, que tan enraizada estaba desde el S. XIX, se mantuvo en auge durante el primer tercio del siglo XX, el aire libre era parte tanto de la prevención como del tratamiento de la tisis, era algo en lo que casi todos los tisiólogos estaban de acuerdo, incluso con Verdes Montenegro, con quien como vimos tantas diferencias había tenido en cuanto al abordaje de la enfermedad.

“El primero y más importante factor de una higiene del aparato respiratorio es la vida al aire libre ó en habitaciones suficientemente ventiladas. A pesar de lo mucho que se ha escrito acerca de la acción saludable del aire libre, es difícilísimo formarse idea clara al respecto del mecanismo fisiológico, en virtud del cual estos bienhechores efectos se producen. Los hechos sin embargo imponen un día y otro su acción con incontrastable evidencia.

¿Qué es lo que perjudica en los locales cerrados? La contestación a esta pregunta está lejos de ser tan fácil como a primera vista pudiera creerse y seguramente resultará muy distinta de la que el lector pudiera suponer.”⁶³⁵

⁶³⁵ Verdes Montenegro, J. (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos; Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

IX Congreso internacional de Hidrología, Climatología y Geología
Madrid, Octubre de 1913.

El clima de las Costas Gallegas
como recurso terapéutico
y especialmente el de La Toja

Ponencia encomendada al

Dr. D. Miguel Gil y Casares

Catedrático de Clínica Médica en la
Universidad de Santiago de Galicia,
Médico de la Beneficencia Provincial
de la Coruña



1913

Portada de El clima de las Costas Gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja. 1913.

Gil Casares hace referencia a lo que él denomina hospicios marinos:

“Hospicios marinos, regidos por personas versadas en aquella cura (marítima), sean o no profesionales de la Medicina. La Beneficencia pública y privada podría conseguir inapreciables beneficios en la lucha antituberculosa, enviando a nuestras playas del Norte durante uno, dos o tres meses del verano, a los niños enfermizos, raquíticos y escrofulosos acogidos en los establecimientos públicos o asistentes a las escuelas gratuitas. Los hospicios marítimos (alberguen niños pobres o ricos, o niños o adultos, y estén regidos por maestros o comunidades religiosas)⁶³⁶ no suelen permanecer abiertos más que en el verano. Por ello, cuando no se trata de tonificar organismos débiles, sino de devolver la salud a los ya enfermos, entregándolos a las poderosas energías curativas de la Naturaleza a orillas del mar, es preciso dirigir a los pacientes a otros establecimientos de curación, a los Sanatorios marítimos, en los cuales encuentran albergue y asistencia médica todo el tiempo necesario, pues los Sanatorios no cierran sus puertas, como los Hospicios marítimos, cuando el mar se torna amenazador al contacto de los primeros temporales del otoño. Ha habido a este respecto un cambio tan notable como el ocurrido con los Sanatorios alpinos, en los cuales se interrumpían antes los tratamientos al caer las primeras nieves del invierno, siendo así que hoy es ésta la estación preferida por muchos para los tratamientos de altura. Por lo mismo que se procura mejorar o curar enfermedades eminentemente crónicas por la acción exclusiva de los medios higiénicos, sería absurdo intentar el logro de tal propósito en pocas semanas o meses.

Así por ejemplo, en Margate, sanatorio de la costa del Mar del Norte de Inglaterra (de histórico renombre por ser el primero que se estableció por iniciativa de John Latham, en 1796), los tratamientos no suelen durar más de ocho a doce semanas; en cambio, en el renombrado sanatorio de Berck-sur-Mer⁶³⁷, cerca de Dieppe, se prolongan todo el tiempo necesario; de ahí estas considerables diferencias en los resultados terapéuticos.”⁶³⁸

⁶³⁶ N. de la A. En este caso sería más castizo designarlos con el nombre de hospederías, por ser palabra que expresa el conjunto de habitaciones que las comunidades religiosas destinan a los huéspedes o regulares forasteros de su orden.

⁶³⁷ Norte de Francia en el Departamento Paso de Calais.

⁶³⁸ Gil Casares, M. El clima de las Costas Gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja. Imprenta Lit. y Enc. De Eléxpuru Hermanos. Bilbao. 1913

	% CURADOS	% MEJORADOS	% NO CURADOS	% MUERTOS
En Margate, entre 508 enfermos tratados en los años 1880-83 resultaron	23,8	68,3	5,5	0,24
En Berck, entre 380 enfermos tratados en los años de 1861-65, resultaron	61,6	24,5	9,2	4,7

Tabla reproducida de la original del autor.

Prosigue:

“Los sanatorios marítimos, tan generalizados en todas las naciones del mundo entero, apenas existen en España, no obstante las incesantes propagandas del Dr. Tolosa Latour. En las costas gallegas solo hay uno, el mentado de Oza, cerca de La Coruña, que hasta la fecha ha sido hospicio marítimo en el que se restringe mucho el número de niños acogidos.

(...) Es preciso reconocer que la isla de La Toja constituye el emplazamiento más indicado para fundar Sanatorios marítimos en Galicia, no precisamente por su belleza y la de sus contornos, ni por su inmediata proximidad al Océano y playa de La Lanzada, sino por las termas que en ella brotan, tan excelentes en el tratamiento de los procesos escrófulo-tuberculosos, que constituyen, como es sabido, la indicación preferente del tratamiento marítimo. Por lo mismo que los mejores Sanatorios de este nombre son los que pueden asociar a las ventajas de su exposición geográfica la acción de las aguas termales salinas y las de La Toja figuran entre las primeras de Europa, no cabe dudar de las ventajas del emplazamiento que recomendamos”.

“Preciso sería disponer las cosas de tal suerte, que a La Toja pudieran concurrir durante muy prolongadas temporadas no sólo los enfermos de las clases pudientes, sino de las menesterosas. Allí, bajo la dirección de cirujanos expertos, prontos a realizar pequeñas intervenciones inaplazables y a poner principalmente en práctica los recursos de la Cirugía conservadora, es seguro que bajo la influencia prolongada del clima marítimo y del tratamiento termal asociados, encontrarían considerable alivio o la salud la legión de niños escrófulo-tuberculosos o simplemente, “linfáticos” que son los que más tarde entenebrecen la estadística obituarial de la tuberculosis pulmonar”.... “El clima de las costas del Poniente, asociado a la acción de las termas de La

Toja, puede prestar señalados beneficios, entre otros enfermos, a los de raquitismo y osteomalacia, a los de anemia y clorosis, a los nerviosos con lesiones anatómicas o sin ellas, a los afectados de desórdenes funcionales en el corazón, vías digestivas y aparato generador (neurosis localizada), a los de reumatismo crónico en todas sus formas y a los gotosos; y el clima marítimo sin cura termal a los afectados de catarrros crónicos no tuberculosos del aparato respiratorio, a los de enfisema, a ciertos asmáticos, etc., etc.”⁶³⁹

“En cambio, debo advertir expresamente que el clima marítimo de Galicia daña, según mi experiencia, a los tuberculosos del pulmón en todas sus formas y a los de la laringe. Es tanto más de señalar este hecho extraño, cuanto que el clima de mar fue aconsejado por algunos grandes clínicos de la antigüedad -Celso, Plinio, Boerhaave- en el tratamiento de la tisis de los pulmones, y de él era también ardiente partidario Laennec, que falleció de su mal consuntivo en una habitación donde nacían las algas. En tiempos recientes, el Profesor Nothnagel recomendaba con frecuencia a los médicos jóvenes atacados de tuberculosis incipiente, y necesitados de ganarse la vida, que buscasen un puesto en los trasatlánticos de la marina mercante. Por fin, entre los médicos ingleses siempre ha habido ardientes defensores del tratamiento marítimo de la tuberculosis pulmonar, e Inglaterra fue la primera en fundar, en 1814, el famoso *Royal Hospital for consumption and diseases of the chest*, en la costa meridional de la isla de Wight.”

“¿Por qué este clima nuestro, que tan inapreciables beneficios presta en el tratamiento de la llamada tuberculosis quirúrgica daña a la de los pulmones? ¿Se tratará pura y simplemente de las condiciones de edad de los enfermos, niños en unos casos, jóvenes o adultos en los otros, y de las diferencias cuantitativas en las reacciones orgánicas? ¿Influirá solamente la localización y la cantidad de gérmenes? Si así fuera se comprendería, sin gran dificultad, que en las tuberculosis de los pulmones, por lo general muy bacilares, podría tener nociva influencia, por ser promotora de la tos y expectoración, la atmosfera húmeda, movida y excitante del mar, en oposición a la más seca y tranquila de los valles alpinos. Por lo demás, quizás el clima marítimo tenga acción curativa más directa sobre la tuberculosis que el clima alpino. Abogaría en favor de ello el hecho, a menudo comprobado de que los tuberculosos pulmonares con unas u otras lesiones periféricas de aquella naturaleza, si mejoran del proceso principal con la cura alpina, conservan en igual o peor estado las otras lesiones, sobre las cuales tanto puede en muchos casos el clima de mar.”⁶⁴⁰

⁶³⁹ Gil Casares, M. Op. Cit.

⁶⁴⁰ Gil Casares, M. Op cit.

9.4. EL SANATORIO DE LA LANZADA.

9.4.1. CREACIÓN DEL PATRONATO Y PUESTA EN MARCHA

Según se recoge en el Libro de Actas del Sanatorio de La Lanzada⁶⁴¹ el Patronato para la construcción del Sanatorio de La Lanzada, que habría de llamarse del Príncipe de Asturias, se constituyó el domingo 11 de julio de 1926. Se reunieron en el Salón de Juntas del Gran Hotel de La Toja el Dr. Gil Casares como presidente de la Junta, Doña Isabel García Blanco, viuda de Sáenz-Diez, tesorera, el alcalde del Grove, D. Daniel Pimentel, D. José Loureiro, D. Leoncio Bescansa, Arquitecto y Doña Socorro Gil Casares (hermana de D. Miguel) tesorera. Excusaron su asistencia por diferentes razones, la Excma. Marquesa de la Atalaya Bermeja, los Excmos. Sres. D. Maximino Gómez y D. Eladio de Lema y el Ilmo. Sr. D. Juan Trapote, todos ellos vocales para de la Junta del Patronato.⁶⁴²

Con un presupuesto inicial de 87.482,20 pesetas fruto de donaciones privadas, cinco mil de las cuales fueron donadas por D. Miguel, se arrancó el proyecto del Sanatorio. Según se recoge en las actas una importante aportación para la construcción fue de donaciones de emigrantes gallegos en Latinoamérica. Así Los Gallegos de Buenos Aires hicieron una aportación de 2.288.40 pesetas, de Puerto Rico 2.492, 65 y de los Hijos de Cambados en Puerto Rico 1.000. Asimismo, también se recoge tanto en las actas como en la prensa la construcción de una capilla a cargo del Sr. Heredia, emigrante gallego en la Argentina que pasó el verano del 26 en Galicia, cuyos planos fueron también ejecutados por el Arquitecto Bescansa.

⁶⁴¹ Archivo de la Diputación de Pontevedra. Libro 15.161.

⁶⁴² Según se recoge en la nota de prensa *ABC*, del 8 de septiembre de 1937 “Se construyó un patronato para el sostenimiento y administración de este sanatorio. Por azares que no son del caso contar, la Diputación Provincial de Pontevedra tuvo que subvenir a las necesidades del benéfico establecimiento.

Para la aprobación de los planos el mismo Gil Casares viajaría a Madrid solicitando la presencia del Ministro de la Gobernación, del Director General de Sanidad y del Presidente del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa en España, Sr. Conde de Casal en el acto de inauguración de las obras, como también se recoge en el Libro de Actas del Patronato.

Según se recoge en las actas de la reunión celebrada en el Palacio de Fefiñanes, domicilio privado de la familia Gil Casares en donde solían pasar los meses estivales, el 10 de Octubre de 1926, se da autorización de los gastos originados por la colocación de la primera piedra y del viaje del arquitecto Dr. Leoncio Bescansa⁶⁴³ a los Sanatorios de la Pedrosa⁶⁴⁴ y Gorlitz.⁶⁴⁵

El viaje del arquitecto a Gorlitz tiene lugar en los primeros días de Marzo de 1926, tras una visita a los terrenos para tomar los datos necesarios para el diseño de los planos, visita en la que es acompañado por Gil Casares y el alcalde de O Grove. La prensa recoge *el día hermoso y lleno de sol y luz, y la suave temperatura que se disfrutaba, confirmaban una vez más el acierto del que se fije en este lindo paraje para tal objeto.*⁶⁴⁶

⁶⁴³ **Leoncio Bescansa Casares** (1879-1957) Fue arquitecto municipal de Santiago. Ingresó como numerario en la Real Academia Gallega de Bellas Artes el 24 de enero de 1915. Tenía en esas fechas cargo de Arquitecto del Ministerio de Instrucción (N. de la A.)

⁶⁴⁴ El sanatorio de Pedrosa (Santander) abrió sus puertas como lazareto en 1834. Fue reconvertido en sanatorio marítimo en 1909.

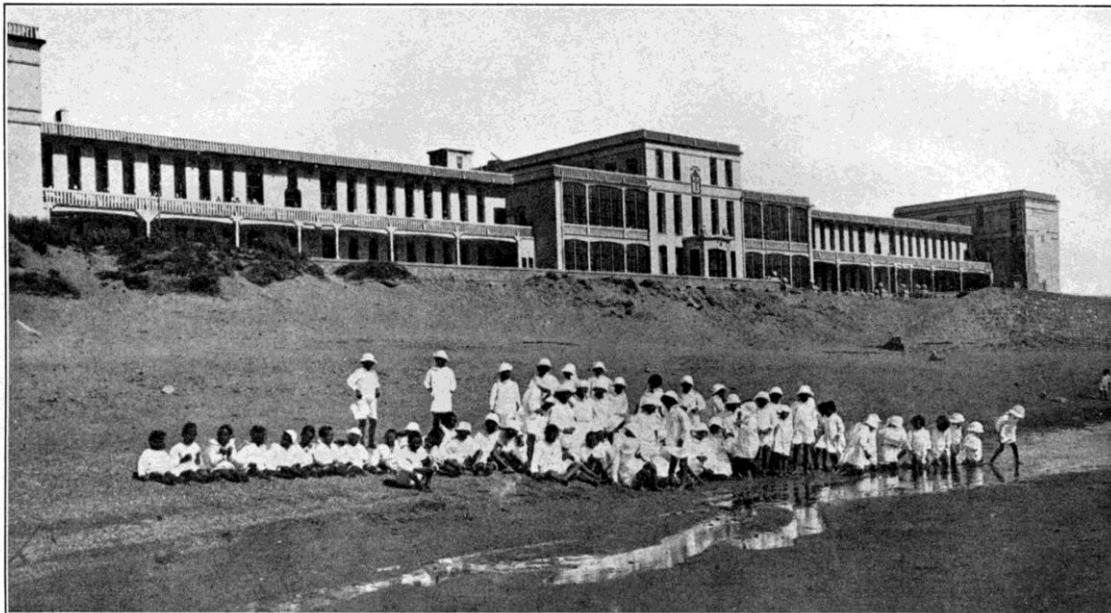
⁶⁴⁵ El sanatorio marítimo de Gorlitz (Vizcaya) fue un proyecto de la Diputación Provincial de Vizcaya. Destinado al tratamiento de tuberculosis ósea infantil. Abrió sus puertas en 1919, siendo los principales promotores del proyecto el Dr. Enrique Areilza (1860-1953) y el Dr. Luis Arinaga (1878-1953). Según lo describe Cecilia Ruiloba en su ponencia al XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina celebrado en Madrid en junio de 2014 se trata de un edificio de formas puras, discreto ornamento, inspirado en construcciones del secesionismo vienés, contrastando con los gustos costumbristas imperantes en la corte. (N. de la A.)

