

Sífilis, tuberculosis y alimentación, la obra de Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953) y la salud materno-infantil

Autora: Sonia González Castroagudín

Tesis doctoral UDC / Año 2017

Director: Fernando J. Ponte Hernando

Tutor: Jorge Teijeiro Vidal

Programa de doctorado en Ciencias da Saúde





UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Tesis Doctoral

Sífilis, tuberculosis y alimentación, la obra de Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953) y la salud materno-infantil

Sonia González Castroagudín



Dr. Enrique Hervada García-Sampedro

**Graduada en Enfermería Obstétrico-Ginecológica
(Matrona) USC.**



Don Jorge Teijeiro Vidal, Profesor honorario de Radiología y Medicina Física:

Certifica:

Que la presente tesis doctoral titulada: **Sífilis, tuberculosis y alimentación, la obra de Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953) y la salud materno-infantil** que presenta la Graduada en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) Doña Sonia González Castroagudín, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones para optar al grado de Doctor, 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 abril de 2017

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



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

Certifica:

Que la presente tesis doctoral titulada: **Sífilis, tuberculosis y alimentación, la obra de Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953) y la salud materno-infantil** que presenta la Graduada en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) Doña Sonia González Castroagudín, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne las condiciones para optar al grado de Doctor, 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 abril de 2017.

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

Dedicatoria:

Todo este trabajo nunca hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi familia.

Mis padres Arturo y Lucía, mi hermana Raquel, y mis abuelos Ché, Gina, Moncho y Lupe contribuyeron a ser un fuerte soporte para que en momentos difíciles siguiera firme en mi objetivo.

Inicié la andadura de este trabajo con la presencia de mis abuelos maternos y paternos al completo, a día de hoy, disfruto únicamente de la compañía de mi abuelo materno Ché, por lo que mi especial dedicatoria para todos ellos.

A Jose, por su amor, comprensión y compañía diaria en este duro e intenso trabajo.

A Teo, que pronto le pondremos cara y dará un poco más de alegría aún a nuestras vidas.

In memoriam al Dr. Arturo Rodríguez Hervada (1928-2015), por su gran ayuda aportando vivencias, anécdotas y documentos de su archivo familiar.

Agradecimientos:

Al Prof. Dr. Fernando J. Ponte Hernando, por su importante implicación en este trabajo, además de su colaboración, paciencia, y apoyo incondicional mostrado durante estos años. Agradecer enormemente sus sugerencias e ideas de las que tanto provecho he sacado.

A Don Jorge Teijeiro Vidal, distinguido profesor honorario por la tutorización de esta tesis.

A la Prof. C. Carollo Limeres, por su generosidad y ayuda con el análisis estadístico de este trabajo.

RESUMEN

La presente tesis analiza la labor como tisiólogo del Dr. Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953). Estudia, a través de su obra, la situación médico-social de la tuberculosis y la sífilis en el territorio gallego, contextualizándolas con lo que ocurría en el resto de España y del continente europeo, especialmente en Francia, y analizando la repercusión de la salud materno-infantil en esta época.

Valora las especiales características sociodemográficas de Galicia de la primera mitad del siglo XX: alta densidad poblacional, núcleos distantes mal comunicados y, con diferencia, el mayor índice de emigración español. Así, las condiciones de higiene antiescrofulosas, fueron determinantes en la obra del autor.

Enrique Hervada realizó aportaciones de interés, al estudio etiológico y epidemiológico de la tuberculosis, y a los métodos clínicos y complementarios del diagnóstico, divulgando técnicas exploratorias para la detección precoz, como la utilización de la radiología y la aplicación del salvarsán para el tratamiento de la sífilis.

Participó en gran parte de los congresos y reuniones científicas celebradas en España, además de desarrollar una interesante labor divulgativa en la Unión Recreativa de Artesanos de La Coruña, tratando temas de gran interés para la intervención social, como la alimentación, la higiene o el alcoholismo.

Realizó además un gran trabajo de investigación «La lucha antituberculosa en Galicia» publicado en 1924, donde analiza, entre los años 1910 y 1921, la evolución de la enfermedad y la mortalidad, relacionándola, sobre todo, con las medidas higiénico-dietéticas llevadas a cabo durante la enfermedad. A los efectos de nuestro estudio, es de sumo interés su tesis doctoral: «La sífilis ignorada».

Palabras clave: tuberculosis, alimentación, sífilis, higiene, dieta, salud materno-infantil.

RESUMO:

A presente tese analiza o traballo como tisiólogo do Dr. Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953). Estuda, a través da súa obra, a situación médico-social da tuberculose e a sífilis no territorio galego, contextualizándoas co que ocorría no resto de España e do continente europeo, especialmente en Francia, e analizando a repercusión da saúde materno-infantil nesta época.

Valora as especiais características sociodemográficas de Galicia da primeira metade do século XX: alta densidade poblacional, núcleos distantes mal comunicados e, con diferenza, o maior índice de emigración español. Así, as condicións de hixiene antiescrofulosas, foron determinantes na obra do autor.

Enrique Hervada realizou aportacións de interese, ó estudio etiolóxico e epidemiolóxico da tuberculose, e ós métodos clínicos e complementarios do diagnóstico, divulgando técnicas exploratorias para a detección precoz, como a utilización da radioloxía e a aplicación do salvarsán para o tratamento da sífilis.

Participou en grande parte dos congresos e reunións científicas celebradas en España, ademais de desenrolar unha interesante labor divulgativa na Unión Recreativa de Artesáns de A Coruña, tratando temas de gran interese para a intervención social, como a alimentación, a hixiene e o alcoholismo.

Realizou ademais un gran traballo de investigación «La lucha antituberculosa de Galicia» publicado en 1924, onde analiza, entre os anos 1910 e 1921, a evolución da enfermidade e a mortalidade, relacionándoa, sobre todo, cas medidas hixiénico-dietéticas levadas a cabo durante a enfermidade. Ós efectos de noso estudo, é de sumo interese a súa tese de doutoramento: «La sífilis ignorada».

Palabras chave: tuberculose, alimentación, sífilis, hixiene, dieta, saúde materno-infantil.

ABSTRACT:

The present thesis analyzes the labour as a tisiologist of Dr. Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953). In his works, Hervada studied the sociomedical situation of tuberculosis and syphilis in Galicia, comparing it with the spanish and european reality regarding that matter- especially in France- . He also analyzed their impact in maternal and child health.

Hervada takes into account the special sociodemographic characteristics of Galicia in the first half of the 20th century: high population density, poor infrastructures and, by far, the highest rate of spanish emigration. Thus, the antiscrofulous hygiene conditions were determinant in his scientific path.

Enrique Hervada made contributions of interest to the etiological and epidemiological study of tuberculosis and to the clinical and complementary methods of diagnosis, disseminating exploratory techniques for early detection, such as the use of radiology and the application of salvarsan for the treatment of syphilis .

He took part in a good amount of the congresses and scientific meetings held in Spain, and developed as well an interesting informative work in the Recreational Union of Artisans of La Coruña, related with topics as interesting for community as food, hygiene or alcoholism.

He also carried out a great piece of research, «The antituberculosis fight in Galicia» (published in 1924), in which he analyzes during the period 1910-1921 the evolution of the disease and its mortality, putting special emphasis in the hygienic-dietary measures followed during the illness. For our study's purposes, his thesis «The ignored syphilis» is very valuable.

Key words: tuberculosis, feeding, syphilis, hygiene, diet, maternal and child health.

RELACIÓN DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

AHUS:	Archivo Histórico Universitario de Santiago.
BCG:	Bacilo de Calmette-Guerin.
BNE:	Biblioteca Nacional de España.
ET:	Enfermedad Tuberculosa.
JAE:	Junta de Ampliación de Estudios.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
RANM:	Real Academia Nacional de Medicina.
RENAVE:	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SSMM:	Sanatorios Marítimos.
UCM:	Universidad Complutense de Madrid.
USC:	Universidad de Santiago de Compostela.

ÍNDICE

I.	JUSTIFICACIÓN	37
II.	PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	41
III.	MATERIAL Y MÉTODO.....	47
IV.	CONTEXTO HISTÓRICO	53
	4.1. EL HOMBRE Y SU ÉPOCA	53
	4.2. LA EMIGRACIÓN GALLEGA Y SUS ASPECTOS SANITARIOS	59
	4.3. ÁRBOL GENEALÓGICO DE ENRIQUE HERVADA GARCIA SAMPEDRO	69
	4.4. FORMACIÓN.....	80
V.	PUBLICACIONES DE ENRIQUE HERVADA.....	93
	5.1. TESIS DOCTORAL: LA SÍFILIS IGNORADA.....	93
	5.1.1 Conclusiones prácticas de su tesis. Repercusión en la morbi- mortalidad materno infantil de la época	103
	5.1.2 La sífilis de ayer a hoy	111
	5.1.3 Sífilis y tuberculosis en cifras. Presente y pasado.....	117
	5.2. OTRAS PUBLICACIONES DE ENRIQUE HERVADA.....	130
	5.2.1. La alimentación (1908)	132
	5.2.2. Las enfermedades venéreas (1909)	139
	5.2.3. La alimentación del sano y del enfermo (1914).....	146

5.2.4. Un caso de miasis cutánea (1920)	153
5.2.5. Indicaciones del pneumotórax artificial en las hemoptisis tuberculosas (1921).....	154
5.2.6. El problema social de la tuberculosis. La vida escolar (1922).....	157
5.2.7. Lo que todos debemos saber de la tuberculosis (1922).....	161
5.2.8. Reumatismo tuberculoso articular y abarticular (1922).....	167
5.2.9. 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. (1925)	170
5.2.10. La tuberculosis en Galicia (1925-1926)	177
5.2.11. Consultas Médicas Frecuentes (1928).....	181
5.2.12. Los dolores braquiales de origen cerebral (1929)	186
5.2.13. Pseudo tuberculosis pulmonar de origen cardíaco (1929).....	188
5.2.14. Actinomicosis pulmonar (1930).....	195
5.2.15. Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente (1930)	196
5.2.16. Estigmas somáticos de origen tuberculoso. Infantilismo (1931)	200
5.2.17. Prontuario farmacológico. Verdadero formulario de bolsillo (1931) ...	202
5.2.18. Eventración diafragmática (1931)	204
5.2.19. El tratamiento del asma por la tuberculina (1932)	206
5.2.20. Sobre la etiología sifilítica de la esclerosis en placas (1932)	208
5.2.21. Los síntomas que molestan al tuberculoso (1933)	210
5.2.22. Tratamiento sintomático de la tuberculosis pulmonar (1934).....	216

5.2.23. Fiebre y febrícula de origen tuberculosa (1948)	217
5.2.24. Epidemias silenciosas (1953)	220
VI. ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL DR. HERVADA.....	229
6.1. INSTALACIÓN DE SU PRIMERA CONSULTA EN LA CORUÑA	229
6.2. UN MÉDICO AMADO POR LOS POBRES	229
6.3. HERVADA CONFERENCIANTE Y DIVULGADOR. LA REUNIÓN RECREATIVA E INSTRUCTIVA DE ARTESANOS DE LA CORUÑA	235
6.4. CONTRIBUCIÓN A LA RADIOLOGÍA GALLEGA	249
6.5. APORTACIÓN A LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GALICIA Y ASTURIAS: HERVADA ACADÉMICO	262
VII. ESTRUCTURAS ASISTENCIALES PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA	285
7.1. LAZARETOS.....	286
7.2. SANATORIOS MARÍTIMOS Y DE ALTURA.....	289
7.3. PRIMEROS SANATORIOS MARITIMOS ESTATALES EN ESPAÑA.....	294
7.4. SANATORIO MARÍTIMO DE OZA	298
7.4.1. Colonias escolares de Oza	305
7.4.2. Niños orensanos en el verano de 1929	306
7.4.3. El Preventorio infantil	307
7.5. SANATORIO DE ALTURA DE CESURAS	312
7.6. EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO.....	318

7.6.1. Dispensario de La Coruña	323
7.6.2. Dispensario de Ferrol	330
7.6.3. Dispensario de Orense	331
7.6.4. Dispensario de Vigo	332
7.6.5. Dispensario de Pontevedra	333
7.6.6. Dispensario de Santiago	333

VIII. LA OBRA DE ENRIQUE HERVADA Y SU TRASCENDENCIA. PUBLICACIÓN DE SU ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN GALICIA	337
8.1. GEOGRAFÍA Y CLIMATOLOGÍA DE LA REGIÓN. CLIMA MARINO.....	340
8.2. TUBERCULOSIS EN GALICIA	353
8.3. LA HERENCIA Y EL CONTAGIO EN GALICIA	377
8.4. LA EMIGRACIÓN	385
8.5. LA ALIMENTACIÓN.....	409
8.6. EL ALCOHOLISMO	414
8.7. LAS INDUSTRIAS	417
8.8. LA TUBERCULOSIS LATENTE	420
8.9. EL ACTUAL ARMAMENTO ANTITUBERCULOSO EN GALICIA. LA CRENOTERAPIA	426
8.10 COLONIAS ESCOLARES PARA NIÑOS TUBERCULOSOS	431
8.11 DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS	434

8.12	SANATORIO MARÍTIMO DE OZA	437
8.13	CONCLUSIONES	438
IX.	DESPEDIDA AL MÉDICO DEL PUEBLO Y HOMENAJES PÓSTUMOS	449
X.	CONCLUSIONES	489
XI.	BIBLIOGRAFÍA	493

Índice de Tablas, Imágenes y Gráficos:

Tablas

Tabla (1): Enfermedades de declaración obligatoria. Casos notificados por enfermedades	122
Tabla (2): Infección gonocócica y sífilis, casos nuevos notificados. España, 2014	123
Tabla (3): Tuberculosis, casos nuevos notificados, por localización. España, 2014	123
Tabla (4): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1900-1925	126
Tabla (5): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1926-1949	127
Tabla (6): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1950-1974	128
Tabla (7): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1975-1997	129
Tabla (8): Observaciones meteorológicas y climatológicas de las cuatro provincias gallegas. Hervada García Sampedro en <i>La lucha antituberculosa en Galicia</i> . 1924.	343
Tabla (9): Observaciones meteorológicas y climatológicas de las cuatro provincias gallegas. Hervada García Sampedro en <i>La lucha antituberculosa en Galicia</i> . 1924.	344
Tabla (10): Tabla de contingencia Provincia * Tipo.....	357
Tabla (11): Tabla de contingencia Provincia * Tipo.....	362
Tabla (12): Tabla de contingencia Provincia * Tipo.....	364
Tabla (13): Porcentaje de fallecimientos por provincia entre 1910-1920	366
Tabla (14): Fallecimientos por tuberculosis producidos en capitales de provincia y en el resto	367
Tabla (15): Tabla de contingencia Año * Tipo	372
Tabla (16): Tabla de contingencia Provincia * Tipo.....	373
Tabla (17): Tabla de contingencia Provincia * Tipo.....	374
Tabla (18): Movimiento migratorio entre 1927-1931	389
Tabla (19): Profesión de los tuberculosos asistidos en el Dispensario María Cristina de Madrid	404

Tabla (20): Tabla de morbilidad de tuberculosis, blenorragia, sífilis, paludismo y abortos en el período 1927-1932, recogida en el estudio de Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas y Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia.....	404
Tabla (21): Tabla de mortalidad de tuberculosis en 1930 en distintas regiones españolas, recogida en el estudio de Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas y Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia.....	405
Tabla (22): Tabla de mortalidad de tuberculosis en Galicia en el período 1922 -1932 , recogida en el estudio de Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas y Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia.....	406

Imágenes

Imagen (1).	Biblioteca de la autora.....	58
Imagen (2).	Tarjeta del Dr. Arturo Rodríguez Hervada	58
Imagen (3).	Calle San Andrés Nº 58 La Coruña. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada	69
Imagen (4).	Acta de matrimonio de Enrique Hervada y Otilia Sandéiz el 12 /10 /1920. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.	71
Imagen (5).	Familia Hervada García-Sampedro. Hilario Hervada Tejero y Rafaela García Sampedro Álvarez (padres de Enrique Hervada). Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.	72
Imagen (6).	Enrique Hervada con su nieto Arturo con tres meses de edad. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.	75
Imagen (7).	Hervada en 1909.	80
Imagen (8).	Acta del grado de Doctor en Medicina (1915-1916), por su tesis <i>La sífilis ignorada</i> . Madrid. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.	81
Imagen (9).	Joaquín Albarrán	83
Imagen (10).	Carta de Enrique Hervada a Joaquín Albarrán. 1907	86
Imagen (11).	Tesis doctoral de Enrique Hervada: <i>La sífilis ignorada</i> 1906 y publicada en 1916. Depositada en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid. Fotografías de la autora.	102
Imagen (12).	Gota de Leche. Reconocimiento médico, pesaje y medición del perímetro torácico y craneal de los niños en la consulta de Gota de Leche de la Institución Municipal de Puericultura. Foto Zapata. Estampa, 1928. Hemeroteca digital BNE	106
Imagen (13).	Ambulancia para traslados de mujeres embarazadas a las maternidades.....	107
Imagen (14).	Interior de la ambulancia con botiquín de urgencia	107
Imagen (15).	Salas de educación e Higiene prenatal.....	108
Imagen (16).	Dependencias para lactantes	108
Imagen (17).	Salas de puericultura y educación de higiene materno-infantil.....	109
Imagen (18).	Marguerite Gérard (1761-1837). <i>La nodriza</i>	135

Imagen (19). Paul Cezanne –óleo sobre lienzo- 1872. <i>Hortense lactancia materna</i> <i>Paul</i>	137
Imagen (20). La tuberculosis en Galicia. E. Hervada.....	178
Imagen (21). Biblioteca de la autora.....	202
Imagen (22). Biblioteca de la autora.....	204
Imagen (23). Busto de Enrique Hervada en los jardines de Méndez Núñez. La Coruña. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.	234
Imagen (24). Imagen obtenida de: https://deandanzasyrelatos.wordpress.com/category/a-coruna-de-ayer-a-hoy/ . Consultada por última vez 01/03/2017	237
Imagen (25). Enrique Hervada. Presidente Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. 1922.....	239
Imagen (26). Acta donde queda reflejada la inauguración de la Semana Universitaria por la Junta Directiva de la Reunión de Artesanos. Fotografía de la autora.....	240
Imagen (27). Acta del 22 de enero de 1922 de la Reunión de Artesanos. Donde se nombra a Santiago Casares Quiroga como Vicepresidente. Fotografía de la autora.....	244
Imagen (28). Local actual de la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña.....	245
Imagen (29). Acuerdo de nombramiento al Dr. Hervada como Médico- Radiólogo de la Beneficencia de La Coruña. 10 de diciembre de 1921. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.....	253
Imagen (30). Nombramiento al Dr. Hervada como Médico- Radiólogo de la Beneficencia de La Coruña. 1 de abril de 1922. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.....	254
Imagen (31). Petición del Señor Alcalde a Enrique Hervada, para prestar Servicios con carácter provisional en el Hospital San José. 23 de octubre de 1929. Fotografía de la autora.	255
Imagen (32). Notificación del cese de prestación de servicio del equipo de Rx de Enrique Hervada. 25 de enero de 1938. Fotografía de la autora.	257
Imagen (33). Solicitud de jubilación Enrique Hervada como Médico –Radiólogo de la Beneficencia Municipal. 27 de marzo de 1941. Fotografía de la autora.....	258
Imagen (34). Certificado Médico Oficial donde aconsejan el cese de la actividad radiológica. 27 de marzo de 1941. Fotografía de la autora.	259

Imagen (35). Certificado que determina el cese definitivo de E. Hervada para la práctica radiológica. 12 de abril de 1941. Fotografía de la autora.	260
Imagen (36). Notificación del Ayuntamiento a Enrique Hervada concediéndole la jubilación por imposibilidad física para manejar rayos X. 21 de abril de 1941. Fotografía de la autora.	261
Imagen (37). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.	266
Imagen (38). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.	267
Imagen (39). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.	268
Imagen (40). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.	269
Imagen (41). Lienzo de Enrique Hervada realizado por Manuel Abelenda y depositada una réplica en la Real Academia de Medicina de Galicia.	279
Imagen (42). Expediente personal del Colegio Oficial de Médicos de La Coruña de Enrique Hervada. 9 de agosto de 1930. Fotografía de la autora.	281
Imagen (43). Expediente personal del Colegio Oficial de Médicos de La Coruña de Enrique Hervada. 9 de agosto de 1930. Fotografía de la autora.	282
Imagen (44). Gimnasio del Sanatorio de Oza. En: Cendán S. Memoria de otro tiempo: el Sanatorio Marítimo de Oza. Ferrol: Aldine; 2010. Biblioteca Universitaria de Oza. Imagen obtenida en https://es.pinterest.com/pin/298785756501499323/	301
Imagen (45). Los pabellones del Sanatorio de Oza. En: Cendán S. Memoria de otro tiempo: el Sanatorio Marítimo de Oza. Ferrol: Aldine; 2010. Biblioteca Universitaria de Oza. Imagen obtenida en https://es.pinterest.com/pin/298785756501499437/	302
Imagen (46). Madre con niño enfermo. Pablo Ruiz Picasso. Museo Picasso, Barcelona.....	304
Imagen (47). Correspondencia sobre Colonias Escolares en Oza, 1929 (Arquivo Municipal de Ourense. Fondo Beneficencia).....	307
Imagen (48). Los pabellones del Sanatorio de Oza. Pabellones, autoridades y la antigua Playa de Oza.....	310
Imagen (49). Dispensario antituberculoso de La Coruña	318
Imagen (50). Sala de consulta del Dispensario Antituberculoso de La Coruña, en la calle Sol.....	322

Imagen (51). Laboratorio del Dispensario Antituberculoso de La Coruña.....	325
Imagen (52). Verdes Montenegro. Cedida por el Dr. Ponte.....	352
Imagen (53). Mortalidad por tuberculosis en Galicia (1910-1921). Hervada G-Sampedro en <i>La lucha antituberculosa en Galicia. 1924.</i>	367
Imagen (54). Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en <i>La lucha antituberculosa en Galicia. 1924.</i>	368
Imagen (55). Mortalidad detallada por Ayuntamientos. Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en <i>La lucha antituberculosa en Galicia. 1924.</i>	369
Imagen (56). Mortalidad detallada por Ayuntamientos. Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en <i>La lucha antituberculosa en Galicia. 1924.</i>	370
Imagen (57). Mortalidad detallada por Ayuntamientos. Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en <i>La lucha antituberculosa en Galicia. 1924.</i>	371
Imagen (58). Triste herencia (Los hijos del placer). Sorolla 1899.	385
Imagen (59). La tuberculosis amenaza la vida y riqueza de Cataluña.1922. Ramón Casas.	424
Imagen (60). Anuncio repetido en prensa durante muchos años. Gaceta de Galicia, 5 de junio de 1904.p4.....	427
Imagen (61). Anuncio publicitario del Balneario Acuña de Caldas de Reyes.	429
Imagen (62). Memoria de las expediciones de colonias infantiles veraniegas al Sanatorio Marítimo Nacional de Oza, La Coruña, creadas y sostenidas por el establecimiento	433
Imagen (63). Acta de defunción de Enrique Hervada. 3 de abril de 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.....	450
Imagen (64). Expediente de Otilia Sandéiz Pérez.1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.....	453
Imagen (65). Concesión pensión de viudedad Otilia 22 /04/ 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.	454
Imagen (66). Concesión pensión de viudedad Otilia 22 /04/ 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.	455
Imagen (67). Certificado Médico Oficial de Domingo Hervada Iglesias, reconociendo su incapacidad para trabajar. Requisito pedido a Otilia para solicitar la	

	pensión extraordinaria. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.....	456
Imagen (68).	Comparecencia de los hijos casados y mayores de edad de Enrique Hervada, donde renuncian a cualquier tipo de compensación económica en favor de Otilia y sus hermanos Domingo y Emilio. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.....	457
Imagen (69).	Concesión de la pensión vitalicia a Otilia Sandéliz. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.	458
Imagen (70).	Recordatorio mortuorio del Dr. Enrique Hervada. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.	470
Imagen (71).	El actual CMS de Retiro conserva la histórica identificación de Casa de Socorro. Imagen obtenida de https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Casa_de_Socorro_de_Retiro.jpg	473
Imagen (72).	Enrique Hervada y su mujer Otilia Sandéliz, sentada. Al fondo su hija Blanca. Última foto del Dr. Hervada antes de fallecer. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.	482
Imagen (73).	Acta de 6 de mayo de 1953, que recoge la sesión necrológica de Enrique Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.	483
Imagen (74).	Acta de 6 de mayo de 1953, que recoge la sesión necrológica de Enrique Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.	484

Gráficos

Gráfico (1): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1910.	357
Gráfico (2): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1919.	361
Gráfico (3): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1920.	364
Gráfico (4): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1921.	365
Gráfico (5): Fallecimiento por provincia.	366
Gráfico (6): Fallecimientos producidos según el tipo de tuberculosis en los años 1910,1919 y 1920.	372
Gráfico (7): Fallecimientos por tipo de tuberculosis y provincia.	373
Gráfico (8): Fallecimientos por tipo de tuberculosis y provincia.	374



JUSTIFICACIÓN

I. JUSTIFICACIÓN

Enrique Hervada García-Sampedro fue un notable clínico coruñés cuya obra estaba sin estudiar en detalle. Fue miembro de una generación destacada de médicos gallegos de nación o adopción. Entre los primeros podemos señalar a: Miguel Gil Casares, Plácido Peña Novo, José Ramón de Castro, José Souto Beavís, José Rodríguez Martínez, conocido en La Coruña como «Médico Rodríguez», y que da nombre a una céntrica calle, Emilio Fraga Lago y el más destacado de todos, Roberto Nóvoa Santos.

Nos dice el maestro de la Historia de la Medicina Española, Pedro Laín Entralgo lo que ha significado para la vida médica de España la generación a la que Nóvoa y, por tanto, Hervada pertenecieron:

La que con él formaron Marañón, Achúcarro, Río-Hortega, Tello, Pi y Suñer, Goyanes, Lafora, Hernando, Sánchez Covisa, García Tapia, Urrutia y varios más; la que, bajo el magisterio directo o indirecto de Ramón y Cajal, logró hacer y enseñar una medicina rigurosamente instalada en el nivel de su tiempo y dignamente exportable a cualquier parte. Algo que desde algunos, no muchos, de los médicos españoles del siglo XVI —un Juan Valverde, un Francisco Valles, un Luis Mercado— no había ocurrido entre nosotros¹.

Aunque en la magna obra de Nóvoa no sea sustancial su dedicación a la tuberculosis, sí lo fue entre algunos de sus discípulos. Entre los gallegos de

¹ Laín Entralgo, Pedro. *El Correo Gallego* 6 de julio de 1987. EN: Ponte Hernando, Fernando J.; Posse Vidal, Luis. (2016). *Hojas para el recuerdo. En el primer centenario del manual de patología general. Roberto Nóvoa Santos (1885-1933)*. Editorial Bolanda

adopción figura destacada fue el riojano Marcelino Ramírez García (1868-1934), veterinario militar y médico tisiólogo con la inestimable colaboración como salubristas de otros veterinarios como el catalán Juan Rof Codina (1874-1967), padre del gran clínico, cabeza de la medicina antropológica española, Juan Rof Carballo. Todos acometieron el estudio y tratamiento de este grave problema sanitario tanto desde el punto de vista asistencial como divulgativo y de renovación institucional, promoviendo dispensarios y sanatorios antituberculosos. En apoyo de los tisiólogos coruñeses, siempre estuvieron las primeras figuras de la tisiología española como: Verdes Montenegro, Codina Castellví y Palacios Olmedo, fundamentalmente. No hay tanta evidencia del apoyo de Espina y Capó, que falleció antes que estos otros.

También lucharon por la mejora de las condiciones sociolaborales de los trabajadores más humildes, sus mujeres y sus hijos, especialmente expuestos al mal por deficientes condiciones sanitarias en lo que respecta a cuestiones como la vivienda, alimentación etc. La obra de algunos, como Hervada y Gil Casares va más allá porque dedicaron también atención a otras plagas de la época como la sífilis. Hicieron un enorme esfuerzo de divulgación y formación en salud entre las clases trabajadoras, mediante conferencias, charlas, publicación de cartillas sanitarias, etc. Entre las instituciones coruñesas de la época destacan en este campo las actividades de La Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos, auténtica sede de la Universidad Popular en la que dieron conferencias todos ellos, amén de otros sabios de la época como Ortega y Gasset y el padre de la moderna veterinaria española Félix Gordón Ordás, entre muchos otros.



PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

II. PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Esta tesis doctoral es una investigación en Historia de la Ciencia que analiza la labor médica integral de Enrique Hervada García-Sampedro (1883-1953) en el período que transcurre entre finales del s. XIX y primera mitad del s. XX. No se trata, al menos no sólo, de una biografía del personaje, sino que se analiza, a través de su obra, la situación médico-social de la tuberculosis y la sífilis en la Galicia de esa época. Ello, en relación con lo que ocurría en el resto de España, Europa y los países de Iberoamérica con los que Galicia mantenía una corriente migratoria constante en las fechas señaladas. Flujo 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. Además se comparará con la salud materno-infantil de Galicia del momento.

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

Hervada desarrolla su actividad docente entre la Universidad de Santiago, como profesor ayudante, y París, desde 1906, ayudando al profesor

español, nacido en Cuba, Joaquín Albarrán (1860-1912)², gran especialista de la Urología mundial.

Será en esa misma ciudad donde amplíe también conocimientos, en Otorrinolaringología con el Dr. Castex, y en enfermedades cutáneas y venéreas con el reputado especialista Profesor Dieulafoy.

Su familiarización en París con los más modernos procedimientos médicos, le permitió ser uno de los primeros en utilizar el Salvarsán en A Coruña, y en aplicar el neumotórax artificial y las sales de oro para el tratamiento de la tuberculosis. Además Enrique Hervada tendrá una reconocida actividad en Radiología. Llegando a ocupar el cargo de radiólogo Municipal de la Beneficencia del Ayuntamiento de La Coruña.

Regresó a Galicia y desarrolló toda su labor en A Coruña, su ciudad natal, donde también estableció su consultorio privado.

Pasaba consulta gratuitamente, como todos sus colegas, en el dispensario antituberculoso de la calle Sol y también en el Sanatorio Marítimo de Oza.

El paso por París le aportó amplios conocimientos médicos sobre todo en la etapa que estuvo al lado del Dr. Joaquín Albarrán y Domínguez³.

La actividad clínico-científica de Hervada abarca otros campos como la alimentación, que inexcusablemente hemos de analizar, someramente, por los estudios que vinculan la tuberculosis con la desnutrición y los estados

² Joaquín María Albarrán y Domínguez (1860-1912) nació en Villa de la Concepción de Sagua la Grande (Cuba), el 9 de mayo de 1860. En la isla permaneció hasta los nueve años. Después formó parte de una de las primeras emigraciones de criollos a la península. Estudió medicina en Barcelona obteniendo el título en 1877. En 1878 recibió el de doctor tras realizar los correspondientes estudios en Madrid con su tesis: *El Contagio de la Tisis*. Aunque su intención era marchar a Alemania, se afincó en París, lugar donde desarrollaría su actividad científica y clínica.

³ Sobre Albarrán, Vid. Riera Palmero, J. (1974) La Urología. EN: Laín Entralgo, P (Dir) *Historia Universal de la Medicina*. Ed. Salvat. Barcelona. T. VI. P. 345-353. Cabe objetarle que no consta su primer doctorado en España, sólo el francés. N. de la A.

carenciales y especialmente su incidencia en las cuestiones materno-infantiles y de supervivencia de las criaturas.

Nos ceñiremos, en la medida de lo posible, 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, así como la sífilis, con especial consideración de la influencia de estos dos grandes azotes de la Humanidad en la salud materno-infantil, por ser nuestro ámbito de trabajo profesional diario como Matrona.

OBJETIVOS:

GENERAL:

* Estudiar la vida y obra del Dr. Enrique Hervada García-Sampedro, con especial referencia a los aspectos materno-infantiles en la tuberculosis y la sífilis, las dos enfermedades a las que dedicó más tiempo, atención y energías.

ESPECÍFICOS:

* Analizar su contribución en el ámbito sanitario gallego y, en especial, coruñés, a la mejoría de la salud poblacional, mediante escritos, conferencias, su actividad como miembro y Presidente de la Reunión Recreativa e Instructiva del Círculo de Artesanos y secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

* Valorar su labor como divulgador dando recomendaciones óptimas en higiene y vivienda, y su repercusión en la salud materno- infantil.

* Analizar su trabajo como conferenciante en temas de alimentación para ayudar a mejorar la salud de la población, y especialmente la de mujeres y niños.

* Estudiar su actividad clínica e institucional en este sentido: Consulta, Dispensario, Sanatorios.

* Valorar si dejó discípulos y la trascendencia de su obra a medio y largo plazo.



MATERIAL Y MÉTODO

III. MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra base documental está constituida por los trabajos (libros, artículos de prensa científica y general, trabajos inéditos, cartas del archivo personal, expediente, fotografías...) de Enrique Hervada 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, o por ser defensores de similares teorías o prácticas, sobre todo si desarrollaban su actividad en la misma región.

También se hacen alusiones a la literatura y pintura de la época, mostrándonos los grandes azotes que la tuberculosis daba en aquel momento sobre todo en la salud de madres y niños.

Todas las fuentes han sido analizadas, de forma crítica, con el fin de estudiar en profundidad la situación de la tuberculosis y la sífilis, así como los aspectos alimentarios de la población y de la mujer y el niño, en particular en la época, centrada en el caso gallego y así proceder a detallar científicamente las aportaciones a la tisiología y la dermatovenereología de Enrique Hervada.

Esta literatura ha sido consultada fundamentalmente en el Archivo familiar de los herederos de Enrique Hervada, la Biblioteca Xeral de la Universidad de Santiago de Compostela, en el Archivo Histórico Universitario de Santiago de Compostela (A.H.U.S.), Archivo Histórico Municipal de A Coruña, Real Academia de Medicina de Galicia, en la biblioteca de la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos, en la biblioteca de la Real Academia Gallega, en el Archivo del Reino de Galicia, en el Instituto José Cornide, en la

Biblioteca Municipal de Estudios Locales de A Coruña, biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid, en la biblioteca Penzol de Vigo, en el Colegio Oficial de Médicos de A Coruña, así como en la adquisición de obras propias del autor o vinculadas, que han estado a nuestro alcance y que hemos ido adquiriendo en librerías de viejo, tanto físicas, como en páginas web especializadas (uniliber.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 Nacional de Medicina.

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

- Catálogo REBIUN (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 Francia, GALLICA.

<http://gallica.bnf.fr>

- 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/>

- Index Catalogue de la Biblioteca Nacional de USA.

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

A este respecto, fueron muy fructíferas las conversaciones con el Prof. Dr. Arturo Rodríguez Hervada (1928-2015) nieto del Dr. Hervada García-Sampedro, y Profesor Emérito de Pediatría del Jefferson Medical College de Filadelfia, en entrevista que nos concedió el 29 de abril de 2013; así como la

correspondencia postal y electrónica que mantuvimos con él; siendo de gran valor el material familiar: fotos, documentos, etc. que nos donó amablemente.

IV

CONTEXTO HISTÓRICO

IV. CONTEXTO HISTÓRICO

4.1. EL HOMBRE Y SU ÉPOCA:

Nace Enrique Hervada García-Sampedro, el 10 de junio de 1883, año en el que en Galicia se elabora el Proyecto de Constitución para el Estado Galaico, realizado por el Consejo Federal de Galicia presidido por Moreno Barcia.

Será en este siglo también donde surgen en Galicia diversos movimientos sociopolíticos:

- El Carlismo que reivindica la defensa del desaparecido Reino de Galicia desde una perspectiva tradicionalista y clerical: no consiguió ser hegemónico debido a la pujanza liberal de ciudades como La Coruña natal de Enrique Hervada.

Supuso esta época para la ciudad de Santiago de Compostela un gran choque, ya que, al ganar la guerra el bando de Isabel II, cambiaron algunas cosas, como por ejemplo: La Capitanía General y, por ende, la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias⁴, cuya presidencia de honor ostentaba el Capitán General, se trasladaron a La Coruña. Esto fue un premio

⁴ En 1973 se separaría la Academia de Asturias, quedando la gallega como Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. N. de la A.

de Isabel II para el apoyo de la liberal Coruña sobre el carlismo compostelano.

- El provincialismo: defensa de la identidad gallega de corte liberal, reprimido tras el levantamiento liberal en contra de Narváez de 1846 y los fusilamientos de Carral.
- El federalismo: movimiento democrático que redactó una constitución para un estado federado galaico, sin éxito debido al caos de la Primera República Española y la crisis del republicanismo posterior.
- El regionalismo: obra del Catedrático de Derecho y economista Alfredo Brañas que se centra en una defensa del autogobierno de claro perfil conservador. Tiene una vertiente liberal avanzada en pensadores como Manuel Murguía. En el campo médico, Brañas estuvo muy apoyado por su gran amigo el catedrático de anatomía y psiquiatra Juan Barcia Caballero, entre otros.
- Irmandades da Fala estuvieron activas entre 1916 y 1931 y desarrollaron actividades políticas y culturales en Galicia.

Políticamente, representaron la definitiva superación del regionalismo como ideología reivindicativa, adoptando el nacionalismo como única vía posible para el desarrollo de la identidad de Galicia. Culturalmente, asumieron por primera vez el monolingüismo en gallego y llevaron a cabo iniciativas normalizadoras del mismo, impulsando la generalización de su uso en todos los ámbitos sociales y culturales.

- Bajo el título A Hermandade (sic) en Santiago⁵ podemos leer que:

⁵ *Vida Gallega*, Año VIII. Vol V. nº 77. 30 de octubre de 1916. p. 4.

Los amigos de nuestra lengua regional en Compostela nombraron para su agrupación la siguiente directiva:

Primer Consejero: Salvador Cabeza de León.

Segundo, id. Miguel Gil Casares.

Tercero, id., Manuel Vidal.

Secretario, Manuel María González.

Tesorero, Castro (sic) Blanco Cabeza.

Bibliotecario, Manuel Ortiz Novo.

Vocales, José Pasín Romero y Ramón Salgado

- El agrarismo: movimiento de masas campesinas enfrentadas al *foro* y a sistemas tributarios disfuncionales en la realidad rural gallega.

En esta época se vivía en España el Régimen de la Restauración con el Reinado de Alfonso XII, la Regencia de la reina viuda María Cristina de Habsburgo durante la minoría de edad de Alfonso XIII, en el sistema canovista de turno de partidos y la andadura de la Constitución de 1876. El régimen de la Restauración se dotó de una nueva constitución que, en lo fundamental, era heredera de la moderada de 1845. Se reunieron unas Cortes constituyentes con mayoría canovista. En ellas se debatió y aprobó un anteproyecto redactado por Alonso Martínez, aunque su verdadero inspirador fue el propio Cánovas del Castillo.

El Dr. Hervada vivirá también la época de crisis y quiebra del sistema de la Restauración: las crisis de 1909 y 1917, la dictadura de Primo de Rivera desencadenando la caída de Alfonso XIII y la proclamación de la II República, el 14 de abril de 1931.

Coincidiendo con el máximo desarrollo profesional de Hervada se desata el Alzamiento militar con el resultado de la Guerra Civil española de los años 1936-1939.

Por tanto, vivirá el Dr. Enrique Hervada los primeros años del franquismo español. Era republicano convencido, por lo que se le conocía en A Coruña como el médico de los «republicanos». Tanto de los moderados como de los jacobinos⁶.

Nos comentaba el Dr. Arturo Rodríguez Hervada (q.e.p.d), primer nieto de Enrique Hervada, «o vinculeiro», como a él le gustaba que le llamasen, en una entrevista que nos concedió en La Coruña el 29 de abril de 2013, como indicamos anteriormente, que en su familia pasaron algún apuro por la condición de republicano de su abuelo, y así lo refleja en su libro *Del tiempo de los odios y las iras. La educación de un niño de la guerra civil, 1936-1956*⁷:

Aquella noche dormimos todos amontonados. En la cabecera de mi cama durmió mi tía Maruja y a los pies mi primo Quique y yo. En la otra cama, mi madre, mi hermana Chola y mi prima Marichola. Mi abuelo materno había llegado aquella tarde de la casa familiar de la calle Real con toda la familia de mi madre y con ellos vino Manuela, la fiel criada, que con una cesta en la cabeza, trajo un par de jamones y unas botellas de vino Marqués de Riscal. Mi abuelo Enrique era un hombre con gran sentido de la realidad y por si la revolución iba a durar más de un par de días, había encargado a Manuela que trajese unas provisiones. Y su Marqués de Riscal.

Nuestra casa estaba en el ensanche. La Coruña era entonces –verano 1936- una ciudad con límites urbanos bien definidos. La familia materna había abandonado la casa de la calle Real porque estaba situada junto al Gobierno Civil y mi abuelo dijo que si había lío este edificio sería el primero que iban a bombardear. La familia de mi tía Maruja vivía también en esa misma calle. Su marido, el tío Pepe, era teniente de la Guardia Civil y jugó un papel muy importante en la conspiración familiar. En un par de horas nuestra casa se llenó con toda la familia de mi madre, que eran siete hermanos.

⁶ Sánchez Salorio, Manuel. (2003). Mi primera consulta médica. En recuerdo de Enrique Hervada *La Voz de Galicia* 31/03/2003

⁷ Rodríguez Hervada, Arturo (2009) *Del tiempo de los odios y las iras. La educación de un niño de la guerra civil, 1936-1956*. Ed. Bubok.3 Pág 35-54

[...] Pasados los primeros días del trauma inicial, la familia de mi madre se dio cuenta que la cosa iba en serio y empezó a preocuparse por la suerte de mi abuelo el Dr. Enrique Hervada García–Sampedro, que era republicano y liberal. Cuando en 1931 se proclamó la República, el pueblo se lanzó a la calle con grandes muestras de júbilo. Cuando la turba alegre de manifestantes bajaba por la calle Real, la más céntrica de la ciudad, se encontraron con mi abuelo que venía calle arriba; el pueblo lo tomó en sus hombros y así fue llevado por unos minutos. Cinco años más tarde había gente que recordaba este trivial episodio.

Afortunadamente mi tío Pepe fue nombrado jefe de la Guardia Civil de Betanzos, un bello pueblo situado a veinticinco kilómetros de la ciudad, lo que motivó que la familia entera de mi madre, nos fuésemos a vivir allí con él. De esta manera mi abuelo y mi padre, que al parecer también tenía sus enemigos, estaban protegidos. En Betanzos nos instalamos en la casa de un hermano de mi tío que se encontraba fuera con su familia. Allí pasamos el verano de 1936. De este tiempo recuerdo que nos llevaban en un automóvil a la playa del Pedrido, una de las pocas de la región donde la temperatura del agua es tolerable para el ser humano.

El 10 de octubre de 1936, Florentino González Valles, Gobernador Civil de La Coruña, ordenó la depuración de los miembros de la Inspección Provincial de Sanidad (Proceso número 42.053) que fue llevado a cabo por dos policías y un brigada de La Guardia Civil. Uno de los miembros de dicha organización era mi abuelo, el informe sobre él dice así:

HERVADA GARCIA, ENRIQUE Afiliado a la izquierda, simpatizante de los partidos extremistas en cuyos locales daba conferencias culturales. Al saberse el triunfo del Frente Popular y delante de la multitud, se subió a un camión desde donde felicitó a la muchedumbre por tan resonante triunfo, pero en más de una ocasión contuvo a las masas, para que no cometieran desmanes⁸.

⁸ Rodríguez Hervada, Arturo.2009. *Del tiempo de los odios y las iras. La educación de un niño de la guerra civil ,1936-1956*. Ed. Bubok. Pág 35-54

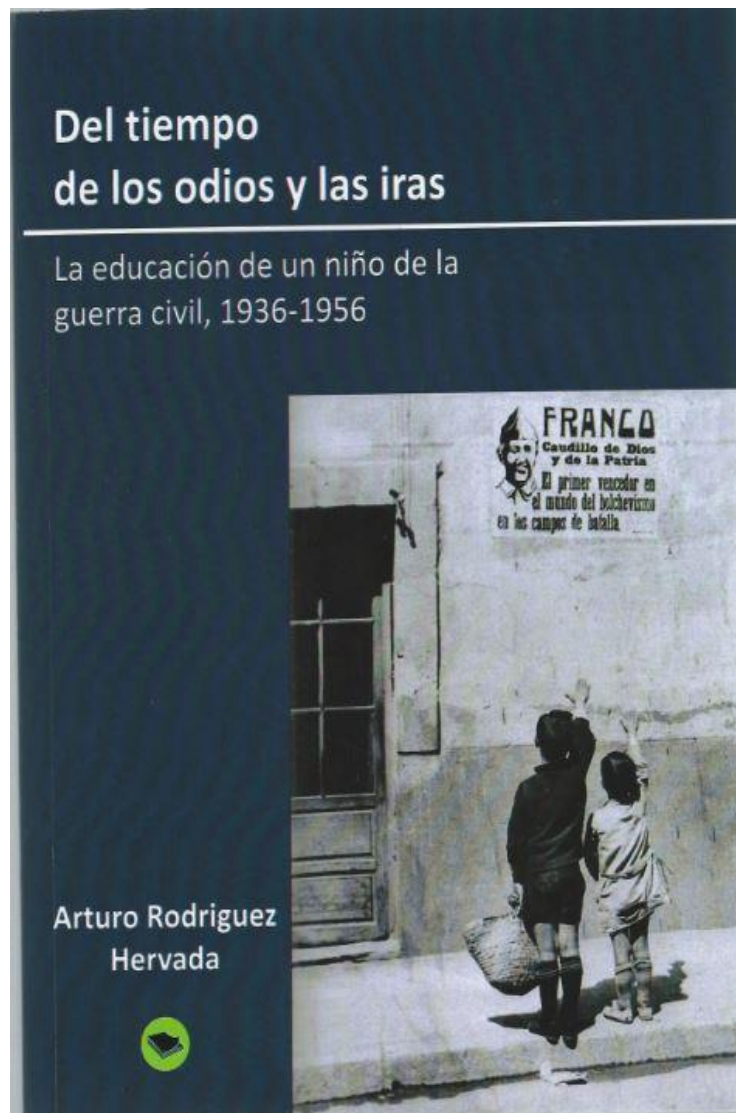


Imagen (1). Biblioteca de la autora.

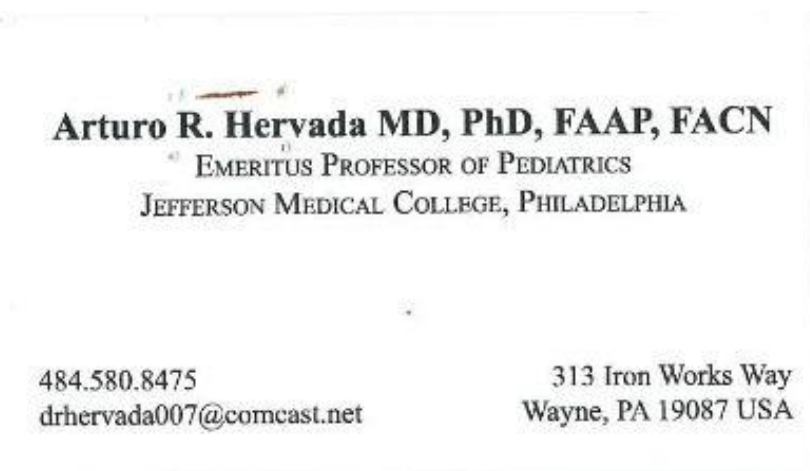


Imagen (2). Tarjeta del Dr. Arturo Rodríguez Hervada

4.2. LA EMIGRACIÓN GALLEGA Y SUS ASPECTOS SANITARIOS

Es durante los S. XIX-XX donde se produce la mayor emigración de gallegos. Se calcula que durante este período emigran un millón. La población de Galicia al finalizar el siglo XIX alcanza sólo 2,7 millones de habitantes.

Galicia era una de las zonas más despobladas de España en aquella época. Desde la segunda mitad del siglo XIX existía un movimiento migratorio en masa hacia América. El detrimento de la economía agrícola y la caída del sector industrial y doméstico aumentaron más el deseo de las familias de emigrar con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida.

La sociedad española, en su conjunto, expresó su temor frente a este fenómeno migratorio que pudiera contribuir al despoblamiento de España. Los debates se produjeron acerca de las causas de la emigración, las condiciones de vida de los emigrantes en los países receptores, las consecuencias de la emigración, las penalidades de los viajes etc. Los periódicos de la época no sólo sirvieron como lugares de debates de la sociedad, sino también como fuentes de información para los emigrantes españoles.

Desde la segunda mitad del siglo XIX Galicia conocía una grave crisis en el sector industrial, los tejidos domésticos no pueden competir con los tejidos de algodón y la importación o contrabando de los linos europeos hilados y tejidos por medios mecánicos. Muchas familias se encontraban en situaciones difíciles porque no había otros sectores laborales para compensar la pérdida de mano de obra de este. Al lado de la caída de la industria rural se presenta la crisis del sector agrícola entre los años de 1850 a 1860, que desestabilizó la economía rural gallega.

Esta situación económica obligó a la población a buscar las soluciones adecuadas en el otro lado del océano.

Estos factores no fueron los únicos que caracterizaron a la emigración gallega en el Siglo XIX. Pero la situación económica no había cambiado

durante los cincuenta últimos años del S.XIX. Al inicio del S. XX, la población continúa con el fenómeno migratorio hacia América. Publica el periódico *La Voz de Galicia* en 1913 un artículo que trata la emigración del momento y en el que se comenta:

La emigración no puede ser hoy en España un efecto de un estado de intolerancia política o religiosa, como se han dado en otras épocas; no puede ser tampoco un renacimiento del espíritu de aventura, pues no justificaría la emigración de mujeres, niños y hasta ancianos. No puede explicarse nuestra emigración más que por un estado anormal de la economía social contrario a la vida del trabajador y de la familia obrera, contrario a la evolución normal del trabajo y de la riqueza social.

Podremos comprender que la causa principal de la emigración gallega en los años 1912 y 1913, tal y como se comenta en este artículo, era la crisis económica acarreada desde la segunda mitad del S.XIX. Esta situación era más grave en este momento porque el periódico explicó que esta migración no tenía edad y sexo. Los niños, las mujeres y hasta los ancianos se embarcaron hacia América con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida.

La emigración se presentaba como una válvula de seguridad económica y social. Detener el obrero en la frontera, después de haber decretado su miseria, sería antisocial y antihumano. Emigrar era un derecho natural, el ser humano tiene que establecerse donde encuentra mejores condiciones económicas y sociales.

El 28 de marzo del mismo año apareció un valioso estudio de la emigración también en *La Voz de Galicia*. Este artículo fue escrito por Julio B. Curiel. Él explicó que el problema de la emigración era la gran preocupación de España en este momento, pero en su análisis indicó que este problema no podrá resolverse radicalmente mientras tanto no desaparezcan las causas que motivan la marcha de nuestros conciudadanos a buscar países en los que pueden encontrar lo que en el suyo no han encontrado.

Para el autor la solución al problema migratorio es una redefinición de la política económica de España y el reforzamiento de la educación cívica para ayudar a la gente que quiere huir para no entrar en el servicio militar.

Las causas de la emigración gallega se encuentran en el deterioro de la situación económica de las familias y la falta de iniciativas por parte de la élite y los dirigentes políticos de la época.

El 19 de febrero del año 1913 apareció en la primera página de *La Voz de Galicia* información sobre estadísticas de los puertos de Galicia relativas a los emigrantes gallegos durante el año 1912. Lo más importante que se observa, a través estas cifras, es la gran diferencia entre los viajeros que han emigrado y de los que han desembarcado. De Galicia salieron buques llevando miles de pasajeros, pero apenas retornan algunos centenares.

En el puerto de La Coruña, salieron en dirección a América del sur, 40 vapores con 269 pasajeros de cámara y 30.851 de tercera. Para Cuba y Méjico 91 vapores con 266 pasajeros de cámara y 14.061 de tercera, y Norteamérica recibió, 11 vapores con 291 pasajeros de tercera. En suma, salieron del puerto de La Coruña un total de 45.731 emigrantes hacia América en el año 1912.

En este mismo año regresaron por el puerto de La Coruña, 160 pasajeros de cámara y 1.778 de tercera, a bordo de 40 vapores de América del Sur. Desde Cuba vinieron 348 pasajeros de cámara y 6.260 de tercera. Los viajeros que desembarcaron en este período eran 8.546.

Las embarcaciones del puerto de Vigo eran 292 vapores con 1.192 pasajeros de cámara y 51.221 de tercera clase en dirección a América del Sur, 67 vapores con 35 pasajeros de cámara y 4.330 de tercera para Cuba Méjico y Norteamérica. Estas cifras dieron un total de 56.688 emigrantes que salieron del puerto de Vigo hacia América por el año 1912.

Los Emigrantes que regresaron por el puerto de Vigo en este mismo año eran, 2033 pasajeros de cámara y 24.749 de tercera que regresaron de

Sudamérica, 82 pasajeros de cámara y 2.410 de tercera, en este grupo los pasajeros vinieron de Cuba, Méjico y Norteamérica. En total regresaron 29.274 emigrantes.

Por el puerto de Villagarcía tenemos unas cifras de 7.613 emigrantes que salieron, no sabemos si todos se dirigieron hacia América, tampoco tenemos información sobre el regreso de América por este puerto.

Estas estadísticas dan una idea del número de personas que abandonaron Galicia en el año 1912 sólo por los puertos de Vigo, La Coruña y Villagarcía, pero no se tiene un conocimiento exacto de todos los emigrantes que salieron de Galicia en este año porque un número importante de los emigrantes se embarcaron en otros puertos de España como Barcelona y alguno de Andalucía. Se constata que el saldo migratorio es desfavorable a Galicia porque la mayoría de la gente se quedó en América.

El número de españoles que entraron en Argentina en 1912, eran 160.000 según las estimaciones de *La Voz de Galicia*, en su editorial del día 16 de abril 1913.

Las cifras para los demás países no están disponibles.

Antonio Eiras Roel y Ofelia Rey Castelao⁹ que estudiaron la emigración gallega contemporánea, consideraron que 1912 fue el año por excelencia de la emigración española transoceánica. A partir de ahí comienza la curva descendente, incluso antes del estallido de la Guerra Europea. Las fuentes contemporáneas atribuyen el descenso de la emigración durante la guerra, no tanto al temor de los propios emigrantes a los submarinos y a las minas flotantes como a la falta de vapores, con el abandono de servicio por casi todas las compañías extranjeras y la disminución sensible de servicios de los barcos españoles. Las cifras totales de 1910 a 1920 son, 400.503 emigrantes desde Galicia hacia América.

⁹ Eiras Roel, A; Rey Castelao, O (1992). *Los gallegos y América*, Madrid, editorial Mapfre.p.225.

No se tiene demasiada información sobre las condiciones de vida y de trabajo de los emigrantes en los países receptores. Pero sí se tenía información sobre las aportaciones de los emigrantes a la economía de algunos países como la República Argentina. Este país, floreciente por entonces, tenía un lugar importante en las relaciones de España con la América en aquella época.

Los emigrantes gallegos no sólo en Argentina sino en todos los países de América cuya presencia era enorme, han contribuido al desarrollo de la riqueza económica de estos países. La mano de obra campesina era dominante en la emigración gallega, por eso, ellos realizaron los trabajos duros y humildes.

En Argentina, las mujeres trabajaban en el servicio doméstico, o en la costura y lavado de la ropa. En Buenos Aires, los gallegos solían ser mozos de café o de restaurante, dependientes de comercio, bolicheros o despenseros; porteros o encargados de inmuebles, enfermeros o loqueros, etc. El trabajo más frecuente de las gallegas es el de muchachas o sirvientes, y algunas, las más preparadas, de enfermeras.

En La Habana, los gallegos eran vendedores ambulantes, mozos de café y otros oficios modestos como los artesanales y de lavandería. En Montevideo, trabajaban como empleados en el pequeño comercio, en la industria, o en los servicios, portuarios, transportes, porterías, hostelería, carnicerías, mozos de café, o servicios domésticos, en el caso de las mujeres. Lo mismo ocurre con los de Brasil, estos últimos se agruparon en ciudades de diverso tamaño como: Sao Paulo, Santos, Campinas y Belem.

Las condiciones de trabajo eran algunas veces difíciles e incluso humillantes.

La segunda mitad del siglo XIX, fue determinante en la formación de los centros culturales y el mutualismo de los gallegos en América. La primera fue la Sociedad de Beneficencia Gallega de la Habana, con el objetivo de socorrer a

los necesitados, prestarles asistencia médica, y en su caso repatriarlos, a costa de la contribución de los socios y de los eventuales legados de benefactores.

Este centro nació en el año 1879 por la Iniciativa del periodista Waldo López Insua. Además de los objetivos citados arriba, el centro proyectaba la construcción de una Biblioteca y una escuela de adultos, con la enseñanza de las lenguas española y gallega, la historia y la geografía de España y de Galicia a los hijos de los emigrantes. Todas sus actividades se orientaron en la preservación de los lazos culturales entre los emigrantes gallegos en Cuba.

Esta iniciativa de la Habana fue imitada por las otras comunidades gallegas de América, así se fundaron centros en Argentina, Uruguay, Brasil, Méjico, Chile, etc.

Desde estos centros, los emigrantes gallegos contribuyeron al desarrollo de varios proyectos en Galicia. El 20 de mayo de 1913, aparecieron en la primera página de *La Voz de Galicia* elogios a los emigrantes, que habían celebrado una fiesta de homenaje a Manuel Murguía, patriarca de las letras gallegas, con motivo de su octogésimo cumpleaños. En este artículo, el periódico destacó las labores de los emigrantes en Galicia.

Los centros y asociaciones de emigrantes en los países receptores eran necesarios para mantener viva la cultura gallega entre los hijos de los emigrantes. Al lado del aspecto cultural, los centros los ayudaron en dificultades y contribuyeron, de una manera u otra, al desarrollo de algunos proyectos importantes en Galicia.

La gran preocupación era la pérdida definitiva de los ciudadanos que emigran, ya que muchos de ellos se marcharon con todos los miembros de la familia, sin posibilidad de regresar.

Una parte de los emigrantes vuelven a la madre Patria al cabo de muy poco tiempo, desilusionados, o a mayor plazo, con algún ahorro o incluso alguna fortuna respetable.

En el año 1913 la población emigrante de Argentina se estima en 1 millón de personas.