⁶⁴⁶ *El Eco de Santiago*. 4 de marzo de 1926. Pág. 1.



Sanatorio antituberculoso marítimo de Pedrosa (Cantabria). Web Banco de imágenes de la Medicina Española. Real Academia Nacional de Medicina.

SANATORIO MARINO DE GÓRLIZ



Grupo de niños en la playa.

Sanatorio marino de Górliz. Grupo de niños en la playa. Web Banco de imágenes de la Medicina Española. Real Academia de Medicina.

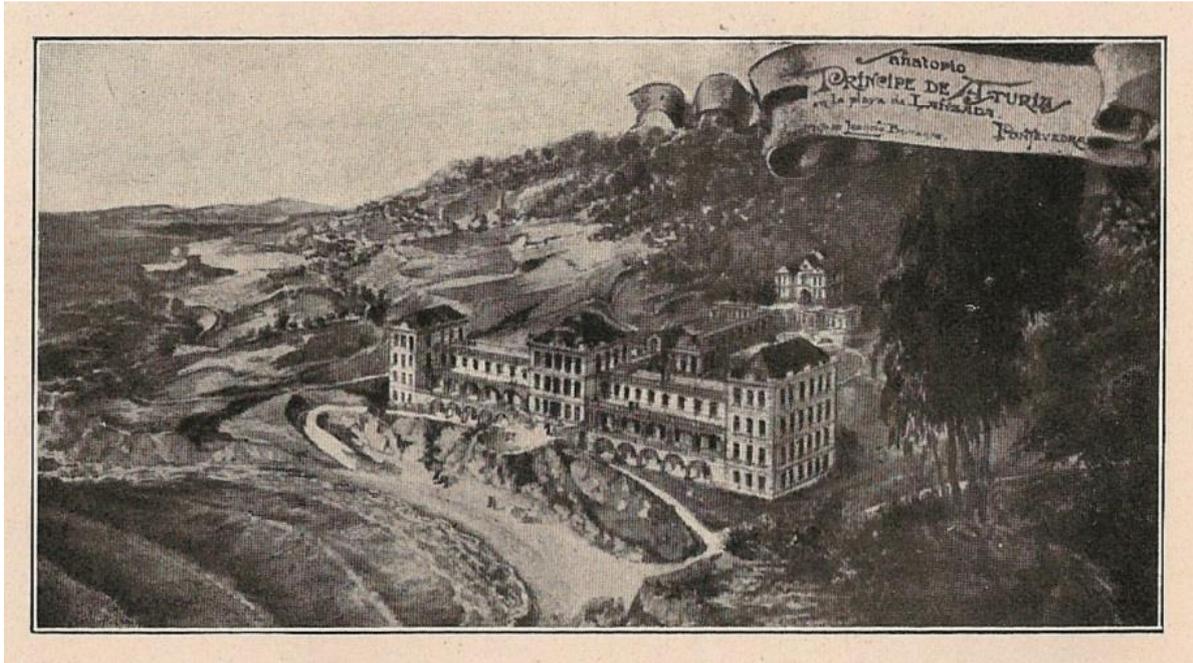
“Estos sanatorios antituberculosos españoles no siguieron un modelo arquitectónico definido, de hecho el Sanatorio de Porta-Coeli carecía en origen de las características galerías de cura. En general, estos primeros sanatorios se encontraban a medio camino entre los hoteles o los balnearios de los aristócratas, edificios generalmente compactos desarrollados en altura, y los hospitales de infecciosos de los más desfavorecidos, que solían estar compuestos por pabellones aislados de poca altura.

De hecho, al igual que el primer sanatorio antituberculoso de la historia, el Sanatorio de Göbersdorf fundado por el Dr. Brehmer en 1859, había sido un hotel, el primer sanatorio de España, el Sanatorio de Busot en Alicante inaugurado en 1897, también había sido un hotel: el Hotel Miramar un lujoso balneario propiedad del Marqués de Bosch y Conde de Casas Rojas.

Sin embargo, el primer sanatorio público de nueva planta, el Real Sanatorio popular Antituberculoso Victoria Eugenia, construido en 1917 en Valdelatas, Madrid, hoy conocido como Hospital de Cantoblanco, se aleja de la tipología hotelera y sigue el modelo propio de los hospitales de infecciosos ya que consta de una serie de pabellones aislados debidamente distanciados entre sí, dispuestos sobre una vasta extensión de terreno.

Los modelos más dispersos conviven con otras soluciones más compactas adoptadas en sanatorios de nueva planta, como el Sanatorio de Fuenfría en Madrid o el sanatorio infantil de Górlitz en Vizcaya. Este último, de formas puras y discreto ornamento, inspirado en las construcciones del secesionismo vienés, contrasta con los gustos costumbristas imperantes de la corte. Poniéndose en relieve el carácter político de cada sociedad en el estilo de su arquitectura sanitaria.”⁶⁴⁷

⁶⁴⁷ VVAA. Medicina y poder político. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid 11-13 junio de 2014. Ruiloba Quecedo, Cecilia. *Política y arquitectura sanitaria: el modelo nacional de Sanatorio Antituberculoso*. Madrid, 2014.



Proyecto completo del Sanatorio Príncipe de Asturias de La Lanzada. 1933. Web Banco de imágenes de la Medicina Española. Real Academia de Medicina.

Otro de los temas que se recoge tanto en la prensa como en los Archivos de La Diputación de Pontevedra es la problemática causada para la creación de un camino de acceso desde la carretera del Grove hasta el Sanatorio, de una longitud de unos 1300 metros. Basándose en un Plan de caminos vecinales aprobado por la Diputación con fecha del 22 de octubre de 1.926, según el cual se acuerda que los ayuntamientos sufragasen el 40% del presupuesto quedando el 60% restante a cargo de la Diputación, D. Miguel solicita se le reconozca personalidad al Patronato para hacerse cargo del porcentaje que pertenecería al ayuntamiento. Finalmente de un presupuesto de 25.250,63 pesetas, 10.100,21 fueron a cargo del Patronato y 15.150,32 de la propia Diputación, aunque por problemas de financiación en un primer momento fue la Junta la que se encargó de sufragar el total de la obra.

Creación del camino del Grove a A Lanzada.

Una de las labores más difíciles y de la que hay mayor registro en el Archivo Provincial de Pontevedra son las gestiones para la construcción de un camino desde al Grove a la playa de La Lanzada pues era preciso una buena comunicación con el centro urbano más cercano inexistente en el momento que se aprueba la construcción del sanatorio.

“Camino a *A Lanzada*. Carretera de Pontevedra a O Grove”

“Vista la comunicación que suscribe D. Miguel Gil Casares, en súplica de que se construya la explanación del camino que une la carretera de Pontevedra a O Grove, con el punto de emplazamiento del futuro sanatorio de *A Lanzada* y resultando del informe emitido por el Director de Vías y Obras provinciales que la Corporación legalmente no puede comenzar por hoy más que los caminos que figuran en su plan; que el camino solicitado forma parte del que figuraba en el ante-proyecto desde la carretera de O Grove a San Vicente, pero por falta aun de la aprobación definitiva y el orden de preferencia no puede recaer acuerdo sobre su construcción; la Comisión recogiendo la iniciativa del jefe de Vías y Obras resolvió, lamentándolo mucho que no es procedente llevar a efecto tal explanación, sin perjuicio de que construyan el camino y el Ayuntamiento de O Grove y a la entidad que proyecta el Sanatorio y cuando toque el turno a tal vía se reintegre la entidad oficial o particular que lo realice de la subvención que corresponda.”⁶⁴⁸

“Sobre la Mesa informe del camino a la Lanzada.”

Dejar sobre la mesa para mejor estudio el informe emitido por la Dirección de vías y Obras provinciales en la instancia del Sr. D. Miguel Gil Casares, sobre construcción del camino a la Lanzada”⁶⁴⁹

“Accediendo a lo solicitado por el Doctor Gil Casares sobre división en 2 secciones del camino vecinal nº 122.

Vista la instancia suscrita por el Doctor Don Miguel Gil Casares, Presidente del Patronato del Sanatorio Antituberculoso de A Lanzada “Príncipe de

⁶⁴⁸ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro de actas da Comisión Permanente*. Sesión: 27/08/1926, libro 13.151, Pág. 67.

⁶⁴⁹ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro de actas da Comisión Permanente*. Sesión 13-01-1928. Libro 13.153, Pág. 59.

Asturias” referente a la construcción de la primera sección del camino vecinal nº 122 del Plan, pidiendo la división en dos secciones del referido camino cuyas obras por lo que se refiere a la primera de aquellas secciones satisfará en su totalidad el Patronato y una vez que los contratos con la Diputación se formalicen reintegrará al repetido Patronato el 60% importe de las obras y visto el informe emitido por el Sr. Director de Vías y Obras provinciales, se acuerda de conformidad con lo propuesto por el mismo acceder a lo solicitado comunicándolo así al expresado técnico para la presentación del proyecto.

Se levantó la sesión.”⁶⁵⁰

“Aprobación proyecto camino vecinal 122 de A Lanzada.

Prestar aprobación al proyecto del camino vecinal número 122 del plan de la carretera de Pontevedra al Grove, por el Sanatorio a San Vicente del Grove - Primera sección de la carretera de Pontevedra al Grove al Sanatorio de A Lanzada, confeccionado por la Dirección de Vías y Obras provinciales de conformidad con lo informado por el Sr. Ingeniero Jefe de Obras públicas, cuyo presupuesto total es de 26.560,67 pesetas.”



Playa de A Lanzada antes de la construcción del Sanatorio. Recogido de *El clima de las costas gallegas como recurso terapéutico* (1913).

⁶⁵⁰ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro de actas da Comisión Permanente*. Sesión 22/06/1928- Libro 13.154, Pág.52

El agua para el Sanatorio se obtenía de un manantial que brotaba en el mismo solar, cuyas aguas fueron cedidas para su uso por el Ayuntamiento del Grove.

Se dispuso que el edificio se construyese de mampostería y cantería aprovechando la piedra que existía en el solar previsto para la construcción.



Vistas desde el Sanatorio de A Lanzada en la actualidad. Fotografía de la autora.

El 13 de Julio de 1926 se crea el Patronato para la creación del Sanatorio de La Lanzada, hecho que se recoge en la prensa del momento:

“En La Toja se constituyó ayer la Junta del Patronato para establecer un Sanatorio antituberculosos en La Lanzada. Se acordó colocar la primera piedra a mediados de Agosto, con asistencia del ministro de la Gobernación y del director de Sanidad. El Sanatorio se denominará del Príncipe de Asturias.”⁶⁵¹

⁶⁵¹ ABC. 14 de Julio de 1926.

Finalmente, este acto se pospuso y la primera piedra fue colocada el 20 de octubre de 1926.⁶⁵²



Acto de colocación de la primera piedra del Sanatorio de A Lanzada. Archivo familia de Gil Casares. 1926.

Tras el fallecimiento de Gil Casares en 1931, es Felipe Gil Casares, hermano del fallecido, abogado y también profesor universitario quien pasa a sustituirlo como presidente del Patronato, que asume trabajar con todo su empeño hasta llevar a término el proyecto iniciado por D. Miguel, pasando a ser Sanatorio Marítimo de La Lanzada Gil Casares en honor de su fallecido promotor.

⁶⁵² Caneda González, X. Sanatorio de A Lanzada. De Hospital para enfermos tuberculosos a centro de vacaciones. *Aunios*. Mayo de 2010. Pág. 21-25.

En 1933 se inaugura en La Lanzada un Instituto antituberculoso, acto del que se hace eco la prensa general, con un discurso de José Ramón de Castro:

“Se ha celebrado la inauguración del Instituto Antituberculoso construido en la playa de La Lanzada con aportaciones particulares, en su mayoría de residentes en América y especialmente en Argentina.

El sanatorio se debe a iniciativa del fallecido catedrático de la universidad señor Gil Casares.

Asistieron el presidente de la Diputación, las autoridades y los médicos que toman parte en el cursillo de tuberculosis que se celebra en esta.

Habló el doctor José Ramón de Castro⁶⁵³, dedicando un recuerdo emocionado al señor Gil Casares, eminente fisiólogo y a los doctor Nóvoa Santos, al que calificó de artífice de la patología.

Ensalzó a Rodríguez Cadarso⁶⁵⁴, muerto en un accidente de auto. Los concurrentes fueron obsequiados con un almuerzo en el balneario de La Toja.”⁶⁵⁵

Finalmente no llegó a construirse más que una parte del proyecto definitivo: Como recoge el arquitecto provincial el 31 de diciembre de 1934⁶⁵⁶, una vez fue cedido el sanatorio del patronato a la Diputación:

“La parte construida consta de dos plantas, destinadas a salas para enfermos de tuberculosis en huesos, con los servicios complementarios y una pequeña terraza en el frente, que está construida sobre un porche de piedra. La superficie

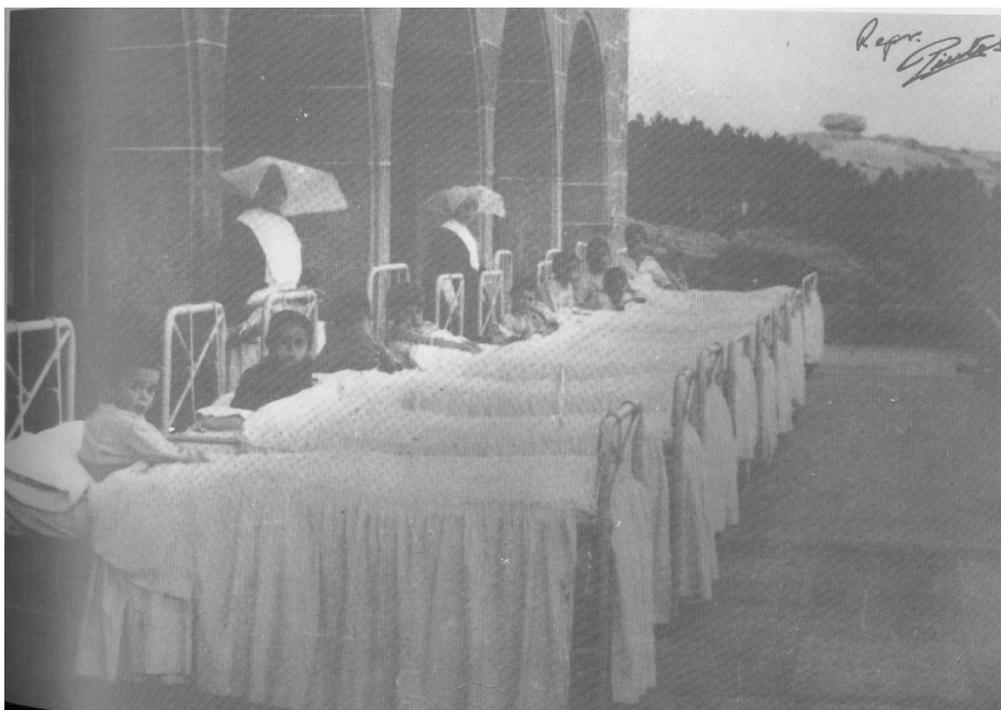
⁶⁵³ Como ya hemos comentado era uno de los discípulos predilectos de Gil Casares

⁶⁵⁴ **Rodríguez Cadarso, Alejandro.** (Noia, 21 de agosto de 1887 - Lubián, 15 de diciembre de 1933) fue un médico español, rector de la Universidad de Santiago de Compostela y diputado por la ORGA, a la que estaba afiliado. Nació en el seno de una familia de médicos acomodada. Su padre era médico cirujano, y procedía de Santiago de Compostela; su madre era natural de Noia. Era sobrino-nieto del almirante Luis Cadarso Rey, fallecido en la batalla de Cavite durante la guerra de independencia de Filipinas. Rodríguez Cadarso obtuvo la cátedra de Anatomía Descriptiva en 1916. En 1925 publicó un estudio sobre la arteria carótida en el *Journal of Anatomy*. Fundó el Instituto de Estudios Portugueses y fue nombrado Vicerrector de la Universidad de Santiago el 4 de noviembre de 1930, así como diputado (1931-1933), período durante el cual mostró su apoyo a la autonomía de Galicia. Ya como Rector, pretendió modernizar la Universidad y desarrolló la Residencia de estudiantes en el Campus Sur (uno de los colegios mayores lleva su nombre). Falleció prematuramente en un accidente de coche en el municipio de Lubián (Zamora) cuando se dirigía de Santiago a Madrid para asistir a dos conferencias. Dejó viuda e hijos.

⁶⁵⁵ *La Vanguardia*. 19 de diciembre de 1933.

⁶⁵⁶ Archivo de la Excm. Diputación de Pontevedra. Leg. 1,333/1.

total edificada es de cuatrocientos cuarenta metros cuadrados y el valor de todo lo cedido puede calcularse en ciento ochenta y tres mil setecientas pesetas. Esta Diputación ha realizado obras de adaptación y terminación, así como de la instalación de luz eléctrica y la construcción de unos cobertizos al fondo del edificio. Actualmente está terminando una terraza de hormigón armado a nivel de la planta principal y otra terraza de gran extensión a nivel de la planta baja.”



Niños en el Sanatorio de A Lanzada haciendo cura de reposo al aire libre. Foto cedida por el Archivo de la Diputación de Pontevedra.

9.4.2. RESULTADOS TERAPÉUTICOS.

En Junio de 1926 con el titular *Los niños débiles* firmado por Wenceslao Fernández-Flórez⁶⁵⁷ se recoge un paseo por el solar destinado a la edificación del sanatorio del D. Miguel:

⁶⁵⁷ **Fernández-Flórez, Wenceslao** (A Coruña 1885-Madrid 1964) Fue un escritor, periodista y humorista español. Autor de obras como *Volvoreta*, *El malvado caravel* o *El bosque animado*, obra esta última adaptada al cine por José Neches en 1945, por José Luis Cuerda en 1987 con guion de Rafael Azcona y por Ángel de la Cruz y Manolo Gómez en 2001.

“Sobre una altura que domina la playa ha de alzarse el sanatorio marítimo para niños que D. Miguel Gil Casares, el afamado médico, concibió y propulsa. A él se deberá todo: desde la elección del emplazamiento hasta la busca ardua y molesta del dinero preciso. Lo que menos nos cuesta ver al caballero desconocido y a mí es la figura alta, huesuda y cetrina del doctor, que sobresale entre el sacerdote que bendice, la marquesa que amadrina, la turba de invitados que disimula el fastidio de tener los zapatos llenos de arena y los labriegos que, cuando suena la música, se alejan del grupo de curiosos para danzar, comprobando esa observación de los autores de zarzuelas, que siempre hacen bailar al coro de aldeanos.”⁶⁵⁸



Sanatorio de A Lanzada recién construido. Foto cedida del Archivo de la Diputación de Pontevedra.

Como otros sanatorios de la época una parte importante de la financiación, como se recoge de los archivos de la Diputación, se obtuvo de la donación de emigrantes, sobre todo de gallegos en el continente americano. En el caso del sanatorio de La Lanzada los donativos provinieron fundamentalmente de los emigrantes en Argentina, como queda reflejado en los archivos de la Diputación y que fueron recogidos en la prensa. En 1927 en el *ABC* hace eco de cómo los gallegos en la diáspora formaban comités con afán recaudatorio para la lucha contra la tuberculosis:

⁶⁵⁸ *ABC*. 22 de Octubre de 1926.

“Ha llegado de Buenos Aires el ex presidente del Centro Gallego de aquella capital, Sr. Avellanedo, que actualmente preside el Comité de propaganda en favor del Sanatorio Marítimo de La Lanzada. El señor Avellanedo trae 35.700 pesetas, producto de los primeros donativos aportados por los gallegos residentes en La Argentina para construir dicho sanatorio”⁶⁵⁹. Al año siguiente, en La Vanguardia se recoge la llegada de otra cantidad menor para la creación del sanatorio: “Varios gallegos residentes en Buenos Aires, enviaron 2.295 pesetas al doctor Gil Casares para el proyectado sanatorio antituberculoso de La Lanzada.”⁶⁶⁰

No olvidemos como hemos visto en apartados previos la importancia que D. Miguel daba en la etiología de la enfermedad a la emigración a Latinoamérica, hecho que justificaba aún más la conveniencia de reclamar ayuda en los países de acogida de emigración gallega para de algún modo proteger al retornado que volvía a su tierra en muchos casos pobre y enfermo (notas sobre el porcentaje de retornados enfermos).

Ya en 1928 recoge La Vanguardia el acto de colocación de la primera piedra bajo el epígrafe Inauguración de un Sanatorio: Discurso del obispo argentino monseñor Andrea:

“Con gran solemnidad se celebró la colocación de la primera piedra de la iglesia para el sanatorio marítimo de La Lanzada.

Asistió el obispo argentino monseñor Andrea y numerosa concurrencia de Pontevedra, Vigo, Santiago y A Coruña.

Estaba también el filántropo Heredia⁶⁶¹, que costea dicha obra.

⁶⁵⁹ *ABC*. Madrid, 22 de Junio de 1927.

⁶⁶⁰ *La Vanguardia*. 19 de Abril de 1928.

⁶⁶¹ Según hemos podido averiguar por la prensa del momento el señor Heredia era un gallego residente en La Argentina que durante el verano de 1928 pasó dos meses en su tierra e hizo donativos para la creación del Sanatorio, entre otros financió la creación de la capilla de estilo románico del mismo.

Después de leída el acta referente a la ceremonia, pronunció un discurso el residente del patronato doctor Gil Casares, exponiendo la magnitud de la obra que se realiza en favor de los pobres y expresando su reconocimiento al filántropo Heredia y al obispo Andrea que vino expresamente de América para asistir al acto.

Añadió que este sanatorio es obra larga y difícil, que necesita el concurso de todos, especialmente de aquellos que viven mimados por la fortuna.

Yo ruego al señor Andrea –dijo- que sea nuestro embajador cerca de los gallegos de América para que destinen una pequeña parte de su ahorro a esta empresa que hará honor a Galicia y a España.

Habló luego el obispo haciendo un maravilloso discurso.

Entonó un canto a Galicia, y dice que si alguien dudase de la grandeza de Dios, que venga a contemplar estas playas y este mar que son algo sin igual en el mundo.

Ensalza la personalidad del Dr. Gil Casares, diciendo que si es grande por su cerebro lo es también por su corazón, entregándose de lleno a esta magnífica obra social que es el sanatorio.

Aceptó el cargo honroso de embajador de los gallegos residentes en la Argentina y les diré que este sanatorio será la ejecutoria más hermosa de la caridad gallega.

Al bendecir esta piedra –dijo- bendigo con el a España: a esta nación que dio tantas pruebas de su pujanza y de su vida, y al bendecir a España bendigo a vuestro Rey, modelo de soberanos y espejo de caballeros.

La mayor prueba –continuó diciendo- de amor que yo puedo dar al pueblo español, es decir a España que yo sé cómo es su Rey.

Tuvo párrafos bellísimos de la aplicación humanitaria que los hombres afortunados deben hacer de sus riquezas.

Fue aplaudidísimo y ovacionado.

Las bandas de música tocaron la *Marcha Real* durante la bendición.

El obispo mostrábase maravillado ante el magnífico panorama de La Lanzada, a cuya playa pudieron llegar los coches por carretera que acaba de construir la diputación.”⁶⁶²

⁶⁶² *La Vanguardia*. 11 de septiembre de 1928.

También encontramos en los libros de actas de la Comisión Permanente del Sanatorio de La Lanzada el registro de una importante aportación del filántropo Plácido Castro:

“Seguidamente, haciendo uso de las atribuciones que le conceden los artículos 90 y 117 del Estatuto Provincial, adoptó los acuerdos siguientes:

“Diose cuenta de la atenta carta, que con fecha 25 del mes último, dirige a la Presidencia el distinguido publicista y filántropo coruñés, don Plácido Castro, participando que su edad y achaques no le permiten desarrollar con su acción directa la humanitaria campaña que iniciara en pro de los inclusos hospicianos por lo que se decide a resolver su preocupación sentimental de proteger a los niños que se cobijan al amparo de la beneficencia provincial, en la forma que considere más adecuada, o sea, distribuyendo cincuenta mil pesetas entre las cuatro diputaciones gallegas y el patronato para construcción del Sanatorio de A Lanzada, con el fin de que el capital de diez mil pesetas que adjudica a esta Diputación de Pontevedra, en títulos de la Deuda Amortizable de 1927 al 5%, sin impuestos, que ha ingresado en el Banco de A Coruña, se acumule, en su día, a una obra benéfica concretamente destinada a la creación de Hospicianos Gallegos, y que mientras su idea no tiene realización, se apliquen los intereses (quinientas pesetas anuales) a mejorar la alimentación de todos los hospicianos, al cuidado de la provincia, en el día primero de mayo.

La Comisión, acuerda aceptar tan generosa donación, y expresan su gratitud al S. D. Plácido Castro por el desprendimiento que acaba de hacer en favor de los hospicianos, reflejando en su expresada carta como se compadece, ante el infortunio de sus semejantes, acudiendo a los institutos benéficos con la ofrenda de su confortadora caridad.

Esta noble acción del Sr. Castro estimula y alienta a los que por deberes del cargo vienen entregados de mejorar en lo posible la suerte de los hospicianos, cuidando, tanto de su alimentación y vestido, como prepararles un porvenir que el trabajo brillante y la honradez corone.”⁶⁶³

⁶⁶³ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro De Actas Da Comisión Permanente*. Sesión: 1-04-1927 Libro 13.152 Pág. 55.

“Enterándose de escrito del Sr Gil sobre el donativo de D. Plácido Castro.

Quedar enterada de escrito del Doctor D. Miguel Gil Casares, interesando se le entreguen por desearlo así D. Plácido Castro, para que sirva de fundamento a una suscripción pública a fin de allegar recursos para construir cuatro sanatorios marítimos destinados a niños incluseros en “La Lanzada” de que es el Sr. Gil Patrono del Sanatorio, unos títulos de la Deuda pública que dicho Sr. entregará a este Organismo.

La Comisión teniendo en cuenta que el Señor Castro hizo el donativo de diez mil pesetas nominales para una obra benéfica concretamente destinada a la creación de un establecimiento destinado exclusivamente para la vigorización de Colonias de hospicianos gallegos, y que mientras tanto se aplicaran los intereses de pesetas quinientas anuales a mejorar la alimentación de todos los hospicianos al cuidado de la provincia el día primero de mayo y en ese concepto lo aceptó, según consta del acuerdo adoptado en 1º de abril de 1927 que le fue comunicado al Sr. donante y siendo este donativo de carácter irrevocable, estando por otra parte cumpliéndose lo dispuesto por el mismo, no puede desprenderse de dicho Títulos por estar gravados sus intereses a una carga expresamente impuesta por el citado donante a éste organismo comunicándolo.”⁶⁶⁴

Así como la creación de subastas públicas para patrocinio de pabellones.

“Abono al “Progreso” anuncio de subasta.

Declarar de abono al administrador del periódico “Progreso” la cuenta importante diez pesetas, por la publicación del anuncio de subasta para construcción de un Pabellón en el Sanatorio de A Lanzada, librándose con cargo al capítulo 1º, artículo 9º del presupuesto vigente.”⁶⁶⁵

“Enterándose de telegrama de licenciados de Medicina, sobre el sanatorio “Lanzada”.

Quedar enterada del telegrama dirigido al Sr. Presidente de esta Diputación por los nuevos licenciados en Medicina de Santiago, que reunidos en fraternal banquete de despedida con Profesores de la Universidad Gallega,

⁶⁶⁴ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro De Actas Da Comisión Permanente*. Sesión 31-03-1930/ Libro13.156, pág. 43.

⁶⁶⁵ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro De Actas Da Comisión Permanente*. Sesión 28-06-1929 /Libro 13.155, pág. 87

hacen presente su salud y su deseo de que sea pronto una realidad la construcción del Sanatorio antituberculoso de la Lanzada.”⁶⁶⁶

“La razón de existencia y la valoración de los organismos sociales, lo que les trasfunde una tónica triunfal y les granjea, al propio tiempo, la simpatía popular, está determinada por su utilidad y trascendencia funcional. En este sentido es tan clara e indispensable la del Sanatorio de La Lanzada, que ni el lastre de la inercia mental que hubo que vencer, ni resistencias injustificadas y que de puro injustificables no han visto la claridad del día, bastaron a detener una carrera sin precedentes en la historia de Galicia.”⁶⁶⁷

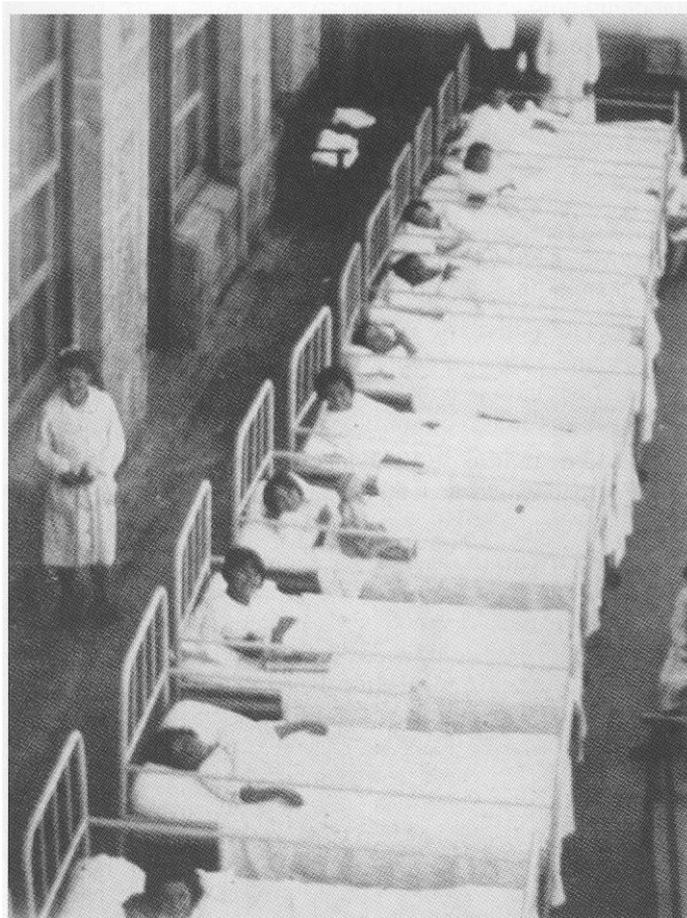
En 1937, bajo el epígrafe *El Sanatorio de la Lanzada merece la ayuda del nuevo estado y la aportación particular* el ABC recoge unas declaraciones del entonces presidente de la Diputación de Pontevedra, Javier Puig, con un claro fin propagandístico y recaudatorio, utilizando argumentos tanto de tipo sentimental como el de la salud infantil como potencial económico de un país, que fue muy utilizado como razón de peso durante la época para destacar la necesidad de inversión en salud infantil:

“...El sanatorio de La Lanzada puede prestar aún mayores beneficios. Es necesario ampliar su capacidad. Hay en la actualidad acogidos un centenar de niños, de uno y otro sexo. Pero, desgraciadamente, las solicitudes de ingreso suman varios centenares. La Diputación no puede hacer más. Su presidente nos lo dice con inmenso dolor: se precisa la aportación oficial y la ayuda particular. Nunca mejor empleado el dinero. Nada más enternecedor que un niño enfermo. Nada más conmovedor que esos pequeñuelos deformados por una tara, encadenados a la vida con una dolencia física desde su niñez. Cuanto se haga por devolverles la salud, por hacerlos hombres sanos y fuertes, merece las más cálidas alabanzas. El niño es el hombre de mañana. Es el futuro de la Patria...”⁶⁶⁸

⁶⁶⁶ Archivo de la Diputación de Pontevedra. *Libro de Actas Da Comisión Permanente*. Actas de sesión de la Diputación. Sesión: 9/06/1930- Libro 13.156, Páx.70

⁶⁶⁷ Andrade, J. La tónica espiritual del sanatorio marítimo de La Lanzada. *Vida Gallega*. Año XXVII. Núm. 648. 30 de noviembre de 1935.