El viaje de regreso se realizó en condiciones difíciles, Galicia no tenía buques suficientes para los viajes hacia América. Los barcos no trajeron los pasajeros al puerto de La Coruña. Los periódicos en general y *La Voz de Galicia*, en particular, habían denunciado los abusos continuados que se cometían con el pasaje de retorno de América destinado a la Coruña, desembarcado violentamente en Vigo y haciéndolo venir por ferrocarril hasta Coruña.

Naturalmente, de esa denuncia se desprende una antigua suplica: que los buques que conduzcan pasajeros de América, con destino a nuestro puerto, toquen en La Coruña, nada más lógico.

El regreso se realizó en condiciones difíciles para los emigrantes de Galicia, pero el número de regresados no tenía nada que ver con las condiciones de viaje. Hay que subrayar que la situación económica de Galicia no había mejorado durante estos años, por lo que no tenían ningún interés de regresar a una situación de miseria.

En esta época Galicia era una sociedad en la que la mayoría de las personas vivían de la agricultura de subsistencia o, en el caso de quienes tenían cerca el mar, a través de la pesca y el marisqueo. Los recursos económicos son muy limitados, por lo que el grueso de la población sobrevive en las proximidades de lo que hoy en día consideraríamos el umbral de la pobreza¹⁰.

Estefanía Cordero Sánchez – Lara recoge en su libro *Galicia a principios del siglo XX: La memoria de los pasos*, la situación de Galicia a principios del S. XX. Indica que existe un fuerte contraste entre esta mayoría de pocos recursos y una escasa clase social enriquecida. Estos sectores minoritarios concentran el poder socioeconómico frente a la gran masa de agricultores,

¹⁰ *La Voz de Galicia*, 1913, REV, dig. 0009, Madrid, Biblioteca Nacional

pescadores y asalariados en un régimen que, salvando las distancias, aún roza el sistema feudal.

Las carencias en la alimentación, las deficiencias en cuanto a infraestructuras sanitarias y la falta de acceso a los medicamentos, provocaban una especial incidencia de las enfermedades infecciosas en la población, fundamentalmente entre los niños. Por este motivo, la mortalidad infantil era elevada.

Las tradiciones culturales propias y la lengua gallega tenían un importante arraigo, que era aún más marcado en las aldeas y entre la población más humilde. El gallego es la lengua que habla la gran mayoría de las personas en la Galicia de principios del siglo XX; muchas de ellas con exclusividad. Las clases urbanas utilizaban principalmente el castellano.

La emigración es un fenómeno de enorme importancia en este período, posiblemente, la proximidad al mar es uno de los factores que favorecieron esta tendencia, que marcó profundamente al pueblo gallego¹¹.

También José Ramón Barreiro Fernández Catedrático de Historia Contemporánea en la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad de Santiago de Compostela recoge lo siguiente en su *trabajo Liberalismo y Ejército en Galicia en el S. XIX*:

Durante las décadas centrales del siglo XIX Galicia se había convertido en la comunidad de menor renta per cápita de España, pese a la herencia relativamente positiva heredada de la centuria anterior. Añadía a esto la ruina de las actividades de auxilio, que le permitían compensar la insuficiencia de su magro ingreso agrario, y una elevadísima tasa de emigración.

¹¹ Cordero-Sánchez Lara, Estefanía. (2015). *Galicia a principios del siglo XX, La memoria de los pasos*. Correspondencia sobre Colonias Escolares en Oza, 1929. Archivo Municipal de Ourense. Fondo Beneficencia

Hacia mediados del siglo XIX, la economía de Galicia había alcanzado sus límites. Los rasgos que la definían procedían de su carácter preindustrial y tradicional. Preindustrial en la medida en que predominaban las actividades rurales, en especial, aunque no únicamente, la agricultura. Y tradicional, por su escasa orientación comercial.

La agricultura, sin duda la ocupación más significativa, tanto desde el punto de vista de la población activa como del PIB, estaba en gran medida condicionada por un peculiar régimen de propiedad, lo que le proporcionaba esa situación de singularidad que mantenía en el conjunto peninsular, la persistencia del sistema foral.

La presión demográfica y la desaparición del textil doméstico, que privó a los campesinos del complemento de renta que les negaba una agricultura insuficiente, provocaron un grave desajuste en el conjunto de la economía del país. Frente a las estrategias tradicionales a estas crisis maltusianas, como la emigración permanente y la soltería femenina, las nuevas condiciones del mercado mundial permitieron a los campesinos gallegos iniciar un ciclo migratorio de largo alcance hacia tierras americanas. Es así como se plantea la gran emigración a Ultramar, que en gran medida equilibró de nuevo la ecuación entre población y recursos aunque en un contexto aún tradicional.

La transición del autoconsumo al mercado constituyó un proceso tardío y de gran lentitud, que afectó de forma dramática al conjunto de las economías campesinas y que en sus orígenes vino forzado por la presión demográfica y, sobre todo, por los desempeños del Estado liberal.

Un nuevo tipo de cambios asomó también a finales del siglo XIX que, por su relevancia, va a conformar la base sobre la que se articularía la industrialización posterior en torno al complejo marítimo. Hay tradiciones históricas que explican esta eclosión, entre ellas la práctica de la pesca de autoconsumo desde tiempo inmemorial y la conservación del pescado a través de distintos procedimientos, entre ellas las salazones. Varios factores confluyeron para hacer realidad la transición de la salga artesanal a la conserva industrial¹².

Además de esta situación hay que sumarle la deficitaria red de transporte de aquel momento en el que la mayor parte de la red viaria gallega,

¹² Barreiro Fernández, José Ramón. Liberalismo y Ejército en Galicia en el S. XIX. 10 de octubre de 1996.

[<http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8931/CC35art7ocr.pdf?sequence=1>]
(Consultada por última vez el día 03/02/2017)

desde mediados del siglo XVIII hasta comienzos del XIX, no era transitable más que por bestias.

La primera razón de ese tan generalizado y crónico mal estado de los caminos puede ser, las dificultades del terreno y la climatología. A pesar de ser general la conciencia de que la insuficiencia y el mal estado de los caminos operaba como un bloqueador del crecimiento económico, la sociedad afectada no parecía querer, ni ser capaz de generar por sí misma la solución precisa. Cuando se diseñaban proyectos, no se ejecutaban, o sólo con gran lentitud, interrupciones o suspensiones de larga duración o definitivas. Unas veces porque el sistema de tributos sobre el tránsito o de recargos sobre los impuestos directos, no resultaba ser un sistema ni eficiente ni suficiente de financiación; otras por culpa de las diferencias políticas que, de modo especial en la inestable España del siglo XIX, podían impedir la normal ejecución de cualquier proyecto que requiriese hacer obra en un plazo temporal más o menos largo.

En esta época, además del problema socioeconómico, el de los caminos y de las carreteras va tomando nuevas dimensiones. En primer lugar, la de su carácter complementario respecto de las líneas ferroviarias, que están llegando a Galicia: el ferrocarril ofrece un servicio de transporte sin competencia para ninguna otra alternativa de transporte terrestre y para servicios de larga distancia y gran volumen, pero tiene escasa capilaridad terminal, lo que le resta eficacia en los transportes de corta distancia y escaso volumen, más próximos al simple reparto. A medida que se alargan las vías del tren, va resultando manifiesta la necesidad de aumentar esa capilaridad terminal mediante el trazado de carreteras que formen radios a partir de sus estaciones y paradas, complementándolo en esa última fase del transporte cercano al usuario. La llegada del ferrocarril no reduce, pues, la preocupación por los caminos y carreteras, sino que la acentúa¹³. Por lo que todo esto contribuirá a la precariedad de la salud y la sostenibilidad socioeconómica de la época.

¹³ Barreiro Gil, Jaime. (2001). El atraso económico y el sistema terrestre en Galicia S.XIX (15/01/2001) *Revista Galega de Economía*, vol. 10, núm. 1 (2001), pp. 1-21

4.3. ÁRBOL GENEALÓGICO DE ENRIQUE HERVADA GARCIA SAMPEDRO

Nació el Dr. Enrique en el número 58 de la calle de San Andrés, a las once y media de la noche del 10 de junio de 1883 y fue bautizado cinco días más tarde en la Iglesia parroquial de San Nicolás, con los nombres de Enrique y Jerónimo. Sus padrinos fueron Enrique Zaragüeta y su esposa Jerónima Arambillet.



Imagen (3). Calle San Andrés Nº 58 La Coruña. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada

Administró el Sacramento el presbítero José Nieto, con licencia del párroco titular, Antonio Rodríguez Maceira. Enrique Hervada era bisnieto, por linaje paterno, de Manuel Hervada y doña Jerónima Lucas, vecinos de Tamariz

de Campos, en la provincia de Valladolid. Por línea materna fue bisnieto de Pedro Tejero y Vicenta Panyagua, igualmente de Villa de Tamariz. Sus abuelos paternos fueron Francisco Hervada Lucas, oriundo de Villiza (Valladolid) y doña Ángela Tejero Panyagua, nativa de Tamariz.

Sus abuelos maternos, José y doña Rita, ambos asturianos, el primero de Avilés y la segunda de Oviedo.

El padre del Dr. Hervada, Hilario Hervada Tejero, que también era de Tamariz, nació el 14 de enero de 1841, trasladándose muy joven a la capital coruñesa, donde fundó una de las primeras ferreterías de la ciudad. Estaba situada en el número 14 de la calle Real.

Su madre, Rafaela García-Sampedro Álvarez, era oriunda de Asturias. El matrimonio tuvo diez hijos: Enrique, Ángela, Pilar, Cándida, Joaquina, Rafael, Josefina, Francisco, Faustino y María Teresa. Dedicándose a la Medicina únicamente Enrique, ya que unos fueron ingenieros, otros comerciantes¹⁴.

Enrique Hervada tuvo 9 hijos: 5 con Otilia Sandéiz, con la que estuvo casado.

Mostramos a continuación el acta de matrimonio a la que tuvimos acceso.

¹⁴ Romero Vázquez, Dimas (1977) *Galería de médicos Gallegos ilustres*. La Coruña. Ed. Moret. 1ª serie.

Nº 07025

B

CERTIFICACION EN EXTRACTO DE ACTA DE MATRIMONIO

Don **ALVARO MENDEZ REY**
(Nombre y apellidos) **LA CORUÑA**
Jefe Municipal del n.º 1 de y Encargado de su Registro civil,
provincia de **LA CORUÑA**
CERTIFICO: Que según consta del acta reseñada al margen y correspondiente a la Sección II de este Registro civil,
D. **Enrique Hervada Garcia**
nacido en **La Coruña, de treinta y siete años**
(Edad o fecha de nacimiento.)
hijo de Don **Hilario** y de Doña **Rafaela**, de estado **soltero**
y de Doña **Otilia Sandelíz Perez**
nacida en **La Coruña, de veintitres años**
(Edad o fecha de nacimiento.)
hija de Don **Augusto** y de Doña **Eduarda**, de estado **soltera**

CONTRAJERON MATRIMONIO (1.ª)

LA CORUÑA de **doce** (En letra.) de **octubre** (En letra.)
mil novecientos veinte (En letra.)

LA CORUÑA, a **15 de Septiembre**
Firma del Encargado del Registro. *Alvaro Menéndez Rey*
Firma del Secretario. *[Firma]*

derechos	4,50 ptas.
tasca (Art. 3.º, Arancel 28-V-922)	"
emplidos	"
Total	4,50 ptas.

MODELO OFICIAL, aprobado por Orden de 24 de enero de 1944, para la expedición de las certificaciones de todos los libros, modificado por Orden de 30 de marzo de 1956.
Tendrán eficacia legal las que desde 15 de abril de 1944 lo sean en otros impresos u otro papel.

PRECIO DE ESTE IMPRESO: 500 PESETAS

Imagen (4). Acta de matrimonio de Enrique Hervada y Otilia Sandéliz el 12 /10 /1920. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Hijos de este matrimonio son Rafael (médico de San Rafael 1916), Blanca, Chelo, Emilio y Margarita que falleció a los 9 años por una tuberculosis purulenta. Y tuvo 4 hijos con una mujer madrileña llamada María Luisa Iglesias

Alcalde con la que no llegó a casarse. Fruto de esta relación nacieron M^a Luisa, (casada con Arturo Rodríguez Yordi, representante y padre de Arturo Rodríguez Hervada) Maruja, Enrique (médico y académico) y Domingo. María Luisa Iglesias falleció en 1934.

Dos de sus hijos se dedicaron a la medicina: Enrique, clínico y médico general, y Rafael, cirujano, que construyó un moderno sanatorio, el policlínico de San Rafael, que goza de gran prestigio en la ciudad.



Falta M^a Teresa, que aún no había nacido

Imagen (5). Familia Hervada García-Sampedro. Hilario Hervada Tejero y Rafaela García Sampedro Álvarez (padres de Enrique Hervada). Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.

Nos comentaba el Dr. Arturo Rodríguez Hervada¹⁵, primer nieto de nuestro autor, muchas situaciones y anécdotas vividas junto a su abuelo, por el cual él tenía gran admiración y devoción. Las recoge también en su obra *Del*

¹⁵ Com. pers. Rodríguez Hervada, Arturo. 29 de abril de 2013.

tiempo de los odios y las iras. La educación de un niño de la guerra civil (1936-1956):

Los Hervada son vallisoletanos y nuestros orígenes pueden seguirse a través de tres pueblos de dicha provincia, Tordesillas, Torrelobatón y finalmente Tamariz de Campos. El primer Hervada que he podido localizar fue Gaspar González Hervada, bautizado a principios del siglo XVII en la iglesia de San Juan Bautista en 1604 en Tordesillas, al que sigue Alonso Hervada bautizado en el mismo pueblo en 1634.

Mi bisabuelo Hilario Hervada llegó a La Coruña a finales del siglo XIX fue el origen de la rama coruñesa de la familia. Todos los Hervada coruñeses – y somos muchos – descendemos de él. Muy joven dejó su villa y se fue a La Felguera, Asturias, donde contrajo su primer matrimonio. Su primera esposa que falleció muy pronto, dejó por lo menos un hijo del mismo nombre, que fue ingeniero de minas. Del pueblo minero asturiano, ya con su segunda esposa de nombre Rafaela García-Sampedro se trasladó a La Coruña.

[...] Mi bisabuelo tuvo una herrería en la calle de la Galera, donde estuvo por mucho tiempo un bar conocido como «las Siete Puertas» y con el tiempo acabó siendo un gran industrial. En la calle Real, la más céntrica de la ciudad, tenía una ferretería y una juguetería y en el Cantón Grande, asimismo en el centro, una tienda de muebles. Tuvo nuevo hijos, cuatro varones y cinco mujeres, todos criados en un ambiente de gran religiosidad, con un catolicismo sofocante, severo y rígido muy al estilo de la burguesía del siglo pasado. Mi abuelo solía decir bromeando que él no tenía que asistir a misa los domingos, que con los rosarios que había rezado en su niñez y juventud, había cumplido. Toda la familia, a excepción de mi abuelo y creo, su hermano Rafael, fueron gente muy devota, especialmente las mujeres.

[...] Al narrar mis recuerdos de mi abuelo materno existe la tentación de convertirlo en un personaje meramente anecdótico y lo que sería más reprobable, en una persona graciosa y superficial. Ambas cosas no le hubiesen hecho la menos gracia y sería además, no hacer justicia a un personaje de sus cualidades humanas e intelectuales. Las dos características más importantes, más salientes de su compleja personalidad fueron su bondad y su humanidad. Fue por encima de todo lo demás, un hombre bueno. Poseía – cosa infrecuente en el español, tan rico en otros atributos-, una profunda conciencia social. Se sentía totalmente identificado con el que sufre, con el pobre, con los desvalidos, con aquellos a quienes la vida no ha tratado bien. Fue un

hombre de gran integridad, de una integridad absoluta, jamás se rindió ante nadie. Sus amigos, que eran muchos, le profesaban una gran devoción, una gran admiración y le contaban las confidencias más íntimas. Era persona dotada de una generosidad absoluta, total. Era excesivamente desinteresado con el dinero que ganaba profesionalmente, sus propinas eran famosas en toda la ciudad, con su tiempo y su competencia profesional. El mayor elogio profesional sobre él – en una profesión tan difícil como la nuestra- me lo contó el hijo de uno de sus íntimos amigos, el cual a pesar de la gran amistad y admiración que tenía por mi abuelo nunca fue paciente suyo. Utilizaba como médico a otro galeno coruñés. Cierta día un pariente comentó con él que encontraba raro que a pesar de su gran amistad con mi abuelo, que éste no fuese su médico, respondiendo:

«Yo tengo tal admiración por él, que no me parece justo molestarle con mis pequeñas dolencias. Para ello espero al día que me esté muriendo y el médico me diga: lo siento, pero no se puede hacer más, más no se puede hacer. Es en ese momento cuando diré: ¡Qué me traigan a Enrique Hervada!»

Como médico- vaya por delante – fue el mejor clínico que conocí en mi larga vida profesional. La frase se ha repetido hasta el hastío pero no deja por ello ser menos cierta y es necesario repetirla: para ser un buen médico, un médico en el mejor sentido del vocablo, es absolutamente imprescindible tener una gran vocación por la medicina, el querer por encima de todo ser médico.

[...] Mi abuelo estudiaba por las tardes, antes de la siesta y casi todas las noches antes de dormir. Lo hacía sentado en la cama usando un atril donde reposaban sus textos favoritos como «El Diagnóstico Etiológico» de Gregorio Marañón, que consultaba con frecuencia. Cuando falleció lo dejó todo subrayado y lleno de comentarios adicionales que con impecable caligrafía – algo infrecuente en los médicos- escribía en los márgenes de las páginas. En una de estas, que obviamente no estaba de acuerdo con lo que decía Marañón escribió solamente una palabra: ¡Coñón!

Para subrayar usaba una pequeña regla y un lápiz de tinta de color rojo.

En sus últimos años, otro de sus libros favoritos era el «Tratado de Medicina Interna» de Pedro Pons, de varios volúmenes, que asimismo dejó subrayado y acotado antes de morir a pesar de que ésta era una publicación reciente.



Imagen (6). Enrique Hervada con su nieto Arturo con tres meses de edad. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.

[...] Parte de su competencia profesional se debía al hecho de haber pasado varios años estudiando en París con las grandes figuras de la Medicina de aquella época.

Los primeros años de la carrera de Medicina, los hizo en Santiago de Compostela, de allí trasladó su matrícula a la Facultad de Medicina de Madrid, donde acabó la carrera e hizo el doctorado, instalándose en una pensión de la calle Leganitos donde residía su hermano Faustino que estaba estudiando Ingeniería de Minas. Era este personaje completamente diferente a mi abuelo, muy serio y muy profundamente religioso.

[...] Una vez finalizado el doctorado se trasladó a París para ampliar estudios donde pasó varios años como médico posgraduado. Entre otros diplomas tenía:

- Del Hospital de Saint Louis un curso de Enfermedades cutáneas y sifilíticas. (Años más tarde sería socio fundador de la Sociedad Española de Dermatología y Sifilografía y miembro corresponsal de la sociedad francesa del mismo nombre).

- Facultad de Medicina de París, por un curso de Otorrinolaringología.
- Diploma de L' Hôtel-Dieu por un curso de Clínica Médica.

Fue asimismo ayudante del profesor Albarrán, uno de los creadores de Urología Moderna.

[...] Recuerdo el despacho de mi abuelo lleno de diplomas que documentaban sus estudios en la capital parisina. Amaba Francia y especialmente París; fue un francófilo convencido. Por muchos años leyó diariamente «Le Journal», el periódico parisino que le reservaba el librero Lino Pérez.

[...] Muy de tarde en tarde contaba algunas calaveradas de su estancia en París, tan características del mundo bohemio de los estudiantes de primeros de siglo.

Cierto día en plenos Campos Elíseos, se encontró con el banquero coruñés, Narciso Obanza, amigo de la familia el cual amablemente le invitó a cenar. Mi abuelo se encontró de pronto con una situación difícil, tenía hambre y llevaba varios días sin comer bien, pero debajo de su abrigo con cuello de piel de astracán, solo llevaba una camisa y unos viejos pantalones pues tenía los trajes empeñados. El hambre pudo más que la falta de vestimenta y acabó aceptando la invitación. Cenaron en « El Café de la Paix » y solía contar lo embarazoso que fue cenar con el abrigo puesto en un restaurante de gran categoría. En medio de la cena y sudando como un bendito acabó explicando a su anfitrión la razón de su extraño comportamiento. Don Narciso, encontró el suceso divertido.

[...] Mi abuelo vivió de manera diferente a como vive el resto del mundo, para él no existieron normas sociales o económicas. Vivió como quiso, sin dejarse influenciar por costumbres y reglas que la sociedad fuerza a uno aceptar. Mi abuelo fue el último Don Juan de una España pretérita y desaparecida; fue el Gran Marqués de Bradomín coruñés. ¡La cantidad de aventuras amorosas sobre él, muchas de ellas apócrifas, que escuché en mi juventud!...Tuvo varios hijos naturales, lo cual dio origen a una serie de chistes que le solían achacar que eran, en su mayoría, falsos.

Años más tarde se casó con Otilia Sandeliz, persona de gran bondad que fue mi madrina, a la que quise profundamente. De este matrimonio nacieron mis tíos Rafael, Blanca, Chelo y Emilio y una niña Margarita, que falleció cuando tenía nueve años de edad.

Mi abuelo llegó a ser el gran médico local, donde profesionalmente era respetado y querido por todo el mundo. En cierta ocasión la superiora del Hospital Provincial se encontraba enferma consultando su dolencia con su médico de cabecera Don Julio Casares, una excelente persona y hombre muy religioso. Después de examinarla le dijo que era necesario que la vieran por rayos X, a lo que la buena monja respondió:

- A mí si hay que desnudarme solo me ve Don Enrique Hervada.

[...] Mi abuelo practicó medicina toda su vida de una manera original. A veces no cobraba a los enfermos y otras, les daba dinero; si esto sucedía durante una visita domiciliaria, dejaba disimuladamente un par de billetes debajo de la almohada del paciente. En los años que yo lo conocí, vivía al día, lo que ganaba diariamente lo gastaba también el mismo día y si por la noche le quedaba dinero le daba una gran propina al sereno. No le gustaba acostarse con dinero en el bolsillo.

Empezaba la mañana con Pepito el barbero que a las ocho llegaba con el periódico y los churros recién hechos para el desayuno y lo afeitaba en la cama mientras leía la prensa. Pepito también venía a casa para cortarle el pelo en el cuarto de baño. Mi abuelo decía que eso de ir a la peluquería era una porquería, pues salías lleno de pelos por el cuello y la camisa. Después del corte de pelo se bañaba luego desnudo se frotaba el cuerpo con alcohol de noventa grados que usaba diariamente en grandes cantidades para darse unas fricciones harto espectaculares por lo ruidosas y violentas; tenía gran confianza en el alcohol como agente anti infeccioso. Una vez vestido iba a la consulta que estaba en la misma calle, enfrente de su casa y comenzaba a ver enfermos.

Al entrar le decía a América, su fiel enfermera:

Primero que pasen los que vienen de las aldeas, que son los que pagan al contado y encima te regalan un par de pollos. Luego pasa a los señoritos, que vienen a dar la lata y al final no pagan.

Después de ver un par de enfermos, una vez obtenido el dinero suficiente, mandaba a América a su casa con los billetes en la mano para que fuesen a la plaza a hacer las compras para la comida del día. Esto que parece increíble, era la realidad.

[...] Mi abuelo era un gran anfitrión y en su casa se comía muy bien. En el verano, con la afluencia de veraneantes, la mesa se llenaba de invitados que encontraba en la calle y sin previo aviso, los invitaba a comer.

[...] Su mesa era espléndida por la calidad y la abundancia de sus manjares. Con frecuencia le regalaban marisco de la región...las comidas estaban rociadas con vino del Marqués de Riscal, su vino favorito...sus amigos y pacientes le regalaban cajas y más cajas por su santo en junio y después en Navidades. Le duraban de una fiesta a la siguiente.

[...] Entre los frecuentes comensales recuerdo a Wenceslao Fernández Flórez a quien mi abuelo llamaba «Vences».

[...] Mi abuelo decía que en la profesión médica había que tener una gran paciencia para soportar al enfermo difícil, al enfermo ingrato. Cierta día durante la comida, su hijo Enrique se quejaba de un paciente que no se había portado bien con él, a lo que mi abuelo respondió: no te preocupes, yo tengo desde hace ya mucho tiempo, unas tarjetas que dicen: «Enrique Hervada, Médico y debajo, *se aguantan cabronadas*».

Comentaba un día el poco respeto que le merecían las personas que regían el Ayuntamiento y dirigiéndose a mí me dijo:

- Yo lo único que pido cuando me muera es que mi esquela mortuoria diga simplemente: Enrique Hervada, Médico y debajo ¡Y nunca fue concejal!

[...] Era un hombre de planta impresionante, alto, -medía más de un metro ochenta de estatura- y vestía bien, siempre con sobrios trajes de color azul marino o gris muy oscuro. Tenía cierto parecido con el dictador Miguel Primo de Rivera. Poseía una elegancia innata. Las camisas se las hacía Hernando, entonces el camisero de todo Madrid. Los sombreros se los mandaban de París y usaba un jabón de baño que venía de Cuba.

Como he señalado anteriormente, vivió como quiso, a su aire. Para hacer visitas domiciliarias se valió toda su vida de los taxistas locales y te trataba de convencer que era mucho mejor que tener un automóvil, lo cual decía era una lata, que si tenías un pinchazo, que si había que llevarlo al taller cuando algo fallaba, total que no había nada como los taxis. Los taxistas locales lo adoraban; además de darles grandes propinas, los trataba sin cobrarles y a veces encontraba empleo para sus hijos. Cuando falleció, asistieron en masa a su entierro y al final en el cementerio, pusieron sus vehículos gratis, a disposición de la gente que había asistido al sepelio. Así pagaban al que había sido no solamente un gran cliente sino también un amigo y benefactor. El dinero repito, era para él algo secundario, no tenía el menor sentido económico de la vida, y solía decir: «Yo, después de mil quinientas pesetas, me pierdo».

[...] Cuando fallecieron sus padres, heredó de ellos una importante cantidad de dinero. Para celebrar el inesperado maná se llevó a la familia a París de vacaciones, incluyendo un par de criadas. Cuando se les acabó el dinero, regresaron todos contentos y felices con la excepción de mi tío Rafael, ... que decía que París no le había gustado nada pues no había quién entendiera los tebeos.

Al final de su vida mi abuelo estaba muy ilusionado con mi carrera de Medicina. Sufría mis repetidos fracasos universitarios.

[...] Tenía gran ilusión de verme con el título de médico debajo del brazo. Falleció un par de meses antes de mi licenciatura.

En la primavera de 1953 recorrí con mis compañeros de carrera media España en viaje de estudios. El mismo día que regresé a la ciudad charra me llamaron de casa para informarme que se encontraba enfermo de gravedad y se temía lo peor. Llegué a verlo con vida pero estaba comatoso. Falleció de una encefalitis durante una epidemia de gripe probablemente de la misma etiología. Murió en unos días dejando este mundo en penas facultades mentales y profesionales a los sesenta y nueve años: murió como se debe morir, con las botas puestas, con una muerte rápida y sin grandes molestias.

Su entierro fue algo singular, extraordinario. Cuando estaban introduciendo el féretro en el coche funerario, el pueblo coruñés, - en la calle lo esperaba el pueblo entero-, se negó a que lo metieran en tal coche y decidieron llevarlo a hombros calle adelante. Esto no estaba previsto y al parecer estaba completamente prohibido por el régimen franquista. Durante dicha dictadura, hay que recordarlo, todo estaba prohibido. El alcalde Alfonso Molina que asistía al entierro, al ver cómo la gente luchaba para poder llevarlo a hombros, dio la orden de que continuasen. Y así lo llevaron hasta el cementerio, a unos kilómetros de distancia. Por cada calle que pasaba la comitiva los balcones estaban llenos de gente, muchos de ellos llorando, que despedían al médico que tanto confiaron en vida. Al día siguiente los periódicos locales calcularon que al entierro habían asistido unas veinticinco mil personas. Lo cierto es que el cementerio estaba lleno de gente, no se podía dar un paso y no había ojo sin lágrima. En pocos meses la ciudad le erigió, por suscripción popular, un monumento en los bellos jardines de Méndez Núñez, en pleno centro de la ciudad, el cual es parte obligada de mis visitas sentimentales tan pronto llego a mi ciudad natal.

A mi abuelo le debo mi vocación profesional y muchas cosas más, como el subrayar los textos de medicina y llenarlos de anotaciones al margen. Tuve por él un cariño total, absoluto y profesionalmente fue uno de los mejores clínicos que he conocido a lo largo de mi vida de médico.

[...] Apenas tengo información de mi abuela materna María Luisa Iglesias Alcalde. Solo sé que era madrileña y que falleció relativamente joven cuando yo apenas contaba con siete años. Lo único que conservo de ella es una fotografía que mi madre guardaba con otros papeles en una pequeña caja de madera de caoba. Era de complexión menuda, baja de estatura y poseía un rostro melancólico, afligido. Tuvo con mi abuelo Enrique cuatro hijos: mi madre Luisa, su hermana Maruja- ambas mujeres de gran belleza- y mis tíos Enrique y Domingo¹⁶.

4.4. FORMACIÓN

Enrique Hervada tras la primera enseñanza, cursó estudios de bachillerato en el Instituto Eusebio da Guarda, de La Coruña, con muy buenas calificaciones, debido a su clara inteligencia, a su esfuerzo y voluntad, dedicando muchas horas al estudio, virtud que le acompañó a lo largo de toda su vida. Cursó la carrera de Medicina en la Facultad de Santiago de Compostela (1898-1903)¹⁷, obteniendo brillantes calificaciones y, en 1905, se licenció en la Facultad de San Carlos de Madrid, con la calificación de Sobresaliente. Fue declarado totalmente excluido del servicio militar en junio de 1903¹⁸ sin que sepamos la causa. Obtuvo el grado de doctor, también en Madrid, en el año 1906, siendo premiada su tesis titulada *La Sífilis ignorada*. Será en el año 1915-1916 cuando le entregan el acta de Doctor.



Imagen (7). Hervada en 1909.¹⁹

¹⁶ Rodríguez Hervada, Arturo. (2009). *Del tiempo de los odios y las iras. La educación de un niño de la guerra civil. (1936-1956)*. Ed. Bubok. Pág 109-122

¹⁷ A.H.U.S. Legajo 621, Expte. 7.

¹⁸ *Gaceta de Galicia: Diario de Santiago* de 7 de junio de 1903.p. 2.

¹⁹ *Vida Gallega*, abril 1909.

3

UNIVERSIDAD CENTRAL

ACTA DEL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

Curso de 1915 á 1916 Folio _____ Núm. _____

D. Enrique Hervada y Garcia
 Reunido en el día de la fecha el Tribunal nombrado por el Sr. Decano de la Facultad, el aspirante leyó un discurso sobre el siguiente tema, que libremente había elegido: La sífilis ignorada.

Terminada la lectura y contestadas las objeciones formuladas por los Jueces del Tribunal, éste le calificó de Sobresaliente

Madrid a 20 de junio de 1916

El Presidente, José Gómez
 El Vocal, Matamoros
 El Vocal, Señal

El Vocal, Amorós
 El Secretario del Tribunal, Alfonso Medina

Firma del graduando,
E. Hervada

Imagen (8). Acta del grado de Doctor en Medicina (1915-1916), por su tesis *La sífilis ignorada*. Madrid. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.

Fue Profesor Ayudante en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela y realizó varios viajes a París, donde se formó al lado del urólogo hispano-cubano Joaquín Albarrán, catedrático de Vías urinarias en la Facultad de Medicina de París, desde 1906, como, anteriormente, comentamos. Albarrán en la capital francesa entabló amistad con Louis Antoine Ranvier (1835-1922) y Louis Ch. Malassez (1842-1909). Con ellos se formó como histólogo. Se dice que fue Ranvier quien le convenció para que se quedara en París. Parece que también se formó con Pasteur en bacteriología y microbiología. Como nota curiosa podemos decir que fue el que describió el *Bacillus pyogenes* - más tarde llamado *Bacterium coli*- cuando todavía era interno de los hospitales. Contrajo la difteria.

Su formación clínica la realizó con Ulysse Trélat, Jacques-Joseph Grancher, Jean F. Le Dentu y de forma especial con Jean-Casimir-Félix Guyon. Fue nombrado profesor agregado del Hospital Necker en 1892.

En la constitución de la urología como especialidad, jugó Guyon un papel tan destacado como el que desempeñó el alemán Max Nitze con la invención del cistoscopio. Guyón llegó a dirigir en el Hospital Necker una clínica urológica en la que se formaron urólogos de todo el mundo. Sus principales contribuciones se produjeron en el terreno de las enfermedades genitourinarias y el tratamiento quirúrgico de enfermedades de la vejiga y de la próstata.

Joaquín Albarrán fue el discípulo que se convertiría en la principal figura de la disciplina durante los primeros años del siglo XX. En 1906 sucedió a su maestro al frente de la clínica. Sus conocimientos histológicos unidos a la rica tradición anatomoclínica francesa, le permitieron alcanzar un excelente nivel científico. Uno de sus primeros trabajos fue *Etudes sur le rein des urinaires* (1889) con el que se doctoró de nuevo en París²⁰. Le siguieron dos obras consideradas como fundamentales de la literatura urológica: una destinada al estudio de los tumores de vejiga (*Les Tumeurs de la vessie*, 1892) y otra a los de riñón (*Les Tumeurs du rein* 1903).

²⁰ Guerra, F (2007) *Historia de la Medicina*. 3ª Eds. Norma-Capitel. Madrid. P.521.

Albarrán aplicó también el enfoque anatomoclínico en sus trabajos sobre adenomas y epitelomas de riñón (1897) y de las nefritis del riñón canceroso (1900). A él también se atribuyen las primeras investigaciones sobre la naturaleza adenomatosa de la mal llamada hipertrofia prostática.

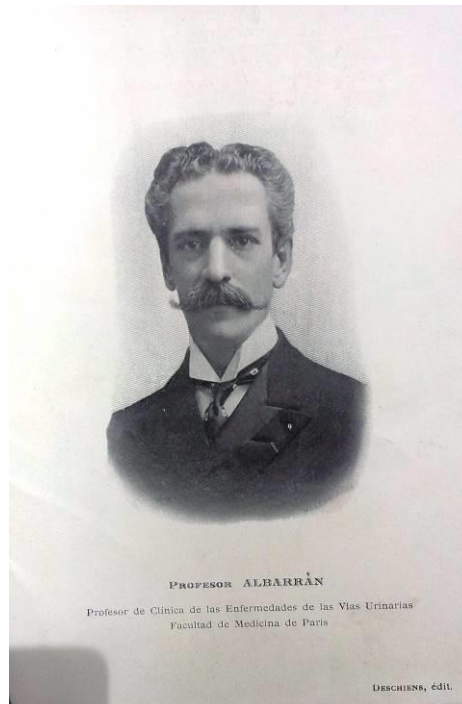


Imagen (9). Joaquín Albarrán

A pesar del excelente dominio de los criterios anatomoclínicos, no se quedó ahí, ya que supo incorporar igualmente a la especialidad, la doctrina fisiopatológica. Así llegó a obtener un método original y muy eficaz para lograr el examen de las funciones renales. Lo expuso en una obra que es un clásico de la literatura urológica: *Exploration des fonctions rénales* (1905). Ideó una «uña» o «unglet» (uña de Albarrán) que se añadía al cistoscopio inventado por Nitze que permitía el cateterismo separado de los uréteres. Este fue el origen de los primeros trabajos sobre la capacidad funcional del riñón.

De igual forma Albarrán ya pudo incorporar la técnica radiológica al diagnóstico de la litiasis renal. Tanto la mentalidad anatomoclínica como la

fisiopatológica son evidentes en la obra que tituló *Medicina operatoria*, que se publicó en 1908, de gran influencia en el desarrollo de la urología posterior.

Entre los años 1888 y 1901 impartió un curso regular sobre las enfermedades de las vías urinarias y durante el curso 1903-1904 dictó una serie de lecciones sobre la sintomatología de las enfermedades del aparato urinario en la Facultad de Medicina de París.

Obtuvo en tres ocasiones el premio Godard y el Tremblay. En 1908 presidió el Primer Congreso Internacional de Urología.

Murió de tuberculosis²¹ siendo todavía joven, a la edad de 52 años, el 17 de enero 1912 en París. Fue enterrado en el cementerio de Neuilly-Sur-Seine.

Se utilizan varios epónimos con el nombre de Albarrán. Las «glándulas de Albarrán» o «túbulos de Albarrán y Domínguez», que son los túbulos subtrigonales muy pequeños o glándulas submucosas que se observan en la región subcervical de la próstata.

El «signo de Albarrán» es sinónimo de signo de cáncer en la pelvis del riñón y también la hemorragia que sobreviene durante un cateterismo uretral, cuando el líquido inyectado distiende la pelvis renal.

La «uña de Albarrán» es un aditamento o complemento de los cistoscopios de trabajo para dirigir los catéteres ureterales.

La «prueba de Albarrán» consiste en valorar el grado de pérdida de tejido renal midiendo volumen y concentración de la orina eliminada.

La «enfermedad de Albarrán» es la colibaciluria.

La «operación de Albarrán» consiste en la resección de la pelvis renal dilatada.

²¹ Guerra, op. Cit. P.521.

El «uretrótomo de Albarrán» es un instrumento que sirve para realizar cortes a ciegas y con una guía flexible para atravesar la estrechez²².

La importancia de la labor de Albarrán radica, según el Profesor Francisco Guerra, en que «Exploró los mecanismos fisiopatológicos en la retención de la orina (1890), la flora microbiana urinaria (1890), la exploración de las funciones renales y publicó textos básicos sobre la cirugía y la clínica del riñón y la vejiga urinaria como el *Traité de Médecine opératoire des voies urinaires* (1908)»²³.

Fue, por tanto, para Enrique Hervada un gran maestro en el campo de la Urología.

Tal era su admiración que, en 1907, le escribe una carta pidiéndole un retrato suyo para honrar la sala de su consultorio coruñés.

²² Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (CSIC-Universidad de Valencia), España, 2003

²³ Guerra, op. Cit. P.521.


Enrique Hervada 
 * Médico-Cirujano *
 La Coruña 10 de Enero de 1907.
 Sr. Dr. J. Albarrán
 París
 Tuendo un respetable maestro; Ofrezco
 a U mi humilde gabinete en esta ciu-
 dad. Pienso dar una vuelta por
 su lado cuandogame un poco.
 Desearia su retrato para honrar
 mi sala. Gracias adelantadas
 de su s. s. q. b. s. m.
 E. Hervada
 S/c. Real. 14. 2.º

Imagen (10). Carta de Enrique Hervada a Joaquín Albarrán. 1907

Hervada obtuvo el diploma del Hospital Saint Louis y el título de Dermatólogo, por un curso de Clínica de Enfermedades Cutáneas y Sifilíticas, tal y como nos comentó el Dr. Arturo Rodríguez Hervada. Asimismo obtuvo otro Diploma de la Facultad de Medicina de París, por un curso de Otorrinología y

otro de L'Hôtel Dieu²⁴. La estancia en París, vemos que fue extremadamente productiva para la formación del Dr. Hervada.

Academias y Sociedades francesas

Se convertirá además en miembro correspondiente de la Sociedad de Dermatología y Sifiliografía de París, «como recompensa a unos trabajos técnicos sobre 606»²⁵. También encontramos el siguiente texto en el Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine de 1911 (pág 110)²⁶ sobre la candidatura de Hervada como académico correspondiente extranjero:

- I. MM. Les Drs. Lad. Haskovec (de Prague) et Hervada (de La Corona)(sic) demandent à être inscrits au nombre des candidats au titre de correspondant étranger (1^a Division).- (Commission spéciale)

Más tarde, también se formará con quien el Dr. Hervada llamaba muy cariñosamente *Don Leopardo*, por su mal genio, refiriéndose al Dr. Leonardo de la Peña, del cual también recibió gran formación.

Abre su consulta: 1908.

Pero, será en 1908 cuando abrirá su consultorio en la calle Real de A Coruña y se dedicará a lo que siempre le gustó, ser médico general²⁷ o de cabecera, el verdadero médico de familia. En agosto de ese año renunció a su plaza de médico de la sociedad de Socorros mutuos «La Conciliadora», siendo

²⁴ González Catoyra, A. (1990). *Biografías coruñesas*. La Coruña. Graf. Galaico. Pág 303-308.

²⁵ La Región, 5 de mayo de 1911, p. 3.

²⁶ <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k408727h/f112.image.r=Hervada?rk=21459;2>
[consultada 14 de marzo de 2017].

²⁷ Lo que no obsta para que fuese requerido para otros menesteres como el de perito médico judicial, en compañía del catedrático de Ginecología y obstetricia Varela Radío y otros facultativos, en un caso de infanticidio que recoge *El Eco de Galicia* de 11 de febrero de 1902. p 2. N. de la A.

nombrado en su lugar el Dr. Martín Bescansa²⁸. Al parecer también pertenecía a otra Sociedad denominada «La Fuente de la salud», que compartía con otro colega, Dr. José García, que les retribuía con cincuenta céntimos mensuales por socio, cantidad harto exigua ya para la época²⁹. También de esta se dio de baja³⁰, sustituyéndole Aurelio Gutiérrez.

No obstante la proverbial generosidad de Hervada le hace participar hasta en cuestiones tan curiosas como una suscripción para pagarle el título de médico al Soldado Ángel Fernández Fontenla. Debía ser muy caro el título en cuestión pues contribuyeron a ello conocidos médicos de toda Galicia³¹ como Gil Casares, Fernando Alsina, Villar Iglesias, Rodríguez Cadarso y otros. Esto estaba enmarcado en el Congreso médico de 1909 que se celebraba en ese momento en Santiago de Compostela, presidido por el catedrático Francisco Romero Blanco y actuando como secretario Casimiro Torre Sánchez.

El Dr. Leonardo de la Peña fue el cuarto presidente de la Asociación Española de Urología, del 20 de octubre de 1923 al 16 de mayo de 1928. Elegido presidente de la Asociación Española de Urología en 1923, desempeñó el cargo durante cuatro años y medio al ser reelegido para un segundo mandato; presidió el primer y segundo Congreso Hispano Portugués de Urología. Primer catedrático de Urología de la Universidad Española, con gran personalidad y carácter. Nació en Ciudad Real el 6 de noviembre de 1875, de familia humilde, su padre ocupaba un modesto cargo en el ferrocarril, perdió a su madre a los dos años y, a los cuatro, su familia se trasladó a Madrid estudió Medicina en la Facultad de San Carlos, alumno interno en el Hospital Clínico y ayudante de disector, pudo adquirir gran práctica en la técnica anatómica. En 1897 finaliza la licenciatura con sobresaliente, en 1898 realiza su tesis sobre el

²⁸ *El Norte de Galicia*. diario político y de información. 29 de agosto de 1908. P. 2.

²⁹ Ver más adelante el discurso necrológico de E. Hervada, a cargo del Dr. Sal Lence. N. de la A.

³⁰ *El Eco de Galicia* 23 de octubre de 1909, p.2.

³¹ *Gaceta de Galicia* 11 de octubre de 1909, p.2.

tema "*Cura radical de las hernias inguinales*"³² y, al año, siguiente gana la plaza de catedrático de Técnica Anatómica en Valladolid, en 1904 oposita a la cátedra de Anatomía Topográfica de Santiago de Compostela, la cual obtiene y, por permuta, pasa seguidamente a la de Cádiz. Logra una pensión para el extranjero y marcha a París donde acude a la clínica del Hospital Necker con los profesores Guyón y Albarrán quien le hace su ayudante particular y le propone quedarse a su lado, lo que no acepta. Regresó a España, en 1909, y ganó la cátedra de Anatomía de Valladolid, la cual permutó, en 1911, por la de Técnica Anatómica de Sevilla y, en 1915, fue nombrado catedrático de Técnica Anatómica de Madrid mediante concurso de traslado y en 1918, por amortización, pasó a catedrático de Anatomía Descriptiva. En 1919 fue nombrado Consejero de Instrucción Pública. En 1920 se creó, en Madrid, en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, la Cátedra de Urología del doctorado, la primera de esta especialidad de nuestro país, que le fue adjudicada. En 1929 gana la Cátedra de Operaciones de la licenciatura, sin dejar por ello la de Urología. Ingresó en la Real Academia Nacional de Medicina en 1930. Fue director del Hospital Clínico de San Carlos. Falleció en Madrid, en 1957, a la edad de ochenta y dos años³³.

³² Maganto Pavón, E (2002) Leonardo de la Peña Díaz (1875-1957) y la fundación de la primera Cátedra de Urología en España. *Arch. Esp. Urol.*, 55, 1 (9-23).

³³ Leonardo de la Peña Díaz (1945) Historia de la Urología Española. [<http://historia.aeu.es/semb.asp?indice=4>]. (Consultada por última vez el día 30/12/2016)

V

PUBLICACIONES DE
ENRIQUE HERVADA

V. PUBLICACIONES DE ENRIQUE HERVADA

Dos obras de referencia, el *Diccionario Biobibliográfico de Escritores* de Couceiro Freijomil y la *Gran Enciclopedia Gallega* recogen con distinto acierto y extensión la figura y la obra de Enrique Hervada que comentaremos a continuación. Couceiro³⁴ reseña brevemente en 1952, estando Hervada aún vivo, su producción más destacada, pero confunde sus apellidos con los de su hijo Enrique Hervada Iglesias. La *Gran Enciclopedia Gallega*³⁵, por el contrario hace una reseña más amplia, muy posterior, bastante detallada, y separando correctamente a padre e hijo.

5.1. TESIS DOCTORAL: LA SÍFILIS IGNORADA

La producción científica de Hervada comienza con su tesis doctoral *La Sífilis Ignorada* (1916) que será publicada años después de su lectura. En ella se estudian diversos casos de difícil interpretación clínica de sífilis ignorada, latente, bien adquirida o heredada, y afirma que el laboratorio es el único medio que existe para diagnosticar como sífilis ciertas alteraciones funcionales que no podían ser diagnosticadas únicamente por los síntomas clínicos³⁶.

³⁴ Couceiro Freijomil, A (1952) *Diccionario Biobibliográfico de Escritores*. Vol II. Enciclopedia Gallega. Editorial de los Bibliófilos Gallegos. Santiago de Compostela. P.222.

³⁵ *Gran Enciclopedia Gallega*, T. 17, p.105. Ed. Silverio Cañada. Santiago de Compostela. 1974.

³⁶ Bugallo, Ánxela ([2012], "Enrique Hervada García-Sampedro", en *Álbum da Ciencia*. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega. [lectura: 12/03/2017]

Estudia concretamente en esta tesis, 18 casos descritos en las 76 páginas en las que desarrolla su trabajo de investigación. Todos ellos coinciden en que los pacientes que consultan, en un principio, no observaron ninguna manifestación de chancro, y sin embargo aparecen con lesiones o afecciones que estudiadas en profundidad, manifiestan infección sifilítica.

Comenta además que tanto la sífilis como la tuberculosis constituyen etiológicamente los dos tercios de la patología humana de aquel momento.

Estudia por tanto este tema Hervada, debido a la frecuencia de sífilis que por aquel entonces se estaba tratando y, siguiendo las palabras de su profesor Tomás Maestre: «La humanidad está sifilizada». Por lo que estudió esta enfermedad a fondo.

La mayoría de los especialistas de ese momento, veían la evolución de la enfermedad en pleno brote, pero no sucedía lo mismo cuando las manifestaciones cedieron o cuando se trata de una sífilis atípica, ignorada o voluntariamente disimulada.

Existía un 3 % de sífilis ignorada en el hombre y un 18% en mujeres, por lo que se sabía que al lado de la sífilis clásica, florida, de síntomas bien claros, existía otra oscura, sin caracteres propios, prestándose por lo tanto a todo tipo de errores diagnósticos.

El Dr. Eduardo Pérez Hervada^{37,38}, en su artículo *La sífilis en la Medicina*, publicado en la revista *Galicia Clínica*, comenta lo siguiente con

[URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=251>]

³⁷ Primo hermano de Enrique Hervada. N. de la A.

³⁸ Eduardo Pérez Hervada (1902-1996) Nacido en A Coruña en 1902, estudió Medicina en la facultad compostelana, donde se licenció. Al poco tiempo ganó una plaza en la Beneficencia local, en donde haría de todo, desde visitador a domicilio a jefe del servicio hospitalario de infecciosos y enfermos mentales en el Hospital Labaca, y decano de la Beneficencia. Relativamente joven, se incorporó a las tareas de la Real Academia de Medicina de Galicia, aunque no ingresaría en ella como numerario hasta 1949, siendo su presidente durante más de 25 años, hasta 1991. También dirigió la revista Medicina Galaica y Medicina Galaica Astur. Colaborador y escritor. Fue un colaborador casi perenne de la

respecto a la cantidad de personas que padecen sífilis y desconocen completamente su enfermedad, por lo que debe ser el médico el que indague y realice una buena historia clínica para llegar al diagnóstico acertado:

La indigencia de la infección sifilítica en la producción de las enfermedades de etiología ignorada, es mucho mayor de lo que se puede suponer.

El médico hace mal en preguntar al paciente por la existencia de un antiguo chancro o lesión que acredite el padecer de lúes. De un lado porque al médico es a quien incumbe saber lo que el paciente tiene, y de otro por la tendencia que hay a presentarse como libre de enfermedades anteriores, igual que si engañando al médico se solucionase el problema.

Pero, por si esto fuera poco, queda aún otros dos aspectos: el de la sífilis hereditaria y el de la sífilis ignorada. A estas dos interrogantes no puede responder el cliente, y sí, en cambio, el facultativo a quién consulta.

[...]Todos los días nos encontramos con pacientes en los que se descubre una sífilis que él mismo desconocía. Y, como consecuencia, todos los días es factible engalanarnos con los éxitos terapéuticos obtenidos mediante un tratamiento espirilicida. A nuestro juicio, los médicos no pensamos todo lo que debemos en la infección luética que para gran cantidad de autores es la causa de muchos males³⁹.

prensa coruñesa, especialmente de La Voz, tanto de temas médicos como literarios. En cuanto a libros, destacan: *Deshumanización de la medicina*, *La vocación*, *Cerebro senil*, *Un gaditano en Fonseca: Ramón Castro Acuña*, *Sanos y enfermos*, *Curanderismo en Galicia*, *El diario afán*, *Psicología de un suicida*, *Los males del alma y la eugenesia*, *Memorias íntimas de un suicida* y *Los nerviosos*. López Ibor le calificó, en el prólogo de *Sanos y enfermos*, como «médico comprensivo de todas las nuevas y complicadas dimensiones de la medicina actual», mientras que Rof Carballo le definía como «cronista certero de la medicina de su tiempo». Pérez Hervada, hombre amable, bondadoso y amigo de dialogar con el enfermo, fue un avanzado de lo que hoy se llama divulgación médica. Tenía, además, una ironía muy coruñesa. Hay en él características muy de Camba, Fernández Flórez, Fole y Castelao. Amigo de las tertulias y de la lectura diaria, hizo de eslabón entre la medicina de principios de siglo y la de las décadas posteriores. Haría, también, honor a su pertenencia a la saga de los Hervada. Falleció en A Coruña en julio de 1996.

³⁹ Pérez Hervada, E. (1932). La sífilis en la Medicina. Revista *Galicia Clínica*. Año 4, Núm 11. Pág 587-590.

Hervada decía que estaba de enhorabuena a efectos de su curación, aquel paciente que padece claramente la infección, ya que el diagnóstico sería evidente y por tanto se trataría con energía y constancia. Mientras que en casos en los que la treponemosis estaba enmascarada, no se haría ni un diagnóstico ni un tratamiento seguro hasta que se presentasen las primeras manifestaciones de la infección.

Describe también en esta tesis la evolución del chancro: entre quince días o tres semanas después de su aparición el chancro comenzará a disminuir, la ulceración se aplanará y la induración desaparece. Pronto no se advertirá más que una pigmentación en el sitio del chancro y una induración subyacente, después desaparecerá completamente la huella del mismo. Y es en este preciso momento en el que el diagnóstico clínico y su posterior tratamiento se harán más difíciles. Comenta además que el chancro sifilítico es un neoplasma que puede o no ulcerarse y en el 90 por 100 de las veces es genital y típico⁴⁰.

En todo proceso infeccioso de Sífilis existen, como corroboran Enrique y Leloir⁴¹ distintas fases: **Erosión e Induración**.

En la fase de erosión puede existir:

- Únicamente la erosión, o estar acompañada de una induración de la dermis: chancro erosivo.
- La erosión parece faltar: chancro papuloso, seco, escamoso.
- Presencia de erosiones minúsculas y múltiples: chancro herpetiforme.

⁴⁰ Hervada García, E. (1906). *La sífilis ignorada*. Tesis doctoral. Madrid. Publicada en 1916 en Galicia Médica, año 3, núm 4

⁴¹ Luis Federico Leloir (1906-1987) fue un médico, bioquímico y farmacéutico argentino que recibió el Premio Nobel de Química en 1970 por sus investigaciones sobre los nucleótidos de azúcar, y el rol que cumplen en la fabricación de los hidratos de carbono.

- La erosión falta, las alteraciones epiteliales se limitan a la formación de una pústula sin exfoliación de la epidermis: chancro pustuloso que puede convertirse en erosivo o costroso.
- La erosión tiene la forma de una fisura alargada: chancro fisural.
- La erosión se recubre de una pseudo-membrana: chancro difteroiide.

En la fase de Induración:

- Induración casi nula: chancros frustrados.
- Induración poco acusada superficial: chancros enanos, chancros planos.
- Induración muy acusada, nudosa, algunas veces enorme: chancro hipertrófico.
- Induración con edema duro más o menos extendido: chancro elefantíaco.
- Induración con pequeñas equimosis: chancro petequial equimótico.
- Induración que se ulcera por infección o por alteración de los vasos que se obliteran: chancro fagedémico.
- La induración reaparece después de una primera reparación del epitelio con ulceración dérmica: chancro redux o reinduración chancrosa.

Los chancros mixtos son tan frecuentes, según comenta Hervada, que en presencia de todo chancro blando se debe sistemáticamente sospechar Sífilis.

La mayoría de los autores que investigan la sífilis hablan de las diferencias clínicas de las lesiones y del diagnóstico bacteriológico que, si en la inmensa mayoría de los casos es suficiente, no siempre resulta fácil.

Otro aspecto a considerar para no llevar a diagnósticos engañosos es el tiempo de incubación sobre todo en pacientes jóvenes, donde los coitos sospechosos son repetidos muy frecuentemente.

El diagnóstico bacteriológico comenta Hervada que resultaba difícil, porque podía existir el chancro mixto y la comprobación del bacilo de Ducrey no descarta la presencia del treponema que es muy raro encontrarlo en los chancros infectados.

La mayor parte de los sífilígrafos rechazaban la existencia de la sífilis sin el accidente primitivo (sífilis *decapitée*), pero investigaciones posteriores echarán por tierra esta aseveración puesto que concluyen que la infección general, puede constituirse sin lesión primitiva por inoculación directa en la vía sanguínea, es la llamada sífilis *d'embelée*. (Sífilis inmediata)

De todo lo comentado anteriormente, se desprende que la lesión inicial puede faltar, pasar inadvertida, o ser erróneamente diagnosticada, pudiendo, por lo tanto, cualquiera de las causas, ser el primer motivo de padecer una sífilis latente ignorada, máxime si las manifestaciones secundarias son benignas o faltan por completo sin aparecer lesiones cutáneo-mucosas que revelen la enfermedad.

Ante un caso dudoso comenta Enrique Hervada, que la conducta a seguir se ha ceñido a estos consejos⁴² :

- Ante toda lesión genital el médico debe discutir el diagnóstico de sífilis.
- Ante todo caso clínicamente dudoso, es necesario practicar exámenes microscópicos que deben repetirse si son negativos y no descartar el diagnóstico de sífilis por este resultado.

⁴² Hervada García, E. (1906). *La sífilis ignorada*. Tesis doctoral. Madrid. Publicada en 1916 en Galicia Médica, año 3, núm 4

- Si la duda persiste, será prudente comenzar un tratamiento para no perder tiempo mientras se produce la aparición de las manifestaciones secundarias.
- Este tratamiento consiste en poner una inyección diaria de 0.02 gramos de benzoato de mercurio, hasta 20 inyecciones; descansar 10 días para volver a empezar y así sucesivamente durante 6 meses. Después tomar 20 días de cada mes las siguientes píldoras: bicloruro de mercurio, extracto tebaico, polvo de jabón medicinal, glicerina.
- Durante este tiempo se repetirán los estudios mediante la reacción de Wasserman⁴³, todos los meses hasta el sexto y después el noveno y décimo cuarto.

También comenta que la sífilis no puede ser nunca del dominio exclusivo del especialista en enfermedades venéreas. El tocólogo, el internista, el otorrinolaringólogo, etc. necesitan conocer bien esta infección proteiforme que puede causar lesión en cualquier órgano.

Por lo que ante cualquier caso insólito, se debe pensar en esta infección y no olvidar que lo inverosímil es cierto en materia de sífilis.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es que no debemos rechazar la posibilidad de padecer la enfermedad, cuestión que el Dr. Hervada observaba a diario en su consulta.

Se encontraba con que algunos conocían la infección pero la negaban sistemáticamente, de forma inexplicable. Como le ocurrió con

⁴³ «Es la reacción de Wassermann un método de diagnóstico tan excelente y su importancia médica y social tan grande, que justifica cuanto se haga para darle aquellas condiciones de seguridad que permitan conceder a sus resultados el valor que merece». Mouriz, J. (1922) Modo de vencer una dificultad técnica en la reacción Wassermann. EN: *Libro en honor de D. S. Ramón y Cajal*. Fundaciones de la Junta para el homenaje a Cajal. Madrid. T. II. P. 569. J. Mouriz era Director del laboratorio del hospital Provincial de Madrid.

uno de sus pacientes que murió mientras realizaba una consulta. Padecía un síndrome bulbar de origen sifilítico y días antes negaba y ocultaba a su médico de cabecera las lesiones terciarias que padecía.