⁶⁶⁸ ABC. 8 de Septiembre de 1937.



Niños en tratamiento en el Sanatorio de A Lanzada. Fondos del Archivo de la Diputación de Pontevedra.

Según los informes que se remitían de forma periódica desde el Sanatorio a la Diputación no se disponía de aparato de rayos X en el Sanatorio, siendo enviados para radiología a la clínica del Dr. Losada en la ciudad de Pontevedra. Todos los registros hallados son solicitudes de radiología osteoarticular (columna, caderas y miembros) habiendo sólo encontrado registro en la documentación en el archivo de una solicitud de radiografía de tórax.

Existían discrepancias de los resultados obtenidos con la terapia sanatorial.

Recoge Molero Mesa⁶⁶⁹:

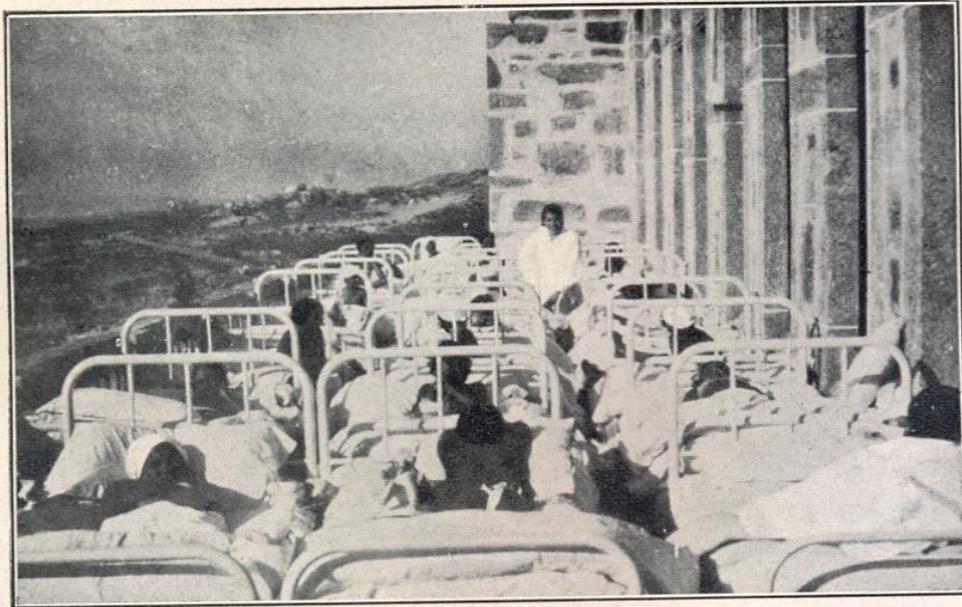
“En este sentido, Ferrán ante el Congreso de la Tuberculosis de Zaragoza, en 1908, justificó la disminución de la mortalidad de la forma siguiente: *Supóngase, con fundamento, que el resultado obtenido en Alemania ha sido debido al seguro obligatorio contra la tuberculosis, impuesto a los obreros, y a la creación de multitud de sanatorios, cuyo fin tiende, en realidad,, a poderle sacar mayor rendimiento a la máquina humana cuando está tísica.*

Espina y Capó, al comentar dicho congreso en el que se dio más importancia al dispensario, minimizó el papel del sanatorio y se alegró de que España no hubiese invertido sumas de dinero en estos centros como Alemania, donde según afirmó no se le habían sacado el rendimiento esperado.”

Según se recoge de la documentación a la que he tenido acceso en los Archivos de la Diputación de Pontevedra⁶⁷⁰ el 17 de Febrero de 1939 había ingresados 75 pacientes en el Sanatorio, en su gran mayoría vecinos de la provincia de Pontevedra, siendo sólo 5 de ellos de fuera de ella: uno de Zaragoza, uno de Madrid, otro de la provincia de La Coruña y dos de Orense. Según se recoge la fecha de los primeros ingresos es del 4 de Septiembre de 1933, 9 de los cuales permanecían ingresados 65 meses después. La estancia media de los ingresados en esa fecha era de unos 48 meses. No constan ingresos desde Enero de 36 hasta Febrero del 37.

⁶⁶⁹ Molero Mesa; J. (1989). *Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

⁶⁷⁰ Leg 440



Realizando los enfermos curas de sol en la azotea del Sanatorio.

Enfermos realizando curas de sol en el Sanatorio Gil Casares. Archivo de *El Correo Gallego*.

Sobre los resultados de curación tras el ingreso en la institución hemos tenido acceso al registro de altas desde el 1 de agosto de 1936 al 7 de octubre de 1939 se informa de la causa por la que cursaron alta: de un total de 73 enfermos, 58 lo hicieron por curación, 9 a petición propia o de las familias, 5 por defunción y uno por mejoría, lo que supondría una curación del 79%.



Imagen del Sanatorio de A Lanzada. Sin datación exacta. Años 30. Archivo de Imágenes de la Diputación de Pontevedra.

Sin embargo en nota de *ABC* de 1937⁶⁷¹:

“El resultado curativo es verdaderamente halagador. Alcanza el treinta y cinco por ciento. Es, sin duda, el mayor porcentaje obtenido entre todos los sanatorios marítimos de España.

(...) En la playa de La Lanzada hay unos magníficos solariums en los que se alinean las camas de un centenar de niños, gozosos de poder verse libres de sus deformidades físicas. La acción de los rayos solares y el aire marero vivifican sus organismos... Pero hay otros muchos centenares de niños deformes que esperan ser acogidos en el benéfico establecimiento. Hace falta ampliar su cabida.

No lo olvidéis: La Lanzada, frente al mar de Arosa, marginado por paisaje de ensueño; frente a ese mar que es espejo del paraíso.”⁶⁷²

⁶⁷¹ *ABC*. Miércoles, 8 de septiembre de 1937. Pág. 19.

⁶⁷² En esta fecha la dirección técnica del establecimiento estaba al cargo del Dr. Casais Pedriñas.

Independientemente del porcentaje de curaciones exacto que se conseguía en el sanatorio, lo que es de destacar es que, en contraposición de lo que se buscaba con el internamiento en sanatorios marítimos con campamentos estivales, que era básicamente un robustecimiento del niño débil o escrofuloso acompañado de un componente educacional lo que se pretendía era conseguir la curación de la enfermedad, de ahí la diferente forma de mostrar los resultados terapéuticos. De hecho, en 1912:

“Los resultados físicos, que son los más interesantes y fáciles de apreciar, se evidencian en la ficha de cada chico. De ellos resulta que el término medio de aumento de peso en los veinticinco niños primeramente ingresados fue de dos mil setecientos cuarenta y siete gramos, y en las veinticinco niñas de dos mil quinientos treinta gramos, correspondiendo respectivamente, al día veintinueve y treinta y un gramos.

No hubo ningún caso de estacionamiento. En la talla el promedio de aumento en niños y niñas fue de diez y seis milímetros.

Once niños ingresaron en el Sanatorio en las postrimerías de la temporada, no permanecieron en él más de once días y, sin embargo, sus aumentos de peso fueron de dos mil doscientos un gramos. Tan extraordinario aumento sólo se explica porque estos once niños, a su ingreso en el Sanatorio, se encontraban muy agotados por un exceso de trabajo durante el verano, como pertenecientes a la banda de música del hospicio, que en aquella temporada de fiestas se multiplicó para asistir a todas ellas.

(..) Lo propio ocurrió con el aspecto general de los niños, lenta y gradualmente también fueron coloreándose sus mejillas y mucosas, y en sus semblantes fue apareciendo la alegría propia de su edad; y a medida que el tiempo pasaba y la estancia en el Sanatorio dejaba sentir su influencia sobre ellos, bajo múltiples aspectos de clima delicioso, de aire puro de mar, de alimentación sana y abundante y de medio moral en el que se desenvolvía su inteligencia, esta alegría de vida se hacía cada vez más intensa, traduciéndose en el mayor contento

de los niños, en su mayor movilidad y en explosiones de risa por cualquier motivo.”⁶⁷³



Camino de acceso desde directo del Sanatorio a la playa, por debajo de la carretera, que utilizaban los niños para realizar los baños de mar. Estado actual. Fotografía de la autora.

⁶⁷³ El sanatorio marítimo de Oza. *España Médica*. 20/07/1912.

X. CONCLUSIONES

1. Gil Casares desarrolló toda su actividad clínica, investigadora y docente en Galicia, con excepción de sus viajes científicos, territorio con especiales características sociodemográficas. Debido a ello sus estudios tienen un carácter regionalista y como consecuencia, él mismo concluye que sus teorías no sean extrapolables al resto de España o del mundo y que la lucha antituberculosa en Galicia debería tomar un camino propio. De acuerdo con esta postura se muestran otros tisiólogos gallegos como Hervada García, Fraga Lago o Peña Novo.
2. Defendía la herencia como principal método de transmisión de la tuberculosis. Aunque en sus primeros textos se muestra contagionista, la observación clínica de años lo llevó a ponerse en contra de esta corriente. Su diferencia de opinión con la cúpula del Real Patronato y la crítica por la ineficacia de las medidas higiénicas recomendadas, lo enfrentó con los tisiólogos más importantes como Verdes Montenegro, Codina Castellví, Palacios Olmedo o Espina y Capó. En sus trabajos de finales de los veinte, esta teoría sigue madurando hacia la convicción de una predisposición hereditaria, del germen y el terreno. Nunca negó la posibilidad del contagio, aunque le otorgase a éste una menor importancia en la transmisión, a pesar de que los contagionistas con los que se mostraba en desacuerdo dijese de él lo contrario.
3. En estrecha relación con la teoría de la herencia está la defensa de la eugenesia. En un contexto con un importante trasfondo eugénico, promovido desde el Real Patronato por figuras como Malo de Poveda, Gil Casares no se separa de esta corriente. Lo diferenciador de su teoría son las distintas medidas a tener en cuenta con la tuberculosis y la lepra. Pese a ser enfermedades que analizaba en paralelo debido a la similitud del agente causal y a que consideraba compartían mecanismo de transmisión, mantiene dos posturas que van de uno a otro extremo del discurso eugénico: desde un suave consejo prematrimonial en el caso de la tuberculosis, al aborto en descendientes de afectos de lepra.
4. Consideraba el retorno migratorio como la causa principal del aumento de incidencia de la tuberculosis en Galicia hasta un 30 por ciento de los casos. Aunque no disponía de estadísticas de las últimas décadas del s. XIX, se apoyaba en observaciones poblacionales, de aparición de la enfermedad en núcleos aislados donde hasta el momento no era conocida y aumento de la incidencia en lugares donde ya existía, fundamentalmente por casos importados de Latinoamérica.

5. Coincide la segunda década de los años veinte con un período de inversión del flujo migratorio debido a la crisis sufrida en los principales países de recepción de emigración gallega. Se aportaba la estadística que entre un 60 y 80 por ciento de los retornados en tercera clase volvían con tuberculosis. Sería pionero en poner de manifiesto este fenómeno exclusivo de Galicia cuyas primeras observaciones datan de 1912. Con excepción de algunas regiones de la cornisa cantábrica por similares causas y del archipiélago canario, donde los casos importados eran en muchos casos causados por un turismo de salud, pues el clima de las islas era recomendado desde el Real Patronato como especialmente favorable para el tratamiento de la enfermedad. Estas teorías serían corroboradas años después por el mayor estudio epidemiológico sobre tuberculosis en Galicia en el primer tercio del siglo XX, realizado por Hervada García a través de entrevista a decenas de médicos rurales y que fue publicada en 1924.

Para frenar este fenómeno, Gil Casares lejos de desaconsejar la emigración, que consideraba un hecho muestra de pujanza de la raza, defendía la creación de escuelas para emigrantes donde fuesen adoctrinados en medidas de higiene y donde aprendiesen un oficio que aumentase las posibilidades de obtener un trabajo como obrero especializado en ultramar. También solicitaba a los médicos americanos que aconsejasen el retorno a la Patria con la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad para aumentar las posibilidades de curación y la creación de hospitales para retornados cercanos a los principales puertos marítimos por los que hacían su entrada.

6. Gil Casares consideraba vital el diagnóstico temprano de la enfermedad. Para ello sugería aumentar las capacidades clínicas de exploración, mediante la auscultación y la percusión por considerarlas al alcance de todo clínico. No hizo modificaciones de interés en ninguna de ellas pero sí difundió métodos como el de percusión de los vértices pulmonares de Krönig para la detección de lesiones apicales iniciales de tuberculosis.
7. Fue el principal promotor del Gabinete de radiología de la Universidad de Santiago de Compostela, que datamos con fecha de enero de 1900. Es por tanto, uno de los primeros servicios de radiología en entrar en funcionamiento en el territorio español. Realizó posteriormente importantes gestiones de mejoría y mantenimiento del mismo.
8. Realizó ensayos con el Fluoruro sódico para el tratamiento de la tuberculosis. Aunque fueron iniciados por vía hipodérmica para todas las variantes de la enfermedad, alentado por los resultados obtenidos por Erlich con la administración parenteral del salvarsán, modificó la vía por la endovenosa. Aunque entre 1908 y 1910 publica varios artículos al respecto en los que recoge mejorías clínicas e incluso casos de curación mediante la administración del

fármaco, no hemos hallado referencias del propio Gil Casares con posterioridad a 1912, por lo que suponemos debió abandonar el estudio. Tampoco más allá de 1917 es referenciado por otros autores, fecha en la que Novo Campelo y Villarino Ulloa le reconocen un resultado escaso. Clasificamos el fluoruro de sodio en el grupo de fármacos heterodoxos que aparecieron en las dos primeras décadas del siglo XX ante el fracaso como tratamiento de la tuberculina de Koch.