Por este motivo decía Enrique Hervada que, en la práctica diaria, se encontraba con los siguientes tipos de sifilíticos que clasificaba de esta forma:

- Tipo razonable: que conociendo claramente su enfermedad hace un tratamiento constante y no olvida nunca los consejos médicos. No se casa sin permiso facultativo y está siempre prevenido para evitar males en su descendencia. Tiene con seguridad hijos sanos y está al abrigo de las manifestaciones tardías e incurables de la sífilis visceral.
- Tipo abandonado o indiferente: el que en el momento en que ceden sus manifestaciones ya no vuelve a acordarse de su infección y tampoco le dará ninguna importancia. Es víctima de la falta de los dolores y del bienestar aparente que existe en la infección latente, pues cuando acude por síntomas graves o persistentes el tratamiento específico resulta casi siempre insuficiente.
- El bañista: en general tipo sobrio, que cree tener derecho a estar totalmente bien porque se ha sacrificado: no fuma, no bebe, etc.
- El inocente: que padece la sífilis por ignorante o por ignorada. Es en este tipo de pacientes en donde se debe demostrar mayor habilidad profesional.

Termina el Dr. Enrique Hervada su tesis doctoral con 4 conclusiones importantes acerca de este tema⁴⁴ :

1ª: La sífilis puede ignorarse por:

- Haber sido el accidente primitivo extra genital; por haber sido anómalo, pequeño y sin gran resonancia; por ser erróneamente diagnosticado y por no haberse dado cuenta de su existencia o faltar completamente.
- Por no seguir el accidente primitivo la explosión secundaria.
- Por padecer la sífilis llamada concepcional.
- Por ser heredada.

2ª: La sífilis ignorada es más frecuente en las personas de baja clase social e ignorantes.

3ª Es rara la falta de diagnóstico cuando existen o existieron manifestaciones cutáneo-mucosas, pero es frecuente en la sífilis visceral cuando estas manifestaciones exteriores faltaban o fueron insignificantes.

4ª La sífilis ignorada juega importante papel etiológico en la morbilidad general.

⁴⁴ Hervada García, E. (1906). *La sífilis ignorada*. Tesis doctoral. Madrid. Publicada en 1916 en *Galicia Médica*, año 3, núm 4.

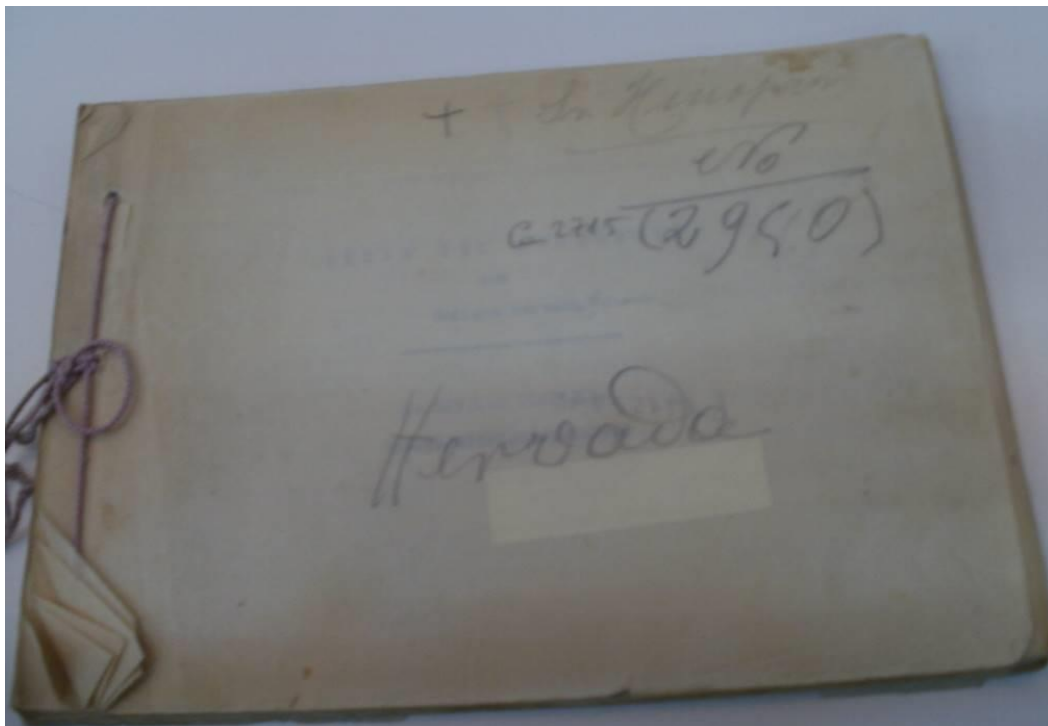
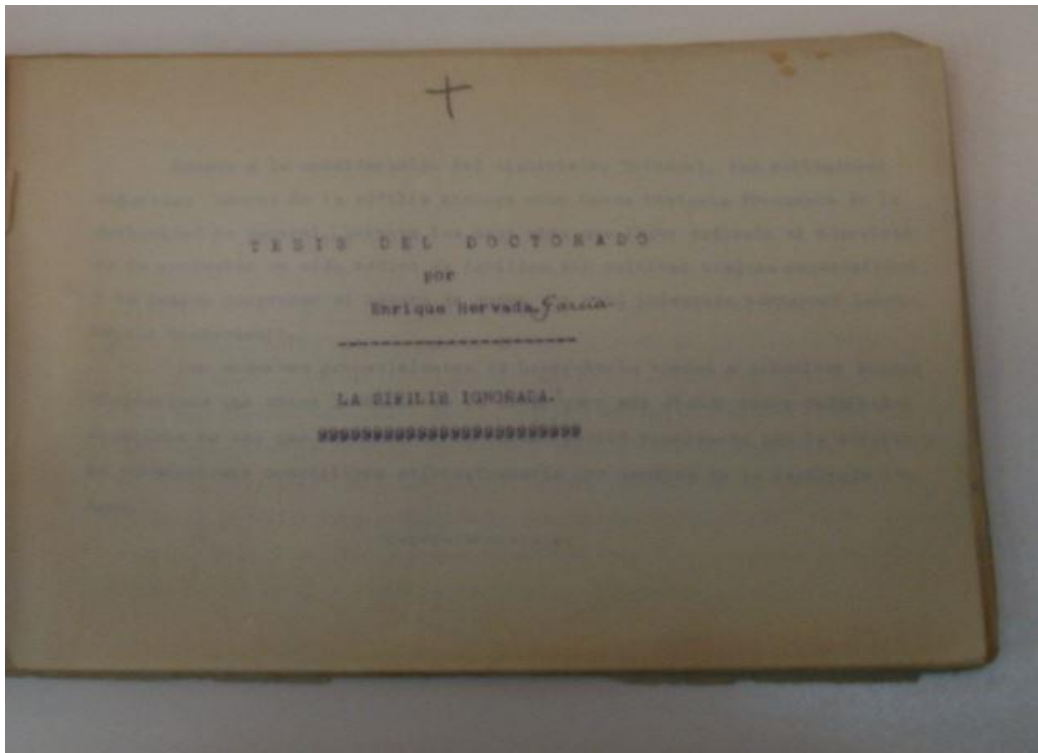


Imagen (11). Tesis doctoral de Enrique Hervada: *La sífilis ignorada* 1906 y publicada en 1916. Depositada en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid. Fotografías de la autora.

5.1.1 Conclusiones prácticas de su tesis. Repercusión en la morbi-mortalidad materno infantil de la época

A principios y mediados del siglo XIX, el hospital como institución inspiraba en muchas ocasiones terror a las clases medias y bajas, entre otras razones, por la falta de condiciones higiénicas. Los hospitales progresivamente mejoran y se modernizan. La naciente pediatría de mediados del XIX, como en el resto de Europa, reivindica la creación de hospitales específicos para la atención infantil, así como la enseñanza de esta materia desvinculada de la obstetricia y ginecología en el curriculum formativo médico⁴⁵.

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX empieza a institucionalizarse el control del embarazo y también a medicarse el parto, que hasta este momento se realizaba en casa y, en general, a cargo de mujeres, como consecuencia del proceso evolutivo de la humanidad y de la ciencia médica, unido a los cambios de vida de las nuevas sociedades, y con la finalidad de disminuir las muertes maternas y neonatales.

Este progreso ha conseguido proporcionar a la mujer y a los hijos unas condiciones de salud adecuadas y unos servicios asistenciales que se han mostrado imprescindibles para obtener excelentes resultados en cuanto a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, lo que ha implicado que los servicios sanitarios se hayan ido dotando con medios cada vez más sofisticados, permitiendo a su vez una adecuada asistencia al embarazo y parto en los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones⁴⁶.

⁴⁵ Ponte Hernando, F, et al. (2014) *Tal como éramos. En el centenario del Primer Congreso Español de Pediatría de Palma de Mallorca (1914-2014)*. Anales de Pediatría. 80 (6) 404e1-404e8.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS, 1996.

Pero también, la atención al parto normal se ha visto afectada por esta medicalización creciente de lo que, en el fondo, no es más que un proceso fisiológico⁴⁷.

En 1910, en España, la mortalidad en el primer año de vida era 160 por 1000 nacidos vivos. Respecto a la tasa de mortalidad específica por grupos de edad, en 1907 el porcentaje era 21,64% en menores de un año de edad y de 18,09%, de uno a cuatro años.

En la mayoría de los casos, los partos tenían lugar en los domicilios; a veces en las Casas de Maternidad. Algunas de éstas estaban anexas a las Gotas de Leche o a las Inclusas.

[...]El desarrollo inicial de la incubadora fue protagonizado (1878) por dos ginecólogos franceses, primero Stéphane Tarnier y, posteriormente, Pierre Budin. Éste es considerado por muchos autores como uno de los padres de la neonatología⁴⁸.

Fue a principios del S. XX cuando se inauguran los primeros consultorios de lactantes, las gotas de leche, así lo recoge el grupo de Historia y Documentación Pediátricas de la Asociación Española de Pediatría. Elemento fundamental fue la creación de las Gotas de Leche⁴⁹.

Durarían más de medio siglo, respondiendo al riesgo de desnutrición en los primeros meses de vida, uno de los problemas esenciales de la infancia.

Si la madre sufría de escasez o ausencia de secreción láctea, las 2 únicas opciones eran la lactancia artificial con leche de cabra, burra y, menos veces, de vaca, con los consiguientes riesgos metabólicos, entonces solo

⁴⁷ Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) *Iniciativa al Parto Normal*, 2006.

⁴⁸ *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española* (2014).nº 7 En el centenario del Primer Congreso Español de Pediatría.

⁴⁹ Vid: *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española* (2015)nº 8:Historia y significación de las Gotas de Leche en España

intuidos por la medicina de la época, y la lactancia mercenaria, que no estaba al alcance económico de la mayoría de las familias.

A la Plaza de Santa Cruz en Madrid, como a un mercado, acudían nodrizas de muchos Rincones de España para ofrecerse al mejor postor. Con la creación de estos auténticos «bancos de leche», además de fomentar la solidaridad entre mujeres lactantes de las más diversas clases sociales, hasta de la Real Casa, vino a paliarse aquella dificultad para muchas madres, como mínimo en el ámbito urbano. Si la leche donada no se distribuía y consumía en cada jornada, se hervía como método de higienización.

La nutrición pediátrica y la pediatría social fueron de la mano en un adelanto de lo que ha sido desde entonces una labor básica en el conjunto de la medicina infantil.

La primera de la que tenemos noticia es la de Barcelona en 1902, organizada por Felipe Cardenal, Ignacio Girona y Soler Fajarnés.

La de San Sebastián comenzó en 1903, en uno de los pabellones del Mercado de San Martín. Fue inaugurada por S. M. la Reina Madre Doña María Cristina el 28 de septiembre.

Un año después Rafael Ulecia y Cardona inaugura la de Madrid, que fue la primera en tener servicio de esterilización y reparto.

El Dr. Ulecia había presentado en el Congreso de Deontología Médica de 1903 la comunicación *Mortalidad en la primera Infancia*, similar a la que entregó ese año a la Junta municipal de Sanidad de Madrid: Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid, sus principales causa y medios de combatirla⁵⁰.

⁵⁰ Ponte Hernando, F, et al. (2014) Tal como éramos. En el centenario del Primer Congreso Español de Pediatría de Palma de Mallorca (1914-2014). *Anales de Pediatría*. 80 (6) 404e1-404e8.



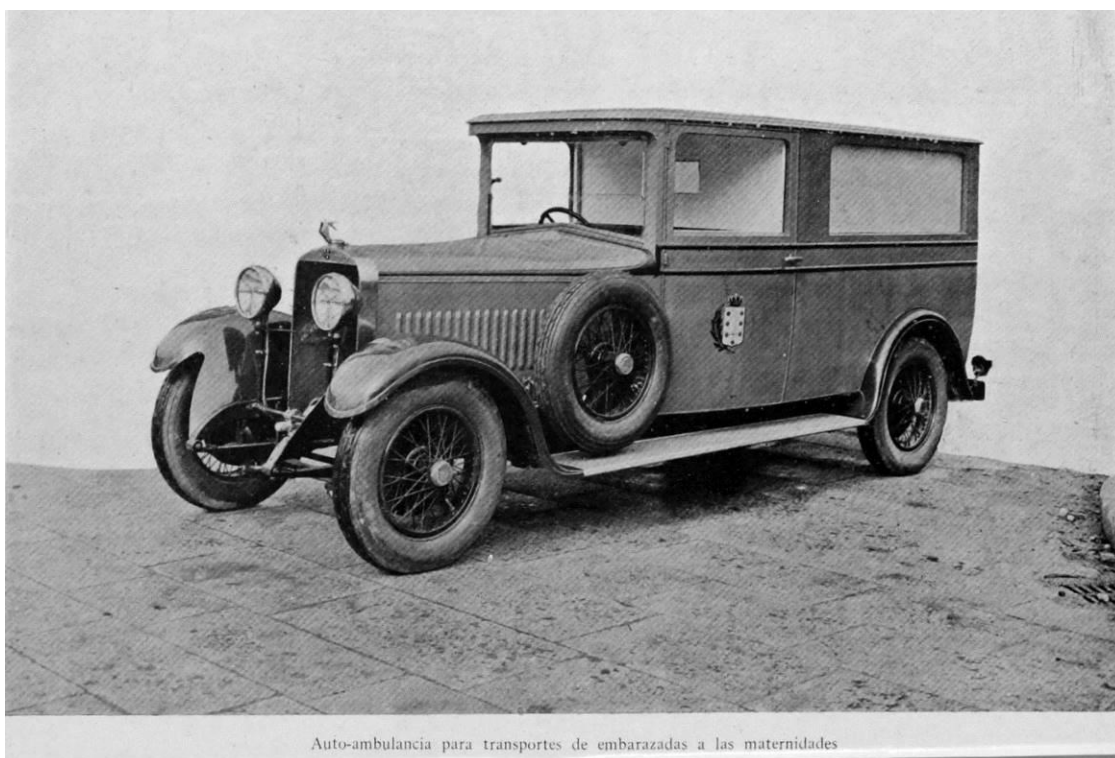
Imagen (12). Gota de Leche. Reconocimiento médico, pesaje y medición del perímetro torácico y craneal de los niños en la consulta de Gota de Leche de la Institución Municipal de Puericultura. Foto Zapata. Estampa, 1928. Hemeroteca digital BNE

En La Coruña, también se trabaja en esta misma línea, para intentar disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil. Además de contribuir como hacían Hervada y sus contemporáneos, en la lucha antituberculosa y de la mayoría de las enfermedades infecciosas, que, lógicamente, también eran una severa preocupación en el delicado ámbito materno-infantil.

Tuvimos conocimiento de las actividades llevadas a cabo en el Instituto Provincial de Higiene de La Coruña, donde se habilitaron salas de lactancia, ambulancias para el traslado de embarazadas a las maternidades, salas de puericultura e higiene infantil.

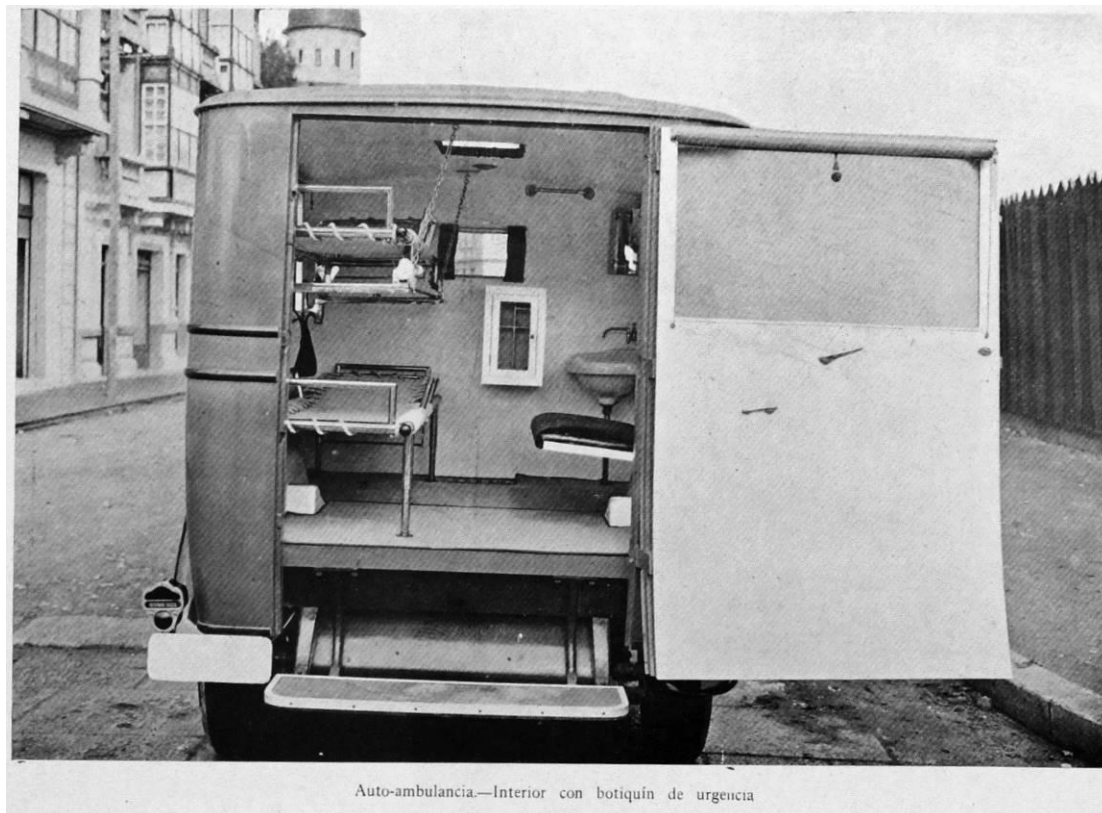
A continuación mostramos algunas imágenes de dichos medios coruñeses⁵¹:

⁵¹ Instituto provincial de higiene de La Coruña. Memoria de 1933.



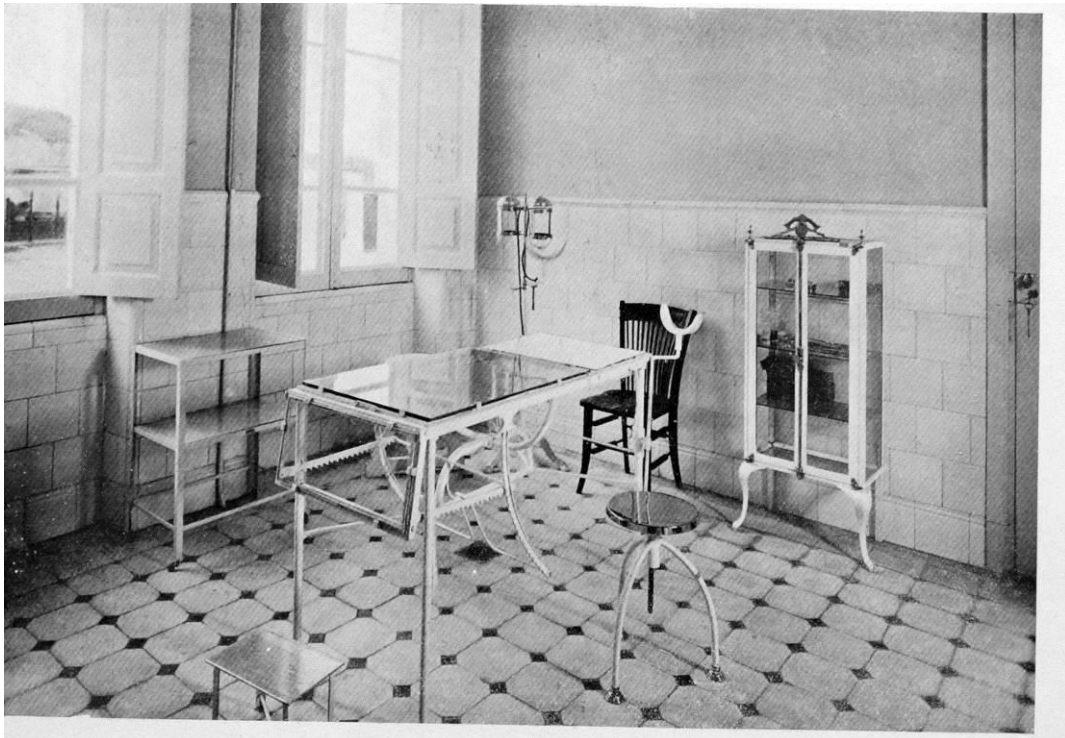
Auto-ambulancia para transportes de embarazadas a las maternidades

Imagen (13). Ambulancia para traslados de mujeres embarazadas a las maternidades



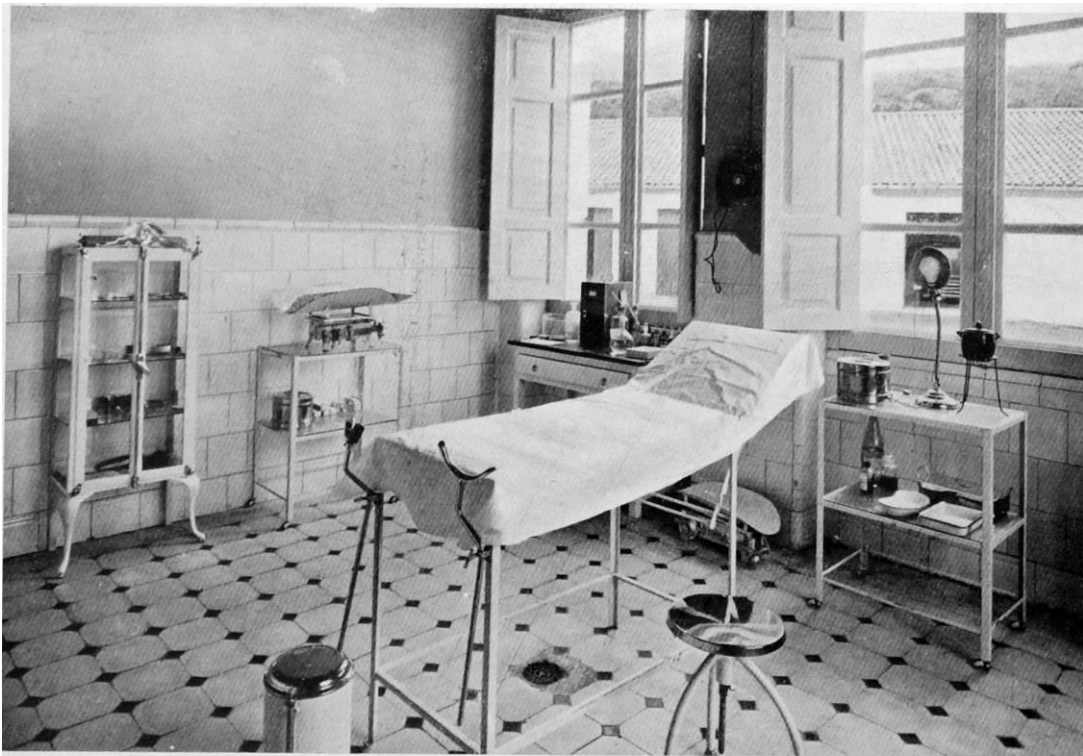
Auto-ambulancia.—Interior con botiquín de urgencia

Imagen (14). Interior de la ambulancia con botiquín de urgencia



Clínica de embarazadas (Higiene Prenatal)

Imagen (15). Salas de educación e Higiene prenatal



Clínica de Lactantes

Imagen (16). Dependencias para lactantes



Imagen (17). Salas de puericultura y educación de higiene materno-infantil

Contribuyó Hervada también con la educación materno-infantil en aquella época, sobre todo dando indicaciones sobre la vía vertical de contagio de la sífilis.

Así lo vemos reflejado en su tesis doctoral, donde relata como «algunas mujeres contraen matrimonio con sifilíticos, bien o mal tratados, padeciendo frecuentemente la sífilis latente que siempre ignoran». También incidía mucho en sus charlas en la higiene y buena alimentación, explicaba cómo elegir las buenas nodrizas y otras actividades de prevención.

«Puede suceder que la esposa no tenga hijos por causas ajenas a la infección, o que tenga manifestaciones claras de origen sifilítico hechas ostensibles por abortos, partos prematuros con feto muerto o niños con las manifestaciones de la heredo-sífilis».

Explica Hervada como se produce el mecanismo de contagio de la sífilis entre madre y feto: «la infección viene del espermatozoide que lleva al óvulo el treponema; éste franquea la barrera placentaria e invade el organismo materno

por vía sanguínea. Es decir, que en la sífilis concepcional, la madre recibe la enfermedad intraútero de su hijo infectado por el padre»⁵².

Sobre las leyes de la transmisión se discutió mucho en aquella época. Según la ley de Colles, una madre que haya llevado en su seno una criatura sifilítica, que deba la infección al espermatozoides del padre, no contrae generalmente la enfermedad sifilítica al criar a su propio hijo, como pudiera contraerla una nodriza extraña. Esta inmunidad se explicaría por la sifilización latente de la madre ante un estado aparente de perfecta salud.

Multitud de trabajos han venido a demostrar que la reacción suero-hemática de la madre de una criatura sifilítica es siempre francamente positiva y aún sin dar un valor absoluto a esta prueba se comprobó la infección por los accidentes frecuentemente observados y los síntomas investigados.

Algunas mujeres que tuvieron hijos sifilíticos y parecían indemnes, procrearon niños también sifilíticos, en un segundo matrimonio, con un hombre completamente sano. Por lo que se desmorona completamente la anterior Ley de Colles.

Según Carle, Matznauer, y Bobrie, no hay sífilis hereditaria sin que la madre haya sido contagiada.

El recién nacido que padece los signos más característicos, como el péñigo de la palma de la mano y de la planta de los pies, las fisuras labiales, la enfermedad de Parrot, etc., el tratamiento enseguida se empieza obligando a los padres a emprenderlo a su vez con más energía y constancia estimulados entonces por la desagradable demostración de la infección latente, pero otras veces la heredo-sífilis suele manifestarse por síntomas insignificantes o que pasan desapercibidos, caso no raro y explicable por el polimorfismo y la frecuencia de las dermatosis infantiles similares que curan muchas veces por el tratamiento sintomático.

⁵² Hervada García, E. (1906). *La sífilis ignorada*. Madrid. Tesis doctoral. Publicada en 1916 en *Galicia Médica*, año 3, núm 4.

Concluyen estos autores, entre los que se encuentra Enrique Hervada, que investigan la transmisión de la sífilis con dos reflexiones:

1.- lo difícil de averiguar la sífilis latente de la madre y

2.- lo fácil de que pasen desapercibidas las primeras manifestaciones heredadas cuando no revisten el sello de las descripciones clásicas.

Además sabiendo que esta enfermedad heredada no siempre se manifiesta por la sífilis (herencia homeomorfa), sino por una herencia distrofiante (herencia heteromorfa) que por su polimorfismo tiene relaciones clínicas con la heredo-tuberculosis.

Parece ser que todos los defectos de los antepasados, todas las infecciones crónicas, intoxicaciones, alcoholismo, tuberculosis, etc., pueden como la sífilis tener influencia sobre el desarrollo físico y psíquico de los descendientes, comenta Landouzy, eminente neurólogo, profesor de la facultad de París y estudioso de la enfermedad sífilítica⁵³.

5.1.2 La sífilis de ayer a hoy^{54, 55} :

A día de hoy, se ha estudiado mucho más y se conoce esta enfermedad más a fondo.

La sífilis, también denominada lúes, es una enfermedad de transmisión sexual con afectación sistémica cuyo agente causal es *Treponema pallidum*, perteneciente al Orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae.

⁵³ Hervada García-Sampedro, E. (1916). *La sífilis ignorada*. Tesis doctoral. Madrid

⁵⁴ Larsen SA. (1999). La sífilis en el momento actual. En: Picazo JJ, Bouza E (eds). *Infección*. Servisistem 2000 SL, Bilbao, pp 177-216.

⁵⁵ López-Hontangas, J.L; Frasset Artés, J: Sífilis una revisión actual. Servicio de Microbiología. Hospital La Fe. Valencia.
[<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf>].(Consultado por última vez el 15/02/2017).

El *Treponema pallidum* es capaz de penetrar en el organismo a través de las membranas mucosas intactas o a través de heridas en la piel; aproximadamente, un 30% de los compañeros sexuales de los pacientes infectados desarrollarán la sífilis. A partir de aquí, el microorganismo se disemina por el cuerpo humano a través de los vasos linfáticos o sanguíneos. En la práctica, cualquier órgano del cuerpo humano puede ser invadido incluyendo el sistema nervioso central (SNC).

Clínicamente, la sífilis se divide en una serie de etapas:

- Fase de incubación.
- Sífilis primaria.
- Sífilis secundaria.
- Sífilis latente.
- Sífilis tardía.

La fase primaria: Alrededor de dos semanas después del contagio, aparece una lesión erosivo-ulcerativa única, muy superficial, indurada, no dolorosa en el lugar de la inoculación, que constituye el llamado chancro sifilítico. Se localiza en la zona del contacto sexual (normalmente en los genitales, boca o ano). Va acompañado de adenopatías regionales. Alrededor de un mes más tarde, el chancro remite espontáneamente entre dos y ocho semanas.

La fase secundaria o estadio diseminado: Después de seis semanas de la desaparición del chancro, aparecen las manifestaciones generalizadas de la sífilis. Estas son debidas a la diseminación hematógena del *treponema*. La manifestación más precoz es la roséola sifilítica (exantema generalizado, no pruriginoso, ni descamativo y recidivante, que afecta al tronco y raíz de los miembros). Desaparece espontáneamente en el plazo de un mes.

Después de 4 a 12 meses del comienzo de la enfermedad pueden aparecer las sífilides (pápulas indoloras, no pruriginosas e induradas) y las afectaciones viscerales (óseas, hepáticas, articulares, adenopatías, etc.). Estas lesiones pueden ir acompañadas de sensación de mal estado general y fiebre.

Se denomina a la sífilis primaria y secundaria como sífilis benigna, ya que cursa con lesiones curables que no dejan cicatriz.

Período Latente Tras la sífilis secundaria, el paciente entra en un período latente es el período de la enfermedad en que el agente etiológico se encuentra en la persona infectada, sin producir síntomas ni signos clínicos. Las pruebas serológicas, sí detectan anticuerpos frente al treponema. Este período se divide, a su vez, en latente precoz y en latente tardío. La recaída de una sífilis secundaria es más probable en la fase precoz y se produce como consecuencia de una disfunción inmunológica.

La sífilis tardía: Suele aparecer después de 10 a 30 años de haberse contagiado. Se caracteriza por manifestaciones cutáneo-mucosas: gomas superficiales y profundas, como también, por afectaciones viscerales cardiovascular o neurológicas.

La sífilis tardía es grave, cursa con lesiones destructivas y, aunque pueden curar con tratamiento correcto, deja secuelas graves.

Diagnóstico de laboratorio:

- Sífilis primaria y secundaria:

-Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las secreciones de las lesiones primarias o secundarias, o,

-Pruebas serológicas inespecíficas (V.D.R.L. o R.P.R.) y treponémicas positivas (F.T.A.-Abs o M.H.A.-TP).

- Sífilis tardía:

-Demostración del agente causal por microscopía de campo oscuro o por inmunofluorescencia directa de las lesiones (gomos), o,

-Prueba serológica inespecífica (V.D.R.L.) y/o específica positiva en líquido cefalorraquídeo (neurosífilis).

La sífilis venérea ocurre en todo el mundo, variando la incidencia con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. La enfermedad puede ser adquirida por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. La forma más frecuente es por transmisión sexual. Un paciente es más infeccioso al principio de la enfermedad y con el paso del tiempo disminuye la infecciosidad. La sífilis congénita se produce con más frecuencia cuando el feto se infecta *in utero*, aunque es posible la infección del neonato al pasar por el canal del parto.

Durante la década de los ochenta se produjo un resurgimiento de la enfermedad con un desproporcionado aumento de casos en los varones homosexuales que, poco a poco, fue decreciendo debido a la adquisición de prácticas sexuales más seguras. Coincidiendo con este descenso, aparece un rápido incremento en los heterosexuales, reflejado en la frecuencia de la infección en mujeres y neonatos. Por edades, el grupo más involucrado es el que va de los 20 a los 30 años, relacionado con la actividad sexual.

El reservorio es exclusivamente humano y la fuente de infección pueden ser: Los exudados de las lesiones de la piel y mucosas de las personas infectadas. También la saliva, el semen, la sangre y las secreciones vaginales.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo con las lesiones durante las relaciones sexuales, y raramente por contactos extragenitales, como besos o felaciones.

El período de incubación es de 2 a 4 semanas, aunque se han descrito periodos de incubación entre 9 a 90 días.

El período de transmisibilidad: es contagiosa en la fase primaria y secundaria y las medidas preventivas para la sífilis, como para todas las enfermedades de transmisión sexual, se deben combinar medidas generales para fomento de la salud, básicamente una buena educación sexual y fomento del empleo correcto y sistemático de preservativos y la aplicación precoz de medios diagnósticos para la detección de casos.

Se deberá hacer especial hincapié en el control del paciente y de los contactos ya que es fundamental en el control de la sífilis, tanto el diagnóstico y tratamiento precoz del paciente, como la investigación de contactos. Los contactos identificados de casos confirmados de sífilis precoz deben ser sometidos también a tratamiento. La aplicación de Penicilina G de acción prolongada en una sola dosis de 2,4 millones de unidades el día de diagnóstico asegura la eficacia del tratamiento para la sífilis primaria incluso si el paciente no regresa a control.

La realización de test serológicos repetidos a 3 y 6 meses es de gran importancia para asegurar un tratamiento adecuado^{56,57}.

Efecto de la sífilis materna sobre el embarazo:

Los microorganismos infecciosos (*Trepanema pallidum*) en la sangre de una mujer embarazada pueden pasar al feto, especialmente en la fase temprana de la infección (denominada sífilis temprana).

⁵⁶ Coles FB, Hipp SS, Silberstein GS, Chen JH. (1989-1992) Congenital syphilis surveillance in upstate New York, implications for prevention and clinical management. *J Infect Dis* 1995.

⁵⁷ Protocolo de Sífilis. Servicio Aragonés de Salud. Consultado en: [[http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Profesionales/Salud publica/Vigilancia epidemiológica/Enfermedades Declaración Obligatoria otros procesos/Protocolos/30_Sifilis.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Profesionales/Salud%20publica/Vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica/Enfermedades%20Declaraci%C3%B3n%20Obligatoria%20otros%20procesos/Protocolos/30_Sifilis.pdf).PDF] (Consultado por última vez 03/02/2017).

La mayor parte de las mujeres con sífilis de menos de un año de duración transmitirán la infección al niño no nato. Si bien la infección es transmisible al feto a partir de las nueve semanas de gestación, la transmisión suele tener lugar entre la 16ª y la 28ª semana del embarazo.

La probabilidad de transmisión está directamente relacionada con el estadio de la sífilis materna durante el embarazo o el estadio del embarazo al adquirir la infección. En la sífilis materna temprana, la tasa de transmisión maternofetal puede alcanzar el 80%, mientras que en la sífilis tardía la infectividad se reduce. La concentración de espiroquetas en la sangre es máxima durante los dos primeros años tras la infección, a partir de los cuales va disminuyendo lentamente como resultado de la inmunidad adquirida. Así pues, el riesgo de infección para la pareja sexual es máximo durante los dos primeros años y desaparece casi por completo posteriormente; sin embargo, el riesgo de transmisión materno-fetal perdura. El curso de la infección materna no parece verse alterado por el embarazo.

Dado que la infección por sífilis puede tardar de 10 a 45 días en ser detectable por análisis de sangre, una prueba inicial negativa no garantiza la ausencia de infección. Las mujeres embarazadas con una primera prueba negativa deben volver a ser examinadas en un momento posterior del embarazo o en el parto. Los datos sobre la incidencia de la sífilis congénita entre lactantes nacidos vivos son limitados por varios motivos, como la dificultad del diagnóstico, la posibilidad de infecciones asintomáticas y la ausencia de sistemas de vigilancia o notificación. Si bien existe gran variedad en la manera de notificar resultados adversos de embarazos de mujeres infectadas por sífilis, suelen aceptarse como tales el aborto espontáneo, la muerte perinatal, el bajo peso al nacer (incluido el nacimiento prematuro) y la infección por sífilis neonatal.

Se han propuesto varios modelos para estimar los resultados adversos del embarazo de mujeres infectadas por sífilis, con resultados que oscilan entre el 50% y el 80%⁵⁸.

5.1.3 Sífilis y tuberculosis en cifras. Presente y pasado.

Sífilis:

Según los datos de la notificación numérica en 2014 que recogió la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se declararon en España 3.568 casos de sífilis, lo que supone una incidencia de 7,68 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de sífilis ha experimentado un ascenso entre 2008 y 2014.

Las comunidades autónomas que notificaron tasas más altas en el año 2014 fueron Cataluña (12 casos por 100.000 habitantes), Baleares (11,42 casos por 100.000 habitantes), Madrid (9,35 casos por 100.000 habitantes), y la comunidad Valenciana (7,78 casos por 100.000 habitantes). Las de menor incidencia fueron Castilla-La Mancha (2,95 casos por 100.000 habitantes), Ceuta (3,55 casos por 100.000 habitantes) y Castilla y León (3,82 casos por 100.000 habitantes). Melilla no declaró casos de sífilis. De los 3.568 casos declarados de forma numérica en 2014, se dispuso de información individualizada de 2.300 casos (64,5%), procedentes de doce comunidades autónomas (Andalucía, Canarias, Cataluña, Ceuta, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja). Estos casos suponen entre el 90-100% de la notificación numérica en esas comunidades, excepto para Madrid y Cataluña donde supusieron el 57% y 54% respectivamente.

De esos 2.300 casos, el 84,8% fueron varones. El 58,5% tenían entre 25 y 44 años: 32,3% de 25-34 años y 26,3% de 35-44 años. La edad media en el

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud (2008). Eliminación mundial de la sífilis congénita. Fundamentos y estrategia para la acción.

total de casos fue de 38,8 años (DE: 13,8). Las mujeres tuvieron una edad media al diagnóstico superior que los hombres (40,7 años (DE: 15,3) y 38,5 años (DE: 13,6), respectivamente) ($p < 0.05$).

La notificación de casos de sífilis aumentó durante el periodo 2008-2014. De los casos de los que se dispone de información individualizada, la mayor parte fueron hombres y la edad al diagnóstico se situó entre los 25 y 44 años. Con respecto al año previo, el número de comunidades autónomas que han notificado casos de forma individualizada ha aumentado; no obstante estos datos habrán de corroborarse cuando se disponga de la declaración individualizada en todas ellas.

Sífilis congénita:

En el año 2014 se han declarado 6 casos confirmados de sífilis congénita, lo que supone una incidencia de 1,41 casos por 100.000 nacidos vivos.

En el periodo 2008-2014 las tasas han oscilado entre 2,02 en 2009 y 0,22 en 2012, sin observarse una tendencia estadísticamente significativa.

La mitad de los casos fueron hombres. Cuatro de ellos se diagnosticaron antes del primer mes de vida, otro en el primer mes y el último a los 3 meses. Dos de los casos fueron declarados por la Comunidad Valencia, otros dos por Castilla y León, y uno por Castilla-La Mancha y Andalucía.

La sífilis congénita es una enfermedad grave pero prevenible a través del cribado y tratamiento precoz de las mujeres embarazadas, estrategia altamente coste-efectiva. Según los últimos datos publicados por el European Centre for Disease Prevention and Control, en Europa en el año 2013 se notificaron 65 casos de sífilis congénita (tasa de 2 casos por 100.000 nacidos vivos). La mayoría de los casos fueron notificados por Bulgaria y Polonia. En el contexto europeo, la tendencia en los últimos años está estabilizada aunque se observa un descenso en los casos declarados desde 2012. No obstante, la

incidencia podría estar infranotificada puesto que hay países que no disponen de sistema de vigilancia para esta enfermedad.

Tuberculosis:

En 2014 se declararon 5.020 casos de tuberculosis de todas las localizaciones (tasa global de 10,8 casos/100.000 habitantes). Del total de casos, 3.927 fueron de tuberculosis respiratoria (tasa de incidencia de 8,4 casos por 100.000 habitantes), lo que supone un descenso del 9% en la incidencia respecto al año anterior (9,2). Esta disminución ya se venía observando desde años anteriores.

En cuanto a la meningitis tuberculosa, se declararon 67 casos en 2014, que supone una tasa de 0,16 casos por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la de 2013 (0,15). Desde el año 2007 las tasas se han mantenido entre 0,20 y 0,23 casos por 100.000 habitantes, y a partir de 2013 se observa por primera vez un notable descenso. La tasa para tuberculosis de otras localizaciones fue de 2,2 casos por 100.000 habitantes (1.030 casos) en 2014. Tras el ascenso que se produjo hasta el año 2010 y que se debió fundamentalmente a una mejora de la notificación, la tendencia es descendente.

Las tasas en la Península oscilan desde 5,2 casos por 100.000 habitantes en Extremadura hasta 15,6 en Galicia. En las de Baleares y Canarias son 9,5 y 5,9 casos por 100.000 habitantes respectivamente, y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla las tasas son 27 y 30 por 100.000 respectivamente. Estas diferencias entre CCAA se atribuyen a diversos factores, de tipo social y ambiental, y en menor medida a la exhaustividad de los sistemas de vigilancia. En meningitis tuberculosa las mayores tasas se observaron en Castilla-La Mancha y Baleares (0,39 y 0,36 casos por 100.000 hab. respectivamente), aunque por número de casos destacan Cataluña y Madrid, con 11 y 10 casos respectivamente. En la TB de otras localizaciones, Melilla (5,9) y Galicia (4,5) presentan las mayores tasas de incidencia.

El 60% del total de casos de tuberculosis fueron hombres y las tasas globales fueron superiores en hombres que en mujeres (13 y 8 casos/100.000 habitantes en hombres y en mujeres respectivamente). Las tasas específicas por edad y sexo muestran diferencias según la localización de la enfermedad.

En la tuberculosis respiratoria las tasas fueron de 11 en hombres y 6 en mujeres. Por grupos de edad, en hombres la incidencia muestra una tendencia ascendente a partir de los 20 años de edad llegando a sus máximos valores en edades avanzadas, a partir de los 75 años; mientras que en mujeres el grupo de 25-34 años es el de mayor incidencia.

En la meningitis tuberculosa, las tasas fueron de 0,16 en hombres y 0,14 en mujeres. Por edades, las tasas de incidencia más elevadas se encuentran en los menores de 5 años en ambos sexos, aunque hay otro aumento de menor intensidad en edades avanzadas. En las tuberculosis de otras localizaciones la distribución por edad muestra dos picos de incidencia en ambos sexos: uno en las edades avanzadas y otro en adultos jóvenes, y las diferencias entre hombres y mujeres no son muy marcadas. Las tasas totales por sexo fueron idénticas en hombres y mujeres (2,2 casos/100.000). Respecto a otras características, de los 4.533 casos con información, el 95% eran casos nuevos (no habían recibido tratamiento previo antituberculoso), y de los 4.446 con resultados, el 68% estaban confirmados por cultivo. De los 1.450 casos nacidos fuera de España, se dispone de información sobre el país de nacimiento en 896, destacando Marruecos y Rumanía como principales países de procedencia. De los 3.227 con información acerca del estatus VIH, 240 (7%) eran VIH positivos. En el año 2014 se recogió información sobre resultados de finalización del tratamiento antituberculoso de aquellos que lo iniciaron en 2013. Del total de estos, el 81% presentaron un resultado satisfactorio (curados o que completaron el tratamiento), un 6% fallecieron durante el mismo, y se desconoce el resultado en un 9% de los casos.

Las tasas de tuberculosis en España siguen descendiendo, si bien a un ritmo inferior al deseable para llegar a la eliminación en 2050 (la OMS ha estimado para los países de baja incidencia que sería necesario una

disminución anual del 11%). El análisis de los datos nos indica que la incidencia de la tuberculosis se concentra en grupos de edad determinados. En la tuberculosis respiratoria, la más importante desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia es mayor en hombres, y elevada en adultos jóvenes en ambos sexos, lo que indica que existe una transmisión activa de la enfermedad. Por ello se necesita intensificar la detección precoz de tuberculosis en este grupo para cortar las cadenas de transmisión. También hay que aumentar la sospecha diagnóstica de tuberculosis en los hombres de edad avanzada, otro grupo con tasas elevadas. Los menores de 5 años presentan una tasa de meningitis tuberculosa muy superior a la media nacional. Dada la gravedad de esta enfermedad, es muy importante el estudio de contactos exhaustivo en las familias ante la aparición de casos de tuberculosis pulmonar en adultos, así como en centros escolares para controlar los brotes. También se recomienda mejorar el seguimiento del tratamiento antituberculoso, disminuyendo el número de casos sin información, y lograr el objetivo internacional del resultado satisfactorio de al menos el 85% de los casos. Finalmente, los cambios introducidos en los nuevos protocolos de la RENAVE⁵⁹, en cuanto a información sobre factores de riesgo, nuevas pruebas de laboratorio e información sobre resistencias a los fármacos antituberculosos, servirán para la mejor identificación de grupos de riesgo y contribuirán a mejorar la vigilancia y el control de la tuberculosis en España⁶⁰.

El Instituto Nacional de Estadística publicó en el Anuario Estadístico de España 2016, los datos obtenidos durante el período entre 2007 y 2014 de determinadas enfermedades de declaración obligatoria, entre las que se encuentran la sífilis (incluida la congénita) y la tuberculosis.

Lo representan en el gráfico que vemos a continuación, donde observamos claramente como la sífilis asciende en estos 8 años de

⁵⁹ Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. N de la A.

⁶⁰ Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2014. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III

observación; los casos de sífilis congénita disminuyen más de la mitad desde el 2007 y la tuberculosis respiratoria también sufre un descenso evidente.

Tabla (1): Enfermedades de declaración obligatoria. Casos notificados por enfermedades⁶¹:

Enfermedad	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Botulismo	9	7	13	8	12	9	7	11
Brucelosis	263	170	144	110	103	85	107	82
Cólera	2	0	0	0	2	0	1	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	1
Enfermedad meningocócica	830	768	721	552	573	427	318	231
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	75	79	70	70	82	68	64	47
Gripe	681.988	629.504	1.137.615	224.011	590.957	533.675	584.791	542.909
Hepatitis A	1.002	2.250	2.693	1.023	713	646	614	631
Hepatitis B	931	1.011	870	865	805	605	691	780
Hepatitis víricas, otras	698	755	709	741	671	635	719	685
Infección gonocócica	1.698	1.897	1.954	1.944	2.328	3.042	3.314	4.562
Legionelosis	1.178	1.334	1.305	1.309	1.018	1.077	904	1.041
Lepra	19	18	34	12	16	12	6	7
Paludismo	345	347	409	448	505	557	582	576
Parotiditis	10.343	3.845	2.174	2.705	4.615	9.538	13.960	3.310
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	(1)1
Rubéola (excluye la congénita)	60	63	30	12	19	67	4	12
Rubéola congénita	0	1	2	0	0	1	1	1
Sarampión	241	308	44	302	3.641	1.219	114	117
Shigelosis	..	..	..	..	..	323	167	256
Sífilis (excluye la congénita)	1.936	2.545	2.496	2.909	3.144	3.638	3.720	3.568
Sífilis congénita	19	20	15	11	7	6	7	8
Tétanos (excluye el neonatal)	12	15	9	11	10	12	12	6
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	554	663	538	884	3.240	3.430	2.342	3.333
Triquinosis	115	50	21	21	34	24	29	4
Tuberculosis respiratoria	6.677	6.619	6.108	5.521	5.152	4.516	3.931	3.781
Tuberculosis, meningitis	109	103	93	98	91	89	66	56
Tuberculosis, otras	..	..	..	..	..	1.109	1.180	972
Tularemia	..	..	..	..	..	2	2	95
Varicela	153.099	125.706	140.935	157.914	136.823	145.642	142.180	161.598

¹ Importado de Marruecos.

Fuente de información: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad.

⁶¹ Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2016. Inventario de operaciones estadísticas de la Administración General del Estado.

En julio de 2016 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó un trabajo que lleva por nombre «La salud y es sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras España». Aparecen representadas diferentes tablas entre las que se encuentran los casos nuevos notificados de sífilis y tuberculosis en el año 2014.

Dentro de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual analiza:

Tabla (2): Infección gonocócica y sífilis, casos nuevos notificados. España, 2014

	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Infección gonocócica	4.562	9,8
Sífilis (excluye sífilis congénita)	3.568	7,7
Sífilis congénita	8	0,02

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Y dentro de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión aérea analiza⁶²:

Tabla (3): Tuberculosis, casos nuevos notificados, por localización. España, 2014

Localización	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
Tuberculosis respiratoria	3.933	8,5
Meningitis tuberculosa	67	0,14
Otras Localizaciones	1.018	2,2
Total	5.018	10,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Economía y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

⁶² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). La salud y es sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras España

El periódico La Opinión de A Coruña, recoge el 10 de marzo de 2017 un artículo que pone de manifiesto el repunte que estamos viviendo en Galicia con respecto a la sífilis.

Lejos de ser algo del pasado, los casos de enfermedades de transmisión sexual se han disparado en los últimos cinco años en la comunidad gallega. Los últimos datos de Sanidade revelan que los afectados tanto de sífilis como de gonorrea se han duplicado desde 2011 y ya superan el centenar de casos anuales. Los expertos, que aseguran que este repunte es generalizado en toda España, atribuyen el incremento a que muchos jóvenes "bajan la guardia" y no utilizan el preservativo en gran parte, sostienen, por "la pérdida del miedo" a contagiarse de una patología que antes era mortal como el sida.

Las enfermedades de transmisión sexual son algo todavía habitual en las consultas médicas gallegas y lejos de descender su incidencia, el número de afectados se ha disparado en los últimos años. La sífilis y la gonorrea son dos claros ejemplos. En ambos casos, el número de pacientes se duplicó desde 2011. Si ese año se registraron 60 casos de sífilis en Galicia, la cifra aumentó hasta 158 en 2015 (un 163% más).

[...]En el caso de la sífilis -provocada por la bacteria *treponema palidum* y que causa pequeñas heridas o erupciones en los genitales así como la inflamación de los ganglios linfáticos- el repunte ha sido más moderado, pero los 158 casos de 2015 suponen también la segunda cifra más alta de la década (por debajo de los 169 de 2014). Pontevedra es la que presenta un mayor número de casos (73), seguida de A Coruña (51), Ourense (23) y Lugo (11), pero es esta última la que porcentualmente experimentó un mayor incremento (casi se cuadruplicaron los casos al pasar de tres a 11 en sólo un lustro). En el caso de A Coruña, solo hubo un afectado más en 2015, respecto a 2011⁶³.

Analizaremos ahora los datos de mortalidad de tuberculosis y sífilis producidos en todo el siglo XX.

En el año 2002, se presenta el trabajo «Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX», dirigido por el Dr. R. Navarro García, Médico

⁶³ <http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2017/03/07/sifilis-gonorrea-repontan-galicia/1159294.html>. Consultado por última vez el 14/03/2017

de Sanidad Nacional, que fue realizado durante los años 1999 y 2000, con la ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias. Es un trabajo de investigación aprobado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (99/0208).

Se recogen los datos históricos de mortalidad específica de España durante todo el siglo XX, incluidas las muertes producidas por sífilis y tuberculosis que es lo que nos interesa para nuestro trabajo.

Vemos a continuación 4 tablas donde aparece la mortalidad producida por estas enfermedades entre 1900 hasta 1997⁶⁴.

Con respecto a las muertes producidas por tuberculosis vemos tal y como dice Hervada, en su libro *La Lucha Antituberculosa* que más adelante analizaremos, el pico de mortalidad en 1918 debido a la gran epidemia de gripe. Se producirá por tanto este año, el mayor índice de mortalidad por tuberculosis de todo el siglo XX.

En cuanto a la sífilis vemos que es a partir de 1941 cuando se produce el mayor incremento de la mortalidad, y será a partir de 1961, 20 años más tarde, cuando empieza a descender.