- 9 Durante sus años en activo tienen lugar en España las primeras campañas de vacunación antituberculosa, usándose de forma paralela la BCG y la antialfa de Ferrán. Aunque no hemos encontrado documentación que haga referencia al uso de ninguna de ellas por Gil Casares, realiza declaraciones mostrándose a favor de la inmunización y de las teorías de Ferrán. La postura que mantuvo fue la de permanecer a la espera de la aparición de datos concluyentes del mismo modo que otros reconocidos fisiólogos como Verdes Montenegro.
10. Fue un importantísimo difusor de la técnica del neumotórax terapéutico. Comenzó a utilizar este método alrededor de 1923, época en la que también era realizado en otras ciudades gallegas como en A Coruña y casi de forma simultánea a la expansión de la técnica en las grandes urbes españolas. Debido a la importante dispersión geográfica, parte de los pacientes por él tratados y que habían mejorado, abandonaban el tratamiento. Para ello aconsejaba el aprendizaje de la técnica a médicos rurales y adiestró a sus alumnos universitarios en la misma.
11. Fue el promotor y presidente del Primer Congreso Antituberculoso Regional Español celebrado en A Toxa en octubre de 1925, sólo cuatro semanas después de la Conferencia de La Fuenfría a donde habían sido invitados todos los médicos de la lucha antituberculosa oficial para intentar recanalizarla, ya que reconocían que las medidas utilizadas hasta el momento habían sido un fracaso. La defensa de la herencia como mecanismo de contagio y el espíritu crítico del Congreso con el Real Patronato llevaron a que en los meses previos a su celebración tuviese lugar un intento de boicot desde la cúpula de éste, fundamentalmente a través de la prensa, llegando a solicitar al Gobierno que se impidiese la celebración del mismo.
12. Promotor del Sanatorio antituberculoso de A Lanzada, indicado para tuberculosis extrapulmonar infantil. La localización sería determinada dadas las especiales condiciones de temperatura, humedad y vientos predominantes en las Rías Bajas y la cercanía de la Isla de A Toxa, con aguas medicinales de reconocidas propiedades antiescrofulosas. La creación del Patronato, del que fue presidente, data del 11 de julio de 1926. Gil Casares estuvo al frente de todas las gestiones para su puesta en marcha y creación. Falleció en 1931, pasando a la

presidencia del Patronato su hermano Felipe. El sanatorio entraría en funcionamiento en 1933, dos años después. En su memoria, el sanatorio que inicialmente iba a llamarse Príncipe de Asturias, pasó a llevar su nombre.

Por todo ello:

Afirmamos que Gil Casares desarrolló una DOCTRINA TISIOLÓGICA propia, realizando aportaciones de interés tanto a nivel de estudios epidemiológicos y mecanismo de enfermar, de diagnóstico –clínico y a través de pruebas complementarias- y al tratamiento tanto médico, quirúrgico como sanatorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaide de la Oliva; M. (1927). *Sanocrisinoterapia*. Tesis doctoral. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago.
2. Alexander, H.; Baer, G. (1935) *Tratado práctico de tuberculosis*. Barcelona: Editorial Labor, S.A. 477 págs.
3. Álvarez Blázquez, D. (1973). *Apuntes biográficos de médicos gallegos*. Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Granada; 24-26 de abril de 1973.
4. Álvarez Sierra, J. (1931). *La vacunación antituberculosa en general. Cómo se practica*. Barcelona; Editorial Labor. 135 págs.
5. Álvarez Sierra, J. (1944). *Doctor Ferrán*. Madrid; Editora Nacional. 362 Págs.
6. Álvarez-Sierra, J. (1945) *Doctor Cortezo*. Madrid: Gráficas Uguina.
7. Álvarez-Sierra, J. (1968). *Historia de la medicina madrileña*. Madrid; Editorial Universitaria Europea.
8. Andrade, J. (1935) La tónica espiritual del sanatorio marítimo de La Lanzada. *Vida Gallega*. Año XXVII. Núm. 648. 30 de noviembre.
9. Anónimo (1896). *Reglamento del Ateneo León XIII*. Aprobado en Junta General de 20 de octubre de 1895 y reformado en noviembre de 1896. Santiago; Imprenta de José M. Paredes.
10. Anónimo. (1924) As conferencias do Circo. A de Gil Casares. *A Nosa Terra*. Año VIII. Núm. 196. 1 de enero.
11. Anónimo (1925) *Panfleto para la creación del Sanatorio de Cesuras*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.
12. Anónimo (1925) El Congreso Antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Septiembre 1925.

13. Báguena Cervellera, M. J. (1992). *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach. 115 págs.
14. Báguena Cervellera, M. J. (2011). Los saberes en torno a la tuberculosis en Valencia a través de la prensa médica. *El argonauta español*. Núm. 8. [<http://argonauta.revues.org/112>]
15. Baroja, P. (1933). El tema sexual en la literatura. Conferencia leída en la Facultad de Medicina con motivo de las Jornadas Eugénicas Españolas. *España Médica*.- Núm. 633. Pág. 11-13.
16. Beiras García, E. (2012) *El arte del agua. Compostela y sus fuentes públicas monumentales de la Edad Media al siglo XX*. A Coruña; Ineditor, Grupo Towers.
17. Beldarraín Chaple, E. (1998). Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. Núm. 24. Págs. 97-105.
18. Boas, I. (1902). *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago según el estado actual de la ciencia*. Prólogo de Eduardo Moreno Zancudo Cuarta edición, corregida y aumentada, traducida por Rafael del Valle y Miguel Gil Casares. 2 vol. Madrid; Nicolás Moya. 471 págs.
19. Bugallo Sineiro, J. (1934). Miguel Gil Casares (Breve memoria de su vida y sus obras). *Trabajos de la Cátedra de Historia de la Medicina*. Madrid; Universidad Central. (Curso 1933-1934).
20. Buylla, A. (1902) *Cartilla de higiene social. El alcoholismo y la tuberculosis*. Oviedo: Imprenta La Comercial.
21. Bustinza Lachiondo, F. (1948) Prólogo de Gregorio Marañón. *De Koch a Waksman. La estreptomycinina y la lucha contra la tuberculosis*. Madrid; Espasa-Calpe. 269 Págs.
22. Cabrera Déniz, Gregorio M. (1992). *La Quinta de la Salud Nuestra Señora de la Candelaria. Un gran proyecto canario en Cuba*. Coloquios de Historia canarios. Cabildo de Gran Canaria. Casa de Colón. Págs. 881-691.
23. Caneda González, X. Sanatorio de A Lanzada. De Hospital para enfermos tuberculosos a centro de vacaciones. *Aunios*. Mayo de 2010.

24. Carro Otero, X. (1998). *Materiais para unha historia de medicina galega*. Santiago; Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.
25. Casares Gil, J. Sobre la presencia de Flúor en algunas aguas minerales. *Boletín de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona*. Vol. 1. Núm. 20. Abril de 1898.
26. Casares Gil, J. (1905). *Análisis químicos*. Barcelona; Editores Sucesores de Manuel Soler.
27. Castelo, R . Ponencia presentada al Congreso de Barcelona de 1929 de la Asociación española para el Progreso de las Ciencias en la Sección de Emigración. *La Medicina Canaria*. Año VI 30 de Noviembre de 1929. Pág. 2-7.
28. Castro de, J. R. (1933). *Sinfonía ácido resistente. Lucha antituberculosa*. Vigo; Imprenta La Competidora
29. Castro de, Luis. N. (1933). *Hombres rotos. La emoción, el dolor, la enfermedad, el deseo de vivir y la muerte de los tuberculosos*. Prólogo de José Verdes Montenegro. Madrid; Ediciones Ulises.
30. Cela, C. J. (2011). *Pabellón de reposo*. Barcelona: Austral. Del original del mismo título 1943.
31. Cerdeira, A. (1895). Un caso de difteria: de la clínica particular del profesor Jacobo Caldelas, tratado por el Dr. Gil Casares con los sueros antidiftéricos de Aronson y de Behring. *Revista de la Academia Médico-Quirúrgica Compostelana*. Núm.1. 1 de mayo de 1895. Pág. 115-117.
32. Clarín, L. A. (1983). *Una novela y ocho cuentos. El dúo de la tos*. Barcelona; Ed. Planeta.
33. Codina Castellví, J. Los recursos complementarios de los Sanatorios Antituberculosos. *El Ideal Gallego*. 25 de Julio de 1924. Pág. 13.
34. Cospedal (1912). Sanatorio Marítimo de Oza. *España Médica*. 29 de Julio 1912. Pág. 8-10.
35. Chejov, A. (1970) *Narraciones*. Madrid: Salvat editores.

36. Clavijo y Clavijo, S. (1914). *Tuberculosis en la marina de guerra. Nuevas orientaciones y reformas*. Madrid: Imprenta del Ministerio de Marina.
37. Conde Gómez, D.; Cifuentes Martínez, M.; Fernández Prieto, L. *Primeras actuaciones veterinarias frente a la tuberculosis en Galicia. (1900-1925). El papel de Juan Rof Codina*. [<http://histagra.usc.es/web/uploads/documents/file/52664e49d5cb0-primerasactuacionesveterinariasfrentelatuberculosisbovinaengaliciadef.pdf>] Consulta: 4/6/2015.
38. Dumas, A. (2010) *La dama de las camelias*. Madrid. Del original *La dame aux camélias*. (1848).
39. Eizaguirre, E. (1912). *Cartilla antituberculosa. Causas del contagio de la tuberculosis y medios de evitarlo*. San Sebastián: Imprenta de La Voz de Guipúzcoa.
40. Eleizegui, J. Un procedimiento para diagnosticar la tuberculosis. *Nuevo Mundo*. 2 de enero de 1908.
41. Ezquerria Baig, R. (1886). *Reseña y crítica de los trabajos verificados en el laboratorio sobre la infecciosidad y los microbios de la tuberculosis. Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, enfermedad contagiosa y parasitaria*. Tesis doctoral. Universidad Central.
42. Fehling, H. (1896) Importancia de la gonorrea en el embarazo, parto y puerperio. *Revista Médico-Quirúrgica Compostelana*. Año 2. Núm. 2. Pág. 24-26.
43. Feliu y Mensa, J. (1886) *La tisis bacilar en los animales, bajo el punto de vista de la higiene pública*. Conferencia presentada ante la Liga de los veterinarios de Gerona el 31 de mayo de 1886. Figueras; establecimiento tipográfico de M. Alegret.
44. Fernández Fernández, C. M. (2011). El Sanatorio de Cesuras en la lucha contra la tuberculosis en Galicia a principios del Siglo XX. *Anuario Brigantino*. Núm. 34. Pág.315-328.
45. Fernández-Florez, W. Los niños débiles. *ABC*. 20 de octubre de 1926.

46. Fernández Teijeiro, J. J. (2003) *Roberto Nóvoa Santos. La inmortalidad: dolor y saudade*. Sada; Ediciós do Castro.
47. Ferrán, J. Plan para un ensayo de inmunización contra la tuberculosis. I Congreso de Medicina. Exposición de Medicina e Higiene. *Suplemento a El Sol*. Pág. 24-25.
48. Ferrán, J. (1919). *Vacuna antituberculosa ó anti-alfa. Instrucciones para su empleo*. Barcelona; Instituto Ferrán. 8 págs.
49. Ferrán, J. (1920). *Las paradojas científicas de la tuberculosis y las consecuencias prácticas de su explicación*. Conferencia pesentada en la Asamblea Médica de Santander el 12 de agosto de 1920. Barcelona; Imprenta la Renaixensa. 31 págs.
50. Ferrán, J. (1923). *Las mutaciones bacilares en lo que afectan a la etiología, la patogenia, la profilaxis y la terapéutica de las infecciones pretuberculosas y a la tuberculosis*. Barcelona; Imprenta La Renaixensa.
51. Fita, F. (1880). *Recuerdos de un viaje a Santiago de Galicia*. Madrid; Imprenta de los Sres. Lezcano y Comp.
52. Fraga Irure, M. El Pneumotórax terapéutico. *El Ideal Gallego*. 25 de Julio de 1924.
53. Fraga Lago, E. (1915a). Algo de lucha antituberculosa. *Medicina Social*. Año V. Núm. 57. Barcelona. Pág. 129-133.
54. Fraga Lago, E. (1915b). ¿Acción social? *Medicina Social*. Año VI. Núm. 65. Barcelona. Pág. 61-66.
55. Fraga Lago, E. (1916). Una conferencia sobre tuberculosis. *Medicina Social*. Año VI. Núm. 62.
56. Fuster Siebert, M. Sisto Edreira, R. (1993-2005) *Gil Casares, Miguel*. En: *Diccionario Histórico das Ciencias e das técnicas de Galicia*. Sada. Edicións do Castro.

57. García Guerra, D. (1978). La asistencia hospitalaria en la España Moderna: el Hospital de Santiago. *Estudios de Historia social*. Núm. 7. Madrid. Octubre-diciembre. Págs. 289-327.
58. García Guerra, D. (1983). *El Hospital de Santiago (1499-1804)*. Santiago; Fundación Pedro Barrié de la Maza. 467 Págs.
59. Gasalla González, P. (1893). *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*. Tesis para el doctorado en la Facultad de Medicina Universidad Central. Lugo; Imprenta El Regional.
60. Gil Casares y Casares Gil. Artículo editorial. *Eco de Galicia*. La Habana. Año 12. Núm. 335.1 de mayo de 1918. Pág. 12.
61. Gil Casares, M. (1893). *Tratamiento higiénico de la tuberculosis*. Ejercicio de oposición al premio Extraordinario de la asignatura Clínica Médica 2. Inédito. AHUS. Leg. 528 exp. 3.
62. Gil Casares, M. (1894). *Del hematocele yuxtauterino*. Tesis para el doctorado en Medicina. Presentada y sostenida el 27 de Junio de 1894. (62 págs.) Madrid; Establecimiento tipográfico de Ricardo Fé.
63. Gil Casares, M. (1895). Novedades Médicas. *Revista de la Academia Médico-Quirúrgica Compostelana*. Núm. 9. Pág. 131-132.
64. Gil Casares, M. (1900). Un caso de hipertrofia unilateral de la cara y de la lengua. *Boletín de Medicina y cirugía*. Año II. Núm. 7. Pág. 147-151. También publicado en *Archives de Medicine des Enfants*.
65. Gil Casares, M. (1901a). El tratamiento por la luz (fototerapia). *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 2. Pág. 417-428.
66. Gil Casares, M. (1901b). Un caso raro de luxación del codo. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 2. Pág. 431-433. Publicado también como Ein seltener fall von Ellenbogenluxation. *Fortschritte auf dem gebiete del Röntgenstrahlen*. (Hamburgo). 6 de Junio. En la versión en alemana incluye tres radiografías que no aparecen en la versión española. Describe además las instalaciones del gabinete de Santiago.

67. Gil Casares, M. (1901c). Conferencias de radiología. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 2. Pág. 211-212.
68. Gil Casares, M. (1901d). Neumonía de forma tifoidea en un niño. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 5. Pág. 202-204.
69. Gil Casares, M. (1902a). *Las nociones zoológicas y patogenésicas que hoy tenemos de los hemosporidios maláricos ¿concuerdan con cuanto Sydenham y Bretonneau formularon acerca de las oportunidades de tiempo, dosis e insistencia respecto a la administración de la quina y sus derivados?* Memoria laureada con el primer Premio Dr. Gari por la Real Academia de Medicina de Zaragoza en 1901. Zaragoza; Andrés Hermanos.
70. Gil Casares, M. (1902b). Tic impulsivo y simulación en una niña. *Boletín del Ateneo Médico Escolar Compostelano*. Núm. 2. Pág. 337-342.
71. Gil Casares, M. (1904). Capítulo Lepra de: Gerhardt, D.; Mering, Joseph von et al. (1904-1905) *Tratado elemental de patología interna* escrito por D: Gerhardt (et al.) bajo la dirección del Dr. J.v. Mering; versión directa de la segunda edición alemana por M. Gil Casares, con un prólog del Dr. A. Simonena y Zabalegui. 3 vols. Santiago; Tipografía Galaica.
72. Mering, J. von. (1921-1922) *Manual de Medicina Interna* bajo la dirección de Krehl, L. 3 edición española corregida y mejorada, traducida de la undécima de la alemana por Miguel Gil Casares.
73. Gil Casares, M. (1905a). La Toja y sus productos. *Galicia. Revista Semanal Ilustrada*. La Habana. Año 4, Núm. 35. Pág.1-2.
74. Gil Casares, M. (1905b). *Memoria historio-científica de las aguas minerales de Sela (Arbo-Pontevedra)*. Inédito. Archivo familia Gil-Casares.
75. Gil Casares, M. (1905c). Sobre la acción acumulativa de la digital y el modo de evitarla. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Núm. 892.
76. Gil Casares, M. (1905d). Disentería, absceso hepático y pleuritis. *La Clínica Moderna*. Marzo. Zaragoza.

77. Gil Casares, M. (1906a). El caso de mi hijo. *La Clínica Moderna*. (Zaragoza). Núm. 46. Pág. 40-43.
78. Gil Casares, M. (1906b). Sobre la percusión levísima del corazón. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Núm. 919. Pág. 247-254.
79. Gil Casares, M. (1907a). Sobre la neurosis gastro-cardíaca. *Revista Gallega de Medicina*. Núm.1. Pág. 5.
 - Artículo con mismo título publicado también en la *Revista clínica de Madrid* en 1909. 2, Pág. 131-140.
80. Gil Casares, M. (1907b). Úlcera gastroduodenal. *Revista Gallega de Medicina*. Núm.1. Pág. 25.
81. Gil Casares, M. (1908a). *Historia clínica de la Dama de las Camelias*. Discurso leído en el Ateneo León XIII el día 11 de abril de 1908. Santiago; El eco de Santiago Reimpreso por los alumnos del autor en 1918.
82. Gil Casares, M. (1908b). *Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico*. Comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza. Santiago: El Eco de Santiago.18 págs.
83. Gil Casares, M. (1908c). Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar con inyecciones intravenosas de disolución de fluoruro sódico. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. Pág. 102-108.
84. Gil Casares, M. (1908d) *Traitement de la tuberculose par les injections intraveineuses de fluorure de sodium*. Comunicación verbal a la Société de therapeutique de París. Recogida por Georges Rosenthal para el Boletín de la misma. Tomo XII, 11 de Noviembre de 1908. Pág. 825-828.
85. Gil Casares, M. (1909). Tratamiento de la tuberculosis pulmonar crónica con inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. (Madrid). Año XXXIII. Tomo LXXXIII, pág. 129-133.

86. Gil Casares, M. (1910a). Cuatro casos de invaginación intestinal crónica. *Revista clínica de Madrid*. Núm. 4. Pág. 49-55. También con el mismo título en *España Médica*. 2 de agosto de 1916, donde dice que procede de *La Terapéutica del Clínico*.
87. Gil Casares, M. (1910b). *Resultados del tratamiento con las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico en la tuberculosis pulmonar crónica*. Comunicación presentada al Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en Barcelona. Santiago; El Eco de Santiago. 15 pág.
88. Gil Casares, M. (1910c). *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*. Comunicación presentada al primer Congreso Internacional de la Tuberculosis en Barcelona y laureada con el Diploma de Honor. Santiago; El Eco de Santiago. 18 Pág.
 - También en 1912 en *I Congreso Español Internacional de la tuberculosis*. Barcelona. 22 de Octubre. Barcelona; Serra Hnos. y Russel. Pág. 547-564.
89. Gil Casares, M. (1912a). *Nota sobre un nuevo método de percusión (percusión resonante)*. Comunicación presentada al segundo Congreso Internacional de la tuberculosis en San Sebastián. Laureada con Diploma de Honor. Santiago; El Eco de Santiago. 6 pág.
90. Gil Casares, M. (1912b). *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*. Comunicación presentada al II Congreso Español Internacional de la Tuberculosis en San Sebastián. Santiago; El Eco de Santiago. 16 pág.
 - También como comunicación a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis en octubre de 1912.
91. Gil Casares, M. (1912c). Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar. Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. Núm. 28. Pág. 363-369.

92. Gil Casares, M. (1912d). *Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos*. Comunicación presentada a las Sesiones Científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis. Liga Popular contra la Tuberculosis. Trabajos del Dispensario Antituberculoso María Cristina de Madrid. Madrid; Imp. Y Encuad. de V. Tordesillas. Pág. 299-315.
- También como folleto en 1912: Comunicación a las sesiones científicas de la Liga Popular contra la Tuberculosis, en Madrid, octubre de 1912. Las oscilaciones espontáneas y provocadas de la temperatura en los tuberculosos en 1912. Santiago; *El Eco de Santiago* 15 pág. y en *Revista Clínica de Madrid* Núm. 9. Pág. 14-26.
93. Gil Casares, M. (1912e) Diestros y zurdos. *La correspondencia gallega*. 3 de abril de 1912.
94. Gil Casares, M. (1913). *El clima de las Costas Gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja*. Ponencia presentada al IX Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología. Madrid, octubre de 1913. Bilbao: Imprenta Lit. y Enc. de Eléxpuru Hermanos. 28 pág. 2 mapas.
95. Gil Casares, M. (1913a). La tuberculosis en Galicia. ¿Por qué aumenta? *Suevia*. Núm. 9. Pág. 13.
96. Gil Casares, M. (1913b). Capítulo de enfermedades de los bronquios, de los pulmones y de las pleuras. En Hernando, Teófilo; Marañón, Gregorio. *Manual de Medicina Interna*. 1 ed. Librería de Gutemberg de José Ruiz.
97. Gil Casares, M. (1914). Tratamiento de la tuberculosis, por las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico. *La Escuela de Medicina*. Órgano de los intereses de la Facultad de Medicina y de Farmacia. Guatemala. Tomo XVIII. Núm. 11. Pág. 157-160.
98. Gil Casares, M. (1915). Sobre el tratamiento de las hemoptisis. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. Pág. 148-153.
99. Gil Casares, M. (1916a). Exposición y predisposición a la tuberculosis. *La Medicina Social Española*. Pág. 641-649.
- También en *Semana Médica* (Buenos Aires). Núm. 24. Pág. 534-537.

100. Gil Casares, M. (1916b). Tratamiento de la afonía histérica. *La Terapéutica del Clínico*. 1, 2 de agosto.
- También con el mismo título en *España Médica*. 2 de agosto de 1916, donde dice que procede de *La terapéutica del clínico*.
101. Gil Casares, M. (1917a). A propósito de un caso de hernia diafragmática. *El siglo médico*. Madrid. Pág. 186-189
102. Gil Casares, M. (1917b). Tratamiento de la infección malárica. *La terapéutica del clínico*. Núm. 26.
103. Gil Casares, M. (1918a). Un nuevo método para el examen del pulso. Galicia Médica. *Revista de Medicina y Clínica Experimental*. Febrero. Pág. 31-36.
- Resumen de la conferencia que impartió el 8 de febrero en el Patronato de los Luises de Santiago de Compostela y que José Deulofeu publicó en Gaceta de Galicia (Santiago de Compostela). Núm. 35. Pág.1.La autoría del artículo no es precisamente de Gil Casares. Nóvoa Santos, director de la revista, se queja de que Gil Casares no hubiera remitido personalmente el texto de la conferencia a la revista.
104. Gil Casares, M. (1918b). Sobre un nuevo método fotográfico para el examen del pulso. Conferencia dada el 1 de Marzo de 1918 en la Real Academia Nacional de Medicina. *El siglo médico*. (núm. 3367) 493-; (núm.3368), 514-516; (núm.3369), 534-536; (núm.3370), (núm.3367) y (núm. 3370)
105. Gil Casares, M. (1918c). Un nuevo caso registrador del pulso. *Policlínica. Revista de Medicina, Cirugía y Especialidades*. (Valencia). Mayo. Núm. 65. Pág. 325-354 y junio.
106. Gil Casares, M. (1918d). Sobre un nuevo método gráfico para el examen del pulso. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. (Madrid). Mayo. Núm 165. Pág. 343-347.
107. Gil Casares, M. (1918e). Sobre Palografía y palogramas (Réplica al Dr. A. Mut). *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. (Madrid). Diciembre. Núm. 172. Pág. 401-412.

108. Gil Casares, M. (1918f). Un nuevo método fotográfico para el estudio del pulso. *La Medicina Íbera*. Núm. 3. Pág. 289-290.
109. Gil Casares, Miguel (1918g). Génesis de las ondas catacróticas del pulso. *El Siglo Médico*. Núm. 3372-3373. Pág. 587-589.
110. Gil Casares, M. (1918h). Morfología de algunos palogramas característicos. *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Octubre. Núm. 39.
111. Gil Casares, M. (1919a). Estudio palográfico del esfuerzo ventricular y del pulso arterial. *La Ilustración. Revista de Ciencias y Artes*. Núm. 221. Pág. 179-180.
-Comunicación presentada al I Congreso Nacional de Medicina en Madrid. Santiago, 1919. Impreso en Septiembre de 1918.
112. Gil Casares, M. (1919b). Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*. (Madrid). Núm. 184. Pág. 415-425.
También como folleto: Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos. Santiago de Compostela; *El Eco Franciscano*. 31 pág.
113. Gil Casares, M. (1920a). Eine neue form von herzarhythmie. *Deutsche medizinisches wochenschrift* (Leipzig-Berlín). Núm. 30. Pág. 821-821.
114. Gil Casares, M. (1920b). Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. Madrid. Núm. 186. Pág. 97-107.
115. Gil Casares, M. (1920c). Sobre la obliteración del pericardio. *El siglo médico*. Madrid. Núm. 3491. Pág. 837-843.
116. Gil Casares, M. (1920d). Sobre una nueva forma de arritmia cardiaca. *Archivos de cardiología y hematología*. Núm. 2. Pág. 110-114.
117. Gil Casares, M. (1920e). Palogramas de bloqueo atrioventricular completo. *Unión Médica de Morata de Giloca*. 7 pág.
118. Gil Casares, M. (1921a). Estudio palográfico de la insuficiencia de las válvulas aórticas. *Revista médica de Hamburgo*. Núm. 45.

- También el *Archivos de Cardiología y Hematología* (se recoge este dato de una cita que da Gil Casares en Palogramas de pulso dícroto en lo tuberculosos, no da dato del número de revista ni fecha).
119. Gil Casares, M. (1921b). Algunos detalles sobre la técnica, peligros e indicaciones del neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 1. Pág. 2-7.
120. Gil Casares, M. (1921c). Palografía del pulso dícroto en los tuberculosos. *Archivos Españoles de Tisiología*. Núm. 3. Vol. 1. Barcelona. Pág. 1-9.
121. Gil Casares, M. (1921d). Encefalitis letárgica. *Revista Médica Gallega*. Año 1. Núm. 1. Pág. 144-146.
122. Gil Casares, M. (1921e). Capítulo Lepra. Firmado conjuntamente con Albela Ande, D. En Fernández Martínez, F. (Dir.) *Tratado Ibero-Americano de Medicina Interna*. Vol. 1. Madrid; Editorial Plus Ultra. Pág. 239-271.
123. Gil Casares, M. (1922a). Capítulo Lepra, elephantiasis graecorum, mal de San Lázaro en el *Manual de Medicina Interna de Mering-Krehl*. 3 edición española corregida y mejorada, traducida de la alemana. Ed. Ruíz Hermanos; Madrid.
124. Gil Casares, M. (1922b). Sur un nouvelle méthode graphique d'enregistrement du pouls. *Archives De Maladies Du Coeur*. Pág. 49-59.
125. Gil Casares, M. (1922c). Estudio de la respiración cardio-vesicular. *Revista Médica Gallega*. Núm. 2. Pág. 33-38.
126. Gil Casares, M. (1923a y 1925). Capítulos de Enfermedades de los bronquios, de los pulmones y de las pleuras. *Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón*. Madrid.
127. Gil Casares, M. (1923b). Acerca de la taquicardia paroxística. *La medicina germano-hispanoamericana*. *Revista Mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades*. Núm. 48. Pág. 17-20
128. Gil Casares, M. (1923c). O problema do galego. *Rexurdimento*. Pág. 72.
129. Gil Casares, M. (1924a). Sobre la génesis del ruido de galope. *Revista ibero-americana de ciencias médicas*. Núm. 237. Pág. 217-229.

130. Gil Casares, M. (1924b). *Manual de Palografía fisiológica y clínica: cardiogramas, flebogamas, arteriogramas*. Prólogo del Profesor Dr. L. V. Krehl. Madrid; Ruiz Hermanos. 218 pág.
131. Gil Casares, M. (1925a). Capítulo de enfermedades de los bronquios, de los pulmones y de las pleuras. En Hernando, Teófilo; Marañón, Gregorio. *Manual de Medicina Interna*. 2 ed. 3 vols. Librería de Gutemberg de José Ruiz.
132. Gil Casares, M. (1925b). *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*. Comunicación presentada al Primer Congreso de la Lucha Antituberculosa en Galicia celebrado en La Toja y Mondariz los días 2 a 6 de octubre de 1925. Publicada en Santiago; *El Eco de Santiago* y *El Siglo Médico* Núm. 3372. Pág. 587-589.
133. Gil Casares, M. (1925c). Acerca de la técnica del neumotórax provocado. *La Medicina Ibera*. Año IX. Tomo XIX, Núm. 377. Volumen I. Pág. 77-82.
134. Gil Casares, M. (1925d). Estudio sobre la lepra. *Revue de l'UMFIA* (Union Médicale Franco-Ibero-Américaine). Pág. 31-33.
135. Gil Casares, M. (1926a). Neumotórax artificial y pleuresías. *La Medicina Íbera*. Año X. Núm. 459. Tomo XX. Pág. 129-133.
136. Gil Casares, M. (1926b). Tratamiento de la afonía histérica. *La Terapéutica del Clínico*. Año 1. Núm. 2.
137. Gil Casares, M. (1927a). El galope del corazón. *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Pág. 391-404.
138. Gil Casares, M. (1927b). Algunas formas de bloqueo atrioventricular incompleto. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. Pág. 59-66.
139. Gil Casares, M. (1927c). Morfología de los arteriogramas de la hipotensión y de la hipertensión. *Archivos de Cardiología y Hematología*. Pág. 1-9.
140. Gil Casares, M. (1928a). Síncope, shock y colapso. *Revista española de Medicina y Cirugía*. Pág. 65-70.
141. Gil Casares, M. (1928b). *Crónicas de un viaje a la Habana*. Santiago; Tipografía El Eco Franciscano. 71 págs.

142. Gil Casares, M. (1929a). Las ondulaciones del pulso arterial. *El Siglo Médico*. Núm. 3197. Pág. 57-62.
143. Gil Casares, M. (1929b). Capítulo Aspectos de la lucha antileprosa. En *Libro homenaje a Marañón*. Madrid; Editorial Paracelso. Pág. 513-521.
144. Gil Casares, M. (1929c). *El neumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar*. Colección Marañón. Barcelona; Imprenta La Neotipia. 160 pág.
145. Gil Casares, M. (1929d). El bicarbonato sódico en las pielitis. *Revista Española de Medicina y Cirugía*.
146. Gil Casares, M. (1929e). Capítulo Aspectos de la lucha antileprosa. En *Libro Homenaje a Marañón*. Pág. 513-521.
147. Gil Casares, M. (1929-1930a). Capítulo Sobre la pluralidad de los tonos del corazón. En *Libro homenaje a Goyanes*. 92 autores españoles y extranjeros, 87 trabajos científicos y literarios, 313 grabados en negro y colores. Madrid; *Gaceta Médica Española*. Pág. 553-559.
148. Gil Casares, M. (1930b). Sobre el asma cardíaco. *El Siglo Médico*. Núm. 3973. Pág. 101-103.
149. Gil Casares, M. (1930c). Médicos clínicos y científicos. *Revista Española de Tuberculosis*. Núm.3. Pág. 399-402.
150. Gil Casares, M. (1931-1932). Estudios fundamentales de cardioclínica. *Galicia clínica*. Pág. 438-447; 563-569; 633-637; 695-70(1931) y 81-88; 143-146; 191-195; 264-267; 319-326; 375-381 (1932)
151. Gil de la Peña, M. (1999). *El Profesor Miguel Gil Casares (1871-1931): sus aportaciones a la Tisiología y Cardiología*. A Coruña. Discurso para la recepción pública como Académico Numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Ed. Instituto de España. RAMYCGA.
152. Goldberg B. (1942) *Tuberculosis clínica*. Barcelona-Buenos Aires, Salvat Editores.