⁶⁴ Navarro García. R (2002) *Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX*. Trabajo de investigación aprobado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (99/0208)

Tabla (4): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1900-1925

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Adaptadas) MORTALIDAD (1900-1925)															
Años	Tubercul.	Diarrea	Mening. S.	Gripe	Saramp.	F. Tifoidea	Difteria	Viruela	Tosfer.	Malaria	S. Puerp.	Escari	Stills	Tífus Ex.	Total
1900	36.566	74.980	21.737	17.154	12.010	11.426	8.489	6.497	4.750	4.703	1.811	1.237	743	202.103	
1901	37.616	65.588	20.078	11.922	18.463	9.594	6.299	5.250	3.889	3.964	2.178	1.140	697	128	186.806
1902	36.177	65.361	19.688	12.040	10.746	8.587	5.247	5.590	5.236	3.270	2.116	1.184	635	55	175.932
1903	35.121	73.687	19.194	10.056	9.989	8.162	4.721	4.699	4.551	2.692	2.362	1.011	575	194	177.004
1904	37.466	81.482	20.688	11.270	9.770	7.797	3.823	2.859	4.359	3.017	2.465	888	603	400	186.897
1905	35.591	69.233	20.664	14.275	13.763	7.158	3.524	2.740	4.386	2.694	2.715	1.046	654	148	178.591
1906	36.344	81.005	21.374	10.478	8.699	8.068	3.390	4.342	4.434	2.735	2.469	1.399	730	120	185.587
1907	34.795	70.878	20.148	18.863	6.834	6.770	3.634	3.234	3.397	2.190	2.552	2.357	761	91	176.504
1908	34.720	78.761	20.410	9.060	7.178	6.508	3.926	2.796	4.843	2.052	2.296	2.191	773	58	175.572
1909	32.109	71.528	19.797	10.449	7.738	5.386	4.256	3.695	3.539	2.111	2.289	1.725	791	671	166.084
1910	31.153	64.161	19.873	9.722	6.877	4.584	4.239	2.103	2.491	1.859	2.097	1.619	778	301	151.857
1911	31.461	75.646	21.076	7.894	7.522	5.308	3.799	1.512	2.649	1.980	2.018	772	761	134	162.532
1912	29.810	53.606	18.389	7.691	5.341	4.500	5.465	2.516	2.490	1.744	2.123	668	667	102	135.112
1913	30.771	67.657	20.067	8.730	6.081	4.655	4.956	3.100	2.932	1.688	2.027	434	672	243	154.013
1914	31.436	64.784	19.280	7.860	6.024	6.401	4.756	2.244	2.106	1.609	1.953	1.243	691	82	150.469
1915	32.786	69.378	19.698	6.487	5.817	5.159	4.231	1.770	2.253	1.859	1.953	745	823	51	153.010
1916	33.958	62.328	18.477	7.021	5.660	5.077	4.097	2.110	2.623	1.901	1.829	675	723	52	146.531
1917	35.711	65.309	18.812	7.479	5.082	5.499	4.044	2.565	2.367	2.279	1.886	731	787	68	152.619
1918	42.228	80.623	22.414	147.114	5.597	7.400	3.844	2.969	2.456	2.347	2.534	479	866	73	320.944
1919	37.626	70.065	17.888	21.235	2.880	5.670	2.650	3.623	1.782	1.934	1.910	678	846	227	169.014
1920	37.393	76.490	19.747	17.825	6.121	7.027	2.732	3.258	3.554	2.025	1.930	1.239	896	153	180.390
1921	33.475	75.846	17.693	5.837	5.449	7.061	3.052	2.097	1.578	1.912	2.064	847	826	73	157.810
1922	33.453	65.286	17.248	7.992	6.513	5.528	2.937	1.325	1.238	1.518	2.075	638	811	80	146.642
1923	33.477	71.581	17.291	8.367	3.954	5.202	2.260	525	2.019	1.290	1.863	459	833	39	149.160
1924	33.746	62.175	15.696	7.055	4.432	4.677	2.009	1.217	2.177	1.197	1.767	283	807	18	137.256
1925	33.580	64.823	14.231	6.308	4.826	4.250	1.407	849	1.782	927	1.565	172	785	10	135.515

Tabla (5): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1926-1949

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Adaptadas) MORTALIDAD (1926-1949)															
Años	Tubercul.	Diarrea	Mening. S.	Gripe	Saramp.	F. Tifoidea	Difteria	Viruela	Tosfer.	Malaria	S. Puerp.	Escarl.	S'Tilis	Tifus Ex.	Total
1926	33.242	66.059	12.973	5.068	4.463	4.858	1.576	112	1.288	852	1.423	391	683	8	132.976
1927	32.899	60.874	12.433	6.634	3.075	4.554	1.363	162	939	826	1.418	551	683	17	126.428
1928	31.156	65.654	12.338	3.427	4.722	4.868	1.377	153	1.726	735	1.514	255	604	10	128.539
1929	30.831	57.847	11.069	5.439	3.689	3.921	1.225	2	1.146	571	1.350	239	603	14	117.946
1930	28.961	56.243	10.159	2.413	5.252	3.744	1.288	4	1.114	552	1.371	194	580	7	111.882
1931	30.631	46.764	10.152	7.379	3.826	3.599	1.203	8	1.053	638	1.445	279	577	5	107.559
1932	28.054	44.744	8.844	4.917	3.947	3.114	1.123	6	1.593	563	1.346	198	640	8	99.097
1933	28.285	44.300	8.747	7.860	3.004	3.269	1.181	2	1.504	580	1.394	345	593	10	101.074
1934	27.053	45.696	7.974	5.516	3.327	3.109	1.250	5	1.031	599	1.306	593	635	2	98.086
1935	26.653	40.569	7.610	8.075	2.339	2.800	1.238	3	1.038	621	1.252	590	609	3	93.400
1936	25.372	40.298	6.853	4.085	1.936	2.695	1.103	2	1.493	549	1.067	494	564	4	86.515
1937	29.935	50.277	8.197	4.526	4.386	5.049	1.773	6	1.100	567	1.141	464	515	11	107.947
1938	32.579	42.228	7.957	5.047	2.596	7.049	2.930	6	966	712	1.023	295	567	13	103.968
1939	31.137	42.155	6.884	5.006	1.539	5.500	4.058	609	1.194	662	843	127	625	64	100.403
1940	29.185	38.734	6.129	4.346	2.068	3.399	3.169	977	897	916	1.083	116	678	90	91.787
1941	32.877	53.307	6.968	6.333	688	4.168	1.563	176	646	1.283	754	32	1.934	1.644	112.373
1942	32.061	33.659	5.125	4.635	1.612	3.551	956	31	939	1.781	677	50	1.532	1.548	88.157
1943	30.025	31.685	5.121	4.027	1.499	3.008	816	0	1.080	1.307	612	71	1.470	291	81.012
1944	30.080	28.464	5.953	5.124	536	2.207	669	3	551	523	625	89	1.474	117	76.415
1945	30.192	25.333	5.433	3.121	962	2.325	642	2	567	301	508	101	1.391	15	70.893
1946	32.313	27.497	4.915	2.049	591	2.343	472	1	873	275	343	45	1.474	25	73.216
1947	33.971	16.070	4.928	3.648	762	1.807	533	1	922	188	277	52	1.250	49	64.458
1948	31.543	15.506	4.585	2.746	891	1.492	460	1	626	164	253	66	1.095	12	59.440
1949	32.039	17.952	4.412	2.415	384	1.566	550	2	360	84	204	58	1.184	13	61.243

Tabla (6): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1950-1974

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Adaptadas) MORTALIDAD (1950-1974)															
Años	Tubercul.	Diarrea	Mening. S.	Gripe	Saramp.	F. Tifoidea	Difteria	Viruela	Tosfer.	Malaria	S. Puerp.	Escarl.	S'Tills	Tífus Ex.	Total
1950	29.292	14.656	4.014	1.785	862	1.180	587	2	491	72	144	50	1.025	5	54.165
1951	26.206	10.320	2.598	10.181	750	928	333	0	551	54	85	66	987	2	53.061
1952	15.971	8.466	3.616	2.775	744	661	297	0	601	48	76	56	1.286	2	34.599
1953	11.533	9.362	1.891	3.932	313	493	305	0	452	32	80	32	1.277	1	29.703
1954	10.802	7.923	1.568	1.487	309	386	352	0	385	26	56	33	1.156	0	24.483
1955	10.255	8.176	1.718	2.927	376	414	358	0	401	23	58	46	1.155	0	25.907
1956	9.706	6.901	1.507	3.630	333	290	224	0	241	6	41	24	1.094	0	23.987
1957	9.524	6.936	2.432	7.341	376	268	199	0	158	14	38	25	994	0	28.305
1958	8.052	5.749	1.452	1.804	241	240	149	0	157	10	38	16	894	0	18.802
1959	7.819	5.424	1.440	3.292	390	206	141	0	231	1	37	16	813	1	19.811
1960	7.791	4.639	1.265	3.396	312	207	139	0	133	0	25	24	940	0	18.871
1961	7.484	4.428	1.095	3.044	626	180	190	2	136	0	23	8	822	0	18.038
1962	7.278	4.430	1.037	5.360	330	147	156	0	131	0	30	13	804	0	19.716
1963	6.725	3.445	1.030	4.810	435	119	110	0	122	0	35	20	760	0	17.611
1964	6.273	3.276	952	3.309	265	107	81	0	79	0	19	16	656	0	15.033
1965	5.702	3.193	822	2.851	302	72	56	0	33	0	27	10	682	0	13.750
1966	5.272	2.273	770	2.816	188	62	24	0	26	0	22	8	550	0	12.011
1967	4.574	1.894	716	2.102	156	73	18	0	31	0	23	9	462	0	10.058
1968	4.517	1.365	466	3.219	113	50	14	0	14	0	13	2	314	0	10.087
1969	4.265	1.345	446	5.167	134	40	7	0	21	4	8	3	311	0	11.751
1970	3.596	1.152	475	1.949	95	36	5	0	9	0	16	3	258	0	7.594
1971	3.594	1.290	625	4.594	66	43	6	0	9	1	12	1	294	0	10.535
1972	3.017	1.316	550	2.182	110	34	6	0	7	2	9	4	207	0	7.444
1973	2.877	1.299	517	5.663	66	31	3	0	5	2	9	5	229	0	10.706
1974	2.588	1.011	421	4.507	57	29	4	0	4	1	8	1	222	0	8.853

Tabla (7): Mortalidad por enfermedades infecciosas 1975-1997

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Adaptadas) MORTALIDAD (1975-1997)																
Años	Tubercul.	Diarrea	Mening. S.	Gripe	Saramp.	F. Tifoidea	Difteria	Viruela	Tosfer.	Malaria	S. Pueorp.	Escarl	S'Tilis	Tifus Ex.	Total	
1975	2.557	884	436	4.787	41	28	1	0	3	3	4	12	3	185	0	8.941
1976	2.480	700	412	3.037	41	27	4	0	3	3	1	2	0	170	0	6.877
1977	2.211	548	374	2.729	49	14	3	0	5	5	7	2	1	119	1	6.063
1978	2.059	569	429	1.992	41	15	2	0	5	5	3	8	1	153	0	5.277
1979	1.783	540	400	1.052	28	23	1	0	6	6	4	4	1	169	0	4.011
1980	1.469	385	231	997	32	20	0	0	1	1	7	5	0	116	0	3.263
1981	1.558	334	245	2.054	81	16	0	0	2	2	5	3	0	108	0	4.406
1982	1.306	311	202	676	17	16	0	0	4	4	4	2	0	111	0	2.649
1983	1.228	284	208	1.639	16	18	1	0	3	3	5	0	0	110	0	3.512
1984	1.040	300	191	648	3	7	1	0	3	3	5	0	2	96	0	2.296
1985	1.059	255	200	712	2	11	0	0	1	1	5	1	0	85	0	2.331
1986	957	275	219	909	5	5	0	0	0	0	7	2	0	62	0	2.441
1987	925	250	177	554	19	3	1	0	0	0	5	2	1	63	0	2.000
1988	887	235	172	445	2	6	0	0	0	0	4	0	1	66	0	1.818
1989	804	215	149	543	3	7	0	0	0	0	3	1	0	61	0	1.786
1990	861	207	184	832	3	8	0	0	0	0	1	2	0	58	0	2.156
1991	791	168	207	442	5	1	0	0	0	0	2	1	2	46	0	1.665
1992	765	165	184	271	2	3	0	0	0	0	5	0	0	39	0	1.434
1993	720	188	180	430	1	3	0	0	0	0	4	0	0	36	0	1.562
1994	634	229	168	300	1	3	0	0	0	0	5	1	0	42	0	1.383
1995	603	242	173	416	2	1	0	0	0	0	8	0	0	33	0	1.478
1996	601	213	160	435	0	0	0	0	0	0	3	0	0	25	0	1.437
1997	523	216	132	435	0	1	0	0	1	1	8	0	0	11	0	1327
T.	1.872.177	2.942.158	726.283	644.478	259.803	257.981	140.083	77.763	108.992	73.737	79.056	32.058	61.650	7.553	7.283.772	

5.2. OTRAS PUBLICACIONES DE ENRIQUE HERVADA:

Son numerosas las publicaciones de nuestro tisiólogo coruñés a lo largo de su carrera profesional. Sus obras muestran un incansable interés por mejorar las condiciones de las clases populares, a través de su trabajo como médico y publicista.

Hervada trabajó intensamente como divulgador de temas médicos a través de la Universidad Popular y también en *La Voz de Galicia* con su columna «Ocios de un médico».

También publicó numerosos artículos en distintas revistas profesionales como *El Siglo Médico*, *España Médica*, *Archivos Españoles de Tisiología* o *Revista General de Medicina y Cirugía*, en la que aparece entre los colaboradores permanentes. Además encontraremos también en *Galicia Médica*, *Boletín del Dispensario Antituberculoso*, *Galicia Clínica* y *Revista Médica Gallega* numerosas publicaciones del Dr. Hervada⁶⁵.

Relación y análisis

Enumeramos a continuación algunas de estas publicaciones y analizamos su contenido:

- La alimentación (1908).
- Las enfermedades venéreas (1909).
- La alimentación del sano y del enfermo (1914).
- Un caso de miasis cutánea (1920).

⁶⁵ Bugallo, Ánxela (2012). "Enrique Hervada García-Sampedro", en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*. [Lectura: 10/02/2017]
[URL:<http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=251> [Consultado por última vez el 10 de febrero de 2017].

- Indicaciones del pneumotórax artificial en las hemoptisis tuberculosas (1921).
- El problema social de la tuberculosis. La vida escolar. (1922).
- Lo que todos debemos saber de la tuberculosis (1922).
- Reumatismo tuberculoso articular y abarticular (1922).
- 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. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de la Toja (1925).
- La tuberculosis en Galicia (1925-1926).
- Consultas Médicas Frecuentes (1928).
- Los dolores braquiales de origen cerebral (1929).
- Pseudo tuberculosis pulmonar de origen cardíaco (1929).
- Actinomicosis pulmonar (1930).
- Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente (1930).
- Estigmas somáticos de origen tuberculoso. Infantilismo (1931).
- Prontuario farmacológico. Verdadero formulario de bolsillo (1931).
- Eventración diafragmática (1931).
- El tratamiento del asma por la tuberculina (1932).
- Sobre la etiología sifilítica de la esclerosis en placas (1932).
- Los síntomas que molestan al tuberculoso (1933).
- Tratamiento sintomático de la tuberculosis pulmonar (1934).

- Fiebre y febrícula de origen tuberculosa (1948).
- Epidemias silenciosas (1953).

5.2.1. La alimentación (1908):

Este trabajo forma parte de una conferencia impartida por el Dr. Enrique Hervada en la Universidad Popular de La Coruña. Siguiendo así con su incansable labor de divulgación. En este caso realizando indicaciones saludables de alimentación y explicando claramente cómo se realiza la función digestiva para que tenga lugar esa absorción y asimilación de nutrientes.

[...] La digestión empieza en la boca, donde los alimentos son machacados e insalivados para formar el bolo alimenticio que es conducido al estómago por la deglución.

Durante la masticación los alimentos se impregnan de saliva y son reblandecidos y disueltos algunos de ellos. La saliva tiene un fermento soluble, la ptialina que transforma el almidón en dextrina y luego en maltosa, azúcar reductor y dextrógiro.

La digestión bucal es muy importante. Poseyendo dentadura se evitan muchas enfermedades. Los dientes cariados son verdaderos nidos de microorganismos, sucediendo a veces que, en las dolencias del aparato digestivo, el mejor médico es el dentista.

[...] La digestión en el estómago, consta de fenómenos mecánicos y químicos. Hoy se consideran más importantes los primeros, que consisten en movimientos de frotos circulares que hacen mover las paredes estomacales en sentido inverso y movimientos de empuje hacia el intestino.

[...] El jugo gástrico es un líquido incoloro que contiene dos fermentos, la pepsina y el cuajo o *fermento lab* de los alemanes que sirve para coagular la leche. El ácido que interviene es el clorhídrico cuya secreción aumenta durante la digestión.

Los alimentos deglutidos con la saliva permanecen en el estómago cuatro o cinco horas y forman una pasta llamada quimo.

[...] En el intestino delgado es donde se verifican los fenómenos más importantes de la digestión. Bajo la acción de los jugos segregados en la cavidad intestinal, todos los alimentos sufren transformaciones.

[...] Cuando la absorción ha concluido queda en el intestino un residuo de materias insolubles y sustancias excrementicias que son expulsadas al exterior con el nombre de bolo fecal.

Una vez explicado el proceso digestivo de los alimentos en nuestro cuerpo, el Dr. Hervada trata con detenimiento las propiedades de los alimentos, sobre todo de la leche materna, tema importante para nuestro trabajo y expuesto por Enrique Hervada con claridad. También nos habla sobre las propiedades y beneficios de: los huevos, carnes, pescados, vegetales, pan, cereales, legumbres, frutas, grasas y aceites, azúcar y bebidas aromáticas.

La leche es el único alimento completo para el hombre, porque contiene, en ración soportable, suficiente cantidad de albuminoides, hidrocarburos, agua y sales.

La leche de mujer es opalina, bastante dulce y casi incolora. Una mujer que amamanta, segrega del 3º al 6º mes de 1.000 a 1.300 cc. de leche al día. Una alimentación rica en albuminoides aumenta la manteca y el azúcar.

Las mujeres anémicas, caquéticas o con fiebres histéricas tienen una leche pobre en caseína y grasas y poco abundante. El amamantamiento no es bueno ni para ella ni para sus hijos.

Una buena nodriza debe tener de 21 a 32 años, ser robusta, de carácter tranquilo o alegre, que no sufra emociones violentas ni tenga accesos de cólera, ni penas prolongadas, rubia o morena, piel sana, buenos dientes y apetito sostenido. Sus mamas deben ser voluminosas y surcadas de venas, con pezones bien conformados; apretándolas saldrá leche en cantidad por distintos puntos.

La edad de la leche debe aproximarse a la del niño y la nodriza haber pasado del puerperio.

La vuelta de las reglas disminuye un poco la secreción, pero generalmente no altera la leche, haciéndola un poco purgante sólo en las épocas menstruales.

La influencia del embarazo es perjudicial, sobre todo después del sexto mes.

Es necesario saber que la nodriza tiene leche abundante y buena. Un medio sencillo para conocerla consiste en recoger leche en medio de la tetada y se la compara con el cuentagotas, con un volumen igual de agua destilada: la buena leche da 35 gotas por 30 de agua. Pero el mejor reactivo es el niño; si pide a menudo el pecho y lo deja enseguida con gritos de cólera, es que no encuentra nada. Si terminada la tetada deja el excedente de leche rezumar por los labios, es que está satisfecho.

Un cambio de nodriza no es perjudicial al niño y aún al contrario le es ventajoso si la segunda ofrece mejores condiciones que la primera.

Una madre sifilítica debe amamantar ella misma a su hijo. La que padezca epilepsia, tuberculosis o flemón mamario doble no debe dar el pecho.

Nos ilustra también Enrique Hervada del importante aspecto de la transmisión de tóxicos por la leche:

Si la nodriza bebe alcohol, lo transmitirá por su leche al niño, lo mismo que el opio, la quinina, el yoduro, el bromuro, el cloral, el éter y con más dificultad el arsénico, el salicilato de sosa, la aspirina y el mercurio.

Y desmiente la utilidad de presuntos buenos hábitos:

Es mala costumbre dar agua azucarada y otros jarabes a los recién nacidos, esperando la subida de la leche.



Imagen (18). Marguerite Gérard (1761-1837). *La nodriza*.

Es también costumbre censurable el dar el pecho a todas horas. La duración de la digestión es de una hora y tres cuartos; habrá que dar, pues, el pecho cada dos horas durante el día y dos veces por la noche. Desde el tercer mes, cada tres horas y una vez por la noche. Las tetadas no deben de pasar de un cuarto de hora porque la succión inútil favorece la formación de grietas.

También aborda la introducción de la alimentación complementaria:

Al octavo mes, luego de la erupción de los primeros dientes, puede tomar además del pecho papillas de harina de trigo o avena, tapioca, etc., pero el régimen azoado (huevos, pescados, carnes), no deberá comenzar hasta la aparición de los dientes caninos.

Y las diversas opciones de leche disponibles:

La leche humanizada, es leche de vaca de buena calidad, de la que se ha extraído el exceso de caseína por medio del cuajo, cuya acción se detiene oportunamente por la elevación o el descenso de la temperatura y luego se esteriliza a 118°. Según su

inventor, esta leche no causa indigestión ni diarrea y se coagula en el estómago en coágulos finos como la leche humana; es, pues conveniente en la lactancia artificial.

La leche de burra se parece muchísimo a la de mujer en su composición y la naturaleza de su caseína.

La que más se consume es la leche de vaca que varía según la alimentación del animal.

Así como los cuidados a tener en cuenta ante la posible transmisión de enfermedades mediante la lactancia:

Hay que temer la transmisión de las enfermedades infectivas por medio de la leche y sobre todo de la tuberculosis. La fiebre tifoidea puede adquirirse por penetración de los gérmenes en dicho líquido o por el agua adicionada.

Cuando la leche es dudosa, es necesario esterilizarla. La ebullición prolongada la empobrece, expulsando gases disueltos, modificando el azúcar y disminuyendo el agua, por esto es preferible la pasteurización, suficiente para destruir el bacilo tuberculoso y el de la fiebre tifoidea, consistiendo en mantener el líquido a 70 grados durante media hora y enfriarlo bruscamente a más de 10°⁶⁶.

Tal y como vemos en esta publicación, el Dr. Hervada da recomendaciones e instrucciones sobre la lactancia materna, muchas de las cuáles, hoy en día se siguen manteniendo, sobre todo en el caso de madres infecto-contagiosas. Nos demuestra una vez más, su gran labor como divulgador y educador sanitario en este caso con la población materno-infantil. Sabemos que la morbilidad en esa época era muy elevada, debido en gran medida a las enfermedades infecciosas contagiadas de madres a hijos.

⁶⁶ Hervada García-Sampedro, E. (1908): *La alimentación*. Conferencia dada en la Sociedad de Carpinteros el 8 de diciembre de 1907. A Coruña: Lit. e Imp. de L. Lorman.



Imagen (19). Paul Cezanne –óleo sobre lienzo- 1872. *Hortense lactancia materna Paul*.

Además de comentar en gran detalle sobre las propiedades de la leche de vaca y humana también nos indica las propiedades de los siguientes alimentos:

El huevo constituye un alimento muy asimilable y reparador, siendo precioso para el diabético.

La carne es el alimento por excelencia del adulto por su riqueza en nitrógeno y su gran asimilabilidad, pero el régimen carnoso absoluto o casi absoluto carga los humores de la economía de una superabundancia de desechos azoados, de ácido úrico en particular; congestiona el hígado, causa estreñimiento, produce dispepsia, embarazo

gástrico y enfermedades de la piel. Hace a los individuos más agresivos y a los inteligentes menos despiertos.

[...] La alimentación vegetal disminuye la tendencia a la gota, al reuma y a la neurastenia; el carácter se endulza y el ingenio se despierta. Ahora bien, el régimen vegetal absoluto, tiene tantos inconvenientes como el carnoso.

[...] El pan es la base de la alimentación en los pueblos civilizados. Resulta del amasamiento de la harina con agua y levadura y de la cocción de esta mezcla.

El buen pan debe ser ligero, sonoro, de corteza dorada, quebradiza, difícil de despegar de la miga. Ésta debe ser elástica y con anchas cavidades.

El pan es alimenticio, gracias al gluten que contiene y al que debe su ligereza, porosidad y digestibilidad. Las harinas de trigo, centeno y maíz, son las que más se utilizan para su preparación.

[...] El arroz es el tipo de los feculentos, es sano y se detiene poco en el estómago. Su valor alimenticio es escaso.

[...] Entre las legumbres herbáceas tenemos la lechuga, que entre los antiguos gozaba fama de curar la hipocondría. La achicoria, cuya raíz, de la amarga, se emplea tostada para adicionarla al café. El espárrago, alimento nutritivo y de fácil digestión, pero contraindicado en las enfermedades de las vías urinarias. La espinaca con propiedades laxantes. La remolacha, poco digerible.

Entre otras legumbres-frutas, tenemos el tomate, muy conveniente a los artríticos y gotosos, contra la opinión generalmente extendida.

[...] Las grasas y aceites, proceden del reino animal o vegetal, son útiles para la preparación de nuestros alimentos, mas no está demostrada su necesidad absoluta.

El azúcar no es malo, pero si se toma en exceso, causa acidez del estómago y diarrea y predispone a las caries dentarias por los ácidos que desprende.

De las bebidas aromáticas, diremos del café, que su papel como alimento, propiamente dicho es nulo. Determina una excitación nerviosa que puede llegar al insomnio, las alucinaciones, los trastornos de la circulación, la falta de respiración, etc. Debe prohibirse al artrítico, al dispéptico con dolor de estómago y al que padece de los riñones. Combate eficazmente los efectos de la embriaguez y los demás accidentes con aplanamiento.

Casi lo mismo puede decirse del té y del mate.

Termina su obra, dando indicaciones en general para llevar a cabo una correcta alimentación y así mantener un equilibrio constante y evitar la aparición de numerosas enfermedades. Muchas de estas recomendaciones se mantienen hoy día por dietistas y nutricionistas.

Resumiremos diciendo que el hombre adulto y sano, necesita una alimentación variadísima, que no peque ni por exceso ni por defecto, siendo el verdadero secreto tantear los alimentos según la clase de vida y, sobre todo, según la disposición a contraer una determinada enfermedad, porque hay alimentos útiles para el padecimiento de las vías urinarias pero perjudiciales para el porvenir.

[...] El ejercicio moderado regulariza la digestión y favorece la desasimilación. El cansancio aumenta el ácido úrico.

[...] Es necesario, pues, que cada enfermo y cada sano se aconseje bien de la alimentación que le conviene⁶⁷.

5.2.2. Las enfermedades venéreas (1909):

Esta publicación se corresponde también con otra conferencia dada por el Dr. Hervada en la Biblioteca de la Universidad Popular de La Coruña.

A través de esta ponencia, intenta nuestro fisiólogo hacer llegar a los oyentes y lectores la idea de lo que eran las denominadas «enfermedades secretas», llamadas así por no poder declararse. En lo que él no estaba de acuerdo, ya que esa es una de las causas que contribuían a su propagación.

Se centra sobre todo en estas tres principales afecciones venéreas: la blenorragia, la sífilis y el chancro venéreo. Dando información relevante y clara sobre su prevención, cuidados y el tratamiento adecuado a cada una de estas dolencias.

⁶⁷ Hervada García- Sampedro, E. (1908): *La alimentación*. Conferencia dada en la Sociedad de Carpinteros el 8 de diciembre de 1907. A Coruña: Lit. e Imp. de L. Lorman.

El Dr. Hervada hace, a través de esta publicación, una importante labor de educación sexual.

BLÉNORRAGIA:

La blenorragia, blenorrea, gonorrea, vulgarmente *Purgaciones*, es una enfermedad infecciosa producida siempre por un microorganismo llamado gonococo, descubierto por Neisser en 1879. Esta afectación es común al hombre y a la mujer, y no sólo puede existir en sus órganos genitales, sino que tiene complicaciones de mayor a menor cuantía.

Pasa, a continuación Enrique H. a describir dichas complicaciones pluriorgánicas:

[...] La blenorragia puede ocasionar enfermedades del corazón, de la pleura, de las venas y del sistema nervioso. En el ano puede existir por un coito contra natura o por el transporte de pus blenorragico que fluye de los órganos genitales. Puede también desarrollarse en la boca y en la nariz.

Así como la forma de contraerla y su diversidad de presentaciones:

Un individuo cohabita con una prostituta, pública o clandestina, y a los dos o tres días de realizar el acto nota, al orinar, un cosquilleo especial, reemplazado en el intervalo de las micciones por picor que suele producir ligera excitación genésica. Al mismo tiempo aparece en el orificio o meato un líquido escaso, que al secarse adhiere los bordes entre sí. Estos síntomas ligeros no tardan en adquirir intensidad; a la secreción escasa sucede una supuración espesa y abundante, de un color que varía entre amarillo y verdoso, y a la sensación de cosquilleo sucede un fuerte dolor al orinar, que el enfermo expresa diciendo que *mea fuego*.

Las erecciones son muy dolorosas, porque la uretra inflamada pierde su elasticidad y no puede seguir el crecimiento de los cuerpos cavernosos, tomando entonces el pene la forma de un gancho. Es la *purgación de garabaillo*.

No es raro que la mucosa sufra ligeras rasgaduras; entonces el flujo se hace sanguinolento. Es la *purgación rusa*.

Posteriormente, comenta su patocronia:

El período de inflamación aguda va en aumento hasta los cinco o seis primeros días; después se estaciona y a partir de la segunda semana decrece en intensidad. La secreción se hace escasa, más blanca, y no es raro que a la cuarta semana el enfermo no note ya supuración y sí sólo unos filamentos que flotan en la orina, que son exudados pegajosos, arrollados y barridos por el chorro.

Higiene del blenorragico:

La higiene del blenorragico puede ser profiláctica y curativa. La profiláctica tiende a impedir el contagio; la curativa a impedir las complicaciones.

El mejor medio de evitar la blenorragia es el uso de un buen preservativo. Háse calumniado al condón, diciendo que es coraza para el placer y una telaraña para el dolor. Nada más lejos de la verdad; el condón es una coraza para el dolor, y una telaraña para el placer, pero como no todos son partidarios de su uso, por razones que no son del caso citar, diremos unas reglas preventivas.

No entretenerse antes del coito, ni prolongarlo demasiado, procurando retirarse enseguida y orinar después con fuerza.

Lavarse con agua sublimada al medio por mil, y si se quiere tener más precaución, darse una inyección con una solución de protargol al cuarto por ciento, tan inmediatamente después del coito como sea posible, pues según Welander, es eficaz hasta cinco horas después de la infección.

Tratamiento de la blenorragia:

Una vez declarada la enfermedad, es conveniente que el paciente guarde cama, y de no poder hacerlo, evitar la equitación, la bicicleta, la gimnasia, el baile y en general todo ejercicio violento. Evitará el exceso de mesa, los alimentos salados y picantes, la cerveza y los licores, y puede tomar con moderación té, café y vino tinto.

La continencia debe ser absoluta, y evitar las causas de excitación (paseos, teatros, conversaciones, etc.). Llevar un buen suspensorio. Lavarse las manos con jabón sublimado antes y después de cada maniobra. Lavar todos los días varias veces, por medio de un algodón y agua tibia, el glande y la piel que lo recubre. Ponerse una gasa limpia para recoger el pus, evitando manchar la ropa e irritar la piel. Combatir el estreñimiento por medio de lavativas y laxantes. No tomar tisanas con objeto de orinar,

cualquiera que sea la virtud que le atribuyen médicos y enfermos. No repetir el coito hasta 15 días después de la curación total.

Si un individuo presenta los primeros síntomas, debe acudir inmediatamente al médico, para ensayar el tratamiento abortivo; es decir, para impedir el desarrollo de la enfermedad. Esto puede conseguirse con soluciones cáusticas, siempre muy dolorosas o con grandes lavados practicados por medio del irrigador, con soluciones antisépticas.

Para curar la enfermedad, cualquiera que sea el periodo de su agudez, aconsejamos el tratamiento del Dr. Augagneur, Profesor de enfermedades venéreas en la facultad de Medicina de Lyon, por ser de fácil manejo y relativa comodidad.

El enfermo (suponiendo un adulto de medianas fuerzas), tomará todos los días cinco cápsulas de copaiba en distintas veces: cada cápsula debe contener un gramo. Al mismo tiempo se dará tres inyecciones diarias con una solución de resorcina al dos por ciento. Primero se da una inyección que se suelta enseguida, e inmediatamente después otra, que se retiene cinco minutos.

SÍFILIS:

Comienza Hervada por el concepto y la etiología:

La sífilis es una enfermedad infectiva del género humano, transmisible por inoculación o por herencia y causada por el *treponema pálido*, descubierto por Schaudin en 1905.

Continúa con el importante apartado referente a los distintos mecanismos de transmisión:

Como la transmisión se verifica en la mayor parte de los casos por el coito, la sífilis se coloca entre las afecciones venéreas.

[...] La herencia sífilítica puede derivar del padre y de la madre (herencia mixta); de la madre (herencia materna), y del padre (herencia paterna).

La sífilis heredada puede ser precoz y tardía.

Una transmisión de la sífilis de heredo-sifilíticos a sus descendientes no se ha observada nunca con plena seguridad.

Las reinfecciones en los heredo-sifilíticos, son posibles aunque raras.

Los no sífilíticos de padres que lo han sido, pueden ser del todo sanos, pero también predispuestos a otras enfermedades (raquitismo, tuberculosis, etc.).

Puede asegurarse que existe una sífilis heredada puramente paterna, de la cual la madre queda del todo exenta.

En los matrimonios en que existe una sífilis reciente, el número de abortos y partos precoces con feto muerto es crecido.

[...] La sífilis puede ser de origen sexual o de una causa ajena; por ejemplo la lactancia, los utensilios de alimentación, etc.

Luego viene el análisis de la patogenia de la misma:

Inmediatamente después de la contaminación y aún pasados varios días, no aparece nada en el punto contaminado; es más, aunque existiese una herida, cura pronto; pero a las tres o cuatro semanas aparece en el sitio donde tuvo lugar el contacto, la primera manifestación de la sífilis, el chancro sífilítico, erosión bien circunscrita, de contorno redondeado, de fondo liso y sin bordes, que segrega poco, no ocasiona dolor ni fenómenos inflamatorios, y presenta en su base un induración.

Esta úlcera puede aparecer en los dedos, en la mama, en la lengua y en cualquiera región del cuerpo, accesible al contagio.

Ordinariamente queda aislado este primer accidente por espacio de seis semanas, sucediéndole manifestaciones generales, que si no se atajan aparece la sífilis terciaria en forma de lesiones desorganizadas, en una región cualquiera del organismo.

Higiene del sífilítico:

El sífilítico durante su tratamiento debe preocuparse de mantener muy limpia la dentadura, usando polvos dentífricos y cepillándola después de las comidas. Disminuirá la cantidad de tabaco que acostumbre a fumar, y si tiene manifestaciones bucales rebeldes lo suprimirá en absoluto. Su alimentación será sana y reparadora, evitando las especias y manjares indigestos. Los licores son muy perjudiciales; sólo podrá beber vino en las comidas si tiene costumbre arraigada, pero es necesario hacerle constar que la sífilis del alcohólico es siempre más grave. Es conveniente tomar, por lo menos, semanalmente, un baño general templado de 34° C y 10 minutos de duración. Esta práctica conserva las funciones de la piel, previniendo manifestaciones sífilíticas y favoreciendo la eliminación del mercurio.

[...] En general, la higiene del sífilítico es la higiene de todos; aire puro, alimentación sana y reposo con relación al trabajo, pudiendo continuar su habitual manera de vivir con tal de no cometer ningún exceso que comprometa la salud general.

[...] Cuando a un individuo se le diagnostica de sífilis, se alarma como es natural, y para calmar su excitación, aconseja Berdal, especialista en París, decirle lo que sigue:

- Que la sífilis es curable a condición de que siga un tratamiento regular y prolongado.
- Que todo se reducirá a pequeños accidentes, algunas placas o unas cuantas pápulas que podrían producirse en los cinco o seis primeros meses y desaparecerán luego para siempre.
- Que si se cuida podrá evitar casi con seguridad los accidentes terciarios.
- Que al cabo de algunos años podrá casarse y tener hijos tan hermosos y sanos como cualquiera.
- Que en cambio, si no se cuida, se expone a que se desarrollen toda la serie de accidentes secundarios y terciarios y tendrá hijos sífilíticos.
- Que el mercurio es un medicamento maravilloso que no puede perjudicar y que todo el mal que de él se dice depende del uso inmoderado que del mismo se hizo en siglos pasados.

Tratamiento de la sífilis:

Al tratar la sífilis nos proponemos dos objetos: primero suprimir los síntomas existentes en el momento e emprender la curación, y segundo, destruir definitivamente el virus, para que desaparezca el poder infectivo, no sobrevengan nuevas recidivas y evitar la transmisión hereditaria.

El chancro sífilítico se trata por medio de los antisépticos corrientes.

El tratamiento general solo debe emplearse cuando el diagnóstico de sífilis esté fuera de duda.

Convencidos de que el único tratamiento racional de la sífilis es el mercurio, diremos sin rodeos, la manera de administrarlo. Primero por medio de fricciones o unciones, segundo por inyecciones y tercero por la boca.

CHANCRO SIMPLE:

Llamado también venéreo o blando, es una ulceración que no produce la infección del organismo, producida por un bacilo descubierto por Ducrey en 1889.

Al segundo día del contagio ya aparece una prominencia que se hace pustulosa, y al romperse deja una ulceración de aspecto característico, desde el cuarto día del contacto, evolucionando después, en tres o cuatro semanas, hacia la cicatrización.

[...]Una de las complicaciones más frecuentes del chancro es el bubón, que acostumbra a desarrollarse en las primeras semanas que siguen a la aparición de la úlcera, pero puede aparecer aún después de cicatrizada.

Pueden favorecer la aparición del bubón, la fatiga, las malas curas, y, en una palabra, todo lo que hace sangrar al chancro. Comienza aquel por un dolor bastante vivo en la ingle de un lado, dolor que se exagera al andar.

Al mismo tiempo el ganglio se hincha, la piel se pone colorada y aparece la supuración, que se manifiesta por la blandura al tacto, y si no se incide pronto se rompe espontáneamente.

El tratamiento consiste en impedir que se forme, guardando cama, y poniendo pomadas resolutivas, pero si no se consigue abortarlo se evacúa el pus, haciendo después curas antisépticas.

El tratamiento del chancro es puramente local. Uno de los medios más seguros, es la cauterización cuidadosa y detenida con el ácido fénico al 40 por 100, cubriendo después el chancro con yodoformo.

Termina la ponencia el Dr. Hervada, haciendo partícipes a todos los oyentes, para que tengan en cuenta todo lo que se puede hacer para evitar la aparición de estas enfermedades contagiosas y les invita a difundir las ideas ahí formuladas.

Y no puedo decir más a los oyentes, rogándoles que propaguen estas ideas, para que se preocupen de las enfermedades secretas, empleando tratamientos formales y constantes con el objeto de no transformar una enfermedad sencilla y curable en un padecimiento crónico y grave⁶⁸.

⁶⁸ Hervada García- Sampedro, E. (1909): *Las enfermedades venéreas*. Conferencia dada

Enrique Hervada llegó a obtener considerable prestigio en esta materia, podemos leer en la prensa⁶⁹ cómo es convocado para formar parte del tribunal de oposiciones de médicos del servicio de profilaxia venéreo-sifilítica de La Coruña, Santiago y Ferrol. El tribunal lo componían: Rafael Fernández, Inspector provincial de Sanidad, como presidente; Juan Barcia Caballero, Vicerrector de la Universidad de Santiago; Antonio Abalo Hermo, Director del Hospital compostelano, Enrique Hervada, como Académico de la Real Academia de Medicina de Galicia y un Jefe u oficial de Sanidad Militar designado por el capitán general de la región.

5.2.3. La alimentación del sano y del enfermo (1914):

Se trata de un trabajo de divulgación publicado en La Coruña mediante una conferencia impartida en la Universidad Popular.

En esta obra Enrique Hervada toma muchas consideraciones del trabajo publicado en 1908 sobre *La alimentación*, y lo amplía dando nociones de mucha utilidad, tanto para los sanos como para los enfermos. En cuanto a los sanos, «les servirá para evitar padecimientos y a los enfermos para curarlos».

Importante destacar, que después de todas las conferencias impartidas por Enrique Hervada en la Universidad Popular, ésta misma, se encargaba de imprimir los trabajos allí expuestos, para luego repartirlos entre los que las consideraban útiles.

Asimismo se completaba el trabajo de divulgación que pretendía nuestro fisiólogo coruñés.

Advierte Hervada contra las contradicciones entre los propios médicos:

durante el curso 1908-1909, en la Biblioteca de la Universidad Popular. La Coruña: Lit. e Imp. de L. Lorman.

⁶⁹ *El Progreso*, semanario independiente de Pontevedra, de 27 de agosto de 1922. P.1-2.

En cuanto a la determinada alimentación de un enfermo, existe un caos que en más de una ocasión deja perplejos a médico y paciente, pues se llega hasta el extremo de que un especialista proscriba terminantemente lo que otro acaba de prescribir y no sin perjuicio de la fe del consultado, a quién se restan voluntad y energía que hartamente necesita si ha de seguir un régimen alimenticio durante una larga temporada o acaso durante toda la vida.

Así como de la importancia de un diseño de dieta personalizada:

Al aconsejar un plan dietético es necesario atender las objeciones del enfermo, pues mientras algunos no se someten de buen grado por repugnancia o falsa idea, otros en cambio tienen comprobado repetidas veces las alteraciones que les produce comer un alimento determinado, resultando en ocasiones peligroso el hacer caso omiso de estas advertencias.

Dieta que debe ser realista y adaptada a las posibilidades de toda índole del enfermo y posible de cumplir:

[...] En general, tropezamos con muchas dificultades al explicar a los enfermos las comidas más convenientes; unas veces la posición social, otras el punto de residencia y siempre la falta de arte culinario, que existe en la mayoría de casas cuando del régimen carnívoro se prescinde, obligan a seguir un tratamiento defectuoso, casi imposible de corregir.

Explica detalladamente el tipo de alimentación que se debe seguir en caso de determinadas patologías como: infecciones e intoxicaciones alimenticias, el uso del régimen hídrico, el régimen lácteo, régimen vegetariano, régimen carnívoro, la alimentación del diabético, la alimentación del obeso, la alimentación del gotoso, la alimentación del dispéptico, el régimen en las enfermedades agudas febriles, y la alimentación por las vías anormales.

Con respecto al régimen carnívoro dice lo siguiente:

El régimen carnívoro no puede ser jamás un régimen exclusivo para el hombre, por no ser la carne un alimento completo; realmente no hay una indicación para este régimen, aunque en general se sobreentiende por tal la alimentación en que entra la carne en mayor proporción. Precisamente hacen abuso de ella los que deberían, por el contrario,

hacer un uso limitado de alimentos nitrogenados; es decir, los hombres que tienen ocupaciones sedentarias y trabajo intelectual, los que menos se desgastan físicamente y que fatigan sus riñones a la vez por residuos del desgaste nervioso y por el exceso de materiales tóxicos que deben eliminar (G. Lyon).

Las consecuencias inmediatas de esta alimentación son el dolor de cabeza habitual, la ineptitud para el trabajo, la congestión fácil de la cara, sensación de fatiga muy acentuada por la mañana al despertar, sueño pesado y no reparador.

Todas estas molestias que con el tiempo van seguidas de trastornos más graves (dispepsia en forma hiperclorhídrica, accesos de gota, enfermedades de la piel, trastornos del corazón y de los vasos, albuminuria, diabetes, etc.), desaparecen rápidamente si se instituye un régimen racional. Sin embargo, en la práctica diaria tenemos ocasiones de obtener buen resultado con esta alimentación, sobre todo en la diabetes, obesidad y la tuberculosis⁷⁰.

En enero de 1930, Enrique Hervada publica un artículo en la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, « La alimentación del diabético» en la que da diferentes tipos de menús para personas que sufren de Diabetes Mellitus. Pone estos ejemplos, siguiendo con su afán divulgador:

EJEMPLOS DE MENÚS Y FÓRMULAS

Menú núm. 1.

Desayuno:

Dos huevos pasados por agua o al plato.

Mantequilla fresca o salada.

Almendras.

Pan de gluten.

Café negro sin azúcar.

⁷⁰ Hervada García-Sampedro, Enrique (1914) *La alimentación del sano y del enfermo*. Biblioteca de la Universidad Popular. Imp. Roel. La Coruña.

Comida:

Sardinas en aceite, aceitunas, jamón crudo y mantequilla.

Puré de gallina.

Lubina con salsa amarilla.

Espárragos salsa tártara (fórmula núm. 1).

Solomillo a la parrilla.

Avellanas tostadas.

Manzana agria asada sin azúcar.

Queso fresco.

Pan de gluten.

Bebidas: Vino tinto ligero. Agua de Mondáriz.

Cena:

Tortilla de camarones.

Espinacas salteadas en manteca.

Jamón cocido a las finas hierbas (fórmula núm. 2) o gallina en gelatina.

Chuletas de carnero o liebre asada.

Ensalada de lechuga con poco vinagre.

Crema fresca.

Almendras.

Menú núm. 2

Desayuno:

Tiritas de jamón crudo o poco asado, frío.

Mantequilla.

Pan de gluten.

Té o café sin leche ni azúcar.

Comida:

Ostras, langosta, salchichón.

Huevos en manteca negra (fórmula núm. 3).

Anguila a la tártara.

Aspic de cabeza de cerdo (fórmula núm. 4).

Queso nata, nueces, saladillas.

Cena:

Atún en aceite.

Lengua a la escarlata.

Merluza salsa mayonesa.

Patillas de cerdo a la parrilla.

Perdiz a la cazadora.

Crema Gruyere.

Avellanas tostadas.

Menú núm. 3:

Desayuno:

Huevos cuajados al plato o tortilla francesa.

Mantequilla salada.

Pan de gluten.

Café o té. (En el café o té échese mantequilla sin sal, con lo cual se sustituye la leche), o sopa de ajo con muy poco pan o preferible con pan de gluten.

Comida:

Entremeses variados a base de cerdo y mariscos.

Mucha mantequilla.

Aceitunas.

Tortilla de espárragos.

Merluza en su jugo.

Lacón con grelos (sin patatas) y longaniza.

Queso Roquefort.

Nueces.

Cena:

Anchoas.

Mortadela.

Mantequilla.

Sopa rabo de buey.

Rodaballo guarnecido de ostras y cangrejos.

Filetes de cerdo con apio, o setas a la francesa (Fórmula número 5).

Fórmula núm. 1. —Salsa tártara: (Propia para comer con fiambre, legumbres y pescados, en esta enfermedad). Tómese un poco de salsa mayonesa, muy bien hecha y añádase un picadillo de los pepinillos en vinagre, alcaparras, una cucharadita de perejil, todo muy bien picado; sazónese con sal, una poquita pimienta blanca y una poquita mostaza; remuévase bien y sírvase en salsera.

Fórmula núm. 2. —Jamón cocido a las finas hierbas: Se le quita el hueso al jamón, después se lava bien y se ata muy apretadito con un cordel para que una la carne; se envuelve con una servilleta, apretándolo muchísimo y se vuelve a atar con otro cordel. Se mete en una olla llena de agua fría, se le echan 18 clavos, 19 gramos de pimienta, tres hojas de laurel, cuatro zanahorias, cuatro cebollas, un ramo de perejil y se pone a cocer durante tres horas y media o cuatro, según el tamaño del jamón. Así que está

cocido se le saca la piel, se tiene preparado con anticipación pan rallado y tostado en el horno y en seguida se le echa por encima y se sirve frío.

Nota: Para diabéticos hay que suprimir las zanahorias y el pan rallado.

Fórmula núm. 3. —Huevos con manteca negra: Se pone en una sartén pequeña un poquito de manteca y se deja derretir hasta que tome un color castaño claro. Entonces se ponen los huevos y se tienen unos minutos en el horno. Se les echa sal y pimienta. Cuando se sacan de la sartén se echan unas gotas de vinagre o zumo de limón y se sirven muy calientes.

Fórmula núm. 4. —Aspic de cabeza de cerdo: Blanquéese un buen trozo de cabeza de cerdo (salado) con una oreja por lo menos. Después de bien limpia y blanqueada, se pone en una olla con agua, añadiendo una pata de ternera, un buen trozo de jamón magro y pimienta en grano. Después de cocer cuatro horas, se separan las carnes, que deben de estar bien cocidas y se cortan en tiritas, poniéndolas por capas en un molde; de la pata poner nada más que la parte gelatinosa.

Viértase con cuidado una pequeña cantidad del caldo en que han cocido las carnes, bien clarificado, y póngase en sitio fresco el Aspic, para que cuaje.

Fórmula núm. 5. —Filetes de cerdo con apio a la francesa: se cortan y se mechan con tocino, seis filetes de cerdo. Se ponen en una sartén a rehogar en grasa, añadiéndoles buen caldo, sin que queden cubiertos y se dejan hervir muy suavemente, sazonándolos con sal y pimienta. Se bañan y colocan en la fuente en forma de corona, llenando el hueco con puré de apio o de achicoria. El apio se prepara en la siguiente forma: Se eligen cuatro apios, y se cortan en trocitos, se les quitan las hojas y las ramas para la cocción; se lavan y se blanquean en agua hirviendo; se refrescan y se vuelven a cocer, pero esta segunda vez en buen caldo o consomé de ave, añadiéndoles la grasa y jugo sobrante de los filetes. Si se quiere, se comen así en trocitos, y si no, se pasan por la pasadera de purés. Se hace lo mismo con achicorias. Si se hace con setas, éstas jamás se deshacen.

¡Ay, quién fuera diabético!⁷¹

⁷¹ Hervada García-Sampedro, E. (1930). *La alimentación del diabético*. Revista iberoamericana de salud. pág 35.

5.2.4. Un caso de miasis cutánea (1920):

Describe en este artículo publicado en la revista *El Siglo Médico*, un caso curioso de un joven dedicado a actividades agrícolas, con un diagnóstico al que costó llegar bastante tiempo, pensando, en un primer momento, que la sintomatología presentada por el enfermo era fruto de su exagerada autoobservación.

Comenta así que, en algunas ocasiones, no se consigue llegar a un resultado concluyente por parte de los médicos, debido en gran medida a la tenacidad y asiduidad permanente de algunos pacientes a la consulta que acuden con reiteración.

Cuando una consulta va acompañada de riqueza de detalles que no parecen de exagerada autoobservación, predispone el ánimo para pensar en la injerencia psíquica de algunas molestias somáticas, y sin embargo, sólo después de una minuciosa exploración, tenemos derecho a juzgar los síntomas subjetivos y clasificarlos como nosológicamente corresponde.

Bien entendido que un psicasténico o un histérico pueden tener las mismas enfermedades que el que no lo sea, pero acostumbrándonos a sus constantes quejas-para oír las cuales no sirven todos los médicos,- no las fundamentamos con la exploración como cuando la consulta no parte de un psicópata conocido.

[...] Hace unos meses se presentó en mi consultorio, acompañado de su madre, un mozuelo dedicado a las faenas del campo. El rapaz se quejaba de tener un verme que subcutáneamente le recorría grandes extensiones, palpándolo alguna vez y dándole la sensación de tenerlo entre los dedos. En una ocasión el verme salió por la piel del escroto, después de sufrir durante unos días una tumefacción dolorosa localizada de bastante volumen. Mandé desnudar al enfermo, y como no observaba nada positivo, dudé de sus sensaciones e interpretaciones, presumiendo que los parásitos hallados serían oxiuros o lombrices de espontánea evacuación. La administración de santonina dio salida a 14 ascárides, que según el enfermo, en nada se parecían al parásito salido por el flemón escrotal.

Un mes más tarde acude el paciente a enseñar un forúnculo en la espalda, doloroso espontáneamente y a la palpación, del tamaño de un garbanzo grande, con el

emplastamiento periferunculoso consiguiente, y en cuya periferia se veía un rastro lineal, erosivo, de unos 10 centímetros de diámetro, y que era como un trayecto centrípeto.

Apretando suavemente salió una larva blanca, con movimientos vermiformes. El paciente reconoció la identidad con la anterior y nos ratificó las sensaciones de recorrido que antes de su salida había experimentado.

Era una larva de mosca, según nos comprobó el profesor Pittaluga, y que el enfermo y su madre nos describían con conocimiento de causa, como iguales a las de los bueyes que ellos cuidaban. Después conocimos la pureza de las descripciones, y leímos como las larvas de *Hipodermabovis* efectúan en el hombre trayectos más o menos largos debajo de la piel, produciendo de tiempo en tiempo, tumores en el sitio donde ellas están detenidas, y como se puede seguir el camino de una larva y aún sentir a la palpación el parásito como un cuerpo duro y como puedes observar esta dermatozoonosis en niños dedicados al cuidado de animales, a los que acuden las moscas, dado el olor de establo de que están impregnados.

En realidad estábamos desorientados, y de no obtener la larva, dudaríamos de las descripciones y quedaría en suspenso el diagnóstico. ¡Quedan tantos...!⁷².

5.2.5. Indicaciones del pneumotórax artificial⁷³ en las hemoptisis tuberculosas (1921):

Enrique Hervada a través de esta publicación⁷⁴, quiere dar a conocer las aplicaciones del neumotórax artificial, según su experiencia personal en el manejo de esta técnica.

⁷² Hervada García-Sampedro, E. (1920) *Un caso de miasis cutánea*. Siglo Médico, núm. 3.454.

⁷³ Técnica descrita por Forlanini en 1882. Véase: Sayé Sempere, L (1925) Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar. En: *Manual de Medicina Interna* de Hernando y Marañón. Madrid. 2ª Ed. T I. P.266.

⁷⁴ Algo posteriores a esta época son los libros de los catedráticos gallegos: Gil Casares, M (1929) *El Neumotórax Artificial en la tuberculosis pulmonar*. Barcelona. Col. Marañón. Ed. Manuel Marín; así como el de Casimiro Martínez (1881-1936) Catedrático de Patología médica de Valladolid y Santiago, del año anterior. Martínez López C (1928) *El Neumotórax artificial: Técnica e indicaciones*. Tall. Tip. Cuesta. No obstante, ya el Dr. Sayé, en el capítulo de tuberculosis quirúrgica del Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón,

En aquellos momentos la práctica del neumotórax era de excepción. Sin embargo Hervada lo realizará en bastantes ocasiones, en concreto cuenta en esta publicación que los casos en los que aplicó el neumotórax con resultado favorable, supera la decena. Será también Verdes Montenegro quién apoye esta práctica terapéutica.

Pudieran creerse limitadas las aplicaciones del pneumotórax en las hemoptisis, concretándolas a las indicaciones del proceso tuberculoso que las origina, pero no es real esta deducción, dado el número de enfermos víctimas del síntoma, cuando el proceso causal estaba curado, o seguía curso de ultracronicidad.

Sabemos que el proceso hemorrágico está esencialmente constituido por tres elementos: el elemento vascular local, el fluxionario y congestivo, y es discrásico. Al contrario de lo que ocurre en otras hemorragias, la hemoptisis es rara vez debida a una causa de orden general, sino que casi siempre es motivada por una lesión local.

[...] Según la intensidad de la hemorragia, somos más o menos rigurosos con la terapéutica de la misma, creyendo muy poco – por haber comprobado su ineficacia – en todos los medicamentos aconsejados: vasodilatadores, vasoconstrictores y coagulantes, pero empleándolos siempre, según indicación principal de cada caso, entre otras razones, para acallar las dudas del paciente.

[...] Estamos conformes con León Bernard, que el método Forlanini exige la vigilancia radioscópica, pero durante las hemorragias hay que prescindir de todas las exploraciones, por la indicación capital del reposo absoluto, limitándonos exclusivamente a las indispensables para conocer el foco hemorrágico.

[...] ¿Qué peligros tiene el neumotórax para hacer de él un método de excepción?

Con nuestro compañero José Barbeito, hemos practicado muchos pneumotórax sin haber tenido jamás un accidente, ni inmediato, ni tardío, de suerte que, por nuestra experiencia, no podemos hablar de complicaciones.

advertía que en esta materia había tantas técnicas y variaciones del aparato como autores, pues conocía más de dos docenas de aparatos. N. de la A.

Siempre hemos empleado el método de la punción, no habiendo encontrado ocasión de apelar al método de Brauer (descrito por este autor en 1906)⁷⁵ o método del corte.

En el tratamiento de la hemoptisis, la cantidad de nitrógeno necesario para llenar la pleura debe ser inyectada desde la primera punción con objeto de conseguir pronto una presión positiva que de reposo funcional al pulmón.

[...] Cuando se introduce el nitrógeno en la cavidad pleural se produce el colapso del pulmón poco a poco, y en la mayoría de los casos, si la cantidad de gas es suficiente, se colocará aplastado contra el mediastino al convertirse de negativa en positiva, gradualmente, la presión intrapleural.

Si la enfermedad del pulmón no es muy extensa, éste llegará al colapso casi completo antes que la presión en la inspiración natural y lenta llegue a la parte positiva del O; pero cuando el pulmón ha pasado por un estado de consolidación hacia el estado fibroso o neumónico o está saturado de masas caseosas de tubérculos, la presión intrapleural marcará un resultado positivo algún tiempo antes de colapsarse el pulmón completamente.

La presión final que es necesario alcanzar, es una presión positiva de 2 a 4 centímetros de agua, que debe sostenerse hasta que una exploración radioscópica nos compruebe, por la falta de adherencias, un colapso suficiente para lograr nuestro objetivo hemostático; pero si el pulmón se ve retenido en la pared torácica, es necesario utilizar presiones fuertes, que por nuestra parte no fueron empleadas porque acaso la suerte nos deparó más ventajas en la inminencia de nuestros casos.

[...] Dice con mucha razón el doctor Verdes Montenegro: «A médicos españoles distinguidos he oído decir, abusando de una frase de Daremberg y criticando los éxitos de la tuberculina en el primer período que en ese período se cura de cualquier modo la tuberculosis. Si fuera eso cierto, ¿cómo vemos tantos millares de enfermos avanzados e incurables? ¿Será cosa de suponer que en esos desgraciados la tuberculosis, burlándose de la lógica, ha pasado por alto el primer período y comenzado por el segundo?»

Esto mismo se nos ocurre comentar leyendo las restricciones del pneumotórax.

«El pneumotórax está indicado en los casos de proceso pulmonar grave, unilateral, y cuando los otros tratamientos resultan impotentes»

⁷⁵ Sayé, op.cit. p.266.

¿Por qué dejar que una lesión que evoluciona, siga su curso, intoxique al enfermo, exponga a hemoptisis y forme adherencias que dificulten luego el colapso?

Pensamos que el neumotórax artificial, aunque con contadas indicaciones, tendrá más campo de acción que en la actual práctica corriente y que los éxitos de la ortopedia alcanzados en las tuberculosis incipientes serán lección que emule a considerar los enormes beneficios que el reposo funcional aporta al órgano inflamado.

Las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

- No todas las hemoptisis tuberculosas son justificables de la colapsoterapia.
- El neumotórax hemostático es de eficacia preventiva y curativa y debe considerárselo como muy superior a todas las medicaciones.
- Debe emplearse:
 - En todas las hemoptisis de repetición causadas por el mismo foco, si el proceso es unilateral.
 - En toda hemoptisis que por su abundancia sea imputable a causa vascular, y acontezca en formas agudas, en formas crónicas o en tuberculosos curados.
 - Toda hemoptisis que como episodio sobrevenga por una lesión pulmonar que evoluciona.
- En las hemoptisis congestivas ligeras que no manifiesta una lesión evolutiva es innecesario el neumotórax⁷⁶.

5.2.6. El problema social de la tuberculosis. La vida escolar (1922):

En este artículo publicado en el periódico *Acción Coruñesa*, pone de manifiesto cómo la vida en la escuela puede favorecer la aparición de la infección

⁷⁶ Hervada García-Sampedro, E. (1921): *Indicaciones del neumotórax artificial en las hemoptisis tuberculosas*. Litografía e imprenta Roel.

tuberculosa debido en gran medida a la falta de higiene y al hacinamiento⁷⁷ que se produce en muchas escuelas.

Hay una máxima americana que dice: «Es mejor un parque de recreo sin escuela, que una escuela sin parque de recreo», proverbio que tiene igual significación que nuestro antiguo refrán «vale más burro vivo que sabio muerto».

La vida en pleno aire y las prácticas higiénicas, impiden la virulencia del germen tuberculoso que todos albergamos.

La vida escolar, es un factor importante para la diseminación y el desarrollo de la infección bacilar.

Se muestra partidario de la vida sana, del ejercicio para los jóvenes pero no de los esfuerzos extenuantes.

En las escuelas, las condiciones de higiene, son frecuentemente deplorables, contribuyendo como enorme concausa la germinación de la enfermedad. En la edad del crecimiento, hay que procurar vigorizar los chicos y no debilitarlos con un trabajo excesivo y la permanencia en locales insalubres; los escolares, por razones biológicas de edad, oponen poca resistencia al bacilo.

Así como de la ventilación y limpieza ya preconizadas desde décadas atrás por los expertos en Higiene y personalidades como Florence Nightingale:

En lugar de propagar los preventorios-escuelas en pleno aire se permiten así clases en locales cada vez (más reducidos, sin ventilación y mal orientados). «Hay que cambiar el oro por el aire», como hacen los países adelantados.

La limpieza en las escuelas, como en todas las oficinas públicas, es a todas luces insuficiente. Para ordenar un fregado, se necesita esperar un nuevo presupuesto.

Pasemos sin hacer hincapié por los defectos de los retretes y el uso del tanque común y solo recordemos en la prisa de esta desaliñada enumeración, que el director de un

⁷⁷ Esto, obviamente se producía también en otros ámbitos colectivos como cuarteles, conventos, prisiones, barcos, etc. N. de la A.

colegio llamó gomoso a un interno porque llevaba en su equipo cepillo y polvo para los dientes.

Y otros componentes básicos de la higiene como la calefacción y el saneamiento adecuados:

Limitando nuestra crítica a La Coruña, hemos de fijarnos en dos centros que son causa de morbilidad: la Escuela de Comercio y la Escuela Normal.

En la Escuela de Comercio, no hay derecho a «que pasen los alumnos sus horas de clase ateridos de frío, sufriendo las inclemencias del invierno, en aulas sin entarimado de madera, con las paredes desnudas de revoco y llenas de agujeros, y con los huecos de puertas y ventanas cerrados por una débil percalina.

En la Escuela Normal, se recogen durante toda la mañana, de 60 a 70 alumnas en cada clase, en locales que solo tienen cubicación para domicilio particular.

Tampoco olvida Hervada la necesaria medida y ponderación en materia de esfuerzo psico-físico e intelectual, lo que podríamos englobar como Higiene Mental:

Los planes de estudio, más que organizados por un ministro, parecen ideados por Herodes el Grande para terminar con los inocentes. ¿Es que pudo algún día ser buen estudiante quien obliga a matricular oficialmente en diez asignaturas durante un curso?

Las profesoras que tienen más talento y más competencia que la mayoría de ministros, podían subsanar los defectos de estos señores, que no estudiaron rudimentos de Higiene.

Es cruel e inhumano, exigir esfuerzos de memoria y de atención con el uso de apuntes deshilvanados que durante el curso solo sirvieron para impedir el descanso, por tener que copiarlos cuando se debía estar durmiendo, y al final del curso para mirar con odio una asignatura que se estudió con tanto sacrificio.

¡El final de la carrera, es tantas veces el principio de la tuberculosis!

Incluyendo los horarios extenuantes e irracionales, por ejemplo comenta este caso:

Recordamos una enfermita que estaba en un pensionado de moda haciendo la siguiente vida:

A las 5—Levantarse.

5 y media a 7 y media—Estudio.

7 y media a 8—Desayuno.

8 a 12—Clases.

12 a 1 y media—Comida y recreo en el patio.

1 y media a 6—Clases.

6 a 7—Cena.

7 a 9—Estudio.

A las 9—Acostarse.