153. Gómez de Arteche, A. y Gómez de Arteche, G. (1936). *Neumotórax, neumoperitoneo, oleotórax, lavados pleurales al alcance de todo médico*. Sevilla; Imprenta del Arenal. 161 págs.
154. Gómez-Santos, M. (2001). *Gregorio Marañón*. Barcelona; Ed.Plaza y Janés.
155. González García, C. (1985). D. Miguel Gil Casares: Señor de la Medicina En: Figuras de la Universidad Compostelana. Rodríguez Cadarso, A. (Coord.). *El Correo Gallego*. 28 de Abril.
156. González Campo, J. (1910). *El estómago de los tuberculosos*. Ponencia presentada al Primer Congreso Español de Internacional de la tuberculosis. Barcelona 16-22 Octubre 1910. Madrid: Imprenta y encuadernación de V. Tordesillas.
157. Gourdin, A. H. C. (1862). *Tratamiento razonado de la tuberculosis*. Traducción de Varela de Montes y Recamán, J. Santiago; Imprenta de Jacobo Souto e Hijo.
158. Guimbail. Tratamiento eléctrico de la tuberculosis. Traducción anónima. *Revista Médica Gallega*. Año II. Núm. 4. 30 de diciembre de 1900.
159. Guitián Lapido, R. (1915). *Contribución al estudio de la tuberculosis. Valor clínico de la reacción de Moriz Weisz*. Santiago; Tip. de José María Paredes.
160. Gurriarán, R. (2006). *Ciencia e conciencia na Universidade de Santiago (1900-1940)*. Santiago; Universidade.
161. Gurriarán, R.; Otero Costas, X.; García Iglesias, J. M. (2014). *A galería de decanos da Facultade de Medicina*. Santiago; Servicio de Publicaciones USC.
162. Gutiérrez Moyano, A. (1925). *Necesidad de Hospitales u Sanatorios Antituberculosos en Galicia*. Conferencia presentada en la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. A Coruña; Imprenta Gareybarra. 30 Págs.
163. Gutiérrez Moyano, A. (1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Año II-Núm. 10. 15 de enero de 1930. Págs. 1-10.

164. Gutiérrez Moyano, A. (1933) La cirugía en la tuberculosis pulmonar. *Actas de las III Jornadas Médicas Gallegas*.
165. Gutiérrez Moyano, A. (1933a) La fimio-antitoxina en las tuberculosis. *Actas de las III Jornadas Médicas Gallegas*.
166. Gutiérrez Moyano, A. (1933b). Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Año V. Núm. 5. A Coruña, 5 de mayo de 1933.
167. Hervada García, E. (1922). *Lo que todos debemos saber de la tuberculosis*. Conferencia pronunciada en la Reunión de Artesanos de La Coruña en 22 de Enero de 1922. A Coruña; Imprenta Artística Riego de Agua.
168. Hervada García, E. (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Tipografía del Noroeste. 106 págs.
169. Hervada García, E. (1926) *Topografía Médica 1925-1926*.
170. Hervada García, E. (1933). Pseudotuberculosis pulmonar de origen cardíaco. *Actas de las III Jornadas Médicas Gallegas*
171. Hervada Iglesias, E. La tuberculosis en Galicia. *Galicia en Madrid*. Año II. Núm. 6. Julio-septiembre de 1983.
172. Insua Cabanas, M. (2002). *Arquitectura hospitalaria gallega de pabellones*. A Coruña: Servicio de Publicacións Universidade da Coruña.
173. Laín Entralgo, P. (1987). Nóvoa Santos en su generación Médica. *El Correo Gallego*. Santiago de Compostela, 6 de Julio.
174. Lomba, J.M. El doctor Gil Casares y la tuberculosis. *Gaceta de Galicia*. 13 de diciembre de 1908. Recogido de *Boletín Mercantil*, Puerto Rico, 1909.
175. López Sendón, M. (1939). *Trabajos del Sanatorio-enfermería antituberculoso provincial de Santiago de Galicia. (1938-1939)*. A Coruña; Imprenta Moret.
176. Lugo-Márquez, S. (2013). Una perspectiva heterodoxa de la historia de los medicamentos. Dinámicas de inclusión-exclusión de los sueros de Ravetllat-Plá en la España del primer tercio del siglo XX. *Dynamis*. Vol.33. Núm.1.

177. Malo de Poveda, B. (1926). *Actualidad permanente contra la tuberculosis (Dispensarios, Sanatorios y Colonias infantiles)*. Madrid; Imprenta de E. Giménez.
178. Mann, T. (2011). *La montaña mágica*. Barcelona: Liberdúplex. Del original *Der Zauberberg* (1924). Berlín.
179. Maragliano, E. (1895) .El ciclo térmico de las enfermedades infecciosas agudas. Traducción del alemán de Miguel Gil Casares. *Revista de la Academia Médico Quirúrgica Compostelana*.. Santiago de Compostela. Pág. 151-154.
180. Marañón, G. (1929) *Amor, conveniencia y eugenesia. El deber de las edades. Juventud, modernidad, eternidad*. Madrid: Editorial Historia Nueva. 226 págs.
181. Martín Espíldora, M. N. (1996). *Patricio Borobio y los inicios de la pediatría en Zaragoza*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
182. Martínez, M. Seguro Social contra la Tuberculosis. *El Ideal Gallego*. 25 de julio de 1924. Pág. 15.
183. Martínez Albiach, J.M.; Grnada Orive, J.I. (2008) Homenaje a un científico: el doctor D. José Lambea. 80 años de historia de un Servicio de Neumología. *Revista de patología respiratoria*. Vol. 11. Núm.3. Pág. 136-140.
184. Martínez, C. (1929). *El neumotórax artificial. Técnica e indicaciones*. Valladolid; Talleres tipográficos Cuesta.
185. Martínez, M. Seguro social contra la tuberculosis. *El Ideal Gallego*. 25 de Julio de 1924. Pág. 15.
186. Maurois, A. (1963). Prólogo de Marañón, G. *Fleming*. Madrid; Ediciones Cid. 3 ed. 318 págs.
187. Millán Suárez, J.E. (2001). *Historia de la radiología en Galicia*. Tesis doctoral. USC.
188. Mocek, R. (1999). *Socialismo revolucionario y darwinismo social*. Madrid: Ediciones Akal.
189. Molero Mesa, J. (1987). *Estudios médicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

190. Molero Mesa, J. (1989a). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Dynamis*. Vol. 9. Págs. 185-223.
191. Molero Mesa, J. (1989b). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1836)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
192. Molero Mesa, J. (1990). La vacunación antituberculosa. *Historia 16*, Núm. 172, Pág. 81-88.
193. Molero Mesa, J. (1991). La muerte blanca a examen: nuevas tendencias en la historiografía de la tuberculosis. Reseña ensayo. *Dynamis*. Vol. 11, pág. 345-359.
194. Molero Mesa, J. (1994). Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis*, Núm. 14. Pág. 199-225.
195. Molero Mesa, J. (2001). ¡Dinero para la cruz de la vida! Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. *Historia Social*. Núm. 39. Pág. 31-48.
196. Molero Mesa, J.; Jiménez Lucena, I. (2010) "Otra manera de ver las cosas". Microbios, eugenesia y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX. En: Miranda, M.; Vallejo, G. (Dirs.). *Darwinismo social y eugenesia. Derivas de Darwin: cultura y política en clave biológica*. Buenos Aires, Siglo XXI Ed Iberoamericana, pp. 143-164
197. Montes Santiago, J. (2008). Tuberculosis: una "negra sombra" en la vida de Rosalía de Castro. *Galicia Clínica*. Núm. 69- Pág. 45-49.
198. Mosteiro, S. O problema tuberculoso en Galicia. *A Nosa Terra*. Año XIV. Núm. 273. 1 de Julio de 1930.
199. Mur Sancho, J. (1898). *La herencia de la tuberculosis*. Tesis doctoral. Universidad Central.
200. Naya Pérez, J. (1998) *Estudios acerca de la familia Murguía-Castro*. A Coruña; Diputación da Coruña. 189 Págs.

201. Novo Campelo, A. (1925). El Congreso antituberculoso de La Toja. *Revista Médica Gallega*. Año 5. Núm. 9. Septiembre de 1925. *La herencia de la tuberculosis*. Tesis doctoral.
202. Novo Campelo, A. Vilariño Ulloa, R. (1935). *Tratado de Farmacología Experimental y Terapéutica*. 685 págs.
203. Nóvoa Santos, R. (1915). Las inyecciones intravenosas de Aurum-Kalium-cyanatum (cianuro áurico-potásico) en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Galicia Médica*. Año 3. Núm. 10. Pág. 293-297.
204. Nóvoa Santos, R. (1928). *Manual de Patología General*. Santiago; Tipografía El Eco de Santiago. 4 Ed.
205. O.M. (1928?). De la ética profesional. *Vida Nueva*. Págs. 53-55.
206. Oriol y Anguera, J. y A. (1944). *Historia de la tuberculosis*. Salvat Editores. Imprenta Hispano-Americana. Barcelona. 241 págs.
207. Palacios Olmedo, J. (1929) *Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar*. Madrid; Talleres Espasa-Calpe.
208. Pardo Bazán, E. (1991). *La quimera*. (primera edición 1905). Madrid; Ediciones Cátedra.
209. Peña Novo, P. (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. A Coruña; Tipografía del Noroeste. 203 págs.
210. Peña Novo, P. (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. A Coruña, Imprenta Moret. 120 Págs.
211. Pereira Figueroa, M (1986). *La Diputación de Pontevedra 1836-1986*. Pontevedra.
212. Pereira Poza, A. (1999) *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia (1900-1950)*. Sada: Edición do Castro.
213. Pérez Ardá, J. (1909). *Heredo-tuberculosis y su profilaxis*. Tesis doctoral. Universidad Central.
214. Pérez Lugín, A. (1928) *La casa de la Troya. Estudiantina*. Madrid; Librería y Casa Editorial Hernando. Del original del mismo título, 1915.

215. Plá y Armengol, R. (1924) *Contribución al estudio de la herencia de la tuberculosis*. Publicaciones del Instituto Ravetllat-Plá. Barcelona: Tipografía Emporium.
216. Plá y Armengol, R. (1926). *Breve noticia sobre la hemo-antitoxina Ravetllat-Plá y el Suero Ravetllat-Plá*. Barcelona; Instituto Ravetllat-Plá.
217. Ponte Hernando, F. J.; Rego Lijó, I.; Freijanes Morales, J. (2012). *La fuente de los Templarios. Un manuscrito inédito del Prof. Gil Casares y otros antiguos, de gran interés*. Cátedra de Hidrología médica USC-Balnearios de Galicia. Santiago; Unidixital.
218. Ponte Hernando, F. J.; Rego Lijó, I. (2012). *La locura y el bisturí. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*. Seminario Mayor Compostelano. Universidade de Santiago de Compostela.
219. Ponte Hernando, F. J. (2011). *La Diabetes Mellitus en la época y en la obra de Roberto Nóvoa Santos (1885-1933): Un análisis Histórico-Médico* Tesis doctoral.
220. Ponte Hernando, F. J.; Valle-Inclán Alsina, J. Prólogo de Glick, T. (2011). *Roberto Nóvoa Santos. Las primeras páginas*. Santiago; Servizo de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela.
221. Ponte Hernando, F. J.; Rego Lijó, I; González Castroagudín; S. (2015) *Los inicios de la Radiología en el Hospital de la Facultad de Medicina de Santiago*. En Actuaciones en la Innovación Educativa en la Docencia Universitaria de Radiología y Medicina Física. A Coruña; Ed. APURF.
222. Puente Domínguez, J.L. Retrato de Miguel Gil Casares. En: Figuras de la Universidad Compostelana. *Correo Gallego*. 28 de abril de 1985. Pág. 25.
223. *Reglamento general del Sanatorio de La Lanzada*. Archivo de la Diputación de Pontevedra.
224. Rico-Avello y Rico, C. (1969). *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*. Madrid. Ministerio de la Gobernación-Dirección General de Sanidad.

225. Río y Lara, E. del (1916) La lepra en Galicia. *Revista general de Enseñanza y Bellas Artes*. Año VII, Núm. 179. Madrid.
226. Rodríguez Castelao, A. (1974). *Nós*. Madrid; Ediciones Júcar.
227. Rodríguez Castelao, A. (1982). (La primera edición data de 1926). *Cousas*. Vigo; Editorial Galaxia.
228. Rof Codina, J. Los animales propagadores de la tuberculosis en Galicia. *El Ideal Gallego*. 25 de julio de 1925.
229. Rojí Acuña, I. (viuda de Martínez Anido) (1941). *Preservación de la infancia contra la tuberculosis (Obra Grancher)*. Madrid; Publicaciones “al servicio de España y del niño español. Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar. 15 Págs.
230. Romero Alonso, S. (1933) Sobre dos casos de toracoplastia extrapleural. *Actas de las III Jornadas Médicas Gallegas*.
231. Romero Vázquez, D. (1977). *Galería de médicos gallegos ilustres*. res. Prólogo del Dr. Domingo García-Sabell. A Coruña; Ed. Moret.
232. Ruiloba Quecedo, C. (2014). *Política y arquitectura sanitaria. El modelo nacional de sanatorio antituberculoso*. Ponencia presentada al XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina celebrado en Madrid en Junio de 2014. Ciudad Real; CRM Reprografía.
233. Sal Lence, J. (1907). *Herencia de la tuberculosis y profilaxis de la tuberculosis hereditaria*. Tesis doctoral. Universidad Central.
234. Sand, G. (1932). *Un invierno en Mallorca*. Palma de Mallorca: editor José Tous. Del original Un Hiver à Mallorca.
235. Sayé, L. (1925). *Manual de Medicina Interna. de Hernando y Marañón*. Capítulo Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. Madrid; Librería Gutenberg de José Ruíz.
236. Sayé, L. (1933). *Crisoterapia de la tuberculosis*. Salvat editores; Barcelona.
237. Simon, G.; Redeker, F. (1932). *Tratado práctico de tuberculosis infantil*. Madrid; editorial Morata. 751 págs.

238. Souto Beavis, J; Hortas, A. (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. Año V-Núm. 8. Pág. 365-376-
239. Suay Matallana; I. (2014) *Análisis químico y expertos en la España contemporánea: Antonio Casares Rodríguez (1812-1888) y José Casares Gil (1866-1961)*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
240. Sugrañes Bardagi, F.; Riera Vaquer, J. (1921). *Nuevas orientaciones en sueroterapia anti-tuberculosa*. Barcelona; Gisbert y Vives Impresores.
241. Varela González, I. (1989). *La universidad de Santiago (1900-1936)*. Sada-A Coruña; Ediciós do Castro.
242. Varela González, I. A Universidade de Santiago de Compostela e a Ilustración. *Grial*. Abril, Mayo, Junio de 1989.
243. Varela de Montes, J. (1859) *Piretología razonada. Filosofía clínica aplicada al estudio de las fiebres y de las calenturas*. Santiago; Imprenta de Jacobo Souto e Hijo. 599 págs.
244. Vázquez Barro, J. C. (1988). *Los orígenes de la otorrinolaringología en Santiago*. Tesis doctoral.
245. Velasco, L. de; Abello, J. (1941) *Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar*. Gráficas Uguina: Madrid.
246. Verdes Montenegro, J. (1914) *Cartilla contra la tuberculosis*. Real Dispensario antituberculoso María Cristina. Madrid: Establecimiento tipográfico de El Liberal.
247. Verdes Montenegro, J. (1923). Tratamiento de la tuberculosis pulmonar según las condiciones del caso. *Revista Médica Gallega*. Santiago. Año 3. Núm. 12.
248. Verdes Montenegro, J. (1925) *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos, Hijos de Santiago Rodríguez.
249. Verdes Montenegro, J. Valor sentimental y científico de un establecimiento destinado a la curación de enfermos procedentes de América. *El Ideal Gallego*. 24 de julio de 1925.

250. Vierordt, O. (1907). *Diagnóstico de las enfermedades internas fundado en los actuales métodos de exploración: manual para médicos y estudiantes*. 7 edición corregida y aumentada. Santiago de Compostela; Imprenta El Eco de Santiago. 788 pág.⁶⁷⁴
251. Vila Barberá (Junio, 1911). Sesiones científicas del Instituto Médico Sesión de día 28 de febrero y del 3 de marzo de 2011. *Anales del Instituto Médico Valenciano*. Núm. 6. Tomo XXIX (pág. 83-90).
252. Villabrille (1905). Actualidad médica. La tuberculosis. *Coruña Moderna*. Año I. Núm. 3.
253. VV. AA. *Reglamento del Ateneo León XIII*. Aprobado en la Junta General de 20 de Octubre de 1895 y reformado en Noviembre de 1896. Santiago: Imprenta de José M. Paredes.
254. VV. AA. Actas del primer congreso Internacional de la tuberculosis celebrada en Barcelona del 16 al 22 de octubre de 1910. Segundo folleto. 143 págs.
255. VV. AA. (1912) *Trabajos del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina*. Madrid: Imp. y encuadernación de V. Tordesillas.
256. VV. AA. (1912). *La lucha contra la tuberculosis en España*. II Congreso Español Internacional de la tuberculosis. San Sebastián. Madrid.
257. VV. AA. *La lucha contra la tuberculosis en España*. (1912). Congreso Internacional de Roma contra la tuberculosis. Madrid. 1912.⁶⁷⁵
- .
258. VV. AA (1919) *I Congreso Nacional de Medicina. Programa y conclusiones*. Madrid: Imprenta Gráfica Excelsior.
259. VV. AA (1923). *Archivos de Medicina, Cirugía y especialidades*.
260. VV. AA (1929). *Libro de actas de Jornadas Médicas Gallegas*. Madrid: instituto de Biología y Sueroterapia. Laboratorios Ibys y Thirf reunidos. 595 Págs.

⁶⁷⁴ En un "prólogo del traductor" Gil Casares Gil Casares glosa la figura de Vierordt, fallecido el 2 de septiembre de 1906.

⁶⁷⁵ Nota aclaratoria: en 1912 se publican en Madrid las memorias del Congreso de San Sebastián y Roma idénticas en su contenido, con el único cambio en el nombre del Congreso en la portada

261. VV. AA. (1929). Libro homenaje a Marañón. Madrid; Editorial Paracelso
262. VV. AA. Coordinado por Portela Silva, Ermelindo (2003). *Historia da cidade de Santiago de Compostela* Concello de Santiago, Consorcio da Cidade de Santiago de Compostela, Universidade de Santiago de Compostela.
263. VV. AA. (1929-1930) *Libro-homenaje a Goyanes*. Madrid; Gaceta Médica Española.
264. VV. AA. (1997) *Instituto Xelmírez. Pasado e presente.1845-1995*. A Coruña: Imprenta Provincial
265. VV. AA. (1998). La enseñanza de la medicina en la universidad española. Coordinado por Danón, José. Fundación Uriach.
266. VV. AA. (2003) Coordinado por Ermelindo Portela Silva. *Historia de la Ciudad de Compostela*. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico Campus Universitario Sur da Universidade de Santiago. Santiago; Imprenta universitaria.
267. VV. AA. (2004). *El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de peregrinación*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Museo do Pobo Galego.
268. VV. AA. (2007). *El sanatorio marítimo de Oza España*; C/A gráfica.
269. VV. AA. *Medicina y poder político*. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid 11-13 junio de 2104. Ruiloba Quecedo, Cecilia. Política y arquitectura sanitaria: el modelo nacional de sanatorio antituberculoso. Madrid, 2014.
270. VV. AA. (2014) *Pegadas da memoria. Imaxes do sanatorio marítimo de Oza dende 1910 ata a súa transformación en campus universitario*. Editada `por Biblioteca universitaria de Oza (Ciencias da Saúde), Universidade da Coruña. Santiago de Compostela; Tipografía del Noroeste.

ANEXO I. REGLAMENTO GENERAL DEL SANATORIO DE LA LANZADA⁶⁷⁶

Capítulo 1.

Fin de la institución

Art.1: El Sanatorio Marítimo “Miguel Gil Casares” de La Lanzada es una institución sanitaria sostenida por la Excma. Diputación de Pontevedra, con el fin de tratar las formas extrapulmonares de la tuberculosis infantil y cuantas afecciones sean tributarias de la terapia heliomarina.

Capítulo 2.

Relación con la Diputación.

Art.2: La Excma. Diputación de Pontevedra estará en relación oficial con el Sanatorio Marítimo de La Lanzada por medio de un Delegado designado entre sus gestores cuya misión será la siguiente:

- a) Fiscalizar la buena marcha administrativa del Sanatorio..
- b) Estudiar y proponer a la Diputación las mejoras y ampliaciones para el progreso de la Institución.
- c) Proponer a la Diputación, según las normas del Capítulo VI, las sanciones a que se haya hecho acreedor el personal por faltas en el cumplimiento del deber o de otra índole.

⁶⁷⁶ Reglamento general del Sanatorio de La Lanzada. Archivo de la Diputación de Pontevedra.

Capítulo 3.

Servicio técnico.

Art. 3: El Médico-director es el Jefe del Establecimiento en todo cuanto a su cuestión Médica se refiera y sus principales funciones son las siguientes:

- a) Hará cumplir con su misión a todos los empleados a su servicio.
- b) La dirección del tratamiento es solo de su competencia, pudiendo ejecutar las operaciones que considere oportunas. No obstante, cuando se trate de amputaciones de miembros o de operaciones no urgentes de reconocida gravedad, deberá comunicárselo a la familia del enfermo antes de practicársela.
- c) Las visitas, operaciones, tratamientos ortopédicos, etc. serán realizadas por el Médico-director, ayudado por el personal a sus órdenes.
- d) El Médico-director escribirá anualmente una memoria técnica en que especificará los resultados de los tratamientos seguidos. Estadística, estudio climatológico y la orientación que a su juicio debe imprimirse a la Institución.
- e) El Médico-director informará a la Excma. Diputación por medio de su Delegado, de cuantos proyectos le parezcan provechosos para el progreso y ,ejor organización sanatorial, así como de las faltas que en el personal hubiera observado.

- f) El Médico-director confeccionará y hará cumplir el Reglamento Interno del Sanatorio adaptado el ritmo estacional y una vez aprobado por la Diputación lo hará cumplir.
- g) El Médico-director propondrá a la Diputación la imposición al personal de las sanciones especificadas en el Capítulo VI.

Art. 4. Las funciones que habrá de desempeñar el Médico-auxiliar son las siguientes:

- a) Acompañará al Director en la visita general de la mañana y acudirá al Establecimiento con la mayor diligencia cuando la necesidad lo requiera.
- b) Organización de archivo clínico, estadística sanatorial y estadística meteorológica.
- c) Organización de quirófano y botiquín.
- d) Auxiliar de intervenciones quirúrgicas.
- e) Realizar los tratamientos que se le encomienden.
- f) Sustituir al Médico-director siempre que éste se ausente.

Capítulo 4.

Servicio administrativo

Art. 5. Las obligaciones del Administrador serán las siguientes:

- a) Organizar todos los servicios administrativos.

- b) Llevará un libro de registro de entradas y salidas de enfermos, los de contabilidad y cuantos otros se entiendan necesarios para la buena marcha de la Institución. C
- c) Recibirá a los enfermos a su entrada, exigiendo la documentación de ingreso y preparará lo necesario a su salida, comunicando con la debida diligencia a la familia la fecha de alta, gravedad del enfermo o su fallecimiento.
- d) Organizará el aprovisionamiento regular del Sanatorio en la forma más económica.
- e) Llevará el inventario de cuantos bienes y enseres posea el Sanatorio así como del material quirúrgico, electromédico y de laboratorio que se posea y adquiera.
- f) Entregará al Delegado de la Excma. Diputación un resumen trimestral y una memoria anual de su gestión administrativa.

Capítulo 5

Personal subalterno.

Art. 6. El personal técnico y administrativo subalterno tendrá claramente especificadas sus obligaciones en el Reglamento Interior del Sanatorio, así como los días de descanso o vacaciones que en el turno que se establezca le correspondan.

Art. 7. Disfrutará de las garantías y beneficios que su designación y las leyes de trabajo vigentes le concedan.

Art. 8. Tendrá derecho a tratamiento médico-farmacéutico gratuito en caso de enfermedad adquirida con ocasión del cargo que desempeñe en el Sanatorio.

Capítulo 6

Correcciones y sanciones.

Art. 9. -Las correcciones y sanciones que podrán imponerse a los funcionarios técnicos y administrativos en su caso serán las siguientes:

- a) Apercibimiento.
- b) Amonestación de oficio o ante la Comisión Gestora de la Excma. Diputación.
- c) Suspensión de sueldo por quince días.
- d) Suspensión del empleo y sueldo hasta setenta días.
- e) Postergación temporal.
- f) Destitución.

Art. 10. -Se consideran faltas leves:

- a) La injustificada falta de asistencia o de diligencia ante un aviso urgente.
- b) La falta de laboriosidad o celo o el retraso y descuido en el desempeño de sus funciones, cuando no constituya grave perturbación en el servicio.
- c) La desobediencia no reiterada o la insubordinación sin violencia y sin consecuencias para el servicio.

- d) La falta de consideración en el trato de palabra a enfermos o subalternos.

Art. 11.-Se consideran faltas graves:

- a) La falta reiterada en el desempeño de sus funciones o de diligencia ante repetidos avisos de urgencia.
- b) El abandono de servicio o la negativa a prestar alguno extraordinario que se considera inaplazable.
- c) La reincidencia en faltas leves que hayan sido corregidas por tres veces con suspensión de haberes, la insubordinación en forma de amenaza individual o colectiva, la desconsideración violenta de palabra a otro profesor y el maltrato de obra en general.

Las correcciones y sanciones por faltas leves, podrán ser aplicadas por el Director siempre que se juzgue que su inmediata sanción redundará en beneficio de la disciplina, pero justificando la determinación en el plazo de veinte y cuatro horas a la Comisión Gestora. Siempre que un funcionario técnico incurra en una falta que por naturaleza y circunstancias en que haya sido cometida constituya una clara y deliberada infracción con graves consecuencias para el enfermo puede separarlo el Director inmediatamente del servicio, a resultas del oportuno expediente, a cuyo fin antes de veinticuatro horas comunicará a decisión a la Diputación. En los demás casos de faltas graves, se limitarán a ponerlas, con la mayor urgencia, en conocimiento de la Comisión Gestora y en todo caso, no podrán establecerse las

correspondientes sanciones sin previa audiencia del interesado para las tres primeras y sin audiencia formación de expediente para las faltas consideradas como graves.

Capítulo 7

Licencias y posibles inutilidades de los médicos en el servicio.

Art. 12.- El personal técnico y administrativo tendrá derecho a una licencia anual con sueldo durante un mes, previa designación de un sustituto aceptado por la Comisión Provincial. Esta licencia será de prórroga de dos meses si fuera solicitada por algún médico si fuera solicitada para hacer ampliación de estudios profesionales, pero en todo caso, dejando a un médico que lo sustituya y justificando además, su estancia en el centro científico antes señalado.

Art. 13.- Durante el uso de la licencia la Comisión Provincial debe conocer la residencia del médico ausente por si necesitase comunicarse con él o dispusiese su urgente reintegración al desempeño de sus funciones.

Art. 14.- El personal facultativo, el administrativo y el subalterno tienen derecho al disfrute de quince días al año de licencia con todo el sueldo y a la necesidad de dejar sustituto, siempre que por su comportamiento se haga acreedor de esa distinción, a cuyo fin la Diputación, si lo estima necesario, pedirá informe a su representante y al Director del Sanatorio.

Art. 15.- Para mayor estímulo de los facultativos del Sanatorio y con objeto de que estos conozcan en todo momento los progresos de la especialidad, la Diputación podrá adjudicarles subvenciones o bolsas de viaje, exigiendo al agraciado la presentación de la oportuna memoria científica a su regreso.

Art. 16.- El fallecimiento en el cumplimiento del deber del personal técnico y administrativo, llevará consigo la concesión de pensión a su viuda e hijas solteras e hijos menores de edad, lo que las Leyes del Estado estimen en casos análogos.

Art. 17.- Tendrán derecho a ser tratados en el sanatorio Marítimo de La Lanzada enfermos pobres nacidos en la provincia de Pontevedra, los que lleven años de residencia en ella y, los que soliciten ingreso en concepto de enfermos distinguidos.

Art. 18.- Es preciso, en todo caso, que la afección sea tributaria del tratamiento heliomarino.

Art. 19.- No podrán ingresar enfermos que por informe médico se consideren incurables.

Art. 20.- Los expedientes de ingreso en la Diputación serán presentados con expresa petición de tratamiento en La Lanzada, serán remitidos a la Dirección del Sanatorio, para que se proceda a la comprobación de la indicación médica, remitiéndolo seguidamente a la Diputación.

Art. 21.- La Dirección del Sanatorio remitirá a la Diputación la relación de enfermos a quienes puede enviarse la orden de presentación para ser examinados antes de su ingreso definitivo.

Art. 22.- A igual previa investigación serán admitidos los enfermos del Gran Hostal, cuando desde ese organismo soliciten ingreso en La Lanzada.

Art. 23.- Se consideran como afecciones cuyo tratamiento incumbe al Sanatorio Marítimo de La Lanzada:

- a) Todas las formas de tuberculosis con la única excepción de la pulmonar.
- b) Osteomielitis aguda, úlceras atónicas, estafilococias cutáneas y fracturas.
- c) Raquitismo, anemia esencial y astenia.

Capítulo 8

Enfermos de limitada capacidad económica y enfermos distinguidos.

Art. 24.- Se considerarán como enfermos de limitada capacidad económica, los que sin disfrutar de una brillante posición económica, puedan contribuir una modesta cuota mensual para hacer menos gravosa su estancia. Se establecen pues las siguientes categorías:

- Enfermos de la Clase A- Estancia diaria de 3 pesetas (régimen alimenticio común)
- Enfermos de la Clase B- Estancia diaria de 5 pesetas (régimen alimenticio común)

Enfermos distinguidos.

- Enfermos de la clase C- Estancia diaria de 10 pesetas (régimen alimenticio distinguido)
- Enfermos de la clase D- Estancia diaria de 15 pesetas (régimen alimenticio distinguido)

Para los enfermos de régimen distinguido (clases C y D) se consideran las cantidades devengadas únicamente por estancia y por tanto, con independencia de los

gastos que se produzcan en virtud del tratamiento médico-quirúrgico. El percibo de las cuotas será en beneficio de la Diputación.

Art. 25.- Los enfermos comprendidos en el presente capítulo harán efectivo por adelantado el importe de las estancias del mes correspondiente, y al finalizar el mes, el del tratamiento médico-quirúrgico.

Sesión del 28 de Agosto de 1935.

Aprobado por la Comisión en sesión de hoy.

El Presidente.

El Secretario interino”