Ni las ridículas modas estéticas que empezaban a valorar el biotipo femenino anoréxico:

En esta edad y aunque ajena a la vida escolar, tenemos que hacer una advertencia a las pollitas. Muchas jóvenes adelgazan a costa del ayuno y por esta moda suicida hemos visto tuberculinizarse bastantes chicas. Por otra parte hay que aclarar que cuando hay predisposición a la obesidad, no es precisamente el alimento el factor principal del aumento de peso.

Algunas toman vinagre, que efectivamente hace adelgazar, pero a costa de la salud. El estímulo ácido en el duodeno, provoca secretina, que activa las funciones del páncreas cuya acción sobre la desasimilación es bien conocida.

El criterio estético de hacer los cuerpos delgados, es un sumando no despreciable en la mortalidad por la tuberculosis. En este sentido toda campaña impuesta por los padres, será un elemento de lucha valiosísimo a favor de nuestra causa. Si se piensa

más en la alimentación, se evitará que en muchos terrenos prenda la semilla del mal. «Con que niñas bien, a comer, que al bacilo de Koch le gustan los tipos de moda»⁷⁸.

5.2.7. Lo que todos debemos saber de la tuberculosis (1922):

Conferencia pronunciada en la Reunión de Artesanos de La Coruña, contribuyendo una vez más con su labor de divulgación y concienciación social. Enrique Hervada parte de la base que la lucha antituberculosa es más social que médica, por esto motivo intenta dar a conocer en esta charla qué se puede hacer a nivel particular, doméstico, e institucional para atajar este grave problema de la peste blanca.

Continúa el Dr. Hervada García Sampedro insistiendo en los valores de la Medicina Preventiva por encima de la curativa:

De que por el momento no es un problema médico, pueden dar fe los médicos municipales, que quisieran tener facultades para recetar sol, casas, aire, alimentos, en lugar de unas drogas balsámicas.

Aunque sea un grito en el desierto, nosotros tenemos la obligación moral de darlo. Es bochornoso el desamparo de los poderes públicos para esta campaña en España.

[...] Tenemos que distinguir lo que es infección tuberculosa y lo que es enfermedad tuberculosa (la infección bacilar y la tuberculosis–enfermedad). Infectados somos casi todos. Enfermos son los que sufren el desarrollo virulento del bacilo.

Y sabemos que casi todos somos infectados, por las reacciones que damos a la tuberculina.

[...] Podemos calcular que la tuberculosis es culpable del 50 por 100 de la morbilidad general y del 10 por 100 de la mortalidad.

⁷⁸ Hervada García-Sampedro, E. (1922). El problema social de la tuberculosis. Vida escolar. *Acción Coruñesa*. N° 62.

[...] Por la tuberculino-reacción, vemos que el 20 por 100 son ya contaminados antes de los dos años; el 55 por 100 antes de los cinco años; el 97 por 100 después de los quince.

De modo que realmente todos estamos albergando el bacilo y sin embargo sólo sucumben por la invasión y virulencia del mismo el 10 por 100 de los infectados. ¡Pensar que por cada tuberculoso que muere quedan veinte infectados en actividad!

Prácticamente la Humanidad está tuberculizada.

El bacilo es un pacífico vecino, que vive en nuestro organismo sin dar la menor señal de vida; pero ante una provocación (vida silenciosa, alcoholismo, enfermedad aguda, exceso de trabajo, etc.) se hace virulento y mortífero.

Y de la vida exenta de vicios en lo posible:

El alcohólico tiene dos etapas: una primera de euforia, apetencia y gordura; y una segunda de inapetencia, atrofia y adelgazamiento, siendo muy frecuente que esa segunda etapa favorezca el desarrollo de la tuberculosis.

¿Dónde están los focos de contaminación? La diseminación de la tuberculosis humana a través del mundo es exclusivamente realizada por los sembradores de bacilos. Son los tísicos con sus productos de expectoración y de las secreciones intestinales los que dispersan infinidad de gérmenes, sea directamente, sea por intermedio de objetos contaminados o de las moscas.

Además se ocupa de los aspectos de diagnóstico precoz:

[...]En una experiencia citada por Calmette se resume la siguiente observación: en veinte mujeres tuberculosas en periodo de lactancia, se descubrió en diecisiete de ellas el bacilo de Koch en la leche, siendo necesario hacer constar que nueve de estas nodrizas sólo tenían lesiones ganglionares de aspecto benigno. Estos detalles tienen una importancia enorme para la lucha antituberculosa.

Cuando aparezca la infección en un medio donde no hay ningún tísico, pensar enseguida que existe un tuberculoso latente, aparentemente sano, pero que elimina a su alrededor gérmenes virulentos.

Nosotros conocemos con riqueza de detalles, observaciones numerosas referentes a tuberculosos de aspecto envidiable, quienes sin la menor alteración, y antes al contrario, con un exceso de energías que les hacen ser citados como tipos de salud, ven morir a todos sus hijos, víctimas de distintas manifestaciones de tuberculosis.

Y pondera Hervada, la labor y el conocimiento integral del Médico de cabecera o de familia, sobre el especialista:

Tenemos la ventaja sobre los autores, experimentadores y médicos de Hospital y de Sanatorio, que nosotros conocemos las familias y seguimos el curso de sus dolencias de abuelos a nietos, diagnosticando directamente y no guiándonos por la interpretación que dan los enfermos.

Se sabe que las formas graves de la tuberculosis, resultan generalmente de contaminaciones poco abundantes, pero frecuentemente repetidas.

También repara en el concepto de «terreno» u organismo sobre el que asienta la enfermedad:

[...] El organismo robusto – que es el principal antiséptico del bacilo de Koch -, impide el progreso de la enfermedad; pero el organismo debilitado favorece el desarrollo de la infección.

Siempre que vimos un brote tuberculoso, hemos comprobado una causa accidental de decaimiento motivado por un exceso, (oposiciones, desvelos, enfermedad aguda, vida de campaña, etcétera).

Es cierto que donde el bacilo no existe, no habrá tuberculosis; pero dada la ubicuidad del bacilo hay que pensar más bien en vigorizar el terreno, para hacerlo estéril, que en destruir la semilla, que es empresa casi imposible.

¿Cuál es el quid de la lucha? El quid de la lucha consiste, a nuestro juicio, en evitar la procreación de los infectados avanzados y en evitar las reinfecciones abundantes y frecuentes; es decir, impedir las infecciones masivas y repetidas y al mismo tiempo procurar fortalecer los organismos. O dicho de otro modo: evitar las contaminaciones grandes de la infancia y procurar la vida higiénica.

Y formulado este resumen, comprenderéis que no se hace nada para ponernos en estas condiciones de lucha.

Los niños, que son los más expuestos a esta infección, están constantemente en un ambiente saturado de gérmenes, por olvidar o despreciar sus directores los más elementales principios de higiene.

La guerra al esputo, al que además se referirán con dureza otros autores como Gil Casares.

¿Visteis en serio hacer la guerra al esputo? Pues es necesario hacer con vigor esta profilaxia, destruyendo en lo posible los bacilos, y para esto necesitamos el concurso de todos. ¿No vemos escupir en el suelo? ¿No vemos barrer en seco? Pues impedirlo, lo mismo que se impide la colocación de una bomba.

[...] En España, estamos totalmente desamparados de protección y dirección sanitaria, teniendo poca fe en los entusiasmos latentes que pudieran restar a los facultativos asesores e influyentes.

E insiste en la Medicina Social como concepto primordial de lucha antituberculosa:

[...] No es contra la tisis donde debemos dirigir nuestras miradas, sino contra las etapas anteriores a este período de destrucción. Los medios médicos no sirven por hoy para base de la lucha; debemos desarrollar nuestra campaña apelando solamente a los medios sociales.

¿Qué medios sociales debemos poner en práctica?

El Sanatorio, el Dispensario, el Preventorium, la higiene alimenticia, la educación, la liga antialcohólica, la construcción de casas higiénicas y, en una palabra, la higiene general.

Actualmente se da una importancia enorme al Dispensario. El Dispensario antituberculoso, es esencialmente un instrumento de prevención. No alberga enfermos y se diferencia de una policlínica porque sólo atiende tuberculosos. El que acudió a este centro con una enfermedad distinta, es enviado a la consulta a que pertenezca su dolencia.

El Dispensario se encarga de toda la propaganda y es un órgano de educación; a él se debe acudir para informarse con todo lo relacionado con los enfermos. Desde el Dispensario se sigue al enfermo hasta el nido bacilar.

Aquí critica veladamente la orientación que el Dispensario sigue en ese momento:

[...] No sabemos por qué el Dispensario de La Coruña se ha apartado de su verdadera misión. Fundado por iniciativa del Dr. Emilio Fraga, funcionó durante años atendiendo social y médicamente a los pobres tuberculosos; pero ahora está convertido en una policlínica y por tanto desvirtuado su objetivo principal.

Y la falta de la figura de la Enfermera visitadora, tan frecuente ya en Inglaterra y EE.UU⁷⁹:

No puede funcionar un Dispensario sin la institución de enfermeras–visitadoras. Éstas son las intermediarias entre el médico y la casa; se conquistan la confianza del enfermo y de la familia y practican en el hogar todas las medidas higiénicas con tacto, prudencia y cariño.

También destaca la visión de conjunto que ha de tener la visión social de la lucha antituberculosa:

En los Dispensarios organizados siguiendo el esquema del comité nacional de Francia, se mira sobre todo la profilaxia colectiva y la educación higiénica del enfermo y su familia.

El principal elemento de la lucha antituberculosa, estriba en la protección a la infancia. El organismo de los niños presenta una extrema sensibilidad a la infección bacilar.

En este sentido es utilísima la labor de la enfermera – visitadora en la intimidad del hogar. Evitará que lacte una madre tuberculosa, hará la esterilización de biberones, aislará los niños y, en una palabra, impondrá la higiene.

Importa instituir las escuelas en pleno aire y separar los contagiosos del resto de la clase.

Así como la necesidad de un Ministerio de Sanidad:

⁷⁹ Vid. Donahue, P (1987) Las Enfermeras visitadoras. P.342 y siguientes. En: *Historia de la Enfermería*. Vol III. Eds. Doyma. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, México, Santiago de Chile.

[...]Es necesario crear en España un Ministerio de Sanidad suficientemente organizado, con un hombre de ciencia de la altura de Cajal, que está al mismo tiempo alejado de todas las intrigas políticas.

Aunque Cajal se jubiló en este año de 1922, al cumplir 70 años y ya tenía síntomas de arterioesclerosis y sordera que le hicieron rehuir las reuniones científicas progresivamente y encerrarse en su laboratorio a partir de entonces. Le molestaba el bullicio y el calor le producía cefaleas⁸⁰ por arteritis temporal. Siendo más joven ya había rechazado, en un par de ocasiones, la cartera ministerial de Educación, llamada entonces de Instrucción Pública y Bellas Artes.

No obstante acierta Hervada reclamando más investigación:

Tenemos en nuestro país, médicos geniales, que por falta de recursos viven de la enervante práctica diaria. Convendría a la Humanidad que algunos de estos médicos se dedicaran a la investigación. Cuando se posee tanto talento y espíritu observador como lo poseen algunos médicos españoles, el Gobierno debía de dotarlos de todos los medios necesarios para fomentar la experimentación, y sólo así se podría esperar que un día nos apareciera descubierto el problema de la tisis, acaso con un medio profiláctico o con un remedio ideal.

[...] Nosotros, como Robert Philip, esperamos de los hombres de ciencia la destuberculización del mundo⁸¹.

⁸⁰ Vid. Fernández Santarén, J.A. (2014) *Santiago Ramón y Cajal. Epistolario*. Madrid. La Esfera de los libros. Fundación Ignacio Larramendi. 1396 págs. En este libro hay numerosas cartas en las que se excusa de asistencia a actos por los motivos citados. Así como en Ramón y Cajal, S (1981) *Recuerdos de mi vida: Historia de mi labor científica*. Madrid. Alianza Universidad 2ª Ed. También en: Ramón y Cajal, S (1970) *El mundo visto a los 80 años: Impresiones de un arteriosclerótico*. Madrid. Col. Austral. Nº 214. Espasa-Calpe. N. de la A.

⁸¹ Hervada García-Sampedro, 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. La Coruña; Imprenta Artística Riego de Agua.

5.2.8. Reumatismo tuberculoso articular y abarticular (1922):

Artículo publicado en la *Revista General de Medicina y Cirugía*, donde Hervada expone como la enfermedad causada por la tuberculosis puede convertirse en un problema añadido de reumatismo doloroso en muchas articulaciones del cuerpo. Incluso derivando en algunos casos en anquilosis.

Refiere la reciente descripción de la forma reumatológica de la tuberculosis:

La tuberculosis, enfermedad infecciosa por excelencia, debía, como las demás infecciones, dar lugar a procesos articulares inflamatorios, y sin embargo, el conocimiento del reumatismo tuberculoso es de fecha muy reciente. Actualmente es estudiado bajo todas sus formas agudas y crónicas, articulares y abarticulares.

Los signos clínicos de la forma aguda no se distinguen de los del reumatismo franco y de los seudorreumatismos agudos.

Así como su curso clínico y localizaciones más comunes:

En general, el principio es repentino y brutal, ausente de pródromos, y parecido en su marcha a las artropatías blenorragicas. Se observa sobre todo a nivel de las grandes articulaciones, rodillas y caderas, y después, por orden decreciente, en los codos, muñecas y tobillos, etc.

Unas veces va de articulación en articulación, lo mismo que el reumatismo franco; otras veces toma una marcha lenta recidivante, con crisis dolorosas, que pueden ser el signo precursor de un reumatismo crónico deformante; otras se localizan en una o dos articulaciones, con una fijeza que recuerda las artritis gonocócicas.

Su evolución:

Se le puede ver retroceder completamente sin dejar rastros, pero a veces se asiste a su transformación fungosa o a la anquilosis.

Y casos particulares observados por él y con otros colegas:

Recientemente observamos dos casos que terminaron por anquilosis:

Un caso que asistimos con el Dr. Rafael Fernández, terminó por anquilosis de la articulación coxo- femoral izquierda, después de sufrir durante un mes poliartritis aguda febril, dolorosísima y rebelde a todo tratamiento.

Otro caso que asistimos con el Dr. Pardo de Andrade, terminó por anquilosis de la rodilla izquierda. El reumatismo tuberculoso agudo que precedió a esta localización, se aliviaba únicamente con inyecciones endovenosas de salicilato de sosa.

En ambos enfermos, la aparición fue brusca, y aun cuando comprobamos la bacilosis latente, es estado general no podía ser más satisfactorio.

La forma crónica se manifiesta por cuatro modalidades: poliartritis deformante, sinovitis crónica, artritis plásticas anquilosantes y espondilosis rizomélica.

[...] Las lesiones inflamatorias de origen tuberculoso, son producto de una acción lenta y continua de las toxinas del bacilo de Koch, secreción que proviene muchas veces de un foco distante, latente y clínicamente extinguido.

Para Teisser y Roque, el reumatismo tuberculoso constituye la variedad más frecuente de las poliartritis crónicas.

La poliartritis deformante:

Se observa sobre la mayor parte de las articulaciones: muñeca, rodilla, hombro, cadera, articulaciones de las manos y de los pies, reproduciendo el aspecto del reumatismo crónico deformante simple.

Esta forma aparece en todas las edades, pero es más frecuente en la juventud.

Según Berard y Destot, los enfermos que presentan este síndrome, se dividen en tres categorías: 1ª. Sujetos indemnes de manifestaciones tuberculosas personales, pero de casta bacilar. 2ª Enfermos en los cuales la poliartritis ha sido precedida de otras localizaciones tuberculosas: ganglionares, cutáneas o viscerales. 3ª. Enfermos afectos de un tumor blanco antes de desarrollarse esta variedad reumática.

La poliartritis deformante tuberculosa evoluciona sin tendencia a los abscesos, con las mismas intermitencias y las mismas agudizaciones dolorosas que el reumatismo crónico vulgar, determinando iguales deformidades y la misma impotencia funcional. Para precisar la etiología no podemos basarnos en síntomas diferenciales patognomónicos; pero aparte otras razones clínicas, Berard y Destot han creído

encontrar características radiográficas, interpretando tonalidades debidas a la rarefacción irregular del tejido óseo por el hecho de la infiltración bacilar.

Sinovitis crónicas:

Pueden ser crónicas desde un principio, o suceder a varios ataques agudos o subagudos.

Coexisten con inflamaciones crónicas, de igual naturaleza, de las bolsas serosas y de las vainas tendinosas de los dedos y de las manos.

Según la cantidad de líquido derramado, se observa una forma hidrópica o una forma fibrosa seca. Se trata siempre de una afección dolorosa que evoluciona por brotes.

La artritis plástica anquilosante:

Tiene por característica la rapidez de la anquilosis que llega a ser completa desde el punto de vista funcional.

Espondilosis rizomélica:

Narra Hervada la experiencia adquirida en el tratamiento de casos más o menos llamativos y sus conclusiones al respecto:

Tratamos varios casos, de los cuales cuatro son de franca etiología bacilar.

[...]Hemos de decir de paso, que siendo tan corriente el reumatismo, debemos intentar precisar su patogenia, para evitar los errores de un tratamiento.

[...]A estos enfermos no sólo no hay que privarles la carne, sino aconsejársela, para contribuir a la parte dietética del tratamiento.

[...]Creemos que está sin aclarar toda la semiología bacilar, y creemos también que en la etiología de los reumatismos se ha de dar a la tuberculosis un tanto por ciento más elevado del que actualmente incluyen las Patologías⁸².

⁸² Hervada García-Sampedro, E. (1922b) *Reumatismo tuberculoso articular y abarticular*. Revista General de Medicina y Cirugía. Vol I, 126- 129

5.2.9. 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. (1925)

Ésta fue la Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja (1925) por Enrique Hervada. Publicada en la *Revista Médica Gallega* en cinco números: el primero en diciembre de 1925, el segundo en enero de 1926, el tercero en febrero de 1926, el cuarto en marzo de 1926 y el quinto en octubre de 1926.

Fue una presentación muy interesante a la vez que controvertida, ya que la presentó en un Congreso donde se trataba de impulsar la necesidad de los Sanatorios Marítimos como el de la Lanzada, a escasos kilómetros de La Toja, sede de esta asamblea científica, por lo que allí mismo y en la prensa fue criticado, en la que el tisiólogo explica claramente que no existe un clima específico para el tratamiento de la tuberculosis. Todos los aires son buenos con tal de que sean puros, libres de polvo y que no sean húmedos. Resalta también la labor del Sanatorio como institución vital para la educación higiénica – dietética de los tuberculosos, y hace una importante petición a los poderes estatales para que ofrezcan ventajas para la construcción de viviendas adecuadas en donde se pueda continuar de forma higiénica el tratamiento después del recibido en los Sanatorios. Para el Dr. Hervada la cura higiénica – dietética resulta importantísima en la lucha contra la tuberculosis por lo que considera fundamental resolver la problemática de las viviendas gallegas.

Dejando a un lado las claras y limitadas indicaciones que hoy en día tienen la aplicación de las tuberculinas, sólo tres halagadores tratamientos dominan actualmente la terapéutica de la tuberculosis pulmonar; por parte de la quimioterapia, la sanocrysina; por parte de la cirugía, la colapsoterapia; y por parte de la higiene, el régimen higiénico dietético científicamente establecido.

[...]Como quiera que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa universal; es decir, una pandemia, siempre resultará el Sanatorio popular un medio insuficiente para combatir la enfermedad, dada su enorme profusión; en cambio, y mientras no encontremos el específico que cure la infección, tenemos que centuplicar los medios

indirectos de la profilaxia social de la tuberculosis, facilitando la vivienda higiénica y barata, rebajando las subsistencias, combatiendo los excesos y la miseria, en una palabra, humanizando los medios de vida, ya que sólo el robustecimiento orgánico resulta el único antiséptico que se opone al desarrollo de la infección.

[...]En nuestra ponencia, sólo nos corresponde hablar de la instalación de Sanatorios en las montañas de Galicia, y a decir verdad, resulta estos días el tema vulgarmente más discutido de todos los formulados en este congreso, pues pasó de los límites del estudio técnico e imparcial, para caer en lo disculpables y naturales apasionamientos del cariño regional. Hay en el fondo de los argumentos, una razón que no podemos desoír, y es, que es aquí donde nos piden que tratemos y no tenemos más remedio que tratar a la mayoría de nuestros paisanos enfermos que no pueden escoger entre las distintas estaciones climatológicas, y por esto, hemos de interesarnos en buscarles en nuestra tierra, los medios de curación en las mejores condiciones posibles.

[...] Pues bien: ¿tenemos en Galicia, alguna comarca o comarcas, que reúnan suficientes condiciones climatológicas para poder hacer la cura de aire durante cualquier estación? ¿O es nuestro clima poco indicado para que aquí permanezcan los enfermos del pecho durante el invierno?

Por lo mismo que andamos tan escasos de remedios eficaces contra la tuberculosis pulmonar, se le da la máxima importancia al tratamiento climatológico, y lo mismo que en los demás temas médicos, aparecen las demás opiniones divididas en dos grupos: los que reconocen con entusiasmo la influencia decisiva de los factores climatológicos sobre el curso de la infección tuberculosa, y los que niegan el valor de los fenómenos meteorológicos, no dando importancia a la influencia del clima para el tratamiento de la enfermedad.

[...]El aire húmedo, particularmente la niebla fría y húmeda, hace necesario que los enfermos se vistan y se cubran convenientemente: en estas condiciones puede ser tan útil como cualquier otra atmósfera.

La cura da idénticos resultados en invierno y en verano.

Según el clima, la cura puede ser más o menos fácil, necesitar más o menos atención y preocupaciones, pero las llamadas acciones específicas del clima, son factores de segundo o tercer orden.

Refleja el Dr. Hervada en esta ponencia el estudio de las distintas localidades montañosas gallegas en cuanto a la altitud de las mismas, para tratar de indicar así las que estarían en mejores condiciones para intentar llevar a cabo la cura de aire. También intenta hacer un paralelismo con los tipos climáticos estudiados en Francia y comenta que serían perfectamente aplicables a España.

Distinguen Gilbert y Carnot, en su terapéutica referente al tratamiento de la tuberculosis, cuatro tipos climáticos generales referentes a Francia, que son:

- a) Climas marítimos de la Mancha y del Atlántico.
- b) Riviera francesa.
- c) Climas de Pau y de Amelie-les- Bains.
- d) Climas de altitud.

Al tipo A corresponden los climas:

Bretón o Armoricano, muy parecido al de nuestra Galicia, aunque de temperaturas algo inferiores: media anual de 11°, inviernos muy suaves, veranos templados, brisas marinas, lluvias frecuentes; y Girondino, menos marítimo y más meridional que el anterior: temperatura media de 12 °, inviernos suaves, veranos cálidos, otoños prolongados.

Al tipo B corresponde el clima:

Mediterráneo: (temperatura media de 14 °), inviernos dulces, veranos secos, cielo azul, lluvias súbitas y cortas. (En la proximidad de algunos estanques de la costa, el clima es malsano).

Al tipo C corresponden:

Valles de la vertiente septentrional de los Pirineos, caracterizados por la ausencia de vientos y nieblas, por la limpieza de la atmósfera, por la temperatura habitualmente suave y agradable, por una humedad tibia y una nebulosidad bastante marcada que atenúa la insolación y se opone a la irradiación del suelo.

Al tipo D corresponden:

En general, las grandes regiones francesas comprendidas en el clima auvernés o central y en el clima de los Vosgos.

[...] Puede trazarse un paralelo aproximado entre estas regiones francesas y las españolas.

Desde el punto de vista terapéutico, todas las regiones francesas pueden hallarse en España, con ventaja, ya que por de pronto la iluminación solar diurna en invierno, en nuestra Península es mayor que en Francia.

Al tipo Bretón o Armoricano, corresponde en la Península, el clima atlántico de Galicia, Norte de Portugal y Oeste de Cantabria (inviernos suaves, veranos templados, otoños cortos de copiosas lluvias).

Al tipo Girondino corresponde en la Península, la zona atlántica de Portugal desde Oporto a San Vicente y zona atlántica de Huelva y Cádiz.

Al tipo Mediterráneo, de la Riviera Francesa, corresponden en la Península, las zonas levantina y oriental mediterránea.

[...] Al tipo C corresponden en la Península multitud de valles de los Pirineos navarros, aragoneses y catalanes, quizá de atmósfera más pura por estar resguardados.

Al tipo D, que abarca que abarca las dos grandes regiones francesas de los climas auvernés y de los Vosgos, corresponde en nuestra Península, la más regular y caracterizada de todas las regiones españolas, tal es el clima de las mesetas centrales (Castilla la Vieja, León, Castilla la Nueva y parte de Extremadura).

[...] En La Coruña, como sucede en los demás climas marinos, no se aprecian grandes diferencias de temperatura. El mar es un gran factor de regulación térmica. « La Coruña, es uno de los climas más benignos que hay en España», pero no hay que confundir la temperatura agradable y sin grandes oscilaciones, con el resto de las ventajas meteorológicas, que constituyen el óptimo de condiciones señaladas como las más indicadas para hacer la cura de aire.

Aunque no existen climas capaces de curar la tuberculosis, solamente por su influencia, hay que reconocer, sin embargo, la existencia de climas que reúnen la mayoría de condiciones para coadyuvar al tratamiento de las formas de franca tendencia evolutiva.

[...] Claro está, que todos hemos visto curar tuberculosos de diferentes formas anatomoclínicas en lugares considerados técnicamente como contraindicados, pues, como dice Nóvoa Santos, todos los que ejercemos, hemos tenido múltiples ocasiones de comprobar que el clima invernal de Galicia, no acelera obligatoriamente la marcha del proceso tuberculoso; pero nos corresponde hablar de las generalidades y no de las excepciones.

[...] En general, en los climas marinos atenuados se instalarán los sanatorios marítimos destinados exclusivamente al tratamiento de las tuberculosis óseo-articulares y ganglionares, no estando indicados para los tuberculosos de pulmón, a pesar de que algunos de estos enfermos, obtiene beneficio con la permanencia en el mar. Algunos tisiólogos aconsejan la cura en pleno mar y no en las estaciones del litoral que tienen características climatológicas completamente diferentes.

En las montañas, deben instalarse los Sanatorios para tuberculosos del pulmón, porque la montaña reúne las mejores condiciones indicadas a la mayoría de esta clase de enfermos.

El Sanatorio de montaña completa una parte del programa de la lucha antituberculosa. Es uno de los grandes medios con que debemos contar para el tratamiento de la enfermedad, pero después de cubrir otras inmediatas y urgente necesidades que son más perentorias en el plan de toda profilaxia.

[...] En caso de poder practicar un plan de lucha completo, el Sanatorio en nuestras montañas, será un elemento esencial para poder hacer, sobre todo durante el estío, la cura sanatorial realizada con arreglo a los más rigurosos principios científicos.

Al buscar en Galicia un emplazamiento para construir Sanatorios, nos dirigimos a las montañas de altitud, porque a más de 1000 metros ofrece la cura de aire un conjunto de condiciones particularmente favorables, representadas por la sequedad y pureza del aire, por la ausencia de polvo y microbios, por la rarefacción de la atmósfera que favorece la ventilación pulmonar, por la excitación de todo el organismo ante un aire más vivo y mayor intensidad de luz solar.

Desde muy antiguo, los médicos preconizan la cura de aire en clima de altitud.

[...] La presión atmosférica disminuye a medida que aumenta la altura sobre el nivel del mar. Al aumentar la altura, es mayor la rarefacción del oxígeno, lo que obliga a los enfermos a hacer respiraciones más rápidas y profundas, resultando una especie de obligada gimnasia respiratoria, que estimula a respirar pleno pulmón.

[...]Pero es un error el pensar que sólo el clima de montaña es curativo de la tuberculosis. La tuberculosis puede tratarse en cualquier sitio donde haya aire puro, y donde no exista polvo, con tal de que se sepan aprovechar el resto de los factores curativos.

[...]El tratamiento que se hace en un Sanatorio, puede ser higiénico –dietético, pero no hay que confundir el tratamiento sanatorial con el tratamiento higiénico – dietético.

En tisioterapia, no hay métodos incompatibles, sino que todos se complementan. No solamente no hay antagonismo entre los tratamientos medicamentosos y quirúrgicos y la cura sanatorial, sino que se está en el derecho de pensar, que los remedios antituberculosos útiles, obrarán con tanta mayor eficacia, en cuanto serán asociados a un tratamiento higiénico- dietético, bien dirigido y rigurosamente seguido.

Ya sabemos que para que un Sanatorio sea un buen instrumento de cura antituberculosa, es necesario que esté bien situado, de tal modo que pueda hacerse sin peligros ni molestias en cualquier estación, la cura de aire continuada.

Para buscar una estación climatológica, debemos tener en cuenta además de la facilidad del viaje y del fácil aprovisionamiento de los alimentos, la dirección y velocidad de los vientos, porque las grandes corrientes de aire cargadas de polvo son altamente perjudiciales. Los mayores enemigos del tuberculoso pulmonar, son la humedad constante y el viento persistente, resultando este ambiente incompatible con la permanencia al aire libre.

[...]Para instalar los Sanatorios, dos puntos de vista debemos tener en cuenta: el social y el clínico. Para el social tenemos que aconsejar la instalación de Sanatorios en lugares donde pueda acometerse la empresa con un mínimo de presupuesto, para que haga el proyecto realizable.

Para el clínico, tenemos que tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones especiales que proporcionan los diversos climas, ante las múltiples variedades de evolución de la tuberculosis.

Desde el punto de vista social, tenemos que proteger todo proyecto que sea viable, siempre que pueda considerarse como una utopía su construcción y entretenimiento, pues tenemos que pensar si está en relación el dinero que se va a gastar con el beneficio que se va a obtener. No podemos distraer los fondos de la asistencia social de los tuberculosos que benefician a todos, en la construcción de un Sanatorio, que protege sólo a un número insignificante, y para esto, durante muy poco tiempo.

[...] El Sanatorio debe de ser abrigado contra los vientos dominantes. El Sur- Oeste parece de los menos penible; la exposición al Sur –Oeste es la más indicada por la orientación al sol y el abrigo de los vientos que soplan del Oeste y del Noroeste.

Los enfermos que practica la cura de aire deben estar a la sombra, la acción directa de los rayos solares pueden provocarles brotes febriles o congestivos.

[...]En este Congreso pediremos al Estado la concesión de todas las ventajas posibles para obtener el mayor abaratamiento de estas construcciones. En muchos de los lugares hay carretera y ferrocarril, está instalada la luz eléctrica y ya tienen demostrada su eficacia terapéutica.

Haremos las aldeas sanitarias lo suficiente lejos de la carretera, para que a ellas no llegue el polvo y lo suficientemente alejadas unas de otras para no restarse ni luz ni aire.

Buscamos el aire puro, aséptico, desprovisto de gérmenes, para favorecer la curación de las superficies pulmonares inflamadas y ulceradas, evitando de este modo las infecciones secundarias producidas por los estreptococos y estafilococos, que tanto agravan el pronóstico de la enfermedad.

[...]El tuberculoso que estuvo en un Sanatorio, regresa a su casa siendo un verdadero higienista, ya educado para evitar el contagio a los suyos, extendiendo a la vez la propaganda de todos los principios profilácticos que ha aprendido.

El paciente que va dirigido a un establecimiento oficial, queda bajo la dirección facultativa del director y excusamos por lo tanto de preocuparnos de su terapéutica, pero el paciente que va al campo, queda sin vigilancia, con grave perjuicio del éxito del tratamiento.

Los enfermos pneumotorizados obtienen unas ventajas manifiestas cuando al mismo tiempo que el pneumotórax artificial hacen el plan higiénico –dietético en el campo. Por esta razón en los sanatorios obtienen una brillante estadística de pneumotorizados que nosotros nunca hemos conseguido.

En la práctica de la colapsoterapia, el tratamiento ambulatorio es perjudicial. El que un enfermo venga en un automóvil de línea, sufriendo el vapuleo de la trepidación del coche, el malestar consiguiente que origina el viaje; los inconvenientes de alterar la vida ordinaria, como son el madrugar, comer fuera de casa, no poder hacer reposo, etc., no son compensados, a nuestro juicio, por el ulterior beneficio que cabía esperar una vez conseguido el colapso pulmonar.

Por mi parte ya he renunciado a seguir de este modo la práctica del pneumotórax, pero reconozco el beneficio que reportaría aplicándolo en el mismo lugar donde el enfermo hace su cura.

Reconozcamos que en materia de tuberculosis, la mayoría de nuestros fracasos son motivados por falta de rigor en el tratamiento y no cubrir en su debido tiempo las verdaderas indicaciones.

En igual sentido tenemos que hablar de la sanocrycina, de cuyo empleo no estamos muy satisfechos, dejando de cubrir algunas indicaciones por no poder vigilar de cerca a los enfermos y lo mismo podemos decir de las tuberculinas; pues bien, reunidos los pacientes en una ciudad sanitaria, podría el médico desplegar toda su actividad y encargarse de la asistencia de muchos enfermos que hay siguen caprichosamente la cura de aire⁸³.

5.2.10. La tuberculosis en Galicia (1925-1926):

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 entera⁸⁴.

⁸³ Hervada García-Sampedro, E. (1925 -1926) *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*. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja. Octubre 1925. Revista Médica Gallega. Año 5. Nº 12; Año 6. Nº 1-2-3

⁸⁴ Hervada Iglesias, E. (1983). La tuberculosis en Galicia. *Galicia en Madrid*. Año II. Núm. 6. julio- septiembre.

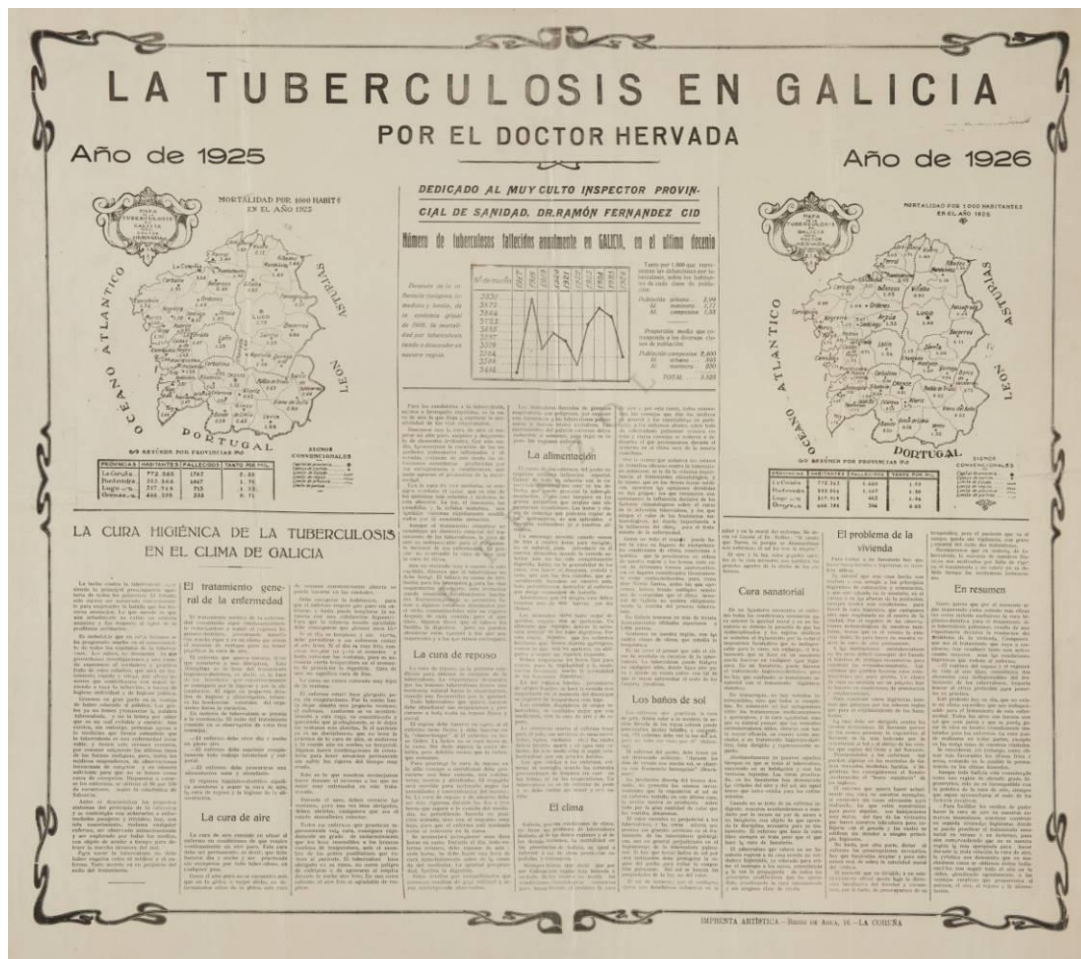


Imagen (20)⁸⁵. La tuberculosis en Galicia. E. Hervada

En este trabajo, además de especificar la mortalidad producida en Galicia en los años 1925-1926, también expone la evolución de la mortalidad en el decenio comprendido entre 1917-1926, y contempla como debería ser la cura higiénica de la tuberculosis en el clima gallego.

Ya el 21 de mayo de 1924 la prensa⁸⁶ bajo el título: *La tuberculosis en Galicia* decía:

El notable tisiólogo D. Enrique Hervada ha publicado un interesante gráfico de la tuberculosis en Galicia en el pasado año de 1923 con un mapa de mortalidad por cada mil habitantes habida a consecuencia de la terrible enfermedad en las cuatro provincias

⁸⁵ Hervada García-Sampedro, E. (s.a): *La tuberculosis en Galicia*. A Coruña; Imp. Artística.

⁸⁶ *El Progreso*, semanario independiente de Pontevedra, 21 de mayo de 1924 p. 2.

gallegas, determinada por partidos judiciales y Ayuntamientos, y unas doctas reflexiones y consejos para la mayor eficacia en la lucha contra el mal que tantos estragos causa.

Hay aspectos de vital importancia para Hervada en el tratamiento de la enfermedad y que refleja en este trabajo. Son los siguientes:

- La cura de aire: consiste en situar al enfermo en condiciones de que respire continuamente un aire puro. Esta cura debe ser permanente; es decir, que debe hacerse de día y de noche y ser practicada sin excepción por todo tuberculoso en cualquier país.
- La cura de reposo: es la primera condición para obtener la curación de la tuberculosis. La experiencia demuestra que las lesiones tuberculosas tienen una tendencia natural hacia la cicatrización, cuando son favorecidas por la quietud. Todo tuberculoso que quiera curarse debe abandonar sus ocupaciones y procurarse a toda costa su reposo físico y moral.
- La alimentación: El menú de los enfermos del pecho no requiere ninguna indicación especial. Comer de todo en relación con la capacidad digestiva, sin caer en los defectos que puede provocar la sobrealimentación, y sin caer tampoco en los graves perjuicios que origina una alimentación saludable.
- El clima: Galicia, por sus condiciones de clima, no tiene un problema de tuberculosis distinto al de las demás regiones y al de las demás naciones. La mortalidad en las provincias de Galicia, es igual o inferior a las de otras provincias españolas y extranjeras. [...]En Galicia tenemos en más de treinta Ayuntamientos altitudes superiores a 1.000 metros.

Contamos en nuestra región, con las cuatro clases de clima, que estudia la terapéutica. Es un error el pensar que sólo el clima de montaña es curativo de la tuberculosis. La tuberculosis puede tratarse en cualquier sitio, donde haya aire puro y no exista polvo, con tal de que sepan aprovechar el resto de los factores curativos.

- Los baños de sol: los enfermos que practican la cura de aire, deben estar a la sombra; la acción directa de los rayos solares puede provocarles brotes febriles o congestivos. « El enfermo debe ver la luz del sol, pero no debe ser visto por él».
- Cura sanatorial: en un Sanatorio encuentra el enfermo todas las condiciones necesarias para obtener la quietud moral y en un Sanatorio se obtiene la garantía que los indisciplinados y los sujetos abúlicos se someten a tratamiento por la natural imposición facultativa que es indispensable para la cura; sin embargo el tratamiento que se hace en un Sanatorio, puede hacerse en cualquier casa higiénica.
- Problema de la vivienda: para imitar a un Sanatorio, hay que hacer casas baratas e higiénicas en nuestras aldeas .Es natural que una casa hecha con confort y con arreglo a los principios higiénicos de cubicación y de orientación, y que esté situada en la montaña, en el campo o en las afueras de la población, siempre tendrá más condiciones para hacer la cura higiénica, que cualquiera otra casa emplazada en el centro de la ciudad.

El tratamiento médico de la enfermedad constituida sigue fundamentalmente reduciéndose a seguir el régimen higiénico –dietético, procurando hacerlo con mucho rigor y en un clima que reúna el máximo de ventajas para no temer practicar la cura de aire.

El enfermo que quiera curarse, tiene que someterse a una disciplina. Esta disciplina es la base del tratamiento higiénico – dietético, es decir, es la base de los beneficios que espontáneamente se consiguen por la higiene y por la alimentación. El rigor en pequeños detalles de higiene y de alimentación, refuerza las tendencias naturales del organismo hacia la curación.

En materia de tuberculosis se premia a la constancia. El éxito del tratamiento consiste en la observación de estos tres consejos:

- El enfermo debe vivir día y noche en pleno aire.
- El enfermo debe suprimir completamente todo trabajo intelectual y corporal.
- El enfermo debe procurarse una alimentación sana y abundante.

El régimen higiénico dietético significa someterse a seguir la cura de aire, la cura de reposo y la higiene de la alimentación⁸⁷.

5.2.11. Consultas Médicas Frecuentes (1928):

Esta es una publicación en la que el Dr. Hervada recoge unas cuantas crónicas médicas publicadas en el periódico La Voz de Galicia, que quiso recopilar para dar difusión.

Sabemos que Enrique Hervada colaboraba en este periódico, primero con la columna *Ocios de un médico*, sobre 1906, y después con *Crónicas médicas* a finales de la década de los años veinte. Este libro recopila muchas de esas publicaciones.

Estas son las consultas médicas frecuentes que Hervada recoge:

- La comida de los gordos
- La alimentación del diabético
- La insulina
- La alimentación del artrítico
- La alimentación del diarreico
- La alimentación del estreñido
- La alimentación del inapetente
- Los biliosos
- Las alteraciones del color de la piel
- La solitaria
- La angina de pecho

⁸⁷ Hervada García-Sampedro, E. (s.a): *La tuberculosis en Galicia*. A Coruña; Imp. Artística.

- Los vértigos
- El asma
- Las pecas y el paño
- Las espinillas y granos en la cara
- El prurito cutáneo
- El termómetro
- El dolor de espalda
- La tos ferina
- Como se escoge una nodriza
- Los falsos tuberculosos
- Las arritmias
- Las anemias
- La cura higiénica de la tuberculosis en el clima de Galicia
- Las varices de las piernas

Comentaremos la crónica *¿cómo se escoge una nodriza?*, por ser del máximo interés para nuestro estudio y demostrativo de la implicación del Dr. Hervada en los aspectos materno-infantiles tanto de la Tuberculosis como de la Sífilis:

Para elegir una nodriza, hay que examinar con detenimiento a la nodriza misma y a su hijo.

Se reconoce a la que desea ser nodriza, investigando si padece una afección aguda o crónica, pero sin fiarse para nada de las manifestaciones de la interesada, quien casi siempre contesta con engaños, pensando solamente en su colocación.

Generalmente la que pretende criar no sufre ninguna enfermedad aguda. Para cerciorarse de ello basta poner el termómetro y practicar un elemental reconocimiento; pero para descartar las enfermedades crónicas que más puedan perjudicar al lactante, necesitamos hacer una minuciosa exploración del ama y del niño del ama.

La enfermedad que primero debemos investigar, tanto en la madre como en el hijo, es la sífilis, por tratarse de una infección eminentemente contagiosa.

La que va a reconocerse para saber si sirve para lactar, tiene que disponerse para dejarse examinar minuciosamente. Algunas se creen que con desabrocharse un botón del cuello, ya puede el médico certificar el estado de su salud; y la responsabilidad del médico es muy grande, para contestarse con un examen superficial. Tan sagrada es para nosotros la salud del niño que se va a criar, como la salud de la nodriza, y lo mismo que no consentimos que ingrese en una casa un ama con sospechas de una enfermedad contagiosa, tampoco consentimos que una mujer sana vaya a contagiarse inocentemente amamantando al hijo de un matrimonio enfermo, si la nodriza no se deja reconocer francamente, declinamos toda responsabilidad ante la familia que nos pide nuestro consejo.

[...] El hijo es la más clara expresión biológica que delata las culpas morbosas de los padres. El estado del niño es el único reactivo indicador del valor de una nodriza.

En la sífilis congénita es preciso distinguir las manifestaciones precoces y las tardías. Las precoces se investigarán en el recién de la nodriza y las tardías en los hijos mayores que pueda tener el ama.

Vemos que sigue el rastro posible de ambas enfermedades:

[...] Una vez eliminado el diagnóstico de sífilis de la madre y del hijo, indagaremos el diagnóstico de la tuberculosis, buscando en la nodriza las formas abortivas de Bard. Al auscultar, hacer toser y respirar muy profundo inmediatamente después de la tos. Conviene no olvidar que el estado general bien conservado, es compatible con alguna modalidad de la tuberculosis (tuberculosis florida, tuberculosis de los artríticos).

También tenemos que investigar las formas fibrosas y las tuberculosis bronquíticas. Al observar cualquier anomalía respiratoria con tos, rechazaremos a la que pretende lactar. Ninguna mujer con expectoración crónica sirve para criar.

Y otras afecciones como la sarna o escabiosis:

[...] Una vez descartada la tuberculosis, como ya antes habíamos descartado la sífilis, reconoceremos minuciosamente la piel para saber si el ama padece sarna.

Claro está, que esta última enfermedad no tiene la grave trascendencia de las dos primeras infecciones, pero es igualmente de alta responsabilidad profesional el meter en una casa una persona con tan rebelde, molesta y contagiosa enfermedad.

Como quiera que la interesada pueda negar su prurito nocturno, que es el síntoma subjetivo característico de esta afección, conviene fijarnos en las típicas lesiones dermatológicas que son los surcos y las vesículas perladas.

[...] Recordaremos que el llamado eczema del seno de la mujer, es casi siempre de origen sarnoso.

En el niño de pecho, la sarna se localiza habitualmente en el pie.

Además contempla aspectos de encuesta epidemiológica básica:

Para completar el informe sanitario, lo mejor es que una persona de garantía, nos dé detalles de la familia, la vida y las costumbres del ama. Una vez convencidos de que la nodriza no puede llevar ninguna enfermedad al hogar, pasaremos a investigar qué condiciones reúne para hacer una buena cría.

Hasta ahora sólo hemos hablado de las que no sirven para lactar, por tener enfermedades y, sobre todo, enfermedades contagiosas, y ahora vamos a hablar de las que pueden servir para hacer una cría.

Y las condiciones ideales de una nodriza:

Una buena nodriza debe tener de veintiuno a treinta años, ser robusta, de carácter tranquilo o alegre, que no sufra emociones violentas ni tenga accesos de cólera, ni penas prolongadas, rubia o morena, de la costa o de la montaña, de piel sana, buenos dientes y apetito sostenido. Sus mamas deben ser bastante voluminosas y surcadas de venas, con pezones bien conformados; apretándolas saldrá leche en abundancia por distintos puntos.

La edad de la leche debe aproximarse a la del niño, y la nodriza haber pasado el puerperio.

Generalmente se interrumpe la menstruación en la mujer que cría. Durante las reglas la secreción de leche suele disminuir y el niño parece entonces un poco más inquieto en esos días y hasta suele tener algunas deposiciones verdes. Este hecho no representa ninguna indicación para suprimir la lactancia.

Una nueva gestación sobrevenida en una mujer que cría no tiene las graves consecuencias que se ha querido atribuir. El embarazo evoluciona mucho tiempo sin que el niño parezca tener una alimentación insuficiente. Lo más común es que la mujer soporte bien la lactancia y el embarazo, aunque puede llegar a ser perjudicial, sobre todo después del sexto mes.

Es necesario comprobar que la nodriza tiene leche abundante y buena. El análisis químico poniendo de manifiesto la caseína, la manteca y el azúcar, se encuentran en proporciones más o menos considerables, en tal o cual leche, nos ilustra poco acerca de su valor nutritivo; el análisis más seguro lo da la observación del niño: si pide a menudo el pecho y lo deja enseguida con gritos de cólera, es que no encuentra nada; si terminada la tetada deja el excedente de leche rezumar por los labios, es que hay leche en abundancia, debiendo, por lo tanto, aumentar de peso en muy pocos días. El hipo, según Parrot, es la manifestación de un estómago satisfecho.

También establece ideas claras sobre algunos tópicos vulgares:

Un cambio de nodriza no es perjudicial al niño, y aun al contrario le es ventajoso, si la segunda ofrece mejores condiciones que la primera.

No se conoce ninguna sustancia de poder galactógeno indudable. Una mujer que lacta debe comer lo que más le guste.

Y previene contra el consumo de determinadas sustancias durante la lactancia:

Si la nodriza bebe alcohol puede transmitirlo al niño, lo mismo que algunas medicinas como el opio, la quinina, el yoduro, el bromuro y el éter, y con más dificultad el arsénico, el salicilato de sosa, antipirina y el mercurio.

Resuelve la eterna pregunta sobre la suspensión temporal de la lactancia:

[...] En los casos en que es necesario suspender la lactancia, más por el peligro que pueda acarrear a la madre o a la nodriza que al hijo, es probable que la función se restablezca progresivamente, si es que no fueran demasiado los días de suspensión de la lactancia. Se citan ejemplos en que se ha reanudado la cría, después de ocho, diez, quince o más días de suspensión, aunque no es raro ver que la secreción láctea sea entonces muy imperfecta o casi nula.

Y las dudas sobre un defecto anatómico común del niño:

Muchas madres creen que el frenillo de la lengua del niño, constituye una dificultad para la succión. Se ha exagerado mucho la necesidad de cortarlo y en realidad sólo tiene alguna muy limitada indicación.

Se ocupa de un problema frecuente, y doloroso de las nodrizas, que puede entorpecer seriamente la lactancia:

Por parte de la nodriza constituyen, a veces, una dolorosa dificultad las grietas del pezón. Para corregirlas nos ha sido muy útil el empleo de la siguiente fórmula:
Bálsamo del Perú, aceite de ricino, subnitrito de bismuto⁸⁸.

5.2.12. Los dolores braquiales de origen cerebral (1929):

Comunicación presentada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias en la que el Dr. Hervada expone a través de cinco casos, la aparición de neuralgias braquiales de probable origen cerebral, en las que su diagnóstico fue francamente difícil y prolongado en el tiempo, y en algunos casos erróneamente diagnosticados por presentar un solo síntoma que no era característico de la enfermedad.

Comentaremos alguno de estos casos relatados por Hervada:

⁸⁸ Hervada García-Sampedro, E. (1928): *Consultas médicas frecuentes*. La Coruña. Imp. Moret.

El Síntoma dolor, constante e irreducible en un solo brazo, e independiente de toda causa local, lo hemos observado algunas veces como signo aislado de un enfermedad encefálica, que tardó bastante tiempo en concretarse con toda claridad.

[...] Un caso que nos encontramos, fue una señora de avanzada edad, que aquejaba un fuerte dolor en el brazo derecho. Fue catalogada con la común etiqueta de artritis y sometida a la medicación iodurada y a la aplicación de diatermia, apareciendo al cabo de unas sesiones un edema generalizado en todo el brazo. Se piensa entonces, en una flebitis de igual etiología uricémica, y después de algunas semanas de haber perdido la observación de esta enferma, le apreciamos un cuadro, de curso relativamente rápido e implacable, de un cerebroesclerosis lacunar progresiva arterial, sucumbiendo la paciente en fases avanzadas del gatismo.

[...] Otro caso le sucedió a una señorita de 40 años, perteneciente a una familia en la que abundaban los casos de hemorragia cerebral. Contando con ella, hay en el mismo domicilio tres personas de la misma familia con hemiplejía por ruptura vascular.

Por la herencia apoplética estaba preocupada y acudía frecuentemente al consultorio para mediar la presión arterial. Tenía en efecto una gran hipertensión, quejándose frecuentemente de dolor y hormigueos en el brazo izquierdo.

Francamente, todas estas algias han sido tardíamente clasificadas en cuanto a su diagnóstico etiológico. El dolor se presentaba completamente aislado y sin relación con otros signos que delataran un preciso origen orgánico.

En estos casos tenemos que partir del síntoma a la enfermedad, escudriñando todas las causas capaces de ocasionar dolor en el brazo.

Como dice Cabot, al relatar su casuística de dolor en los brazos, la neuralgia, es decir, el dolor nervioso de origen desconocido, es casi siempre un diagnóstico frecuente consciente, debiendo proceder a un largo proceso de investigación para formular un diagnóstico seguro.

[...] El dolor del brazo derecho en el caso de la mujer de edad avanzada, anunciaba una cerebroesclerosis lacunar, habiendo evolucionado con hemiplejía bilateral y síndrome pseudo- bulbar (risa y llanto espasmódico).

[...] En el caso de la mujer de 40 años, el dolor tenía relación con los trastornos de la hipertensión y de angioespasmo que precedieron a la rotura de la arteria lenticulo-estriada.

[...] Nos parece útil llamar la atención acerca del probable origen cerebral de algunas neuralgias braquiales que pueden aparecer a cualquier edad, pues lo mismo el reblandecimiento que los procesos de arteritis pueden presentarse tanto en niños como en adultos y ancianos⁸⁹.

5.2.13. Pseudo tuberculosis pulmonar de origen cardíaco (1929):

Ponencia presentada por Enrique Hervada en las I Jornadas Médicas Gallegas, que tuvieron lugar en A Coruña del 19 al 25 agosto de 1929. El Dr. Hervada formaba parte de la comisión organizadora.

Estas jornadas fueron presididas por el Dr. Jacobo López Elizagaray, que era ex Decano del Hospital Provincial de Madrid, Académico de la RANM y médico de cámara de SS.MM. La comisión patrocinadora la formaban junto con el citado Dr. Elizagaray, los Dres: Roberto Nóvoa Santos, José Goyanes Capdevila, Mariano Gómez Ulla, Manuel Varela Radío y Ricardo Varela y Varela⁹⁰ (Urólogo compostelano admirado por Hervada y Médico de la Casa Real).

La comisión organizadora la componían los Dres: Julio L. Lacarrere, Julián Regueiro López. Rafael Martínez Uzal, Eduardo L. Lacarrere, J. Souto Beavís y Enrique Hervada como comentamos anteriormente.

Con esta ponencia, nuestro fisiólogo coruñés intenta explicar que, en determinadas situaciones, se realizan diagnósticos de enfermedades pulmonares como puede ser la tuberculosis, cuando en realidad el componente es cardíaco o infeccioso.

El capítulo de la pseudo-tuberculosis, se está revisando actualmente con nuevas e interesantes aportaciones. La exploración del pecho por los Rayos X, y las minuciosas

⁸⁹ Hervada García-Sampedro, E. (1929) *Los dolores braquiales de origen cerebral*. A Coruña: Imp. Moret.

⁹⁰ Ponte Hernando, Fernando; González Castroagudín, Sonia ([2015], "Ricardo Varela y Varela", en *Álbum da Ciencia*. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega. [lectura: 27/02/2017] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=1025>]

indagaciones del laboratorio, han conseguido aclarar, que no es la tuberculosis la causa que en tanta proporción parecía acaparar toda la patología del aparato respiratorio. La fiebre, la tos, la hemoptisis, la disnea, la anemia y el adelgazamiento, son síntomas que ponen en guardia para hacer pensar en una lesión pulmonar, pero sólo el hallazgo de bacilos en la expectoración puede hacernos asegurar la naturaleza tuberculosa del proceso.

La ausencia del germen de Koch, cuando es debidamente comprobada por exámenes repetidos y seguros, obliga a plantear la discusión del diagnóstico diferencial entre todas las afecciones que puedan simular la tuberculosis.

Se han exagerado los extremos hasta haber ocasionado una indiscutible fobia tuberculosa.

Sergent, ha podido demostrar que de 1.719 individuos declarados en un primer reconocimiento como tuberculosos, 542 resultaron padecer solamente las manifestaciones de una pseudo-tuberculosis.

Es muy frecuente que algunos enfermos se consulten como afectos del aparato respiratorio, siéndolo en realidad solamente del aparato circulatorio.

La pseudo-tuberculosis de origen cardíaco, hay que sospecharla, cuando los signos estetoscópicos pulmonares no acusen estertores y anomalías respiratorias que no corresponden a los síntomas físicos que se aprecian corrientemente en las diferentes etapas de la tisis común, y no coinciden por otra parte, con el aspecto general del enfermo, ni con el positivo hallazgo de bacilos en los esputos.

[...] Por dos motivos podemos iniciar el diagnóstico diferencial: entre estas dos enfermedades que pueden prestarse a confusión: o por fenómenos infecciosos, o por fenómenos de déficit circulatorio.

Entre los enfermos infecciosos en primer síntoma a observar es la fiebre, sobre todo cuando podemos imaginarnos la posible existencia de una endocarditis lenta que pueda simular la iniciación de una tuberculosis pulmonar.

La fiebre de los cardíacos:

La fiebre, es poco elevada e irregular en ciertos cardíacos, en apariencia apiréticos. Según Hernando, la mayoría de las veces, ignoran los enfermos que tienen temperatura hasta el momento de la exploración termométrica practicada por el

médico. Laubry, habla de la inestabilidad térmica de los cardíacos, estudiando un tipo hipertérmico y un tipo hipotérmico.

Otros síntomas infecciosos:

Acompañan y completan el cuadro del síndrome infeccioso de la endocarditis lenta, la taquicardia, la anemia, las erupciones cutáneas (púrpura y nudosidades eritematosas), la esplenomegalia, la albuminuria y los sudores.

A excepción de las nudosidades de Osler, que son patognomónicas de la modalidad de endocarditis que lleva este nombre, los otros síntomas pueden existir también como manifestaciones de una infección tuberculosa.

El aborto de las cardíacas puede explicarse por la infección. El aborto, que es frecuente en las tuberculosas, aunque no tanto como en las sifilíticas, lo explica Fabre en las enfermas del corazón por la congestión de la mucosa uterina que impide la nidación del huevo.

Para intentar aclarar un poco más el tema, continúa el Dr. Hervada explicando el diagnóstico diferencial con estados infecciosos parecidos.

Hay dos diagnósticos que no satisfacen al médico escudriñador: el diagnóstico de fiebre intestinal, cuando no se ha asegurado por las pruebas de laboratorio la existencia del grupo eberthiano, y el diagnóstico de gripe, que lejos de las grandes y características epidemias es siempre muy dudoso.

Incide en el diagnóstico diferencial complejo:

Hay que pensar, sin embargo, en ciertos diagnósticos de excepción que pueden simular la tuberculosis pulmonar. Nóvoa Santos, dice que existen en Galicia algunos casos de infección melitense diagnosticados mediante las pruebas de laboratorio, pero que existen otros casos de fiebre que corresponden al tipo de la infección por el B. abortus de Bang.

[...] El diagnóstico diferencial de la endocarditis lenta tenemos que hacerlo con todas las manifestaciones febriles prologadas: reumatismo, supuraciones ocultas, leucemias, focos sépticos orales, colecistitis larvada, cáncer latente, etc., pero sobre todo con la tuberculosis.

[...] Por los solos fenómenos infecciosos benignos, compatibles con el trajín de la vida corriente, hemos diagnosticado con el Dr. Araujo, de endocarditis maligna prolongada, a una enferma en quien hemos podido descartar desde un principio la sospecha de una febrícula tuberculosa. El profesor Gil Casares, confirmó ulteriormente nuestro diagnóstico, pudiendo actualmente apreciarse los signos físicos inflamatorios de endocardio mitral.

Los fenómenos de déficit circulatorio que originan signos físicos del pulmón:

Los simples fenómenos mecánicos de la hiposistolia, también pueden hacernos pensar en la tuberculosis pulmonar, sin la intervención de los elementos infecciosos de origen cardíaco. La clínica ha demostrado que las modalidades del desfallecimiento cardíaco, son mucho más variadas de lo que nos afirmaban las primeras descripciones clásicas.

Las congestiones pulmonares de los cardíacos son la expresión de los trastornos de la pequeña circulación, debidos a la disminución de la energía miocárdica, los cuales se manifiestan por disnea, expectoración y submatidez de las bases con estertores subcrepitantes.

[...] El síndrome pseudo-tuberculoso pulmonar, dependiente de la descompensación cardíaca, se traduce, en general, clínicamente por fenómenos apexianos en el pulmón derecho, que es la región donde se encuentran los signos físicos de una asistolia latente, o por fenómenos apexianos en el lado izquierdo, que es la región donde se encuentran los signos físicos de una estrechez mitral.

En cada momento difícil, aflora el siempre estudioso Hervada:

[...] Las relaciones entre la estrechez mitral y la tuberculosis pulmonar, han sido objeto de varios estudios por diferentes autores, y entre ellos el Dr. Verdes Montenegro. Refiere este fisiólogo que consultó a una muchacha con historia de catarros frecuentes, adelgazamiento, fatiga, hemoptisis, etc., la cual presentaba en el lado izquierdo, a la altura de los espacios segundo y tercero, un foco de estertores (signo de Cunningham). El caso había dado lugar a dudas, y predominaba el criterio de que se trataba de un brote tuberculoso. Al ser reconocida se apreció un soplo presistólico terminando bruscamente en el primer tono reforzado, desdoblamiento del segundo tono, trill, etc. Diagnosticada la estrechez mitral, se interpretaron los signos físicos pulmonares, como dependientes de la afección cardíaca. La enferma había tenido posteriormente, diversos episodios, algunos de ellos febriles, exarcebaciones de los síntomas

pulmonares, con tos y expectoración abundante; nunca se ha podido comprobar el desarrollo de un brote tuberculoso, siendo repetidas veces negativa la baciloscopia.

Siempre atento al diagnóstico fino, afirma:

[...] La coexistencia de la estrechez mitral y de la tuberculosis pulmonar activa es muy rara.

Derrames pleurales de los cardíacos:

Es frecuente la pleuresía sero-fibrinosa en los cardíacos, que no debe confundirse con el hidrotórax mecánico (Castaigne). Estas pleuresías están causadas por infartos pulmonares, que comienzan de una manera generalmente insidiosa. La sintomatología de estos derrames pleurales es bastante oscura, de suerte que el síndrome pleural completo suele faltar a menudo.

La tos por insuficiencia cardíaca:

Es tan frecuente la tos de origen cardíaco, que aun en los que sufren formas avanzadas de tuberculosis pulmonar, se atenúa este síntoma, cuando se atiende a tratar la insuficiencia cardíaca, consiguiendo por la digital y demás tónicos cardíacos, vencer el éxtasis circulatorio que origina la hiposístolia, y que sufren casi siempre los antiguos bacilares.

La tos, nos hace pensar intuitivamente, en una lesión pulmonar, y es necesario repetir algunas veces las exploraciones, para darnos cuenta, de que el pulmón, sólo sufre las consecuencias del déficit circulatorio. Son las manifestaciones respiratorias que pueden aparecer en un enfermo que no compensa suficientemente el equilibrio de la hidráulica circulatoria.

Las bronquitis cardíacas:

No es disparatado el plantear el diagnóstico de bronquitis banal, de congestión pulmonar, de tuberculosis pulmonar o de coqueluche, antes los fenómenos respiratorios de una insuficiencia cardíaca incipiente.

Parece ser que la congestión edematosa pasiva se localiza a veces muy electiva mente sobre una zona tusígena de las vías respiratorias.

Mientras que en la asistolia confirmada, la congestión y el edema pulmonar dominan el cuadro clínico, *en las formas prolongadas de la hiposistolia* es sobre todo la infección bronquial la que toma un carácter preponderante, reservándose a estos casos el nombre de bronquitis cardíacas.

Las embolias pulmonares:

Las embolias pulmonares son frecuentes en las cardiopatías, lo mismo en las diferentes modalidades de la hiposistolia, donde existen condiciones favorables para la formación de coágulos, que en el curso de las endocarditis ulcerosa o vegetante.

Las embolias pulmonares de los cardíacos, por las repetidas hemoptisis que originan, por las puntas de costado, los signos de auscultación pulmonar y las complicaciones de infección y pleuresía, hacen pensar muchas veces en los síntomas de una bacilosis del pulmón.

[...] Los esputos oscuros del infarto, son diferentes de los rojos de las hemoptisis tuberculosas, pero este color rojo, aireado, puede presentarse también, como ya hemos dicho, en las bronquitis mitrales.

Después de haber enumerado los síntomas de infección y los respiratorios de origen cardíaco, enumeraremos algunos otros síntomas generales que pueden pertenecer indistintamente a las enfermedades cardíacas o a las pulmonares. Entre estos síntomas extratorácicos citaremos:

- * La anisocoria en las enfermedades pleuro-pulmonares y cardíacas
- * Los dedos hipocráticos
- * La albuminuria
- * La púrpura
- * La anemia
- * La taquicardia
- * La esplenomegalia
- * Los sudores

Es muy difícil el poder precisar exactamente un diagnóstico cardiovascular sin el auxilio de los Rayos X, los cuales nos ayudan para puntualizar la gráfica de los diámetros cardíacos y nos hacen descartar las imágenes pulmonares propias de la tuberculosis pulmonar.

A continuación describe una serie de casos:

A. D. de 19 años de edad.- Dos meses antes de su único parto sufre inesperadamente un intenso acceso de disnea. Después del parto, tiene tos rebelde, con difícil y escasa expectoración, disnea de esfuerzo y hemoptisis pequeñas pero repetidas. Sibilancias difusas. Con el tratamiento antiasistólico, desaparecen los signos estetacústicos respiratorios y se oye con claridad un franco soplo sistólico mitral. Ante el asombro de su esposo por la dieta impuesta, observa la paciente como le ha desaparecido, la tos, la expectoración y la disnea. Por radioscopia se ve la imagen característica de la insuficiencia mitral: hipertrofia cordis, con aumento de volumen que afecta al ventrículo y a la aurícula izquierda, sin ninguna densificación en el área pulmonar.

Este caso – ya en período asistólico- fue observado por los doctores Búa y Santos Vidal.

[...] C.P., de 26 años, nos avisa porque pasa las noches con tos incesante y en posición ortopnéica. Sigue el plan de una enferma afecta de tuberculosis pulmonar. Como los preparados creosotados y la sobrealimentación no le proporcionan el menor alivio, reclama una medicación opiácea que le permita descansar. Los signos estetacústicos broncopulmonares descubren abundantes crepitaciones en amplias extensiones pulmonares. Un característico soplo sistólico de la punta, delata una franca insuficiencia mitral. El tratamiento clásico de la dieta y digital, previo un purgante drástico, normalizó la circulación y desaparecieron los signos físicos del aparato respiratorio al mismo tiempo que los síntomas funcionales (tos, disnea, expectoración). Desde hace tres años la lesión sigue compensada y la enferma hace su vida normal creyéndose totalmente curada.

Estos enfermos cardíacos, constituyen casos de pseudo-tuberculosis pulmonar, debidos solamente a déficit circulatorio sin ingerencia del elemento infeccioso, es decir, son casos de asistolias localizadas a la pequeña circulación, y no de endocarditis aguda.

[...] Ante síntomas del aparato respiratorio, con o sin febrícula, hay que pensar en las asistolias localizadas, que son frecuentes cuando se tienen presente para discutir en el cuadro de un diagnóstico diferencial, constituyendo a nuestro juicio, la causa más importante de pseudo-tuberculosis pulmonar⁹¹.

5.2.14. Actinomicosis pulmonar (1930):

Artículo publicado en la revista *Galicia Clínica* en donde Hervada expone un caso de actinomicosis torácica descubierto por la persistencia de una neuralgia intercostal.

Tenemos que reconocer que es muy rara la neuralgia intercostal llamada esencial, como también es muy rara la neuralgia intercostal sintomática de las corrientes afecciones pulmonares.

[...] Acabamos de observar un caso de actinomicosis pulmonar revelado por una neuralgia intercostal.

Se trata de una señora que estaba en plena cincuentena, quien se quejaba de sufrir fuertes y persistentes neuralgias del lado izquierdo. En síntomas dolor es el que dominaba: dolor unilateral, de atrás hacia delante, con puntos muy sensibles a la presión en las arcadas costales, e hiperestesia cutánea.

Ni la disnea, ni latos, ni la expectoración llamaban la atención. No podía hacerse una exploración completa, a causa de las insoportables molestias que le producíamos con la percusión y la auscultación, pero en el momento nos formamos la idea de estar ante la agudización de un caso pleuro-pulmonar banal, sin ningún derrame pleurítico. En la pared torácica no se apreciaba ninguna tumefacción ni otra anomalía.

Tenía, de tarde en tarde, algún esputo y con frecuencia de aspecto hemorrágico. Analizado por los Dres. Beato y Souto, se encuentra abundantes glóbulos de pus y escasos gérmenes catarralis y pneumococos. No se vieron bacilos de Koch.

La enferma era muy delgada pero sin aspecto caquéctico, a pesar de comer muy poco y vivir constantemente bajo la acción de la morfina. Nunca le apreciamos fiebre.

⁹¹ Hervada García-Sampedro, E. (1929) *Pseudo-tuberculosis de origen cardíaco*. I Jornadas Médicas Gallegas, agosto. A Coruña: Imp. Obrera.

Ante el fracaso de los diversos tratamientos impuestos, le hicimos una radiografía, apreciándole entonces la imagen de una masa cuadrangular, de bordes limpios, en la región hiliar izquierda.

[...] Un nuevo análisis de esputo descubre el Actinomicosis bovis, con predominio de las llamadas mazas. (Dres. Souto y Beato). Este hallazgo siguió comprobándose en posteriores análisis. Sólo por el análisis aseguramos el diagnóstico etiológico; los otros medios de investigación nos permitieron precisar un diagnóstico topográfico y nos orientaron para ir excluyendo las afecciones de sintomatología parecida, pero la confirmación de la naturaleza del proceso se las debemos a las manipulaciones del Laboratorio.

La actinomicosis pulmonar acostumbra a empezar por dolores torácicos, profundos, agudos, continuos, a los que se atribuye un origen pleural o mediastínico. La limitada zona de induración en la región hiliar, que apreciamos en la radiografía, con la presencia de actinomicosis bovis en los esputos, sólo puede achacarse a esta enfermedad. Las neuralgias parietales existen en todo conglomerado mediastínico que englobe o toque los nervios intercostales.

A pesar de no tratarse de una persona del campo, el contagio debió de practicarse de un modo accidental, por aspiración directa de los hongos, ya que no había otro foco en el organismo que hiciera pensar en una implantación secundaria.

Ha fallado la administración del yoduro potásico, falleciendo la enferma seis meses después de nuestra primera observación. En todo el curso de su dolencia ha dominado siempre como síntoma principal la intensa neuralgia intercostal izquierda, que aliviaba insuficientemente con la aplicación diaria de 4 ó 5 ampollas de dos centigramos de morfina⁹².

5.2.15. Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente (1930):

Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina en La Coruña, donde indica la necesidad por parte de los especialistas de enfermedades del estómago y aparato digestivo del estudio y observación de determinadas patologías como úlceras, las peritonitis, las ptosis viscerales y las

⁹² Hervada García-Sampedro, E. (1930) *Actinomicosis pulmonar*. Galicia Clínica, núm. 18. 489-490

dispepsias en relación a posibles casos de tuberculosis. Por tanto, recomienda Enrique Hervada el seguimiento exhaustivo de estos casos para poder diagnosticarlos y tratarlos adecuadamente.

Actualmente en muchas ramas de la medicina, y sobre todo en Dermatología y en Neuropsiquiatría, existes un vasto espacio en el capítulo de la etiología reservado para la injerencia de la tuberculosis. También en las enfermedades del aparato digestivo se revisa a hora la causa bacilar como culpable de procesos ulcerosos, de ptósis, celialgias, apendicitis, perivisceritis, etc., que bien precisados en cuanto a su diagnóstico topográfico, quedan muchas veces sin poder aclararse en cuanto a su verdadero diagnóstico patogénico. Sin duda alguna, el especialista en enfermedades del estómago, tendrá que reflexionar de aquí en adelante con más predilección acerca de los problemas de la tisiología, que acerca de los restantes problemas de la medicina general.

[...] Una de las consultas más frecuentes la constituyen las manifestaciones dolorosas abdominales sintomáticas de una bacilosis latente. Estas algias y molestias son causadas por diferentes alteraciones, entre las cuales citaremos algunas que más repetidamente observamos, como las peritonitis secas circunscritas, las ptósis viscerales, y algunas modalidades de dispepsia.

Peritonitis plásticas y perivisceritis digestivas:

[...]La pericolecistitis, la peritiflitis y apendicitis crónica, la perigastritis, las perisigmoiditis, son en un tanto por ciento muy crecido, peritonitis plásticas tuberculosas.

[...]El estudio de la tuberculosis peritoneal no puede limitarse al diagnóstico de la peritonitis fibro-caseosa o ascítica. Existen peritonitis plásticas limitadas, difíciles de interpretar en algunas ocasiones, y que son al peritoneo lo que las pleuritis parciales, las cisuritis, son a la pleura.

La benignidad relativa de las lesiones peritoneales bacilares las aproxima también a las lesiones pleurales de idéntica naturaleza.

Los cirujanos, en el curso de las laparotomías, notan con frecuencia la presencia de algunos tubérculos esparcidos por el peritoneo, que eran ajenos a la indicación de la intervención operatoria de aquel momento, y que más tarde quedaron inactivos aunque

se les considera como causantes de inflamaciones y sínfisis peritoneales tan importantes en la patogenia de los dolores abdominales.

No es nuestro objetivo referirnos a las manifestaciones bruscas de la inflamación del peritoneo de origen bacilar. La tuberculosis es culpable muchas veces de originar la sintomatología del abdomen agudo; la peritonitis simulando una apendicitis u ocasionando un síndrome de oclusión intestinal constituye un cuadro morboso que se repite bastante en la práctica diaria, pero que queremos referirnos ahora solamente a las peritonitis limitadas.

[...]Los tuberculosos latentes con cuadro de perinefritis dolorosa acusan síntomas que llaman más la atención hacia el aparato digestivo que hacia el aparato respiratorio. Estos pacientes no tienen ordinariamente tos, disnea, ni fiebre, pero se quejan de dolor epigástrico que aparece a intervalos después de las comidas.

Este dolor es en estoque, irradiado a la espalda, con puntos sensibles a la presión ala nivel de las últimas vértebras dorsales. A estas alteraciones, se sobreañade una molesta distensión gaseosa y más tarde vómitos que alivian los dolores. También la alimentación y los alcalinos suelen calmar momentáneamente la gastralgia, pro cuya razón estos enfermos son diagnosticados frecuentemente de úlcera. Los pacientes puestos a régimen lácteo no obtienen ningún beneficio para sus molestias, notándoseles, por el contrario, adelgazar rápidamente para terminar por ser víctimas de un franco brote de tuberculosis pulmonar.

[...]Los enfermos de perigastritis bacilar considerados equivocadamente como dispépticos o ulcerosos, lo mismo que los que presentan los demás síndromes periviscerales (enterítico, sigmoideo, pélvico) harán plantear siempre el delicado problema del diagnóstico diferencial de las inflamaciones de los órganos subyacentes con el de una afección limitada, seca, plástica, de una parte del peritoneo.

La ptósis:

La ptósis gástrica forma parte del conjunto conocido con el nombre de constitución asténico. Esta constitución congénita y frecuentemente hereditaria, corresponde al llamado hábito tísico o tipo de Siller.

La constitución asténica predispone a una serie de trastornos entre los que figuran, sobre todo la enteroptosis, la neurastenia y ciertas formas de dispepsia, correspondientes a lo que hasta hace poco se llamaba dispepsia nerviosa. También la úlcera gástrica se observa particularmente en los sujetos asténicos (Nóvoa Santos).

Dispepsia:

[...]Casi todas las tuberculosis intestinales evolucionan con dolores de diferente tipo e intensidad. Los fenómenos dolorosos se manifiestan en muchos casos después de las comidas. Los cólicos postprandiales causados por la repleción gástrica (reflejo gastrocólico), dan la sensación de retortijones que sólo se alivian después de una evacuación con despeños diarreicos.

[...] La coincidencia de síntomas de colitis con signos de lesiones discretas de tuberculosis pulmonar, no es lo suficiente para pensar en la relación etiológica de ambas infecciones. Como es muy raro el hallazgo del bacilo de Koch en las heces, hay que llegar a la interpretación de las diversas causas de las algias abdominales por una observación muy repetida que lleve al convencimiento de una precisión diagnóstica por la exclusión de las restantes entidades morbosas que proporcionan síntomas parecidos.

Hemos visto practicar muchas laparotomías al Dr. Puente Castro y hemos comprobado lo frecuente que son las afecciones tuberculosas de los ganglios linfáticos abdominales como causa de visceralgias del vientre, existiendo muchísimas formas de dolores sostenidos por un curso tórpido de estas adenitis, sin haber comprobado por las exploraciones ningún empastamiento localizado que orientara al diagnóstico etiológico de estas molestias abdominales.

No hay que olvidar, por último, que las causas de estos dolores en la mujer, están relacionados con las discretas alteraciones genitales dependientes de una lenta y benigna intoxicación tuberculosa. La tuberculosis limitada a las trompas, suele ser de marcha muy lenta, dándose a revelar solamente por síntomas subjetivos consistentes en dolores sordos localizados en el bajo vientre con irradiaciones ilíacas o lumbares, exacerbadas en los períodos menstruales.

Las alteraciones menstruales forman parte del cortejo sintomático de las inflamaciones genitales de origen bacilar. La dismenorrea, es uno de los síntomas más frecuentes, teniendo el dolor su acmé durante los días que preceden al flujo sanguíneo. La amenorrea que sobreviene en una mujer que anteriormente estaba bien reglada, es un signo de gran valor en favor de la naturaleza bacilar de una salpingitis⁹³.

⁹³ Hervada García-Sampedro, E. (1930): *Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente*.

5.2.16. Estigmas somáticos de origen tuberculoso. Infantilismo (1931):

Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina en La Coruña, en la que pone de manifiesto como los defectos de nuestros antepasados pueden influir sobre el desarrollo, tanto físico como psíquico, de los descendientes. En concreto va a analizar el Infantilismo, en la que ve una clara relación de estos casos con una posible herencia de tuberculosis, sífilis e incluso alcohol.

Al estudiar las malformaciones por herencia tuberculosa heteromorfa, tenemos que convenir en que estas alteraciones constituyen los estigmas somáticos de toda degeneración. Todos los defectos de los antepasados, todas las decadencias, todas las diátesis, el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis, pueden tener influencia sobre el desarrollo físico o psíquico de los descendientes, y las lesiones así legadas, que prueban solamente una impregnación morbosa del espermatozoide, no llevan a ningún sello particular; parecen idénticas cualquiera que sea el defecto original.

Consideramos al infantilismo como un estigma somático de degeneración originado en muchísimos casos por herencia tuberculosa, luética o alcohólica.

El infantilismo es una anomalía del desarrollo caracterizada por la persistencia de los caracteres morfológicos que pertenecen a la infancia, en un sujeto que ya ha alcanzado o rebasado la edad de la pubertad. Se trata de un trastorno relacionado con las glándulas de secreción interna. Antes se hablaba de infantilismo dependiente solamente de la insuficiencia tiroidea; ahora se habla de infantilismos dependientes de insuficiencia pluriglandular.

[...] La deficiencia de hormonas excitadoras del crecimiento de origen tiroideo produce los casos más acentuados y típicos de infantilismo. La deficiencia de hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis provoca más especialmente la detención del desarrollo sexual. En los demás casos hay síndromes complejos que acusan el desequilibrio de las sinergias funcionales pluriglandulares: las lesiones o alteraciones funcionales de una glándula modifican el funcionamiento fisiológico de las restantes.

La primera vez que se publicaron casos de infantilismo se hicieron refiriéndolos a su origen tuberculoso. En 1871, Faneau de la Cour, publicó su Memoria del doctorado titulada «La Feminisme et l'Infantilisme chez les tuberculeux». Este autor y sus inspiradores han descrito con el nombre de infantilismo, el hábito especial que ofrecen

ciertos sujetos cargados de herencia tuberculosa, o afectados desde antes de la edad adulta de tuberculosis de evolución lenta. Llegados a la mayoría de edad estos individuos permanecen de aspecto enclenque y con rasgos corporales del niño.

Indiscutiblemente las glándulas endocrinas son profundamente atacadas por todas las enfermedades infecciosas y tóxicas, pero son sobre todo la bacilosis y la lúes, por sus modalidades de toxemia latente, las que ocupan el primer puesto entre las causas más conocidas capaces de originar la insuficiencia pluriglandular.

[...] Los diversos infantilismos endocrinos pueden observarse en los heredo-tuberculosos; pero vemos más frecuentemente en ellos el llamado infantilismo esencial, criptogénico o distrófico. En nuestros casos de infantilismo hereditario no hay signos determinados de marcadas alteraciones endocrinas. El hombre parece un niño; un niño débil, pero sano y de gran capacidad mental. Este tipo de infantilismo que nosotros observamos corresponde al tipo Lorain y encaja bien en el cativismo o encanijamiento.

El cativo, sin ser un enfermo, es un barbilampiño, delgado y pequeño de talla, lo que hace a primera vista que pueda pasar por tener una edad mucho menor de la que en realidad tiene. Si se trata de una mujer, se nota que carece de las formas femeninas, no tiene dibujadas las nalgas ni las caderas, y los senos son muy pequeños. Las reglas son pobres en color y cantidad.

La tuberculosis, por mediación de las alteraciones endocrinas que ocasiona, llega a producir unas veces enanos, otras gigantes, otros niños obesos y otros individuos demacrados.

[...] Para combatir el infantilismo heredo-tuberculoso tenemos que pensar en algo más que en tratar en estado endocrino por medio de los extractos pluriglandulares, hay que intentar también neutralizar el foco tóxico que sostiene la perturbación, lo cual conseguimos generalmente con la prudente y repetida administración de tuberculina.

Ante un caso de infantilismo esencial hay que pensar siempre en la posible ingerencia de una bacilosis obscura y recurrir al tratamiento opoterápico al mismo tiempo que se practica la terapéutica general que más éxitos consigue en estos casos: luz, calcio y vitaminas⁹⁴.

⁹⁴ Hervada García-Sampedro, E. (1931) *Estigmas somáticos de origen tuberculoso. El Infantilismo*, A Coruña: Imp. Moret.

5.2.17. Prontuario farmacológico. Verdadero formulario de bolsillo (1931):

Pequeño librito tamaño de bolsillo, de 11x 8 cmcs, de unas 225 páginas (193 págs más un apéndice de formas farmacéuticas y posología de los productos de Laboratorios de E. Boizot, de París-Madrid-Barcelona), elaborado por el Dr. Hervada, en el que aparecen fórmulas magistrales y remedios que él utilizaba y consultaba en su trabajo diario.

Un formulario, no es un tratado de farmacología; cumple pues su misión con la Posología y el recetario.

No es nuestro recetario el resumen de un formulario clásico, sino el conjunto de recetas extraídas de las mejores obras de medicina, que fueron comprobadas para nosotros clínica y farmacológicamente. Del G. Lyon, Robin, Hernando y Marañón, Apert, Comby, Dieulafoy, Castaigne, Gilbert y Varnot, Gaucher, etc., escogimos la eficacia y sencillez.

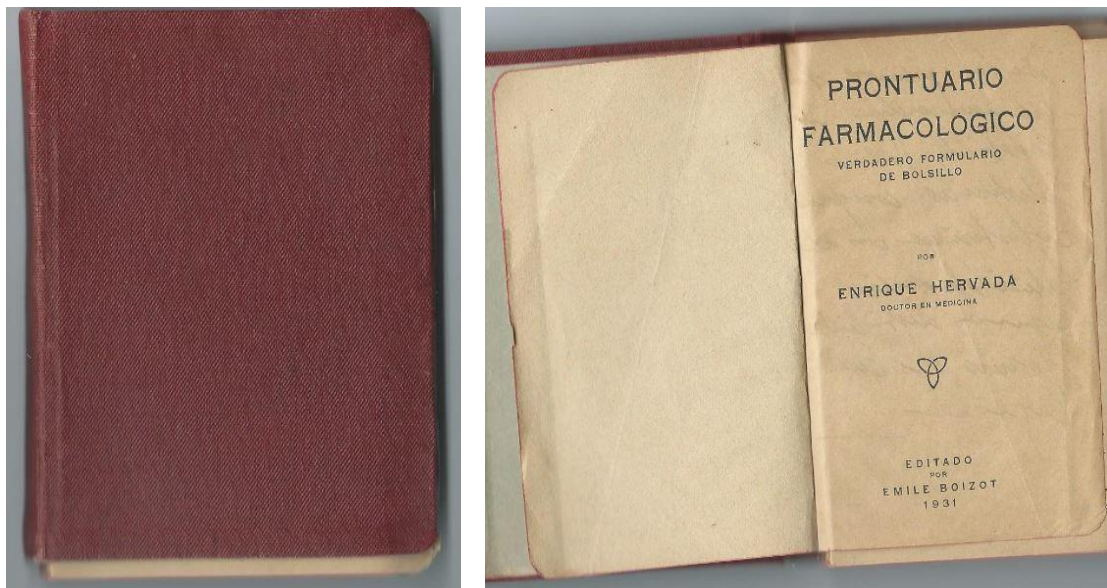


Imagen (21). Biblioteca de la autora

No es un práctico el polifármaco, creemos que el que prescribe indistintamente muchos medicamentos, es porque no maneja con seguridad ninguno de ellos. Estamos identificados con el espíritu de Huchard y de Sánchez Herrero, limitando esta parte de

la Terapéutica a un contado número de medicinas que por su utilidad resistieron las innovaciones de la moda.

En la letra E, hay una parte dedicada a los envenenamientos, comprendiendo las ventajas de llevar siempre anotados los antídotos corrientes.

El índice es un resumen que abrevia ventajosamente la busca de medicamentos, poniéndolos repetidas veces para mayor comodidad, ya en la base, ya en la sal, evitando de este modo la desorientación del que tiene prisa.

No usamos más abreviaturas que la V, que significa véase.

Al decir cucharadas nos referimos a las de sopa y cucharaditas a las de café.

Las prescripciones especiales para niños tienen sus indicaciones. Cuando no las tienen, significa dosis de adulto y en este caso ya sabemos las proporciones de Gaubius:

A menos de un año....1/16

A más de un año1/12

A más de 2 años.....1/8

A más de 3 años.....1/6

A más de 4 años.....1/4

A más de 7 años.....1/3

A más de 14 años.....1/2

A más de 60 años.....1

La presentación de este Formulario, por su tamaño y colocación de letras, es de claras ventajas sobre las corrientes⁹⁵.

⁹⁵ Hervada García-Sampedro, E. (1931) *Prontuario farmacológico. Verdadero formulario de bolsillo*. Edit. Emile Boizot

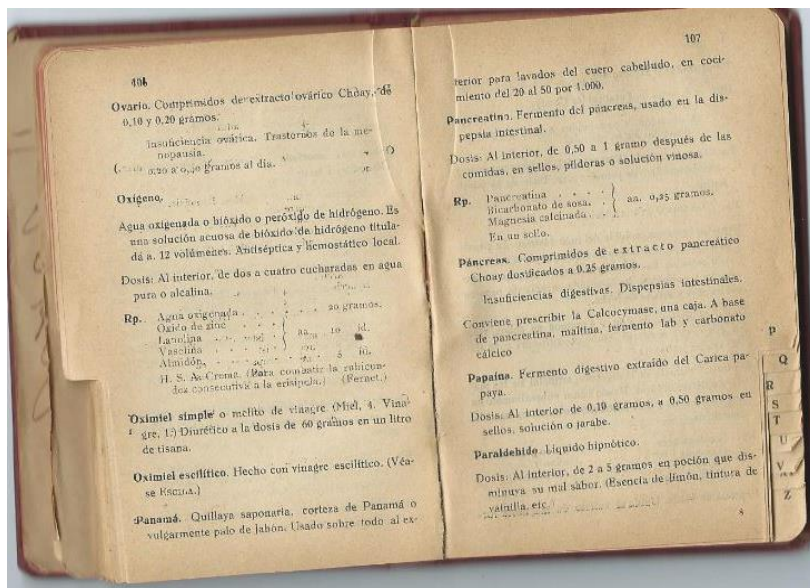


Imagen (22). Biblioteca de la autora

5.2.18. Eventración diafragmática (1931):

Comunicación presentada en las Segundas Jornadas Médicas Gallegas y posteriormente publicada en la Revista científica e informativa Galicia Clínica.

En este artículo, Hervada describe el caso poco frecuente, pero de importante gravedad, de una eventración diafragmática en una señora de 30 años de edad.

Hemos visto a una señora de unos 30 años que se quejaba de tener febrícula y dolor en el costado izquierdo. Le observamos marcada dextrocardia y matidez del espacio de Traube con ausencia del murmullo vesicular. Nos parecía estar ante un corriente caso de pleuresía sero-fibrinosa. Por radioscopia se apreciaba la uniforme tonalidad oscura de un derrame limitado en su parte superior por una ligeramente cóncava. Un mes de reposo en cama no modificó la sintomatología. Habíamos intentado hacer una punción exploradora, que afortunadamente no llegamos a practicar. Por no obtener la enferma ninguna mejoría con el plan establecido, decidió consultarse con los profesores Gil Casares y Puente Castro, quienes, por medio de una radiografía precisaron el diagnóstico de eventración diafragmática. Efectivamente, en la radio que posteriormente le hicimos, podemos apreciar la imagen característica del arco diafragmático cubriendo la cámara gaseosa del estómago notablemente aumentada.

De los tres síndromes que suele ocasionar esta enfermedad (digestivo, respiratorio y circulatorio), nuestra paciente no se quejaba de nada más que de alteraciones del aparato respiratorio y circulatorio.

[...] Lo que más le llama la atención son las molestias subjetivas del aparato circulatorio manifestadas por taquicardia y palpitaciones. La principal indicación clínica debe dirigirse a intentar corregir la dextrocardia, evitando la aerogastria, y a modificar la taquicardia, que siempre es superior a 90 pulsaciones.

[...] Está contraindicada la punción exploradora por las consecuencias que pudiera originar la introducción de la aguja en el medio séptico del estómago.

Aunque la eventración y las hernias diafragmáticas se estudian en las enfermedades del aparato digestivo, tenemos que tener siempre presente que el examen objetivo clínico da sobre todo signos torácicos: timpanismo, abolición del murmullo vesicular, ruidos anormales de la base izquierda y desplazamiento del corazón.

Para evitar los errores tenemos que recordar que existe un grupo de síntomas caracterizado por la elevación hacia el tórax de las vísceras el hipocondrio izquierdo a través del diafragma dehiscente o debajo del diafragma empujando, dando a primera vista la impresión de un neumotórax de la base.

[...] La lesión esencial en la eventración es el adelgazamiento y consiguiente debilitación del diafragma, casi invariablemente del lado izquierdo, que cediendo a la presión intraabdominal, se abomba hacia arriba, formando un saco en el cual puedan entrar una o más vísceras abdominales, particularmente distinto de la hernia diafragmática, puesto que no hay solución de continuidad en el diafragma cubierto en ambos lados por serosa (Lockixod).

El caso que hemos observado lo creemos de origen congénito y lo consideramos fuera del dominio quirúrgico, aparte de que la enferma hace vida normal y se dedica a sus quehaceres habituales sin reclamar otra terapéutica que la que vaya dirigida a calmar sus molestas palpitaciones consecutivas al desplazamiento del mediastino.

Esta es toda nuestra aportación a la casuística de este proceso, que es más excepcional que el de hernia diafragmática.

Ante el diagnóstico clínico de neumotórax izquierdo o de derrame pleurítico del mismo lado, debemos pensar siempre en la rara, pero posible existencia de una eventración diafragmática⁹⁶.

5.2.19. El tratamiento del asma por la tuberculina (1932):

Artículo publicado en la Revista Galicia Clínica. En él explica que la infección por una tuberculosis pasada puede dejar secuelas, y éste ser el motivo de la aparición del asma. Las lesiones tuberculosas pueden predisponer al desarrollo del asma bronquial.

Tuvimos el honor de contestar a una encuesta abierta por el Doctor Jiménez Díaz, quien personifica el verdadero profesor de Patología Médica, diciéndole que en todos los casos de asma que hemos observado encontramos siempre lesiones radiográficas de los órganos respiratorios intratorácicos que justificaban los accesos de disnea paroxística por la existencia de un espina irritativa local, implantada en el aparato bronco- pulmonar. De acuerdo con Bezançon, tenemos la creencia de que en la etiología del asma juega el principal papel la injerencia de la tuberculosis, no como manifestación de una forma evolutiva, sino como secuela de una lesión tórpida que dejó las alteraciones estudiadas en el capítulo de la esclerosis pulmonar.

[...]Para el asma existen factores predisponentes y factores determinantes. Los factores predisponentes son: un factor local, un factor general y un factor cerebral. El factor local juega el papel más importante: **Sin factor local no hay asma**. Este factor está representado por antiguas lesiones pulmonares en vías de cicatrización. Conviene aclarar que no siempre estas lesiones son de origen tuberculoso, pues también la lúes y sobre todo la heredo – lúes, lo mismo que las antiguas inflamaciones banales constituidas por reliquias de pneumonías o de bronco–pneumonías, resultan importantes agentes causales para el desencadenamiento de los accesos asmáticos.

Estas lesiones predisponen al asma por una hiperexcitabilidad de los nervios bronquiales, debida a la lesión cicatricial y por una anafilaxia local, producida por las toxinas tuberculosas y por ciertas proteínas originadas en el foso bacilar y consecutivo a la destrucción del tejido pulmonar.

⁹⁶ Hervada García-Sampedro, E. (1931) *Eventración diafragmática*. Galicia Clínica. núm10, 547-549.

[...]La tuberculosis resulta una fuente de endosensibilización para la producción del asma. Para Jiménez Díaz hay muchos individuos con discreta baciloscopia positiva que no constituyen en realidad verdaderos casos de asma tuberculosa, sino de asma en los que el proceso alérgico favoreció la respuesta asmática. Según este mismo autor, algunas de las llamadas espinas de fijación, apreciadas en radiografías, no son sino manifestaciones del asma mismo (linfagitis, éxtasis vascular), que son reversibles y desaparecen cuando cesan los ataques.

Es conveniente hacer una cura con tuberculina siempre que no sea posible establecer una relación única y segura entre un alérgeno determinado y el ataque de asma.

[...]Jiménez Díaz que alaba el buen resultado del tratamiento del asma por la tuberculina, dice, que al lado de los asma tuberculínicos puros que reputa como muy poco frecuentes, hay que considerar los asma de diferentes etiologías, pero cuya sensibilización se hizo sobre la base de una anterior alergia tuberculosa.

Sin razones de teórico, pero con experiencia de práctico, podemos decir que la terapéutica tuberculínica en el asma es superior a la de los otros remedios.

Antes usábamos la Emulsión Bacilar, siguiendo la técnica que explica Verdes Montenegro en la obra de Hernando y Marañón, pero ahora empleamos con gran ventaja las ampollas de Tuberculasyl Vián que nos ahorra mucho tiempo y nos proporcionan seguridades de esterilización.

[...]Pasados unos meses si se presenta recidiva, se debe comenzar otro nuevo tratamiento con tuberculina.

Nosotros hemos empleado el tratamiento por la tuberculina ambulatoriamente, sin tener por ello el menor contratiempo profesional, coincidiendo con la aplicación de las inyecciones, prescribimos la ingestión de un preparado de iodo y cal. (Yodofosfol, por ejemplo), consiguiendo muchos éxitos con el conjunto de estos remedios.

En los niños recurrimos también a los rayos ultra-violeta, sobre todo cuando la radiografía nos acusa la existencia de una adenopatía tráqueo- bronquial.

Claro está, que independientemente del tratamiento preventivo podemos y debemos aplicar una inyección de Novasmol, siempre que sea necesario regular un acceso asmático⁹⁷.

⁹⁷ Hervada García-Sampedro, E. (1932) *El tratamiento del asma por la tuberculina*. Galicia

5.2.20. Sobre la etiología sifilítica de la esclerosis en placas (1932):

Artículo publicado en la Revista Galicia Clínica, junto a Eduardo Pérez Hervada. Mediante este artículo exponen la situación de diferentes casos de pacientes afectados por esclerosis en placas de intensidad y modalidad diferente.

Después del estudio minucioso de cada uno de los casos que asistieron, y viendo las opiniones de los médicos contemporáneos a ellos, no ven ningún tipo de relación en la aparición de la esclerosis en placas con el origen sifilítico de las mismas.

En esta enfermedad el número, el asiento y la diseminación de las lesiones es muy variable, lo cual explica los diversos aspectos clínicos que reviste la llamada por esta razón esclerosis múltiple, esclerosis diseminada o esclerosis multilocular, tomando en unos casos la sintomatología del tipo completo y en otros la forma monosimpática porque las placas de esclerosis no están sujetas a ninguna sistematización.

Exponen a continuación los Doctores Hervada García y Pérez Hervada diferentes casos de enfermos que acuden a sus consultas con esta problemática.

Comentaremos el caso de una mujer embarazada que acude a su consultorio.

[...]Mujer de 30 años, seis hijos; cinco sanos y uno que murió a los tres meses. Hace ocho años (durante su tercer embarazo) notó insensibilidad y torpeza en las piernas hasta el extremo de tener una hemiplejía derecha. Después del alumbramiento, mejoró espontáneamente sin llegar a ponerse totalmente bien, haciendo vida normal, aunque su enfermedad le produjo caídas con lesiones de diferente gravedad.

En la actualidad presenta la sintomatología de una esclerosis en placas.

Las investigaciones de laboratorio dieron el siguiente resultado:

- Orina: de elevada concentración, sin sustancias anormales.
- Sangre: Wasserman positivo.
- Líquido cefalorraquídeo, con presencia de células, cloruros, glucosa, urea, albumina, globulinas, etc.

La combinación del tratamiento espirolicida y piretógeno en asociación medicamentosa provocó enormes reacciones térmicas, parálisis motora, incontinencia de orina, parálisis cardíaca, etc.

El tratamiento específico le sentaba muy mal.

[...]No está clara todavía la etiología de la esclerosis en placas. Por eso las infecciones (tifus, escarlatina, etc.), las intoxicaciones y los disgustos juegan importante papel en los libros clásicos.

[...]Nosotros no estamos conformes con la teoría del origen sifilítico de la esclerosis. Hemos visto muchos cientos de sifilíticos en nuestro ejercicio profesional y ninguno afecto de esclerosis múltiple. Y a la inversa: la veintena de enfermos que hemos tratado de esclerosis en placas no tenían signos clínicos, ni de laboratorio de la más leve infección avariósica.

[...]Hoy se puede decir, sin ambages, que apenas restan partidarios de la teoría sifilógena de la esclerosis en placas. Quienes la sustentan se apoyan sólo en excepciones que no pueden servir apenas para dictar una regla, sino antes al contrario, para orientar las investigaciones en otro sentido.

[...]Krabe es de los que se esfuerzan en demostrar la diferencia que existe entre la esclerosis múltiple y la sífilis cerebro-espinal, entre las que hay notables diferencias. Entre otras cosas dice que – contra lo que sucede en la avariosis – no afectan para nada a las meníngeas las lesiones de la esclerosis en placas.

Ramond, luego de pasar revista a las diversas teorías etiológicas de la esclerosis, nos habla de un germen específico, asegurándonos que al examen directo de las piezas de autopsia de Siemerling ha descubierto cuatro o cinco espiroquetas vivas en diferentes zonas cerebrales de un sujeto muerto de esclerosis en placas. Numerosos autores se apoyan en los resultados negativos para descubrir de nuevo la *spirocheta argentinensis*, pero dice Ramond que tales resultados no tienen en valor que los positivos bien observados.

Podemos aportar como conclusiones, por un lado, que la esclerosis en placas no es de etiología sifilítica, y por otro, que – aún sin demostrarse claramente su existencia- el tratamiento antilúético obraría por su acción esperilicida genérica⁹⁸.

5.2.21. Los síntomas que molestan al tuberculoso (1933):

Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de La Coruña, y posteriormente publicada en la Revista quincenal *Regeneración Médica* a lo largo de 3 números (15 y 30 de enero y 15 febrero de 1935).

Intenta poner de manifiesto nuestro tisiólogo coruñés los remedios más eficaces para paliar los síntomas que tanto molestan a los enfermos que padecen tuberculosis crónica. Entre los síntomas que comenta e intenta calmar están: las hemoptisis, la tos, la expectoración, la punta del costado, la disnea, los incidentes pulmonares agudos, los accidentes cardíacos, la anorexia, la diarrea, la fiebre y los sudores. Todos ellos los explica con la amenidad propia de quién habla desde su experiencia como médico práctico, no con teoría libresca, motivo por el cual resulta muy claro y fácil de entender.

No puede desdeñarse el tratamiento sintomático de la tisis por la sola razón de tratarse de una terapéutica paliativa. El corregir ciertos síntomas penosos es indispensable, y todo práctico que quiera ser útil a la cabecera de un pobre bacilar tiene que manejar la farmacología necesaria para aliviar esta clase de enfermos.

Tratamiento de la hemoptisis:

Prevenir las lo más posible teniendo en cuenta las causas: esfuerzos de la tos, exposición al sol, abuso de la creosota, períodos menstruales etcétera.

Las pequeñas hemoptisis, consistiendo en algunos esputos rojos o estriados de sangre, ceden generalmente al reposo y a la dieta moderada.

⁹⁸ Hervada García-Sampedro, E. (1932) *Sobre la etiología sifilítica de la esclerosis en placas..Galicia Clínica*. N 6. Pág.287-93.

Las hemoptisis de mediana intensidad requieren tener al enfermo en cama, semisentado, con la habitación ventilada, poca luz y silencio. No moverlo ni auscultarle. Alimentación escasa, con líquidos fríos. No evitar el estreñimiento ya que de este modo se evitan los movimientos y el esfuerzo.

Calmar la tos con dionina, aunque no llevar la disminución de la tos hasta el extremo de estancar las secreciones.

En el momento de la hemorragia, decirle a la familia que aplique una bolsa con hielo en la región genital y que haga aspirar al enfermo una ampollita de cinco gotas de Nitrilo de Amilo. Tener el cuidado de mirar las ampollas para que no sean de mayor cantidad.

Tratamiento de la tos:

La mayoría de las veces basta con el tratamiento causal de la tuberculosis para que se cure totalmente la tos. El reposo, el aire libre y el silencio, es suficiente, en la mayoría de los casos, para aliviar este síntoma penoso. Un reconocimiento exacto del origen de la tos permite hacer el tratamiento con mayor seguridad.

Investigar las lesiones rinofaríngeas que en ocasiones pueden sostener una tos penosa.

La tos laríngea por congestión, o lesiones de las cuerdas vocales, o de las aritenoides, se alivia con los vahos de eucaliptos y las compresas calientes.

Si por el resultado de la exploración comprobamos que la tos es de origen pleural tendremos que recurrir a la revulsión y a la administración de calmantes, tales como la dionina, la heroína o la codeína.

Tratamiento de la expectoración:

Cuando la expectoración es difícil y pegajosa, los vahos de eucalipto prestan grandes servicios. También son útiles los polvos de Dover⁹⁹, que los recetamos en forma de sellos.

El Ipecopán Sandoz contiene los principios activos del polvo de Dover. Se puede administrar en gotas o comprimidos: 20 gotas o un comprimido tres veces al día encima de las comidas.

⁹⁹ Fórmula a base de opio e ipecacuana. N. de la A.

Cuando molesta la expectoración, por su abundancia, hay que recurrir a los balsámicos, administrándolos por vía hipodérmica o intramuscular.

Todos son preparados que hacen las distintas casas y que tienen igual o parecida composición: Colesterina, Gomenol, Guayacol, Alcanfor, etc. Cada práctico debe conocer un solo preparado y acostumbrarse a él para saber manejarlo a la perfección.

[...]Si predomina el elemento bronquítico sobre el caseoso hay que recurrir a los balsámicos.

Analizar siempre la expectoración.

En los tuberculosos evitar la vacunoterapia.

Tratamiento de la punta de costado:

A menudo la punta de costado traduce una reacción pleural. Siempre que sea fija y acompañada de tos seca y penosa, hay que pensar en una pleuritis apical, basal, o cisural. La mediastínica no da punta de costado en general.

Calmar la tos y hacer revulsión local con ventosas secas, cataplasmas sinapizadas, o tintura de iodo. A veces un dolor rebelde cede a una inyección de 2 cc de agua destilada aplicada en el punto doloroso.

Cuando el dolor es brusco y violento hay que suponer con mucho fundamento que se trata de un pneumotórax espontáneo, que en general resulta fácil de reconocer por su síndrome bastante típico: comienzo brusco con punta de costado y disnea, abolición de las vibraciones, inmovilidad del hemitórax, hipersonoridad, silencio respiratorio, etc.

Tratamiento de la disnea:

Si la disnea se presenta bruscamente pensar también en la posibilidad de un pneumotórax.

Investigar la existencia de un derrame pleural, que será tratado según su cantidad.

Si la disnea es la causa cardíaca hay que hacer el tratamiento de la asistolia. De algunas formas tórpidas de la tuberculosis se puede decir como de la pulmonía «que la lesión está en los pulmones y el peligro en el corazón».

En las formas avanzadas hay que recurrir repetidas veces al Pantopon y al Alcanfor, pensando con fundamento en la asfixia terminal tan angustiosa. Es de temer la granulía pulmonar cuando los signos físicos no son muy expresivos y empiezan a manifestarse síntomas de cianosis.

Tratamiento de los incidentes pulmonares agudos:

Las bronquitis, bronconeumonías y neumonías, que aparecen en un tuberculoso, requieren igual tratamiento que en los individuos que antes tenían el pulmón sano. Recurrir a la revulsión en forma de grandes cataplasmas sinapizadas y a los calmantes de la tos durante el primer período. En el segundo período, recetar expectorantes y tónicos cardíacos, y si después del período agudo quedara aumentada la expectoración, recurrir a los balsámicos.

El aceite alcanforado es siempre de gran utilidad en todos estos accidentes respiratorios agudos.

Tratamiento de los accidentes cardíacos:

El tratamiento de la disnea por pericarditis depende de su forma. La pericarditis con derrame requiere la punción. La pericarditis sinfisaria requiere la helioterapia.

La terapéutica medicamentosa consistirá en la aplicación de inyecciones de morruato de etilo y en los tónicos cardíacos.

[...] Ante una endocarditis tuberculosa; reposo, aire puro, alimentación ligera. Tintura de iodo en región precordial e inyecciones de Gaiarsol, según Pic. En caso de hiposistolia no pensar en etiología, sino en tratamiento antiasistólico.

[...] Las palpitaciones y la taquicardia curan con el reposo y la desintoxicación, y con la valeriana y con el bromuro. No olvidar que en los dispépticos la taquicardia es muy rebelde.

Cuando en un tuberculoso se instala la insuficiencia cardíaca el enfermo ya no se trata como un tuberculoso sino como un cardíaco.

La ouabaína da unos resultados excelentes en la dilatación brusca del ventrículo derecho.

Tratamiento de la anorexia:

Todos sabemos que el tubo digestivo de los tuberculosos debe ser respetado evitando el abuso de alimentos groseros y medicamentos irritantes. A veces con suspender la medicación dada por vía oral y la sobrealimentación basta para combatir la anorexia.

El mejor aperitivo consiste en ingerir media hora antes de la comida principal una taza de caldo desengrasado.

También resultan estimulantes del apetito las corrientes inyecciones de cacodilato de sosa con estricnina, con cuya fórmula hay muchas especialidades, tales como el *Suero Amargós*.

[...] Procurar hacer comida fuerte a la hora en que no haya temperatura y si hay fiebre dar un antitérmico. De todos modos no recetar alcalinos ni amargos sin hacer antes un buen tratamiento higiénico-dietético.

Tratamiento de la diarrea:

Conviene advertir que semejante síntoma no anuncia fatalmente una enteritis bacilar; puede, solamente, ser testimonio de trastornos funcionales o de enteritis no tuberculosa.

Si este síntoma es rebelde hacer un análisis de heces para investigar la presencia de parásitos y saber si hay diarrea por fermentación o putrefacción.

La diarrea por putrefacción es la variedad más habitual y más tenaz. Las deposiciones son parduzcas, extremadamente fétidas, y muy alcalinas, a causa del amoníaco que contienen. Esta putrefacción es debida al régimen albuminoideo.

La diarrea de fermentación es la diarrea de los feculentos, puesto que se produce en efecto en los individuos que están sometidos a un régimen hidrocarbonado demasiado prolongado. Las deposiciones son amarillas y de color agrio y contiene gran cantidad de ácidos grasos.

Cuando fallan los remedios para estas formas, entonces es cuando hay que pensar en la enteritis tuberculosa. Si el bismuto y el tanígeno no dan rápido alivio recurrir a los arsenicales pentavalentes con los que se obtienen buenos resultados. Los comprimidos de 0.25 de Treparsol o Estovarsol, se dan a razón de tres por día, tres días de cada semana, tanteando previamente la tolerancia.

Tratamiento de la fiebre:

Hablamos de la fiebre de los que están ya encamados.

¿El enfermo como bien? ¿Soporta bien la fiebre? En este caso ningún antitérmico. Pero si la fiebre molesta y produce anorexia, hay que recurrir primeramente a las lociones alcoholizadas y si no hacen el efecto deseado administrar entonces la criogenina.

También da resultados interesantes el rodio coloidal (Lantol) por vía intramuscular o mejor aún por vía intravenosa si es que se tanteó la tolerancia y se evitan los accidentes de choque.

La criogenina debe darse una hora antes del comienzo de la temperatura y repetir alguna pequeña dosis más tarde. Basta casi siempre con dar de 0.25 gramos a 1 gramo en el día.

Tratamiento de los sudores:

¿Cómo tratamos este síntoma tan molesto?

Acordaros de que en ocasiones la causa de los sudores puede ser la ingestión de la leche dada en plena digestión.

Evitar el excesivo abrigo a que son tan aficionadas las familias cuando sienten toser.

Las lociones con alcohol puro, agua de colonia y vinagre aromático, son muy útiles.

A veces no hay más remedio que recurrir a la medicación antisudorífica, dando preferencia a la belladona y a la salvia.

Hay que procurar simplificar las recetas.

Lo mejor es tomar una píldora de un centigramo de Extracto de belladona, seguida de una tacilla de infusión de salvia azucarada, o mejor aún dar uno o dos gránulos de Genatropina¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Hervada García-Sampedro, E. (1933): *Los síntomas que molestan al tuberculoso*. Imprenta Moret. La Coruña

5.2.22. Tratamiento sintomático de la tuberculosis pulmonar (1934):

Se trata de un artículo publicado en la revista *Galicia Clínica*, en la que amplía un poco más la conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de La Coruña un año antes y que lleva por nombre *Los síntomas que molestan al tuberculoso*, comentado justo en el apartado anterior.

Destacaremos las ampliaciones realizadas en este trabajo:

La tos emetizante:

Es un accidente frecuente el 50 por 100 de los enfermos y muy grave porque acelera la desnutrición y desmoraliza al enfermo. Es frecuente sobre todo en la primera mitad de la evolución de la tuberculosis.

No existe ningún paralelismo entre la tos emetizante y los trastornos dispépticos, pero hay una estrecha relación cronológica entre los hechos siguientes: ingestión de los alimentos, aparición de la tos y aparición de los vómitos.

La medicación que me ha dado el mejor resultado para calmar la excitabilidad estomacal, es la siguiente:

Codeína 0.05 gr

Agua cloroformada 80 cc

Agua destilada 120 cc

Poción: Para tomar una cucharada de las de sopa inmediatamente después de la ingestión de los alimentos.

Conviene facilitar la evacuación gástrica que se acelera por el decúbito lateral derecho; el píloro está así colocado en posición inclinada y los alimentos se encuentran en condiciones favorables para pasar del estómago al intestino. Conviene aconsejar al mismo tiempo que el enfermo tome una infusión bien caliente de té o manzanilla que favorecen las concentraciones gástricas. Esta posición debe conservarse durante media hora.

Con respecto a la expectoración, Hervada añade lo siguiente:

[...] El esputo tuberculoso no tiene en ningún caso caracteres propios que permitan diagnosticar la enfermedad por su solo aspecto. Además, según las formas clínicas y las etapas por que pasan los focos tuberculosos, varían los caracteres de la expectoración que también pueden modificarse por lesiones asociadas más o menos banales y sobre todo bronquiales. Con todo, la observación es un dato de primer orden para orientarse en el diagnóstico.

En la forma fibro-caseosa común al principio el enfermo no expectora o solo expulsa algunos pequeños esputos mucosos de apariencia banal o con pequeñas partículas purulentas. Luego, la expectoración se vuelve francamente mucopurulenta, pero siempre sin ninguna característica propia, hasta que al cabo de cierto tiempo los esputos adquieren en la escupidera el carácter de numulares. Los esputos numulares son la indicación cierta de la fusión reciente y son tanto más ricos en pus cuando más rápidamente se haya efectuado.

En los incidentes de fusión los esputos se hacen en seguida numulares y pueden presentar partículas blanquecinas de materia caseosa que tienen el aspecto de arroz cocido (granos riciformes). Su presencia es de un gran valor diagnóstico a causa de su contenido casi exclusivo de bacilos tuberculosos y de fibras elásticas¹⁰¹.

5.2.23. Fiebre y febrícula de origen tuberculosa (1948):

Comunicación presentada en la Real Academia de Medicina de La Coruña, y publicada más tarde en la revista *Galicia Clínica*.

Manifiesta Hervada en esta comunicación los pocos avances con respecto al diagnóstico y etiología en casos febriles y tuberculosos que se produjeron en sus 43 años de profesión. Este discurso se produce cerca del final de su carrera profesional, ya que cinco años más tarde fallecerá.

Un poco de luz se despertará, gracias al tratamiento de antibioterapia con la aparición de la Estreptomina, la que Hervada aplicará en sus últimos años de ejercicio profesional.

¹⁰¹ Hervada García-Sampedro, E. (1934). Tratamiento sintomático de la tuberculosis pulmonar. *Galicia Clínica*. núm 2, 65-72

Uno de los problemas que con más frecuencia nos hemos enfrentado fue el del diagnóstico etiológico de una fiebre elevada que no correspondía por el momento a una localización determinada quedando pendiente el nombre de un apellido por no poder asegurar la causa que originaba la hipertermia. Dijimos fiebre, pero no pudimos decir si eberthiana o bacilar; no supimos responder si era una fiebre tifoidea o una tifobacilosis mientras el laboratorio no nos lo confirmara con hemocultivos, hemogramas, y reacciones de sero-aglutinación.

Todas nuestras contrariedades profesionales en la asistencia domiciliaria fueron motivadas principalmente por adelantar un supuesto diagnóstico sin esperar a la debida confirmación.

En el consultorio nos ha ocurrido lo mismo ante una fiebre persistente: observar unas décimas sin otra sintomatología subjetiva no objetiva, nos ha hecho rectificar las primeras impresiones encaminadas hacia el hallazgo de una posible infección local.

Lo mismo para un cuadro agudo que para un cuadro crónico debeos tener siempre presente la muy posible injerencia tuberculosa.

Fue Landouzy, quien pronunció la exacta expresión al denominar tifobacilosis a la sintomatología pseudo- tífica de la septicemia tuberculosa, por la razón de que el proceso es térmicamente muy parecido a la tifoidea y su confusión con ésta es un hecho que se repitió y se repite constantemente.

[...] Como sabemos la evolución de una fiebre tifoidea es de cuatro períodos: incubación, comienzo, estado y defervescencia. Los tres últimos períodos evolucionan en tres septenarios.

La evolución de la tifobacilosis es variable siguiendo casi siempre un curso muy prolongado antes de obtener la desaparición del cuadro febril o la localización de una manifestación tuberculosa. La tifobacilosis suele ser el preludio de una granulía no diagnosticada.

Después de una larga temporada nos encontramos con la desagradable sorpresa de hallar una lesión tuberculosa en pulmón, pleura, peritoneo o meninges.

[...]Afortunadamente en ningún caso de fiebre sometemos a los enfermos a la restricción alimenticia que antaño era impuesta con tanto rigor. También es cierto que no vemos aquellas formas ataxo-adinámicas en las cuales el paciente inconsciente,

con la boca seca y llena de fuliginosidades, tenía una inapetencia absoluta y difícil de vencer.

Hoy en cualquier forma de sepsis aconsejamos una alimentación abundante y nutritiva, aplicando además desde los primeros días inyectables de vitamina C, tan usada ahora en toda clase de infecciones.

[...]Ante una forma intermitente el diagnóstico diferencial hay que puntualizarlo con el paludismo y las fiebres de tipo palustre. Los síntomas febriles de la tuberculosis pueden manifestarse lo mismo por la febrícula que por la fiebre continua, o los grandes accesos pseudo-palúdicos de la fiebre hética. Esta fiebre es originada seguramente por las asociaciones bacterianas.

Los cuadros bacilares que producen fiebre septicémica son la infección primaria y sus repercusiones ganglionares; la septicemia tuberculosa genuina o tifobacilosis; las granulias febriles, la fiebre alta y breve del infiltrado precoz y los brotes de agudización de las lesiones locales.

[...]Las febrículas de origen tuberculoso son las más frecuentes. En realidad, es el primer diagnóstico en que debe pensarse ante la persistencia de una décimas que no alteran el estado general y permiten hacer una vida corriente.

[...]Según Marañón, toda febrícula de más de ocho meses de duración sin aparición de síntomas focales, ni degradación importante del estado general sobre todo en mujeres es casi sin duda una febrícula no infecciosa ligada por lo común a desequilibrios endocrinos o vegetativo endocrinos que se deben buscar reiteradamente; sin embargo la febrícula premenstrual suele ser muchas veces la expresión de una labilidad térmica que resulta muy frecuente en el estado bacilar crónico benigno.

Aclarar un diagnóstico es hablar más acertadamente de un pronóstico y de un tratamiento.

El tratamiento actual de ciertas formas febriles de la tuberculosis lo constituye la estreptomina. Este antibiótico se muestra eficaz en la tuberculosis miliar hematogena. Por lo menos es la única ilusión terapéutica que tenemos para hacer el tratamiento etiológico de esta infección¹⁰².

¹⁰² Hervada García-Sampedro, E. (1948) Fiebre y febrícula de etiología tuberculosa. *Galicia Clínica*. núm 11,785-789

5.2.24. Epidemias silenciosas (1953):

Se trata de una conferencia impartida por el Dr. Hervada en la Residencia Sanatorial del Seguro de Enfermedad de La Coruña en 17 de enero de 1950 y será publicada posteriormente en la revista *Galicia Clínica* en febrero de 1953. Es la última obra que tengamos conocimiento que se publica del Dr. Hervada, ya que dos meses más tarde fallecerá a causa de una encefalitis vírica, enfermedad que contempla en el desarrollo de este trabajo.

Comenta en este artículo como diferentes enfermedades aparentemente de baja gravedad, pueden ser causantes de epidemias, que suelen ser atenuadas y sin peligro para la vida, como por ejemplo:

- Herpes Zoster
- Escarlatina
- Varicela
- Parálisis facial periférica
- Parálisis de Landry
- Poliomiелitis
- Encefalitis vírica
- Resfriado epidémico
- Neumonías víricas
- Estomatitis epidémicas
- Fiebre
- Herpes simple
- Brucelosis

- Anginas

Hablamos de epidemias silenciosas o atenuadas, porque la generalidad de los casos a que nos referimos son más bien esporádicos y sin mayor peligro para la vida. Los casos graves llegan enseguida al conocimiento de las Autoridades Sanitarias, y del público en general, por su virulencia y su rápida extensión.

[...] Siempre nos ha llamado la atención el modo de presentarse algunas virosis eruptivas, principalmente el herpes zóster. El Zóster se manifiesta con tanta claridad que no hay lugar a plantear el problema del diagnóstico diferencial. Cuando comienzan los dolorosos síntomas subjetivos, ya se asoman los signos objetivos de la erupción eritemato-vesiculosa, característica del cinto rojo, viendo las vesículas correspondientes a las zonas cutáneas inervadas por cada raíz nerviosa posterior.

[...] Recientemente observamos una epidemia atenuada de la llamada cuarta enfermedad. Como todos sabemos, la posición nosológica de esta virosis eruptiva, es actualmente muy discutida, por considerarse que se trata solamente de casos leves de escarlatina; pero por no darle mayor importancia a esta aparentemente benigna dolencia, nos encontramos tardíamente con las manifestaciones de una nefritis, que cuando la descubrimos ya puede ser irreversible.

A las suaves epidemias de varicela no le concedemos importancia por tratarse siempre de infecciones muy benignas y sin ulteriores complicaciones. Aunque los autores aconsejan reposo en cama y el practicar análisis de orina, es a nuestro juicio superfluo este exceso de precauciones.

La parálisis facial periférica, constituye otra epidemia atenuada de observación frecuente.

[...] Esta prosopoplejía protopática se achaca al frío, pero esta etiología a nadie convence. Tenemos cuando más que suponer que el frío obra como factor predisponente para favorecer una infección vírica. Vemos manifestarse la enfermedad por brotes ligeros, epidémicos, y más corrientemente en las épocas en que hay cambios de temperatura, sin que por esto se observe más frecuentemente en los sujetos meteorosensibles.

[...] La parálisis ascendente de Landry, llamada también *Polineuritis infecciosa aguda*, *Síndrome de Guillain-Barré*, *Radiculoneuritis*, *Mielitis ascendente aguda* y *Neuritis*. Es un síndrome que antes veíamos con más frecuencia. La primera vez que nos llamó la

atención esta enfermedad, fue por una observación que tuvimos ocasión de seguir hace muchos años.

[...] La parálisis espinal infantil, poliomiélitis o enfermedad de Heide- Medin, es también fácil de puntualizar: el diagnóstico nos lo da la explicación de los familiares.

Nos quedó grabada la descripción que dio Dieulafoy de esta enfermedad. El principio es completamente insidioso; hay niños que son acometidos de fiebre intensa o ligera, que dura algunas horas o días; otros tienen convulsiones, otros trastornos gastrointestinales, que por lo común se atribuyen a una indigestión, sin que en este momento haya otros síntomas que puedan encaminar al diagnóstico.

[...] La encefalitis vírica y sobre todo el parkinsonismo post- encefálico, es cuadro de observación cada día más creciente. Muchas veces pasan inadvertidas las limitadas epidemias de encefalitis, de las cuales nos damos cuenta posteriormente por ver en los jóvenes la enfermedad de Parkinson de origen infeccioso.

Además de los virus filtrables, con predilección por la piel y el sistema nervioso hay un grupo de virus que posee gran aptitud para provocar enfermedades agudas del aparato respiratorio, y entre ellas la más extendida en el resfriado epidémico, o catarro respiratorio común, del cual sabemos lo mismo los médicos que los pacientes. Nadie ignora que cada habitante sufre cuando menos un par de resfriados al año, consolándose el enfermo al saber que no lo tiene por una predisposición individual, sino por la propagación en un ambiente epidémico. Se trata de una virosis que en vez de inmunizar crea predisposición.

[...] En los casos de neumonías a virus, los síntomas radiológicos son más expresivos que los que se obtienen con la más minuciosa y detallada exploración clínica. La imagen radiográfica es más fácil de confundir con una infiltración tuberculosa que con una neumonía genuina.

[...] Estas neumonías víricas acostumbran a ser de curso benigno, hallando siempre, como hemos dicho, bastante discrepancia entre los síntomas físicos, que generalmente son muy escasos, y los roentgenianos que se muestran más evidentes.

Antes del conocimiento de la neumonitis como entidad nosológica, su cuadro clínico era conocido con el nombre de *infiltrado inespecífico*. Las neumonías suelen presentarse en forma de pequeñas epidemias.

[...] Las meningitis linfocitarias agudas o Coriomeningitis víricas, las resume con exactitud el profesor Pedro Pons, diciendo los conocimientos que actualmente se tienen acerca de esta epidemia originada por virus neurotrópo. Hay distintos virus neurotrópos capaces de provocar síndromes meníngeos genuinos de curso mucho más benigno que los encefalíticos, los cuales por originar rigidez nuchal, sin turbidez del líquido céfalo-raquídeo, inducen a graves confusiones con la meningitis tuberculosa. La enfermedad es benigna y su tratamiento solamente sintomático. Con nuestro malogrado compañero Ramón Cobián, hemos asistido varias epidemias atenuadas, teniendo la satisfacción de observar un curso favorable y sin secuelas indelebles.

Sabemos que esta meningitis aséptica es relativamente frecuente en los niños, presentándose por focos epidémicos de poca difusión.

[...] La estomatitis epidémica, que no confundimos con la estomatitis aftosa, porque ésta no se acompaña de fiebre, es también de observación frecuente. Está causada por el mismo virus que origina la glosopeda. Los niños y adultos que beben leche de vaca sin hervir son los más expuestos a contraer la enfermedad. El diagnóstico es fácil porque la erupción aparece enseguida en la mucosa bucal y el pronóstico es afortunadamente siempre bueno.

En mis tiempos se hacía con mucha facilidad el diagnóstico retrospectivo de fiebre efémera. Era un comodín para defendernos de nuestra inseguridad ante la fiebre efémeras, que por su rápida resolución no daban tiempo suficiente de observación para ser catalogadas. Quedamos dudando ante la iniciación de un cuadro febril que no podía ser aclarado tan rápidamente.

[...] Las vesículas de herpes simple, que se presentan en los bordes de la mucosa, en torno de la boca, delatan siempre la existencia de una infección. La familia dice, «no le pusimos el termómetro, pero tuvo un calenturón, porque le observamos después pupas en los labios».

El herpes es una enfermedad vírica que no confiere inmunidad.

La brucelosis no la hemos observada con seguridad en La Coruña. Las veces que la hemos sospechado por una gráfica ondulante de tipo sepsis lenta, tuvimos que rechazareste diagnóstico por no haber comprobado las distintas investigaciones del Laboratorio.

Las ondulaciones epidémicas de las anginas pasan por benignas, y desde luego temporalmente lo son en cuanto a vida se refiere, pero exigen más tiempo de observación, con análisis de orina, por ser muchas veces causa de nefritis, de iniciación y curso ignorados.

Como sabemos, las anginas pueden ser sintomáticas de enfermedades infecciosas, como la escarlatina o el reumatismo poliarticular agudo, que en el noventa por ciento de los casos comienza con un cuadro de inflamación de la garganta. Interesa sobre todo hacer análisis de sangre por la posibilidad de tener relación con una leucemia aguda o una agranulocitosis.

A continuación, explica el Dr. Hervada la evolución que se produjo en cuanto al tratamiento de estas enfermedades, durante su carrera profesional.

Ante las infecciones estábamos hace poco tiempo como el bombero sin agua.

Hoy hacemos un papel útil por la eficacia de los agentes quimioterápicos modernos. Los antibióticos son medicamentos poderosos para combatir diversas infecciones. Cada uno de estos medicamentos presenta un poder microbicida específico y limitado.

Aunque se ha demostrado en el Laboratorio que la Penicilina es antagonista de la cloromicetina, no hemos encontrado en la práctica ninguna alteración por emplear ambos antibióticos al mismo tiempo.

Las sulfamidas no entorpecen la actividad de ningún antibiótico, pero se trata de un remedio peligroso, que nos ha causado bastantes disgustos profesionales, y aunque no es para rechazarlo de modo sistemático, es para reservarlo solamente para usos claramente específicos.

[...] Actualmente se considera a la Penicilina medicamento de gran acción espiroquetida. Como dice Gay Prieto, esta droga no es una panacea que haya relegado a segundo plano las restantes medicaciones antilúéticas, pero es un remedio de gran eficacia que a nosotros nos resultó muy útil como tratamiento de prueba y terapéutica para usar con más libertad en donde había que comportarse con sigilo profesional¹⁰³.

¹⁰³ Hervada García-Sampedro, E. (1953) *Epidemias silenciosas. Galicia clínica*. Num 2, 111-122.

Otros temas que también trató Enrique Hervada son los siguientes:

- Sifiloma terciario chancriforme.
- La parálisis de Landry.
- El aceite gris en la práctica.
- 100 casos tratados por tuberculina.
- El descubrimiento de Ehrlich.
- El alcoholismo.
- Higiene de la piel y del cuero cabelludo.
- Los degenerados.
- La neurastenia.

VI

ACTIVIDAD PROFESIONAL
DEL DR. HERVADA

VI. ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL DR. HERVADA

6.1. INSTALACIÓN DE SU PRIMERA CONSULTA EN LA CORUÑA:

En 1908, con veinticinco años Enrique Hervada ya se había establecido en La Coruña, y pese a su juventud, su consultorio de la calle Real era ya entonces muy concurrido. Su sólida formación profesional le permitió ir sustituyendo sagazmente, el ojo clínico y el examen de pulso y de la lengua, que constituían, en aquellos tiempos, la trilogía obligada del facultativo; por nuevas y modernas exploraciones y métodos analíticos, que hacían más fáciles y sobre todo más exactos, los diagnósticos de los pacientes¹⁰⁴.

Con tan valiosos elementos al servicio de su clara inteligencia y su extraordinaria cordialidad para el enfermo, la reputación de D. Enrique creció rápidamente.

6.2. UN MÉDICO AMADO POR LOS POBRES:

El móvil económico, sin embargo, nunca contó para él en el ejercicio de su actividad profesional, porque era un verdadero enamorado de su carrera. Así se explica que a pesar del prestigio adquirido, continuara durante muchos años prestando sus servicios a un Sociedad de asistencia que abonaba cincuenta céntimos mensuales por socio, y su colaboración gratuita a un

¹⁰⁴ González Catoyra, A. (1990). *Biografías coruñesas*. Gráf. Galaico. Pág 303-308

antiguo Dispensario antituberculoso, sito en la calle del Sol y al Sanatorio de Oza. En los últimos años de su vida, tenía abonados que le pagaban, cinco pesetas por mes, a los que asistía con atención y cariño, gastando bastante más en sus desplazamientos en taxis, para llegar a sus domicilios.

La fama del doctor Hervada, como la del doctor Marañón, se basó, aparte de su «ojo clínico» y su inteligencia, en una extremada cordialidad con los pacientes, que veían en él a un amigo y a un consejero. A ello se unió su desinterés económico. En unos tiempos difíciles, donde no existía ni seguridad social, ni pensiones, ni otras ayudas asistenciales, el Dr. Enrique nunca cobró a personas que sabía que sus medios económicos no se lo permitían. Incluso, en muchos casos, les dejaba un donativo debajo de la almohada y, si cobraba, era una cantidad simbólica, como los cincuenta céntimos que la citada sociedad asistencial le pagaba al mes por cada abonado.

Su total desprendimiento y su gran amor por los enfermos, explican que después de haber sido uno de los médicos que más trabajó en La Coruña, no hubiese llegado a constituir un modesto patrimonio, dándose el curioso caso que cuando falleció, su familia tuvo dificultades económicas para atender los gastos de su entierro, que fueron solucionados, al no recibir factura alguna, condonados por la buena gente de todos los servicios de la funeraria, floristas, taxis, Ayuntamiento, esquelas, prensa, etc. E incluso un cliente agradecido le regaló el nicho en San Amaro para su eterno descanso.

Su entierro fue una de las manifestaciones populares más grandes que recuerda la ciudad en el siglo XX. Y es que los coruñeses entendieron enseguida que, con su fallecimiento, no moría sólo un médico desinteresado, bondadoso, humanista, popular e íntegro, sino una forma de entender la medicina al modo y manera del sacerdocio.

Enrique Hervada fue realmente un adelantado de la medicina coruñesa, porque siempre utilizó los procedimientos más modernos y los últimos métodos en boga como consecuencia de sus repetidos cursos en París y su inquietud por el saber, como lo demuestra que fue el primer galeno que empleó el

Salvarsán en La Coruña, el que tuvo Rayos X y el primero en utilizar el neumotórax terapéutico y las sales de oro, en el tratamiento de la tuberculosis¹⁰⁵. De hecho sabemos que en octubre de 1910 regresó a La Coruña, tras dos meses en París estudiando el Salvarsán o «606»¹⁰⁶. De modo inmediato, comenzó su labor divulgativa sobre el asunto, dando una conferencia en la *Reunión de Artesanos*, el 30 de octubre en la cual «hizo un retrato minucioso de los casos que ha visto tratar en París al doctor Milián»¹⁰⁷. En dicha conferencia indicó que durante la lactancia es preferible someter previamente a la madre a una inyección de 606 en vez de inyectarlo directamente al niño¹⁰⁸. Durante sus ausencias de La Coruña le sustituía el Dr. Andrade que vivía en Sta. Catalina 41, 1^o¹⁰⁹. Debía mantener buena relación con otros colegas, pues aparecen casos de curaciones «en colaboración», como el de la carta de agradecimiento a Enrique Hervada y D. José Rodríguez, el «Médico Rodríguez» que publica un paciente llamado José García, por haberle salvado la vida con su «reconocida competencia y asidua asistencia profesional, cuando ya se consideraba totalmente imposible obtener tal resultado»¹¹⁰.

Más tarde, un grupo de amigos y clientes trataron y consiguieron perpetuar el recuerdo, erigiéndole un busto en el más bello rincón de los jardines de Méndez Núñez, que fue conseguido por suscripción popular, la cual triplicó con exceso el costo del monumento.

Fue para Hervada el tratamiento del Salvarán o «606», un gran descubrimiento y por tanto lo aplicará con distintos pacientes, obteniendo

¹⁰⁵ González Catoyra, A. (1990). *Biografías coruñesas*. Gráf. Galaico. Pág 303-308

¹⁰⁶ *La Región*, Diario independiente, 20 de octubre de 1910, p.3.

¹⁰⁷ *La Región* 1 de noviembre de 1910, p.1.

¹⁰⁸ *El Diario de Pontevedra*, 2 de noviembre de 1910, p. 2.

¹⁰⁹ *El Eco de Galicia*, 29 de marzo de 1911.

¹¹⁰ *El Eco de Galicia*, 30 de abril de 1911, p.2.

buenos resultados, tal como relata en la conferencia dada en la Reunión de Artesanos.

La revista España Médica en el año 1911 publica un artículo en el que aporta información detallada sobre el fundamento quimioterápico del Salvarsán, su valor terapéutico y sus métodos de administración, así lo explican los Dres.: Teófilo Hernando, F. S Covisa y Hernández Sampelayo:

El 606 tiene un aspecto de un polvo cristalino de color amarillo e azufre, soluble en el agua. Para inyectarle se le hace sufrir las siguientes modificaciones: disolución en agua destilada, a la que se agrega después lejía de sosa, que se transforma primero en monoclóhidrato, después en dioxi-diamido-arseno-benzol, que enturbia el líquido al precipitarse, y cloruro sódico; si se continúa agregando sosa, se forma la sal sódica de dioxi-diamido-arseno- benzol, que se disuelve nuevamente.

En cuanto a su valor terapéutico el Dr. F.S Covisa, recoge lo siguiente:

[...] En más de 300 inyecciones practicadas por mi maestro el Profesor Azúa y por mí, en el Hospital San Juan de Dios, y en la clientela privada, hemos observado lo siguiente:

Acción rápidamente destructora de las lesiones primarias (curadas en seis y en ocho días muchas veces) y de las lesiones húmedas secundarias (placas curadas en veinticuatro y cuarenta y ocho horas, algunas vegetantes, muy resistentes al mercurio y a los tópicos más enérgicos, desaparecidas en cuatro días, sin tratamiento local); menor rapidez a la curación de las lesiones papulosas, tanto menor cuanto más secas son (sífilides pequeñas en grupos, proviasiformes, etc.) Efectos notabilísimos en las sífilides terciarias cutáneas, mucosas y óseas. Y, por fin, resultados sorprendentes, verdaderamente maravillosos, en la sífilis maligna y precoz, que, por ser además muy resistentes al mercurio, constituyen la más importante indicación del «606».

En resumen. El valor terapéutico del «606» es superior al del mercurio, a nuestro juicio, por su rapidez, por su mayor intensidad, por la acción cicatrizante enorme que posee y por la extraordinaria mejoría del estado general que tantas veces produce.

Sólo hemos observado tres casos de recidiva y uno de arseno-resistencia, aunque no absoluta, puesto que lentamente ha mejorado.

Inconvenientes graves no hemos tenido ninguno; hemos observado dos parálisis faciales que han desaparecido; arritmias pasajeras en tres casos, y en general una acción sobre el aparato circulatorio, que se manifiesta principalmente por ligera taquicardia y, sobre todo, por una mayor debilidad del pulso, que pierde su tensión. Esta observación nos ha obligado a investigar sistemáticamente en nuestros últimos enfermos la tensión arterial con el esfigmo-manómetro de Riva Rocci, y de los resultados daremos cuenta a la Academia.

Así pues, los casos desgraciados que aquí han tenido algunos pueden depender de imperfecciones técnicas o de inobservancia de las precauciones previas (exploración detenida, sobre todo de corazón; estado del riñón, tensión arterial, ojos, etc.).

Nuestras inyecciones han sido intravenosas la inmensa mayoría, por estimarlas siempre preferibles a las intramusculares, excepto cuando existe alguna contraindicación, y practicadas con el aparato de Azúa, que por su sencillez estimamos el mejor.

Como resultado de nuestras observaciones se pueden establecer las siguientes indicaciones:

1ª: En el período primario, para atenuar de un solo golpe la intensidad de la infección, intentando un tratamiento abortivo.

2ª En los casos de lesiones mucosas múltiples y recidivantes, para hacer obra profiláctica, evitando la difusión de la sífilis, ya que tan contagiosas son dichas lesiones.

3ª En los casos de intolerancia mercurial.

4ª En aquellos otros resistentes al mercurio, en los que parece tener una acción electiva.

Y 5ª y la más importante, en la sífilis maligna y precoz.

Las contraindicaciones más serias para el empleo del Salvarsán parecen ser: las lesiones cardíacas y vasculares avanzadas, las renales no sífilíticas y las lesiones no específicas de fondo de ojo, si también estas en su período muy avanzado.

Con respecto a los métodos de administración del Salvarsán «606», el Dr. Hernández Sampelayo, dice lo siguiente:

Tres son, en conjunto, los métodos de administración del Salvarsán. La vía intramuscular, la intravenosa y su acción local o valor tópico del «606»¹¹¹.



Imagen (23). Busto de Enrique Hervada en los jardines de Méndez Núñez. La Coruña. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.

¹¹¹ Revista España Médica (1911). Academia Médico Quirúrgica Española. Información dedicada al estudio del salvarsán. («606»). Año I. pág 12-13

6.3. HERVADA CONFERENCIANTE Y DIVULGADOR. LA REUNIÓN RECREATIVA E INSTRUCTIVA DE ARTESANOS DE LA CORUÑA

El destacado periodista e historiador coruñés Carlos Fernández Santander nos relata que:

La Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos, que así es su completo nombre, fue fundada en el mes de enero de 1847, siendo su primer presidente José Jorge Yáñez, e instalándose el local social en el número 21 de la calle de San Andrés, que hasta hace años ocupaba *La Villa de París*. A Yáñez, que estuvo en el cargo hasta 1849, le siguieron otros presidentes, entre los que destacaron, hasta comienzos del siglo XX, Vicente Viqueira, Ramón Feijóo y Montenegro, Agustín Ventura, José Carreras Presas, Canuto Berea (que también ejerció como alcalde de la ciudad), Ernesto Freyre de Andrade, José María Quiroga, Maximiliano Linares Rivas, José Soto González (que fue el alcalde rebelde durante los sucesos producidos por la marcha de la Capitanía militar a León) y Eduardo Vila. En enero de 1895 se decidió trasladar la sociedad al local que en la misma calle de San Andrés había ocupado la tertulia *La Confianza*.

[...] Ya en las primeras décadas del siglo XX, estuvieron en la presidencia Luis Argudín Bolívar (también alcalde de la ciudad), Luciano Marchesi, Emilio y José Pan de Soraluce, Manuel Casás (alcalde y futuro presidente de la Academia Gallega), el médico Rodríguez, Enrique Hervada, Rafael González Villar (distinguido arquitecto), Félix Estrada Catoira¹¹² (militar e historiador), José Búa Carou. En 1931, año en el que se instaura la Segunda República, ejercía la presidencia del Circo José Búa Carou¹¹³, a quien sucedieron Antonio Carballo Fernández, Ramón Fernández Cid y otra vez Carballo, que era quien estaba en 1936, cuando comenzó la Guerra Civil. Durante la contienda bélica, la sociedad sufrió severa vigilancia de las nuevas autoridades, pues se la consideraba, haciendo honor a su nombre, un reducto de la clase artesana y trabajadora, o sea, republicana y liberal. La biblioteca, por ejemplo, fue objeto de diversas *razzias*, pereciendo en la hoguera cientos de libros, como *La República* de Platón; la *Enciclopedia de la Carne*, manual gastronómico de Espasa Calpe, y *Bodas de sangre*, de García Lorca. En estas primeras décadas del siglo, la tribuna del Circo fue marco de importantes conferencias y actos académicos, por donde desfilaron, entre

¹¹² Médico Militar, farmacéutico, catedrático de ciencias naturales, Historiador y filántropo coruñés. VID: Bugallo, Ánxela ([2012], "Félix Domingo Estrada Catoira", en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*. [lectura: 04/03/2017] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=277>]. N. de la A.

¹¹³ Médico militar. N. de la A.

otras, figuras de la talla de Manuel Murguía, Emilia Pardo Bazán, José Ortega y Gasset, Roberto Nóvoa Santos, Antonio Rey Soto, Sofía Casanova, Gil Casares, Rodríguez Cadarso, Ciriaco Pérez Bustamante, Miguel de Unamuno, José Calvo Sotelo, Wenceslao Fernández Flórez, Alejandro Barreiro, Enrique Hervada, Gabriela Mistral, Vicente Risco, Ramón Cabanillas, Ramón Otero Pedrayo. A ello había que unir otras actividades, como bailes de carnaval, exposiciones de pinturas, conciertos de música, representaciones teatrales¹¹⁴.

Jarés et al., nos desvelan que:

Esta Sociedad, abierta en un principio exclusivamente a los artesanos y obreros de la Maestranza, a los empleados de comercio y a los escribanos, admitió también, más tarde, a las demás categorías sociales y se convirtió en el baluarte de la burguesía media de La Coruña.

Presidir el Círculo de Artesanos, como, coloquialmente, se le llama a la Reunión Recreativa, es una condición imprescindible para poder aspirar al cargo de alcalde de La Coruña.

En el año de la fundación de esta Sociedad existía en La Coruña una numerosa clase social conocida como artesana. Formaban parte de ella excelentes maestros de talleres, competentes operarios, expertos artesanos que deseaban ampliar su cultura y perfeccionarse en todos los órdenes: industrial, cultural y socialmente.

Surge entre ellos la idea de asociarse para formar una colectividad, una sociedad que pudiese reunir tanto a patronos como a obreros. Desean que la Sociedad armonice los intereses de todos los trabajadores de las diferentes empresas de artes y oficios.

Y así, entre un grupo de trabajadores amigos se fue desarrollando la idea de fundar un Centro de Instrucción y Recreo. En él se reunían para instruirse, descansar, divertirse o comunicarse en las horas y en los días libres del trabajo. La Junta que se celebró el 6 de enero de 1847 resultó ser el germen para la fundación de la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos.

¹¹⁴ Fernández Santánder, Carlos (2002). Historias de A Coruña. Cincuenta y cinco hombres y una sola mujer en la presidencia de Artesanos .*La Voz de Galicia* (26 / 01 / 2002)

Aprobados los Estatutos y el Reglamento se acuerda clarificar quiénes serán considerados artesanos para poder ser admitidos como socios en la reciente creada Sociedad y se procede a nombrar la primer Junta Directiva.



Imagen (24). Imagen obtenida de: <https://deandanzasyrelatos.wordpress.com/category/a-coruna-de-ayer-a-hoy/>. Consultada por última vez 01/03/2017

En el discurso inaugural de la Sociedad, 19 de marzo de 1847 el presidente D. Jorge José Yañez proclamó:

Consagremos, pues honrados artesanos de La Coruña, nuestros desvelos por la prosperidad y brillo de esta Reunión; naciente sí pero que presenta un porvenir tan extenso como la virtud de los que la componen...

En la Junta celebrada el 3 de febrero de 1847 se acuerda, entre otros puntos, que:

- Una Comisión busque un local donde instalarse la Sociedad. (En la calle Espoz y Mina, 10 ocupará la planta baja de dicho inmueble).
- La Sociedad pagaría un alquiler de 360 reales mensuales.
- Con una cuota mensual de 1 peseta se imprimieron 1000 recibos para socios.
- La Junta Directiva constituiría una sección de música de la que formaron parte importantes instrumentistas.

El primer Reglamento se amplió en el año 1848 y se le añadieron dos interesantes artículos que ponen de manifiesto el deseo unánime de los socios fundadores por elevar la cultura de la clase obrera.

Artículo primero: Se establecerán cátedras de Literatura y Bellas Artes.

Artículo segundo: Habrá tres secciones:

- a) Pintura
- b) Declamación
- c) Música¹¹⁵

Enrique Hervada participó activamente en esta Sociedad, sobre todo aportando conocimiento a través de sus interesantísimas conferencias. Ya en 1909 fue como vicepresidente en la candidatura encabezada por Emilio Pan de Soraluze¹¹⁶ que resultó triunfante, acompañando a ambos en la directiva. D.

¹¹⁵ Jares Hervella, M; Felpeto Braña,C.; Fernández Cebal, C.; Gutierrez Pita ,M.J (2010/2011) La Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. Sociedad Centenaria.. Universidad Senior A Coruña.

¹¹⁶ *El Eco de Galicia*, 19 de diciembre de 1909, p.2.

José Amenedo, tesorero, D. Ernesto de Llano, contador; D. Sergio Andión, secretario y D. Alfredo Tella, como bibliotecario¹¹⁷.

Será en el año 1922 cuando lo nombren Presidente de la Reunión Recreativa.

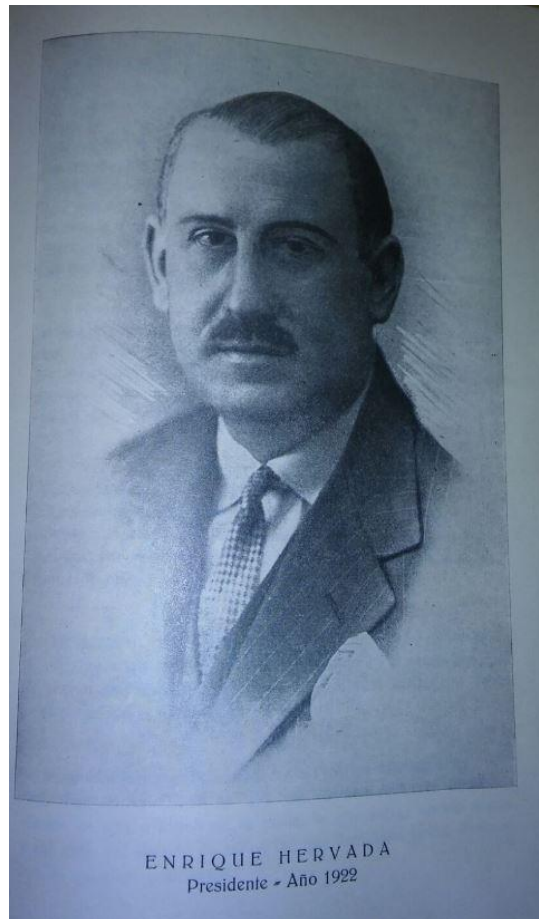


Imagen (25)¹¹⁸. Enrique Hervada. Presidente Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. 1922.

Es durante este año de Presidencia de Hervada cuando se organiza la Semana Universitaria.

¹¹⁷ *El Eco de Galicia*, 21 de diciembre de 1909, p.1.

¹¹⁸ Estrada Catoira, Félix. (1930) *Contribución a la historia de La Coruña: la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos en sus ochenta y tres años de vida y actuación . 1853-1938. La Coruña. Tip. El Ideal Gallego*

Se desarrolla en el mes de marzo, y rinde homenaje a la Universidad de Santiago de Compostela. Así lo pudimos corroborar consultando las Actas de la Reunión de Artesanos.

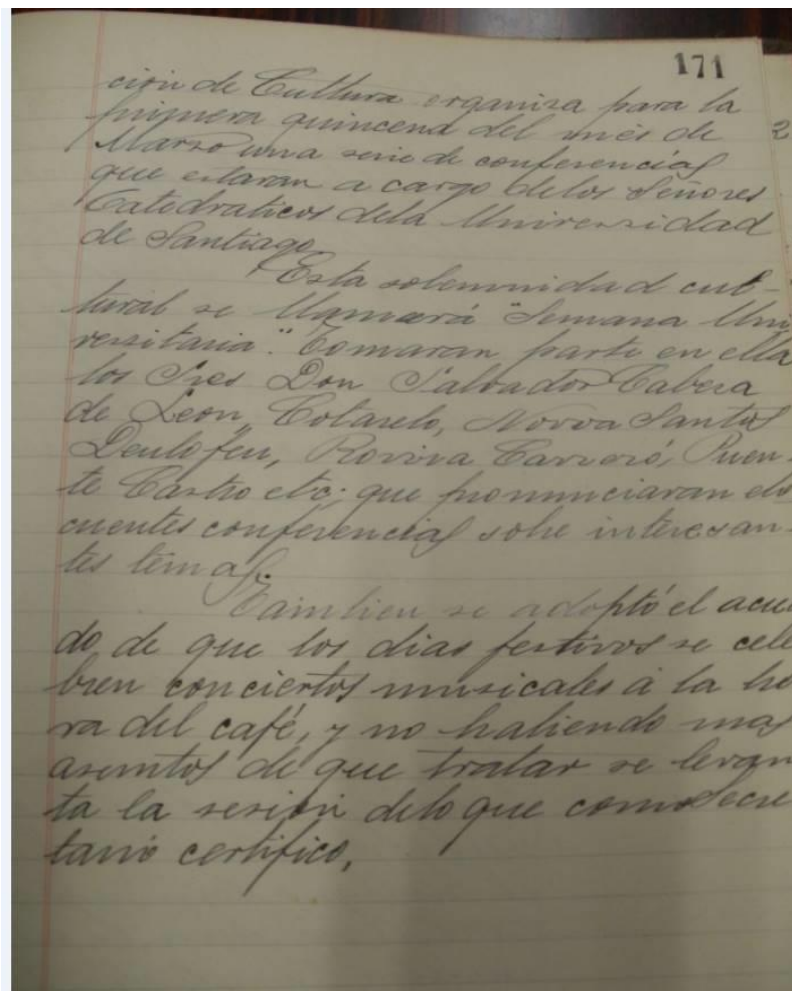


Imagen (26). Acta donde queda reflejada la inauguración de la Semana Universitaria por la Junta Directiva de la Reunión de Artesanos. Fotografía de la autora.

El programa es el siguiente:

Día 5.- Don Salvador Cabeza León, Decano de la Facultad de Derecho, disertó sobre el tema *La Sociedad de las Naciones, como instrumento de Paz. Su eficacia real.*

Día 6.- Don Olegario Fernández Baños, de la Facultad de Ciencias. Fue su tema *Los problemas imposibles y el infinito matemático.*

Día 7.- Don Antonio Novo Campelo, Catedrático de Medicina. Su tema fue *La Universidad como centro de cultura*.

Día 8.- Don Pedro Isaac Rovira. Tema *Manifestación objetiva de la función penal en sus principales estados evolutivos, en su actual desenvolvimiento*.

Día 9.- Don Armando Cotarelo y Valledor, Catedrático de Filosofía y Letras. Tema *Galicia en el Siglo IV de la era cristiana*.

Día 10.- Don José Deulofeu y Poch, Catedrático de Farmacia. Tema *La combustión*.

Día 11.- Don Juan Barcia Caballero, Vicerrector de la Universidad y Catedrático de Medicina. Tema *El canto y el baile. Cantos y bailes regionales*¹¹⁹.

Fue importantísima la repercusión de esta serie de Conferencias, incluso hasta el punto de llegar a considerar a la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos como verdadero Ateneo de Galicia.

Así lo recoge Félix Estrada Catoyra en su libro *Contribución a la historia de La Coruña: la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos en sus ochenta y tres años de vida y actuación. 1853-1938*:

No hemos de hacer comentarios, ni señalar la importancia de esta serie de conferencias, por la brillantez que revistieron, ocupándose de ellas toda la prensa regional, y también la de Madrid; considerando a la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos como verdadero Ateneo de Galicia, haciendo que destacase la ciencia oficial transmitiendo al pueblo conocimientos de interés, realizando idéntica labor que las Universidades de las naciones europeas y americanas.

¹¹⁹ Estrada Catoyra, Félix. (1930) *Contribución a la historia de La Coruña: la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos en sus ochenta y tres años de vida y actuación. 1853-1938*. La Coruña. Tip. El Ideal Gallego.

Los conferenciantes fueron obsequiados por la Sociedad con un banquete, en que se brindó por la prosperidad del Circo y por la Universidad Compostelana.

Continuaron a lo largo de todo el año numerosas conferencias, como por ejemplo las realizadas por: Javier Bóveda, José Fernández España, Nóvoa Santos, Antonio Rodríguez Pastor, Julio Ortiz Cano, Joaquín Martín Martínez, etc.

Fue un año muy importante para el prestigio de la Reunión Recreativa, por sus importantes conferencias, actos científicos y solemnidades literarias.

Así lo recoge Félix Estrada Catoyra, quién será también nombrado presidente un año más tarde, el 16 de diciembre de 1923; y permanecerá en la Presidencia los años 1924- 1925 -1926:

El plan de cultura de esta Directiva es digno de rememorar, pues gracias a él se sostuvo y aumentó el prestigio de la Reunión de Artesanos que no en vano lleva en su título el calificativo de «instructiva»; y no debe olvidarse que para cultivar la inteligencia de los artesanos, la fundaron aquellos honrados obreros. Esto deben tenerlo muy presente las juntas directivas que en lo sucesivo rijan la Sociedad, aunque ocasione algún gasto, pues hay que distinguir entre economía y tacañería.

No solamente se caracterizó el año de Presidencia de Enrique Hervada por las distintas personalidades y conferencias impartidas, sino que también esta Directiva, en la que Manuel Ínsua¹²⁰ era Secretario, se preocupó por aumentar la Biblioteca:

¹²⁰ Manuel Insua Santos nace en Viveiro el 10 de marzo de 1850 y fallece en La Coruña en 1940. Militar en la guerra de Cuba. Fue repatriado de la guerra y desde entonces residió en la ciudad de La Coruña. En 1913 fundó *Los Amantes del Campo*, en una asociación sin estatutos ni reglamentos formada por gentes unidas bajo el lema: salud, fuerza y fraternidad. La única consigna que se le daba a los que se acercaban a ellos era: la buena educación. Todos los fines de semana y días festivos organizaban viajes en tren o autobús para visitar distintos lugares de Galicia. La asociación surgió en un momento en que había un creciente interés por la agricultura gallega, la arquitectura popular y la arqueología. Culminaría en 1923 con la creación del Seminario de Estudios Gallegos. Manuel Insua

La labor de cultura de esta Directiva se caracterizó por el aumento de la Biblioteca, adquiriendo 200 volúmenes de importantes materias, completando la organización con el sistema de fichas, indispensable para la buena clasificación, adquiriendo un excelente fichero, donde los empleados de la Biblioteca pueden hallar rapidísimamente los datos precisos para servir cualquier obra al lector, y hay que saber que 12.000 lectores que hubo este año, hace suponer que no es en vano el dictado de “instructiva” con que enorgullece la Reunión de Artesanos¹²¹.

Revisando las actas de la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos del año 1922, año de la Presidencia del Dr. Hervada, pudimos observar algunos cambios que se produjeron en la Junta Directiva de la Institución a lo largo de ese año.

Para muestra, aportamos esta fotografía en la que el Sr. Escudero, elegido Vicepresidente, no acepta el cargo; por lo que se decide nombrar como tal a D. Santiago Casares Quiroga¹²² que llegaría a ser Primer Ministro en la II República y Presidente del Gobierno entre mayo y julio de 1936.

Santos fue nombrado hijo adoptivo de la ciudad de La Coruña, concediéndole la Diputación de La Coruña una hoja de roble en plata. Promovió y promocionó el ferrocarril siendo uno de los impulsores del tren de la costa, la línea de FEVE que desde Asturias llega a Ferrol.

¹²¹ Estrada Catoyra, Félix. (1930) *Contribución a la historia de La Coruña: la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos en sus ochenta y tres años de vida y actuación. 1853-1938*. La Coruña. Tip. El Ideal Gallego.

¹²² Santiago Casares Quiroga (La Coruña, 1884-París 1950). Abogado y político español republicano y galleguista que, tras desempeñar diversos ministerios durante la II República fue Presidente del Gobierno entre mayo y julio de 1936. Con la proclamación de la República fue nombrado Ministro de Marina en el gobierno provisional y más tarde de Gobernación. Diputado en las Cortes Constituyentes por la ORGA, siguió siendo Ministro de Gobernación durante el bienio socialista-republicano (1931-1933) presidido por Azaña del que Casares era amigo personal. Reelegido diputado en 1933, en 1934 unió su partido (renombrado Partido republicano gallego en 1932) con el de Azaña y otras fuerzas para crear Izquierda Republicana, partido que se integraría en el Frente Popular. Casares Quiroga renovó su acta de diputado en las elecciones de febrero de 1936 y fue nombrado Ministro de Obras Públicas. Tras el acceso de Azaña a la presidencia de la República, Casares Quiroga fue nombrado presidente del Consejo de Ministros y ministro de la Guerra (mayo de 1936). Como presidente, organizó el referéndum sobre el Estatuto de Autonomía de Galicia aprobado el 28 de junio de 1936. Seguía siendo presidente del Consejo de Ministros cuando se produjo el Alzamiento militar del 17 de julio de 1936, que desembocaría en la Guerra Civil Española. Incapaz, por partida doble, de darle la

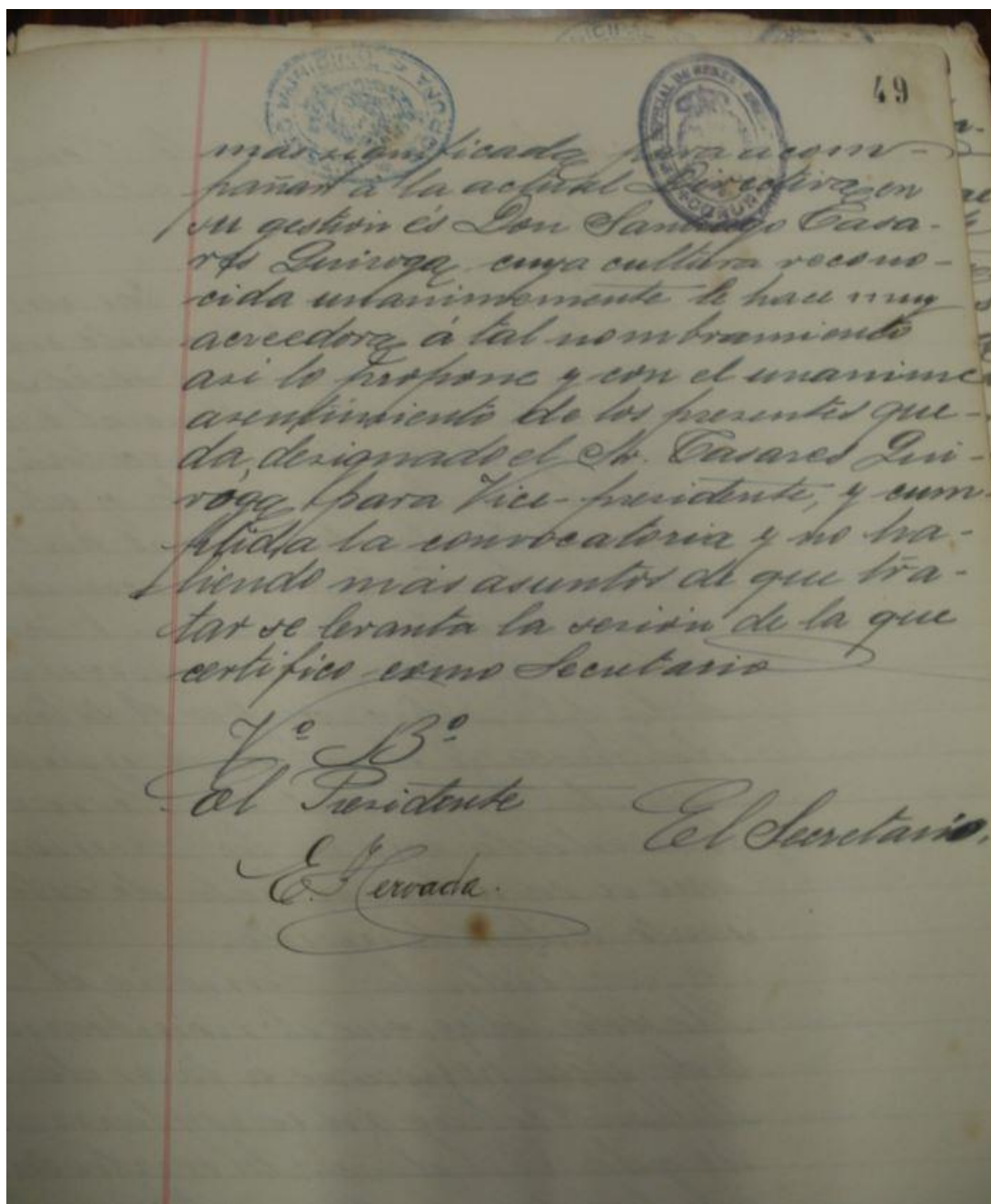


Imagen (27). Acta del 22 de enero de 1922 de la Reunión de Artesanos. Donde se nombra a Santiago Casares Quiroga como Vicepresidente. Fotografía de la autora.

importancia que merecía, ni de hacer frente a la sublevación, dimitió y fue sustituido por Martínez Barrio, al frente de un gobierno que no llegó a tomar posesión, y por José Giral definitivamente. La historiografía ha afirmado mayoritariamente que se negó a entregar las armas a las organizaciones obreras. Las memorias de su hija María Casares afirman que no fue así. No ocupó ningún cargo más durante la Guerra Civil y tras la caída de Cataluña marchó a Francia junto con Azaña y Martínez Barrio. Murió en el exilio en 1950.

Esta Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos también colaboró en la creación de la Cocina Económica y en las Escuelas populares gratuitas.



Imagen (28). Local actual de la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. Fotografía de la autora.

Así como también lo hizo con la Universidad Popular donde se dieron importantes conferencias como vimos anteriormente.

La Universidad Popular de La Coruña se funda en 1906, así lo recoge Antón Capelán Rey, en *Contribucións a unha Historia da Universidad Popular da Coruña*.

O primeiro anuncio da fundación da Universidad Popular correspondeu a Ángel del Castillo, nun artigo da revista de Galo Salinas que non foi acollido postumamente na súa bibliografía:

Se ha constituido en esta ciudad una Universidad Popular, vulgarizadora de conocimientos rudimentarios y cuyo objeto principal es inculcar en los obreros nociones, aunque sean pequeñas, de aquello que más les interesa; hablarles en tono familiar y comunicativo de manera que lo entiendan, de aquellas ideas que redimen al

hombre de la ignorancia; y prepararlo para cualquier clase de estudios, que su vocación o la civilidad le obliguen a seguir. Está constituida por jóvenes, que en plena pubertad y llenos de esperanzas e ilusiones, todo lo ven liso y llano, porque sabido es que para la juventud, con el atrevimiento de la edad y la fuerza de la sangre, nada hay que se oponga, ni obstáculo que no se venza. Empezará la tarea, pasadas las fiestas, explicando el rector (un concejal joven y trabajador) el objeto de la corporación, la forma de sus proyectos y modo de realizarlos; sábense ya los temas de que se tratará, y entre ellos, figuran de Geología, Paleontología, Fisiología e Higiene, Física, Mecánica, Aritmética, Teneduría, Sociología, Historia, etc., y otros muchos que formando series de estudios correlativos, serán explicados por los distintos jóvenes que de ello se encargaron, y para que nada falle, el rector explicará oportunamente a los obreros el modo de entender y aplicar la Ley de accidentes del trabajo, al presente tan mal aplicada como entendida. Serán las tareas, públicas, un día a la semana, tal vez el sábado, a horas en que sea factible la concurrencia, y se darán con el público que asista, poco o mucho; está alejada la idea, de todo lo que represente política y religión, y pruebas son de ello los diversos matices de los individuos que la forman y los distintos locales en los que se trabajará, que son el Circo de Artesanos, el Casino Republicano, Germinal y el Patronato católico de obreros de San José. Los iniciadores de la Universidad Popular nos hemos unido sin pretensiones, y sólo con la idea de ilustrar a las masas; bien sabemos que no somos ni sabios ni maestros, pero estamos plenamente convencidos de que se logra más (para el fin que nos proponemos) tratando las materias desde un punto de vista rudimentario, que desde uno de miras altas, al que nunca se lograría llevar al auditorio¹²³.

[...] La Universidad Popular no se propone otra misión que la de intentar el mejoramiento intelectual del pueblo, bien segura de las ventajas materiales que tal mejoramiento reporta. La Universidad Popular es una institución libre. No depende del Estado, ni de ningún partido o tendencia política. La Universidad Popular depende de la voluntad de sus asociados y para asociarse a La Universidad Popular en su labor activa de cada uno basta con demostrar que se poseen conocimientos dignos de ser transmitidos al pueblo. La Universidad Popular no tiene jefe, ni junta directiva, ni domicilio social. Es absolutamente autónoma, y cada uno de sus miembros puede exponer con entera libertad las teorías que le plazcan, aunque por acuerdo espontáneo han convenido en apartarse por completo de la política. La Universidad no tiene matrículas, ni cédula de inscripción. Son alumnos de ella cuantos deseen asistir a sus explicaciones. También por acuerdo espontáneo de sus miembros La Universidad no busca lucimientos personales ni pretende éxitos periodísticos ni burocráticos. Los

¹²³ Castell: "De cultura", Revista Gallega (5-VIII-1906)

miembros de La Universidad Popular preparan sus cursos y sus conferencias para desarrollarlos en tono sencillo, de conversación, ante un público voluntario, pequeño o grande.

La presentación oficial de la Universidad Popular tuvo lugar el 9 de septiembre en la Casa del Concello, y corrió a cargo del primer presidente de la nueva institución, el abogado republicano Manuel Durán García (1882-1934)¹²⁴.

Enrique Hervada será uno de los promotores de esta Universidad, junto a otros muchos como Manuel Monteagudo, Santiago Casares Quiroga, Alberto Insúa, Wenceslao Fernández Flórez, etc.

Dentro de las actividades llevadas a cabo en esta Universidad Popular, destacan sobre todo cursos y conferencias de distintas materias. El destinatario de la labor docente de la Universidad Popular coruñesa fue fundamentalmente el proletariado urbano adscrito a las diferentes sociedades de defensa de orientación anarcosindicalista o socialista.

Se impartían cursos de dos o seis horas a la semana de varias materias: Aritmética en varios grados, Geometría, Dibujo métrico, Caligrafía, Ortografía y Redacción, Francés, Inglés, etc.¹²⁵.

Serán muchos los conferenciantes que pasen por esta Universidad, entre ellos Hervada, que impartió las siguientes charlas:

- 1906 : Alcoholismo
- 1907: Higiene de la Alimentación
- 1907: La alimentación
- 1909: Las enfermedades venéreas

¹²⁴ Capelán Rey, A. (1999): *Contribucións a unha historia da Universidade Popular da Coruña, Sarmiento. Anuario Galego de Historia da Educación*, 3, pp.25-64.

¹²⁵ La Universidad Popular, *La Voz de Galicia* (19-VI-1912).

- 1910: «606»
- 1914: La alimentación del sano y del enfermo
- 1927: Lo que vemos por los Rayos x

Fruto de estas conferencias, la Universidad Popular elaboró e imprimió distintos folletos didácticos de cada una de ellas con la rúbrica de Biblioteca de la Universidad Popular de La Coruña para difundir gratuitamente entre todos los oyentes a dichas conferencias.

De los dos primeros folletos del Dr. Hervada se hicieron tres ediciones, por lo que se pone de manifiesto el interés que despertaban sus temas entre los coruñeses.

Así lo recoge Antón Capelán Rey:

Non pode sorprender que o membro da Universidad Popular que con máis folletos contribuíu ás "Publicaciones" desta institución fose o doutor Hervada de termos en conta a súa condición de publicista e divulgador de temas médicos nas páxinas de La Voz de Galicia, primeiro coa columna "Ocios de un médico", en torno ao ano 1906, e logo "Crónicas médicas de La Voz de Galicia" a fins da década dos vinte. Las enfermedades venéreas, que aparece sen data, debeu consistir con toda probabilidade no texto da disertación "Higiene de las enfermedades secretas" que pronunciou no local de "La Emancipación" o 23 de outubro de 1908 como conferencia inaugural do curso 1908-1909.

A súa a tese de doutoramento, presentada en Madrid en 1916, titulouse Sífilis ignorada.

A divulgación de temas alimentarios que emprendeu Enrique Hervada na Universidad Popular foi retomada por "médico" Rodríguez, que publico u na prensa moitos capítulos da obra *Cocina para enfermos, sanos y débiles*, pero morreu antes de editala en volume, aínda que xa corrixira probas do prólogo.

Vemos por tanto, la labor una vez más de divulgador y gran conferenciante de Enrique Hervada en este caso en la Biblioteca de la

Universidad Popular de La Coruña, que tanta cultura impartía e interés despertaba a principio del S. XX entre los coruñeses.

6.4. CONTRIBUCIÓN A LA RADIOLOGÍA GALLEGA

En su apreciable tesis doctoral, el Dr. Millán Suárez afirma que:

El Dr. Ángel Cobián Areal instala en abril de 1897 en Pontevedra, el primer equipo de Rayos X de Galicia según recoge el Diario de Pontevedra, siendo autor del primer trabajo sobre rayos X, conservándose radiografías realizadas por él. En 1901 se constata el segundo equipo, montado por el Dr. Francisco Rionegro en Ourense. En marzo del mismo año se instala el Gabinete radiológico en el Gran Hospital Real de Santiago, encargándose del mismo el Prof. Miguel Gil Casares¹²⁶.

Sin embargo, hemos demostrado¹²⁷, fehacientemente¹²⁸, tras unos trabajos preliminares del Dr. Ponte^{129,130} que este último aserto no es exacto, siendo, indudablemente, el equipo instalado por el Dr. Gil Casares y sus colaboradores, en enero de 1900, en la Facultad de Medicina, el segundo de Galicia. Por ello el del Dr. Rionegro habría sido el tercero y así sucesivamente.

Continúa el Dr. Millán:

En agosto de 1902 empieza a funcionar el Gabinete del Hospital de la Marina de Ferrol, bajo la dirección del cirujano-jefe Dr. Carlos Melcior y a partir de 1913 por el Dr.

¹²⁶ Millán Suárez, J.E. (2001). *Historia de la Radiología en Galicia*. Santiago. Tesis doctoral USC.

¹²⁷ Ponte Hernando, F.J; Rego Lijó, I; González Castroagudín, Sonia (2015) Los inicios de la Radiología en el Hospital de la Facultad de Medicina de Santiago. En: Pereira, J; Nájera, A; Arenas, M; García-Talavera, P. (Coords) *Actuaciones de Innovación Educativa en la docencia universitaria de Radiología y Medicina Física*. Eds. Asociación de Profesores Universitarios en Radiología y Medicina Física. APURF. A Coruña. Pp.99-109.

¹²⁸ Ponte Hernando, F.J; Rego Lijó, I; González Castroagudín, Sonia (2011) Alfonso XIII y Miguel Gil Casares: En los inicios de la Radiología en Compostela. *Cadernos de Atención Primaria*. Vol 18.

¹²⁹ Ponte, Hernando, F. J. (2011) Los Rayos X en Santiago. *El Correo Gallego* 10 de octubre.

¹³⁰ Ponte, Hernando, F. J. (2012) Más sobre Rayos X. *El Correo Gallego* 2 de marzo.

Santiago Casares Bescansa. Hasta 1910 se instalan una serie de equipos «pioneros» en sus respectivas ciudades, como son el del Gabinete Físico-Terápico de A Coruña en 1902, el del Dr. Paz Prado de Vigo en 1907 y el del Sanatorio Quirúrgico de Santiago de los Dres. Baltar Cortés y Varela Radio, en 1913. En 1910 se celebra el V Congreso Internacional de Radiología en Barcelona al que asiste el Prof. M. Gil Casares, en 1916 se constituye la Sociedad Española de Electrología y Radiología Médicas, siendo el Dr. García Feijóo de Pontevedra el único gallego de su listado inicial de Socios, y se admite al Dr. M. Millán Millán de Vigo en junio de 1917, del cual se conserva su título de Socio. En el plano docente no habrá Cátedra hasta 1966, siendo el Dr. C. Ferreirós el primer Catedrático por oposición de Terapéutica Física en la Universidad de Santiago. Entre 1910-1940 se «consolida» la Radiología como una especialidad imprescindible en la práctica médica. Se considera el primer especialista Radiólogo al Dr. Manuel Millán y Millán en Vigo, que inicia su actividad en 1908, destacando como Radioterapeuta, cuyo Gabinete (Clínica Millán) fue el primero dedicado en exclusiva a la Radiología y que estuvo abierto más de 50 años. También se consideran primeros especialistas al Dr. Joaquín Vaamonde en Santiago 1914, que inventa el Radióscopo, ingenio para protección del médico y el Dr. Bescansa Casares en A Coruña 1922. A partir de 1925 comienza su actividad los especialistas en Radiología, Antonio Fernández en Santiago, Claudio Losada en Pontevedra, Plácido de la Iglesia Caruncho en A Coruña y José Iglesias y Manuel Millán Iglesia en Vigo. También tienen importante actividad radiológica los cirujanos Ángel Vega en Lugo (primer equipo en ésta ciudad), Puente Castro y Baltar Domínguez (destacado en Oncología) en Santiago, el ginecólogo Peña Rey en Ourense (primer equipo de Radioterapia en la ciudad), y los internistas Enrique Hervada en A Coruña (Radiólogo Municipal) y García Cabezas en Pontevedra. Los Dres. Manuel Bouzo y Vidal Lombán en Ourense, poseían un equipo portátil (primero de Galicia) con el que realizaban radiografías en domicilios particulares, revelándolas en un coche acondicionado. Además del Hospital Real de Santiago y del Hospital de Marina de Ferrol, en los demás hospitales la implantación de los Rayos X fue tardía. El Sanatorio de Oza de A Coruña fue el siguiente en tener equipo de Rayos X en 1910. El Hospital Provincial de Pontevedra lo tiene en 1911 pero no funciona hasta 1940¹³¹. En el Hospital Municipal de Vigo se compró en 1923, pero

¹³¹ Efectivamente, hubo problemas en este sentido pero no parece muy exacta esta afirmación. Además de que siendo el precursor de los Rayos X en Pontevedra, teniendo un aparato en su casa ya en 1897, el Dr. Cobián Areal, Alcalde y Director del Hospital, es raro que no se implicase en la instalación de radiología en el hospital. Decimos esto porque en un examen somero del mejor trabajo que se ha publicado, hasta la fecha sobre el Hospital Provincial de Pontevedra; la tesis doctoral de Antonio Dias Lema (1926-2010), largos años jefe de Servicio de Cirugía del centro, que recoge que, en la sesión municipal de 23 de noviembre de 1925 el alcalde expuso lo siguiente:

no funcionó hasta 1930, año en que se instaló en el Hospital de Santa María de Lugo. El Hospital Provincial de Ourense lo tiene en 1932 y el Municipal de la Caridad de A Coruña en 1938. Mientras estos hospitales no dispusieron de Rayos X la asistencia radiológica fue realizada en Gabinetes privados¹³².

Será en 1919 tal y como recoge Millán Suárez en su tesis doctoral, cuando Enrique Hervada comience a trabajar con su propia instalación de Rx en su consultorio de La Coruña.

«Vosotros lo mismo que yo sabéis que en el Gran Hospital existe una inútil instalación de Rayos X; razón por la cual en varias ocasiones hubo necesidad de que algunos pacientes fueran enviados a clínicas particulares para obtener las procedentes radiografías; lo cual supuso un desembolso de importancia para el Municipio y supone una deficiencia en los medios de que dispone nuestro Hospital. Previo informe del Delegado Técnico del Hospital y el de varios especialistas en el manejo de tales aparatos, indican las instalaciones de Rayos X de la Casa Sanitas de Berlín representadas en España por Carlos Knapp (en otros textos aparece como Knappe); aprovechando la estancia de un representante de la expresada casa Sanitas celebré contrato de compraventa de los aparatos de Rayos X por la cantidad de 38.932 pts. Claro está, sin perjuicio de que lo aprobéis vosotros y en su día el pleno de la Corporación». La Comisión Municipal acordó aprobar todo lo actuado y tratado por el alcalde que fue: «Un contrato referente a una instalación de Rayos X Motograph Universal estándar, que importa 19.750 pesetas; un segundo contrato referente a accesorios para diagnóstico que importa 12.932 pesetas y un tercer contrato, relativo a accesorios para terapia, que importa 6.250 pesetas. El pago del 20% de cada contrato correspondiente al primer plazo, se abonará enviándole por transferencia a la cuenta del Banco de España en Madrid a Carlos Knapp Muller, dentro de 30 días que comenzarán a contar a partir del día 20 del actual pero con la deducción de los impuestos vigentes del Estado y del Municipio; todo ello sin perjuicio de la aprobación del Pleno»

Días Lema, A (2002) *Historia del Hospital de Pontevedra (1890-1955)* Pontevedra. Diputación. pp. 267-268. Esta obra continúa y amplía la tesis doctoral de Antonio: *Historia del Hospital de Pontevedra*. 1999. Tesis doctoral USC. 2. vols.

En el mismo libro, insistimos, apenas en un examen somero, encontramos una concienzuda exploración radiográfica multiorgánica: cardiorácica y abdominal con contraste, en marzo de 1928 (pág. 314). A mayor abundamiento, el Dr. Dias recoge que en el presupuesto del Ayuntamiento de Pontevedra para 1927 figuran las consignaciones de 2000 pts., como gratificación (probablemente un complemento sobre el sueldo por otra dedicación) para el médico numerario encargado de la Sala de Rayos X y los haberes del ayudante mecánico de dicha sala 2500 pts. anuales; *Ibíd.* P. 281. Además es difícil de creer que se dejase transcurrir la guerra civil con su rosario de heridos y convalecientes sin que funcionase este equipo hasta 1940. N. de la A.

¹³² Millán Suárez, J.E. (2001). *Historia de la Radiología en Galicia*. Santiago. Tesis doctoral USC.

Sus equipos consistían en un armario con un tubo de cristal dentro, creo que se denominaba Coolidge y rodeado de cables por todas partes.

Además de usar sus equipos en su consulta privada, también trabajó durante más de 19 años como Médico- Radiólogo de la Beneficencia Municipal de La Coruña. Y debido a que en el Hospital Municipal no contaban con equipos propios de Rx, sería Hervada quién realizaba la asistencia a esos pacientes, a cambio de una indemnización que inicialmente sería de 1.975 pesetas anuales, en concepto de gastos y mantenimiento de los equipos.

Enrique Hervada es nombrado Médico–Radiólogo de la Beneficencia Municipal de La Coruña el 14 de diciembre de 1921. Pero será el 1 de abril de 1922 cuando realmente tome posesión como propietario de su plaza.

En diciembre de 1921 al nombrarlo Médico-Radiólogo también le piden desde la Comisión de la Beneficencia que mientras tanto la situación económica del Ayuntamiento no permita adquirir los aparatos propios de Rx, sea Hervada el que se encargue de prestar los servicios de radioscopia, radiografía y radioterapia.

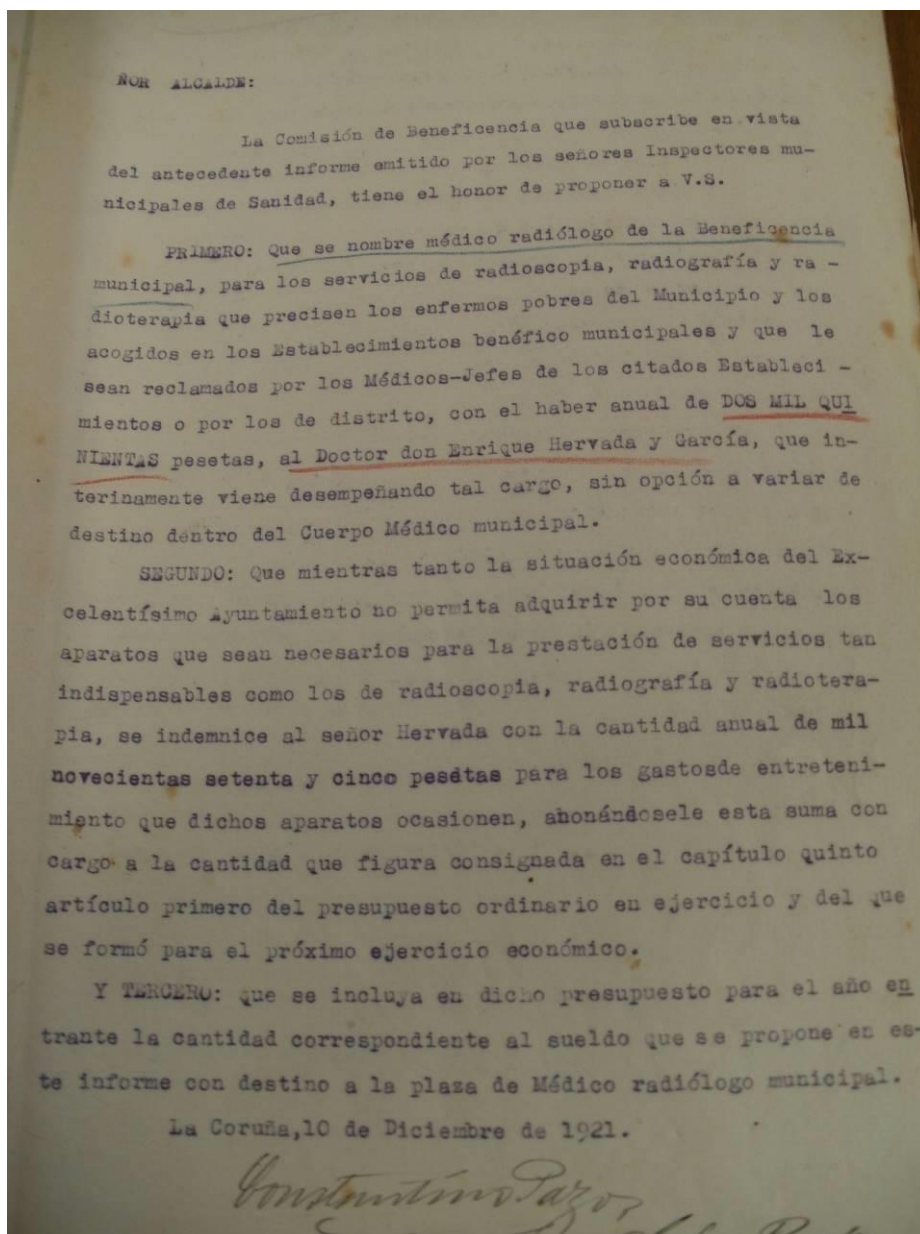


Imagen (29). Acuerdo de nombramiento al Dr. Hervada como Médico- Radiólogo de la Beneficencia de La Coruña. 10 de diciembre de 1921. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

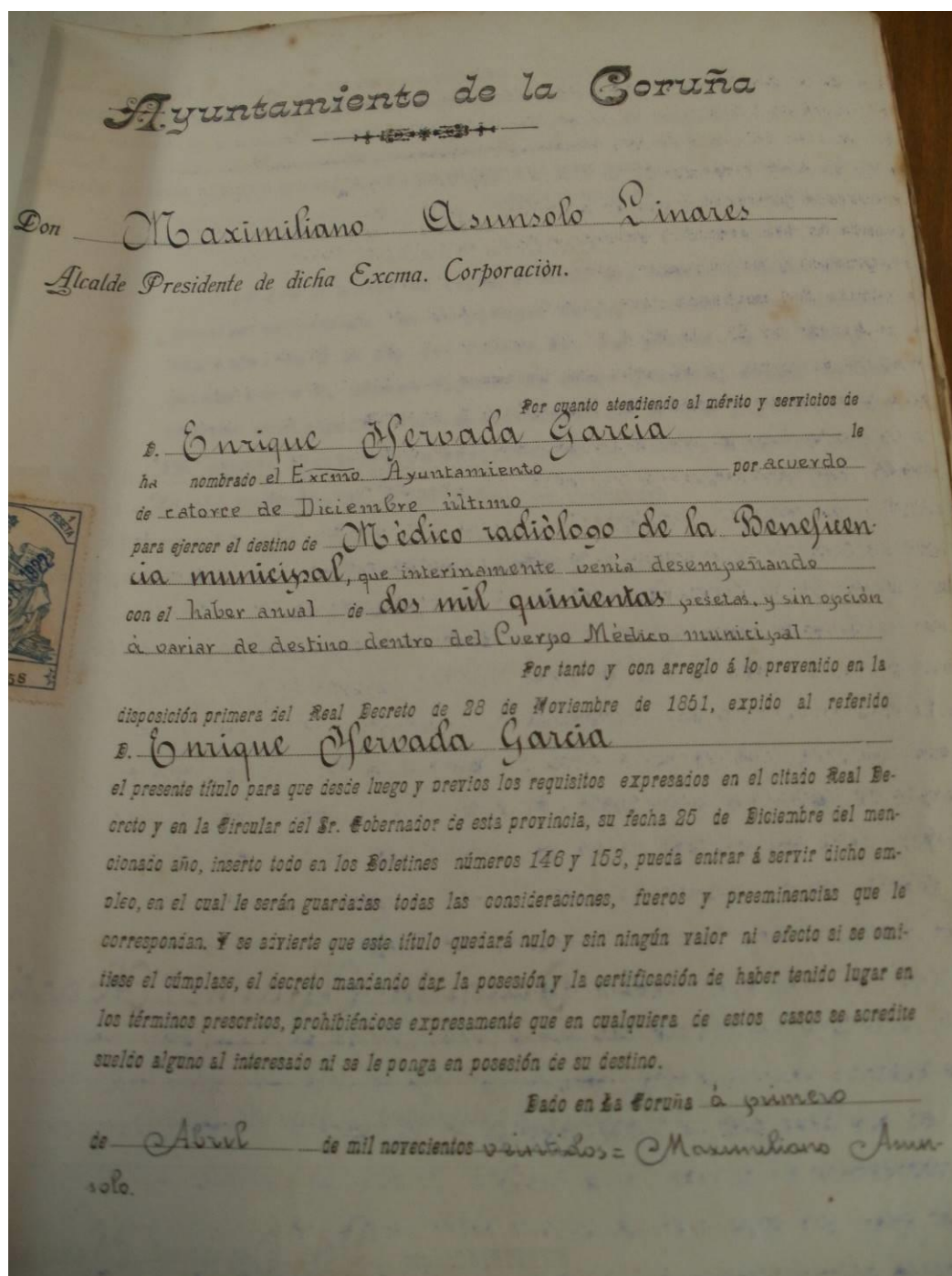


Imagen (30). Nombramiento al Dr. Hervada como Médico- Radiólogo de la Beneficencia de La Coruña. 1 de abril de 1922. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Prestará servicios en la Beneficencia Municipal y también en el Hospital San José, por petición expresa del Señor Alcalde.

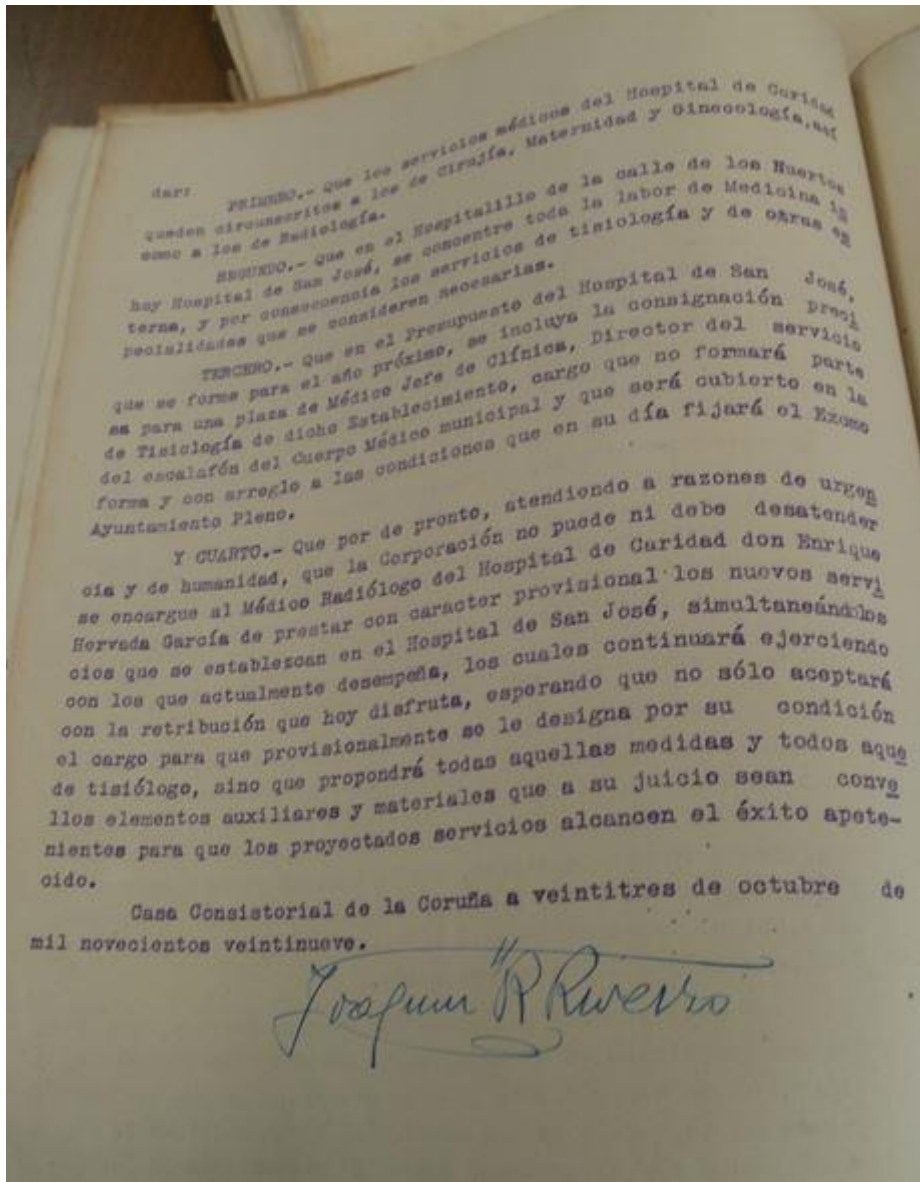


Imagen (31). Petición del Señor Alcalde a Enrique Hervada, para prestar Servicios con carácter provisional en el Hospital San José. 23 de octubre de 1929. Fotografía de la autora.

Será en el 30 de septiembre 1930 cuando Hervada solicite un incremento salarial de 500 pesetas anuales, ya que en los últimos tiempos vio aumentado considerablemente los servicios de radioscopia, radiografía y radioterapia tanto en el Hospital San José como en la Beneficencia. Esto le suponía un importante aumento en los gastos de material de rayos X.

Diez días más tarde de esta solicitud, Enrique Hervada recibe contestación favorable por parte del Alcalde, por lo que se produce ese incremento considerando justo acceder a la solicitud presentada.

Otra solicitud que hace el tisiólogo coruñés durante su cargo como Médico- Radiólogo de la Beneficencia, es la inclusión en el Escalafón del Cuerpo Médico de la Beneficencia Municipal, tal como lo eran otros especialistas en aquel momento, como por ejemplo los Médico–Tocólogos.

Dos semanas más tarde de esta petición, la Comisión de Beneficencia lo incluye en el Escalafón donde figuran los demás funcionarios facultativos y técnicos que prestan servicios al Municipio.

Será el 25 de enero de 1938 cuando el Ayuntamiento notifica a Hervada el cese de los servicios prestados por el equipo de Rayos X, ya que habían adquirido unos aparatos propios. Por tanto, a partir del 1 de febrero de 1938, se empezarán a usar éstos, quedando el equipo de Hervada exclusivamente para uso particular en su consulta.

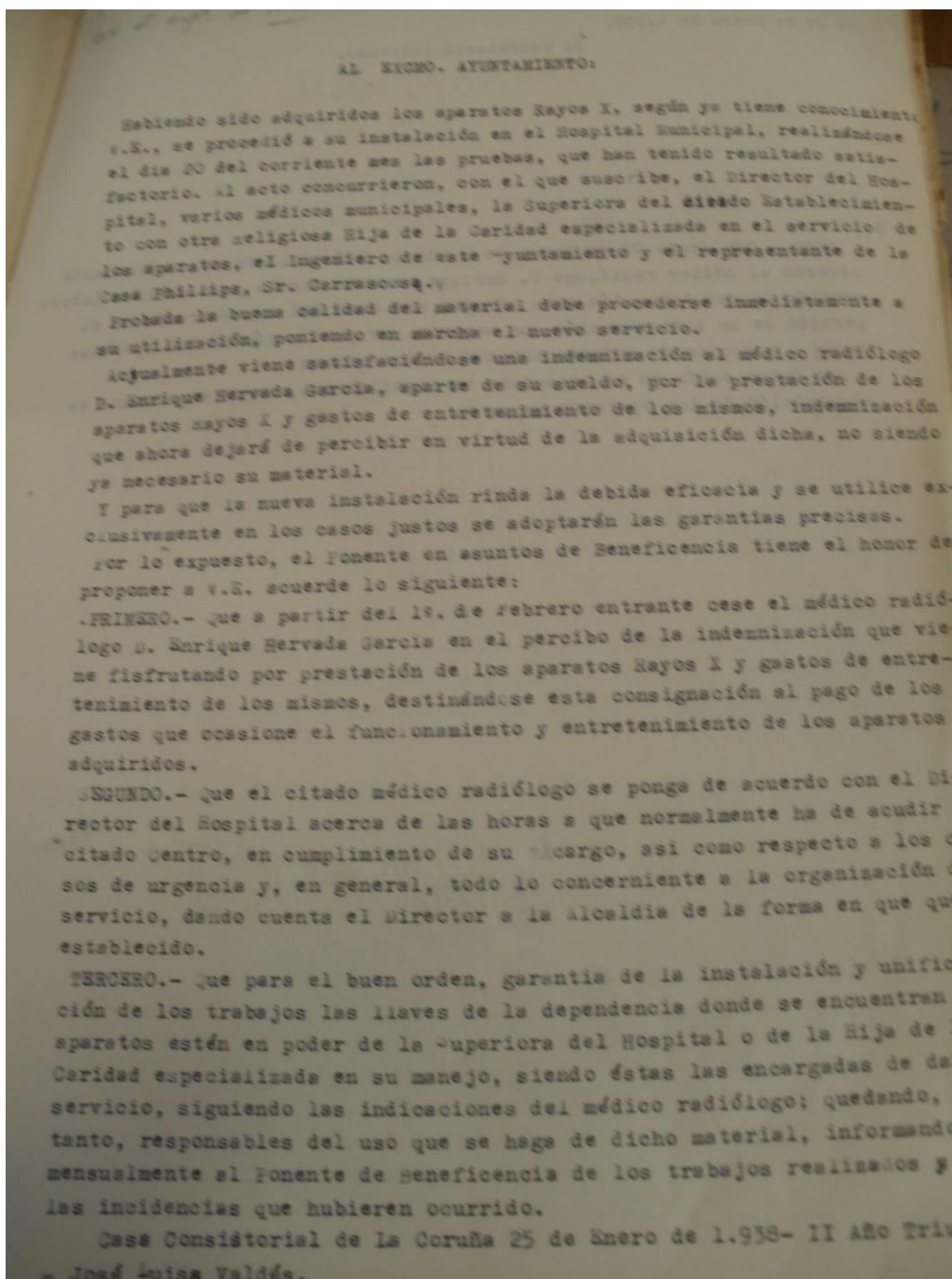


Imagen (32). Notificación del cese de prestación de servicio del equipo de Rx de Enrique Hervada. 25 de enero de 1938. Fotografía de la autora.

Hervada seguirá trabajando en la Beneficencia hasta el 15 de abril 1941, fecha en la que se jubila por presentar intolerancia e hipersensibilidad con el manejo de los Rayos X provocándole un estado vertiginoso, hipertensión arterial y radiodermatitis en las manos. Motivo por el que Enrique Hervada el 27 de marzo de 1941 solicita al Señor Alcalde la jubilación.

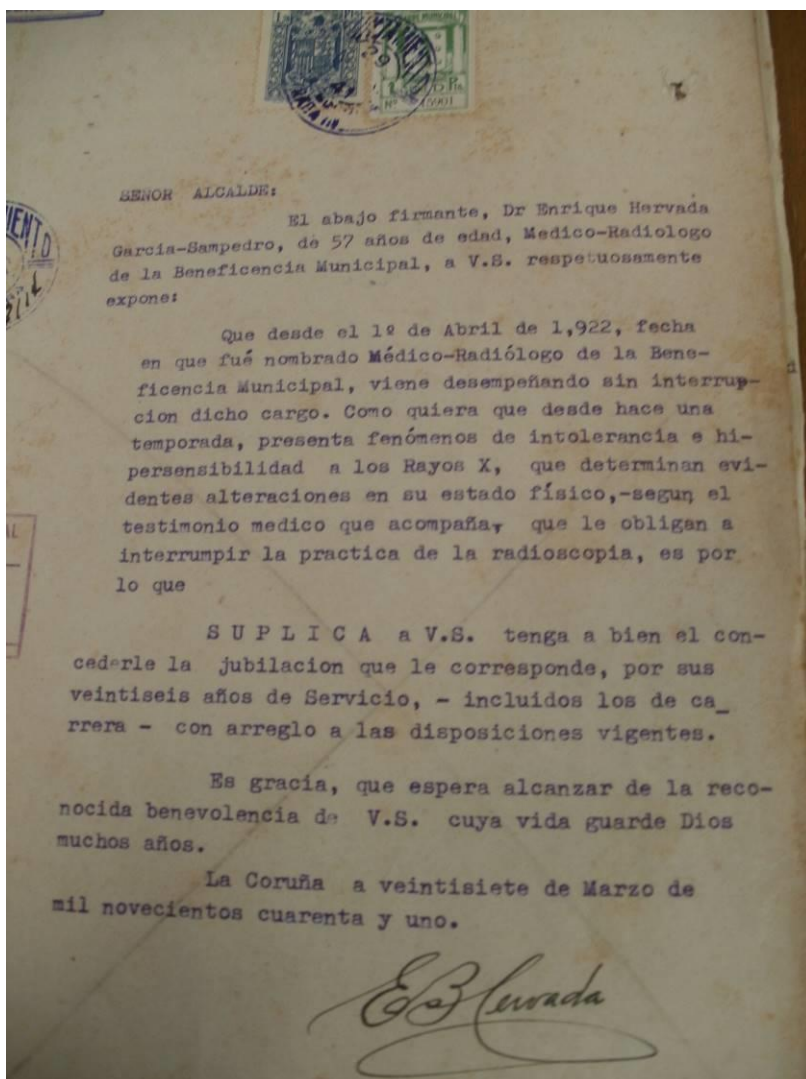


Imagen (33). Solicitud de jubilación Enrique Hervada como Médico –Radiólogo de la Beneficencia Municipal. 27 de marzo de 1941. Fotografía de la autora.

Adjunta con esta solicitud, el certificado Médico Oficial en el que aconsejan el abandono de la práctica radiológica.



Imagen (34). Certificado Médico Oficial donde aconsejan el cese de la actividad radiológica. 27 de marzo de 1941. Fotografía de la autora.

El 12 de abril de 1941 Juan Bermúdez González y Urbano Losada Martínez, médicos numerarios de la Beneficencia Municipal de La Coruña, emiten un informe en el que consideran que E. Hervada debe interrumpir definitivamente la práctica radiológica.

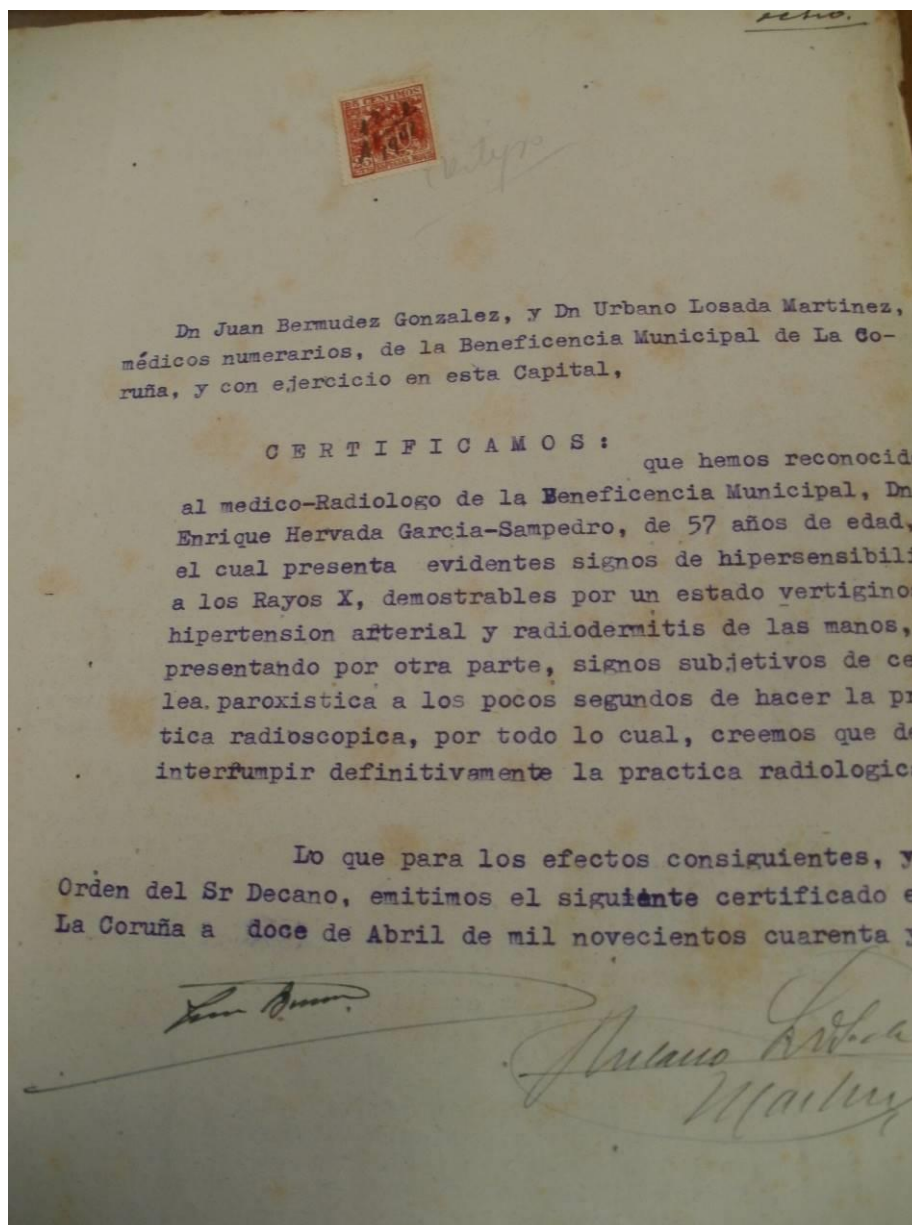


Imagen (35). Certificado que determina el cese definitivo de E. Hervada para la práctica radiológica. 12 de abril de 1941. Fotografía de la autora.

Es por tanto, el 21 de abril de 1941 cuando el Secretario del Ayuntamiento de la Coruña, le notifica al Dr. Hervada la concesión de la jubilación por imposibilidad física en su cargo dentro del Hospital de la Beneficencia. Asimismo, le conceden una pensión anual de 2.150 pesetas equivalente al 60 por ciento del haber disfrutado años anteriores.

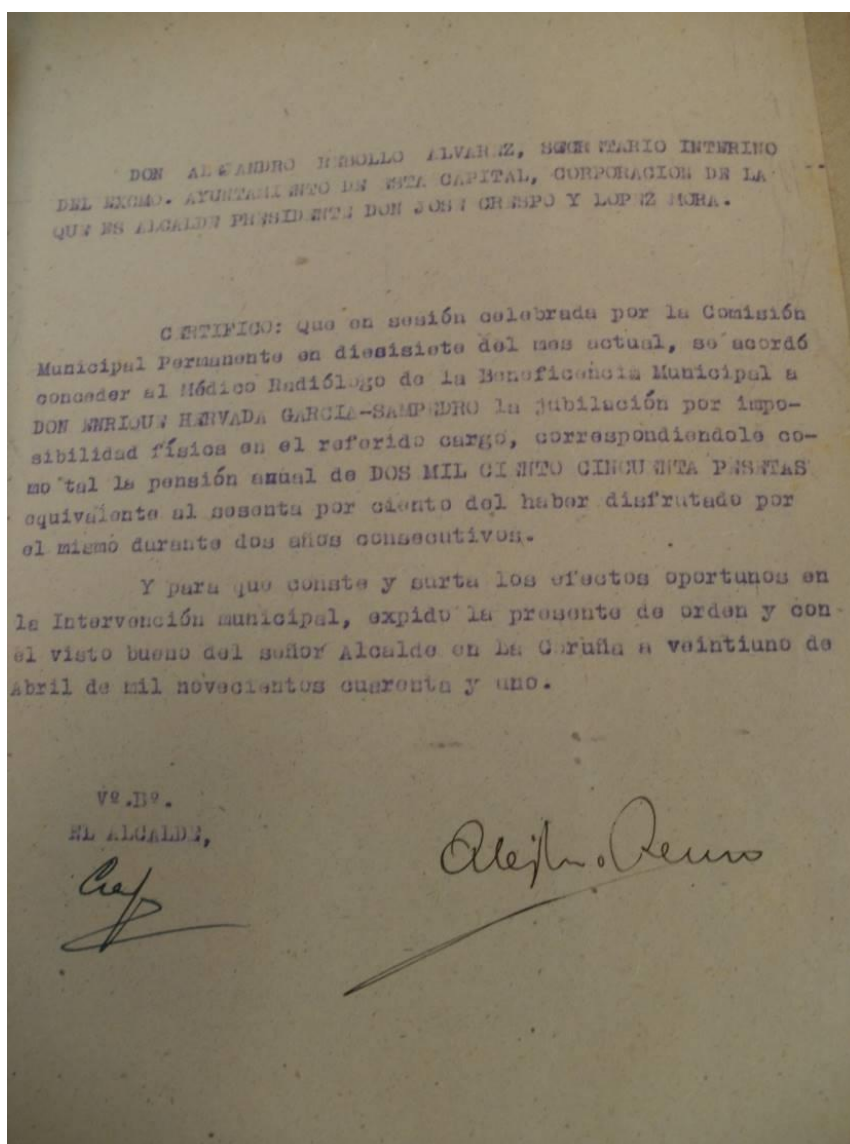


Imagen (36). Notificación del Ayuntamiento a Enrique Hervada concediéndole la jubilación por imposibilidad física para manejar rayos X. 21 de abril de 1941. Fotografía de la autora.

Queda por tanto manifiesta, la intensa labor que realizó Enrique Hervada a lo largo de su carrera profesional en La Coruña, prestando servicios de radiología desde su consultorio privado, hasta el Hospital de la Beneficencia y el Hospital San José. Tanto es así, que el uso y aplicación de rayos X realizado a lo largo de tantos años, le originó la aparición de diversos efectos secundarios indeseables: síndrome vertiginoso, hipertensión arterial, cefaleas y radiodermatitis que lo llevaron a interrumpir su actividad radiológica.

6.5. APORTACIÓN A LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GALICIA Y ASTURIAS: HERVADA ACADÉMICO

Nació con el nombre de Real Academia de Medicina y Cirugía de Santiago de Compostela al mismo tiempo y en pie de igualdad con otras nueve instaladas en Madrid, Valladolid, Sevilla, Cádiz, Granada, Valencia, Barcelona, Zaragoza y Palma de Mallorca, en virtud de un Real Decreto de D. Fernando VII fechado el 28-VIII-1827. Se instaló en Santiago el 7-IV-1831.

Sujetas, tales Academias, a la «Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía», se les atribuía un territorio propio de actuación que comprendía, en el caso de la que nos ocupa, Galicia y Asturias.

El nacimiento de las citadas Academias representó la primera tentativa seria para organizar, de manera global, el devenir de la Medicina en aquel momento como demuestra la cantidad y calidad de las atribuciones que les fueron encomendadas, a saber:

Impartir determinadas enseñanzas útiles a la «ciencia de curar» (Matemáticas, Física experimental, Botánica); favorecer los progresos de la medicina estimulando su investigación; publicar trabajos científicos: preferentemente sobre «Bibliografía Médico-Quirúrgica», «Topografía médica», etc., en su aplicación española; mantener correspondencia con otras Academias médicas nacionales y extranjeras; formar una Biblioteca propia; ocuparse de la salud pública (epidemias; vacunación antivariólica); perseguir el intrusismo médico-quirúrgico; supervisión de medicamentos; asesorar, a los jueces, en asuntos médico-legales; etc.; velar por la «Policía de la Facultad» (elaboración de censos de los profesionales sanitarios; control de titulaciones; realización de los exámenes del «grado de bachiller» en Medicina y de las parteras; participación en las «Juntas de Sanidad del Reino»); participar en los tribunales de oposición para médicos directores de establecimientos hidrotermales, etc.

Presididas estas Academias por la «Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía», que delegaba sus funciones en el Capitán General de las regiones que lo tenían, como era el caso de Galicia, se estructuraron en los tres niveles siguientes:

- Los académicos numerarios (perteneían a esta clase, de manera «nata», los catedráticos de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y los de Medicina de las Reales Universidades; otros eran propuestos y votados entre los profesionales de la «ciencia de curar», más prestigiosos), académicos agregados y académicos

correspondientes eligiéndose, de entre los primeros a quienes debían desempeñar los cargos de gobierno, que eran:

* Vicepresidente, que de ordinario actuaba como Presidente «en funciones» pues, como se dijo arriba, la Academia estaba presidida por el Capitán General. El primero que ostentó este cargo fue D. Juan de Barcia y Ávila La Cueva¹³³.

* Secretarios, uno «de gobierno» y otro «de correspondencias extranjeras» y Bibliotecario-archivero.

- Sesiones y comisiones. Las cuestiones se estudiaban en sesiones o juntas, «literarias» (donde se trataban asuntos científicos) y «de gobierno» (en que se veían y dilucidaban los asuntos referentes al control sanitario y las cuestiones de la propia Institución) tanto ordinarias como extraordinarias celebradas, aquellas, con periodicidad quincenal, habitualmente. Existían Comisiones especializadas para el mejor tratamiento de los problemas que se planteaban. Su número y denominación varió, a lo largo del tiempo, bajo el influjo de los cambios de aquellos: así, por poner un ejemplo, diremos que en 1 de enero de 1833, existían seis «Comisiones permanentes»:

* de Sanidad o Higiene Pública.

* de Policía de la facultad.

* de Topografías.

* de Vacunación.

* de Aguas minerales y

* de Subdelegaciones.

- Subdelegaciones. El territorio asignado a cada Academia estaba dividido en «Subdelegaciones» que correspondían a los «partidos judiciales». De ellas eran responsables los académicos agregados o «Subdelegados» (podía haber hasta dos en cada, uno para el «ramo» de Medicina y otro para el de Cirugía, que en tiempos pasados correspondían a titulaciones diferentes) a los que se consideraba como «académicos agregados». Buenos conocedores de la problemática de su

¹³³ Vid. Enlace a *La Saga de los Barcia* EN: Ponte Hernando, Fernando; Pascual Bueno, J.; González-Castroagudín, Sonia ([2014], "Juan José Barcia Goyanes", en *Álbum da Ciencia*. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega. [lectura: 11/03/2017] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=499>].

Subdelegación eran, en ella, los «ojos y oídos» de la Academia comunicándole, por escrito, todas las irregularidades que detectaban y esperando, para ejecutarlo, lo que para resolverlas decidía aquella en sus «Juntas de Gobierno»¹³⁴.

Será a finales del S. XX, cuando se produzca la separación de la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

En 1970 la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias, con sede en La Coruña, tiene entre sus miembros numerarios a dos asturianos: el Dr. Don Joaquín García Morán, Cirujano y Gastroenteropatólogo, y el Dr. Don Eduardo González Menéndez, Tisiólogo del Estado, Especialista en Neumología y Cardiología, perteneciente al Patronato Nacional Antituberculoso. Ambos profesionales pronunciaron sus discursos de ingreso en la Real Academia de Galicia y Asturias, presidida por el Dr. Don Eduardo Pérez Hervada y de la que era Secretario General el Dr. Don Pedro Vaquero.

En 1973 los Dres. Matilla y Bermejillo, Secretario General Perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina, Presidente de la misma el segundo, acuden a Oviedo y en repetidas reuniones acuerdan la creación de una nueva Real Academia de Medicina que inicialmente es del Distrito Universitario de Oviedo, a la que meses después se añade el Distrito Universitario de León. Así queda constituida la primera fase histórica de la Real Academia que gira con el nombre de «REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE OVIEDO Y DE LEÓN», porque engloba los dos distritos universitarios¹³⁵.

El Dr. García Baquero durante su discurso en la sesión necrológica de la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias, por el fallecimiento del Dr. Rafael Fernández y Fernández, recoge cómo se eligió al doctor Enrique Hervada García-Sampedro, para ocupar una plaza vacante académica. Así aparece en la revista *Galicia Clínica*:

¹³⁴ Real Academia de Medicina y cirugía de Galicia. Historia de la Academia. http://www.ramycga.org/index.php/contenidocorporativo/detalle/1_origen_territorio_atribuciones_y_estructura/. [Consultado por última vez 10/03/2017]

¹³⁵ Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Historia de las reales academias. <http://www.rampra.org/contenidos/institucion/historia.aspx>. [Consultado por última vez 10/03/2017]

El día 14 de enero de 1920 tenía lugar una en principio; corriente sesión de la Real Academia de Distrito, que celebraba en aquel viejo caserón de la calle de Herrerías, antiguo Instituto Nacional de segunda enseñanza y actualmente grupo escolar, pero aquel en apariencia intrascendente y rutinario momento de trámite, a cuya llamada y bajo la presidencia de la venerable figura de su titular, el Dr. D. Nicasio de Aspe y Fullós, asistido del Secretario Perpetuo, Dr. D. Jesús Casares Bescansa y con asistencia personal o por delegación de los académicos D. Luciano Romero Quiroga, don Antonio Rodríguez Rouco, D. Emilio Fraga, D. Manuel Barbeito y D. Benigno Muños, iba a tener lugar la votación para cubrir tres vacantes académicas existentes, siendo elegidos por unanimidad los Sres. D. Enrique Hervada García-Sampedro, que lo era ya corresponsal, para la sección de Medicina, D. Rafael Fernández y Fernández, Inspector Provincial de Sanidad, en la de Higiene y Microbiología, y D. José García Ramos, para la de Anatomía y Fisiología normales y patológicas.

Fue por tanto en 1920 cuando Enrique Hervada comenzó su andadura en la Real Academia de Medicina. Será en este año cuando presente su Discurso de ingreso *La Tuberculosis Obscura*, en abril de 1920. Son un total de 69 cuartillas mecanografiadas, con citas a pie de página.

Y también presentará su Currículum para el ingreso, que consta de cuatro cuartillas manuscritas que aquí vemos:

Enrique Hervada

MÉDICO

Rea. 14

LA CORUÑA

Títulos

- Licenciado en Medicina con c. de sobresaliente en la U. C. (Junio 1905)
- Doctor con c. de Sobresaliente (Junio 1916)
- Socio correspondiente de la Academia de Cirujía y Medicina de Galicia y Asturias (1909. Registrado al folio 51)
- Socio correspondiente de la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía
- Socio fundador de la Asociación Española de Neología
- Miembro correspondiente de la Sociedad francesa de Dermatología y Sifiliografía

Imagen (37). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.

Enrique Hervada

MÉDICO

Real, 14

LA CORUÑA

Diplomas

- Certificado oficial del Profesor Gaucher, por haber asistido a un curso completo de Enfermedades cutáneas y Sifilíticas del Hospital Saint-Louis de París
- Del Profesor Dieulafoy de haber practicado el curso de Ecceina Clínica en el Hôtel-Dieu.
- Del Profesor Coste, por el curso de Oto-rino-laringología seguido en la Facultad de París.

Imagen (38). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.

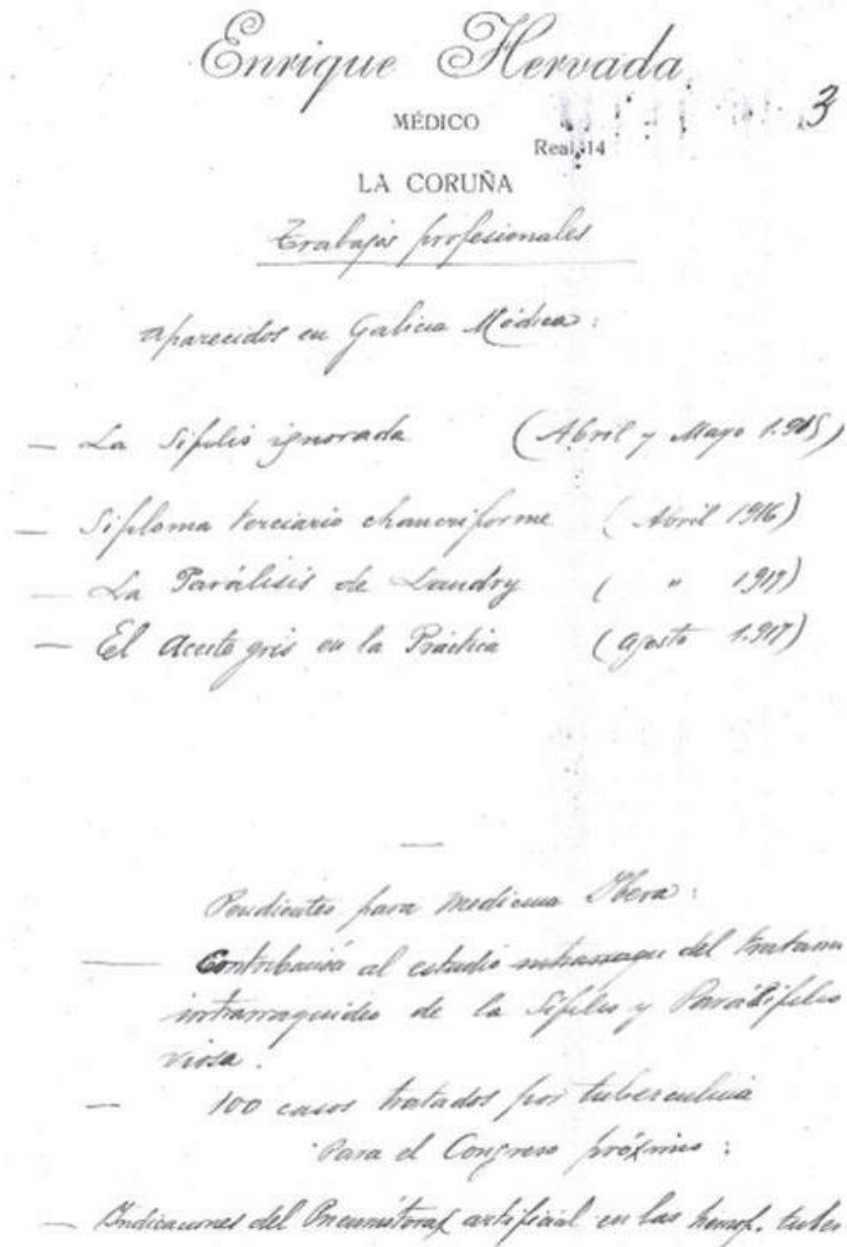


Imagen (39). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.

Enrique Hervada

MÉDICO

Real, 14

LA CORUÑA

conferencias

3

Por la Universidad Popular:

- Las Enfermedades Venéreas
- La Alimentación del Sano y del Enfermo
- El Descubrimiento de Ehrlich
- El Alcoholismo
- Higiene de la Piel y cuero cabelludo
- Los Degenerados
- La Neurastenia

y otras por ^{instigación} cuenta de la Comisión a
sanct. Casino Republicano. U.P.
&c.

Imagen (40). Currículum de ingreso de Enrique Hervada a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.

La Tuberculosis Obscura: Su discurso de ingreso.

En abril de 1920 presenta como dijimos anteriormente, su discurso de ingreso *La Tuberculosis Obscura*. Relata algunos casos asistidos por él durante quince años de labor asistencial realizada a pacientes tísicos y sífilíticos.

Durante este tiempo hizo un importante e intenso trabajo de observación médica, en la que destaca los numerosos casos que no tienen una sintomatología clara de tuberculosis y pasan desapercibidos o diagnosticados de forma errónea, por lo que concluye animando a todos los presentes a su discurso a prestar atención a la sintomatología bacilar latente que puedan presentar sus pacientes, ya que se beneficiarán del tratamiento oportuno y a su debido tiempo, contribuyendo así a la lucha antituberculosa.

Resumiremos a continuación este discurso de ingreso.

Introduce el tema elegido comentando la importancia de un correcto diagnóstico a pacientes tuberculosos, debido a los numerosos casos que, durante su actividad profesional, estaba observando.

Para elegir el tema que presento a vuestra consideración, pensé con fundamento que, después de quince años de numerosa y seguida observación médica, era la tuberculosis la culpable en mayor parte de la cuantiosa estadística morbosa que poseemos. Prácticos nada más; es decir, apartados de la experimentación y del laboratorio, sólo labor de comprobación clínica podría aportar el estudio de las Patologías, creyéndonos en este sentido con fuerza fundamental suficiente para aconsejar el camino de la redención sanitaria.

Tenía muy claro Hervada que así como existían numerosos pacientes afectados por sífilis y tuberculosis con sintomatología evidente de estas infecciones, también había muchos enfermos que eran víctimas de estas infecciones de una forma larvada.

Muchas veces el bacilo ha sido vencido después de una lucha más o menos sintomática, pero no destruido completamente: queda en el organismo un foco latente,

pero lo bastante tóxico para impresionar a lo lejos tal o cual parénquima y producir, a la larga, lesiones de esclerosis.

Los fenómenos tóxicos que nos revelan un foco tuberculoso, siguen cursos diferentes, cualquiera que sea su asiento, según la virulencia del microbio y según la existencia del terreno, deteniéndose la evolución en muchos individuos y quedando una sintomatología benigna o frustrada en otros.

[...] Sabiendo que el mismo bacilo da síntomas tan diferentes, hay que investigar las formas larvadas, latentes, obscuras, reveladas solamente por pequeños fenómenos tóxicos que producen anemia, dispepsia, adelgazamiento, anorexia, albuminuria, aunque escape a nuestra investigación la localización causal.

Hace referencia también en este discurso a la importancia de hacer una buena historia clínica al paciente, sobre todo de antecedentes familiares infecciosos, ya que para nuestro tisiólogo coruñés «indagar profundamente en la herencia familiar, dará a las historias una base de verosimilitud».

Para nosotros la herencia directa es la primera causa de la tuberculosis entendiendo más satisfactoriamente la herencia del bacilo, que la herencia de la predisposición. Si es una conclusión cierta y comprobada por bacteriólogos y experimentadores, que el germen puede transmitirse al feto, nos sobra argumento para explicarnos los hechos que investigamos observamos a diario.

Además de ver la importancia de la herencia sobre la infección tuberculosa, Hervada también creó que el contagio es un factor causante de dicha infección.

[...] Claro está, que por otra parte no podemos restar importancia al contagio y a las causas debilitantes y menos nosotros que vemos frecuentísimamente marchar a América atletas, sin antecedentes ni tasa orgánica, que regresan más tarde con los síntomas de la hectiquez.

No ignoramos que son precisamente estos menos inmunizados los que adquieren formas más agudas y graves.

No vemos por otra parte la incompatibilidad de herencia y contagio: el bacilo es como el dinero, se hereda o se adquiere¹³⁶.

Relata abundantes casos asistidos por él o por algunos de sus compañeros, en los que pone de manifiesto y con completa convicción, la importancia de los antecedentes familiares en el desarrollo de la enfermedad.

Asistimos a un matrimonio joven con apariencia de salud. El padre de él es un tuberculoso crónico, que aunque consumido por repetidos brotes, puede dedicarse a sus quehaceres habituales. Este enfermo no vive en La Coruña, pero le conocemos médicamente, por haber tenido ocasiones del consultarlo. Su hijo (nuestro cliente) es tipo musculoso, ancho, pequeño, de constitución vigorosa y jamás se quejó de ninguna afectación; sin embargo, su semblante ojeroso es de una palidez común a muchos anémicos bacilares latentes. La esposa es sana. El primogénito de este matrimonio tenía, desde recién, el sello de un tuberculoso sin foco conocido. Las molestias de dentición le producían, adelgazamiento, palidez y temperatura que le duraba mucho tiempo. Más tarde fui llamado muchas veces por alteraciones cuyo diagnóstico fue dudoso: enfriamientos, indigestiones. El niño era inapetente, estreñido y poco contento. Después de mucho tiempo de síntomas premonitorios murió de meningitis tuberculosa de curso lento.

Se mudaron de casa, se preocuparon de la salud y se hicieron higienistas.

Un segundo génito sigue las huellas del primero para fallecer a los dos años de meningitis tuberculosa también. Tienen en la actualidad un solo hijo con un sello enfermizo característico.

Casos idénticos son de corriente observación de pediatras.

Pues bien, tenemos el íntimo convencimiento de la herencia bacilar latente en el progenitor, quien vive con su enfermedad obscura, sin que ninguna manifestación subjetiva apreciable le cause la más mínima molestia y menos una lesión contagiosa que nos explique la patogenia de estas infecciones.

¹³⁶ Parece compartir, al menos en parte, el criterio de Gil Casares a este respecto. N. de la A.

Recoge además, esos trastornos de diversa naturaleza que pueden presentar los pacientes con infección bacilar latente y dificultar todavía más el diagnóstico.

Entre esos síntomas están:

- Perturbaciones de carácter nervioso.
- Alteraciones vasomotoras y térmicas.
- Perturbaciones gástricas e intestinales.
- Perturbaciones de la menstruación.

La mayoría de las formas de la amenorrea o dismenorrea suelen ser también manifestaciones precoces de la intoxicación tuberculosa, que se desvanecen mediante un tratamiento específico tenazmente sostenido.

- Aborto.

La tuberculosis es uno de los más importantes factores por lo que se refiere al aborto. Después de la sífilis, es la causa principal de los abortos espontáneos.

- Adenopatías.
- Adelgazamiento.
- Albuminuria.
- Anemia.
- Celialgias.
- Dispepsia.
- Fiebre.
- Fosfaturia.

- Hemoptisis.
- Hipotensión.
- Leucoplasia.
- Obesidad.
- Perifrenitis y puntos de costado.
- Reumatismo tuberculoso articular y abarticular.
- Poliartritis deformante.
- Sinovitis crónica.
- Artritis plástica anquilosante.
- Espondilosis rizomiélica.
- Senilismo.

Trata también los métodos diagnósticos que usaban en aquel momento para poder hacer un tratamiento adecuado a la patología.

Dice que siempre «hay que pensar más allá de la manifestación ostensible para dar fundamento causal al tratamiento que se debe aconsejar».

Dentro de los recursos que tenían para hacer un correcto diagnóstico, recoge en su discurso los siguientes:

- Diagnóstico clínico.
- Observación termográfica.
- Inyección de suero clorado sódico.

- Diagnóstico por los medios de laboratorio.
- Diagnóstico tuberculínico.
- Rayos X.

Aclara que el examen radiológico no constituirá el criterio absoluto en el diagnóstico de tuberculosis, ya que también son imprescindibles el examen clínico y la auscultación.

El examen radiológico puede ser útil con frecuencia, pero también puede no dar ninguna indicación. No es infalible. Ciertas lesiones ligeras, diseminadas, insuficientes para modificar la densidad del parénquima o su elasticidad, pueden perfectamente pasar desapercibidas.

Concluye su discurso animando a los presentes académicos para que intenten prestar atención a cualquier síntoma sospecho de infección tuberculosa, para poder hacer un correcto diagnóstico y tratamiento precoz, contribuyendo así a la lucha antituberculosa.

Más labor académica.

Desde su mismo año de ingreso en la Academia, Hervada da comienzo a una importante labor como miembro de la misma. Contribuye a la vida de la institución con numerosas conferencias y participa con intensidad en las actividades llevadas a cabo.

Enumeramos algunas de las conferencias impartidas por el Dr. Hervada a las que hemos tenido acceso y que comentamos anteriormente:

- Los dolores braquiales de origen cerebral.
- Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente.

- Estigmas somáticos de origen tuberculoso. El Infantilismo.
- Los síntomas que molestan al tuberculoso.
- Fiebre y febrícula de origen tuberculoso.

Es en 1933, cuando ocupa el cargo de Secretario Perpetuo, tal y como recoge José Carro Otero, en su libro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia¹³⁷.

Ocupará este cargo hasta su fallecimiento, en 1953. Por lo que serán desde su ingreso en 1920, 33 años de importante contribución a esta Institución.

Tuvimos acceso a una reseña que realizó el Dr. Hervada en calidad de Secretario de la Academia con motivo de una conferencia impartida por José Abelló el 5 de mayo de 1950 bajo el nombre de «La fotoradioscopia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar».

Aparece reflejada en dicha reseña el desarrollo de la sesión al completo.

Será Galo Baquero el encargado de presentar al Dr. José Abelló, destacando su intensa labor profesional, así como los cargos ocupados por el especialista invitado.

Trabajó en el Instituto Cajal varios años, fue Médico Residente del Sanatorio Lago, Jefe Clínico de la Enfermería de Chamartín de Madrid, Director de Sanatorios y Dispensarios centrales de la lucha antituberculosa. Le fueron otorgados importantes premios por la Real Academia de Medicina de Madrid como fue el Premio Ubieta, y también destaca en su presentación el nombramiento de Académico Corresponsal de la Tisiología de Berlín.

¹³⁷ Carro Otero, J. (2002) *Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia*. A Coruña. Ed. RAMYCGA. P.52.

Tomando la palabra el Dr. José Abelló inicia su conferencia haciendo un repaso por su labor asistencial, expone ante los académicos presentes, un estudio de los distintos métodos que se emplean para el diagnóstico de la tuberculosis como son el diagnóstico clínico, el analítico y el radiológico.

Explica también los primeros experimentos realizados con la radiografía, indicando que él ha observado numerosos casos de nódulos de vértice pulmonar mediante el uso de la fotorradioscopia. Aclara el Dr. Abelló que ésta es una técnica muy utilizada en EEUU y dando muy buenos resultados en cuanto a la disminución de la mortalidad tuberculosa.

Relata Hervada en la reseña a José Abelló que fue largamente aplaudido al término de su conferencia¹³⁸.

El uso de la fotorradioscopia, tal y como recoge Álvaro Urgoiti Somavilla en una conferencia impartida el 25 de abril de 1953 también en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias bajo el nombre de «La fotorradioscopia en el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar», indica que es el método más eficaz del momento para diagnosticar la tuberculosis pulmonar en fase temprana. Por lo que será importantísimo su uso para intentar disminuir la mortalidad por tuberculosis. Añade además que la ciudad de La Coruña es la primera ciudad española que dispone de un equipo privado de fotorradioscopia. Uno está en el Dispensario y el otro equipo en el Hospital Militar¹³⁹.

La fotorradioscopia, tal y como indica Laureano Menéndez de la Puente en una Conferencia pronunciada el 21 de marzo de 1955 en el aula magna del Instituto Nacional de Enseñanza Media de Huesca , sobre« La influencia de la colaboración social en el pronóstico actual de la tuberculosis» es:

¹³⁸ Sesión científico literaria en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias.5 de mayo de 1950. Conferencia del Dr. José Abelló

¹³⁹ Sesión científico literaria en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias. 25 de abril de 1953. Conferencia del Dr. Álvaro Urgoiti Somavilla.

Un elemento que ha contribuido poderosamente a cambiar el pronóstico de la tuberculosis. Este formidable avance es el invento de la llamada, en España, fotorradioscopia, o fotoentgenoscopia por los alemanes, o fotofluoroscopia por los americanos.

[...] Es natural que se sienta curiosidad por saber lo que es la fotorradioscopia, y en qué se diferencia de la radioscopia y de la radiografía. En dos palabras, y sin ningún tecnicismo, voy a explicarlo. La radioscopia es debida a la fluorescencia que los rayos x producen en algunas substancias. Una de ellas, el platinocianuro de bario, es el ingrediente químico que se utiliza para la construcción de pantallas radioscópicas. Los rayos X atraviesan nuestro organismo y proyectan la imagen en la pantalla por la fluorescencia de su componente químico. El fenómeno, reduciéndolo a su mínima expresión, es semejante a la fluorescencia de las esferas luminosas de los relojes. En la radiografía lo que hacen los rayos X es impresionar una película fotográfica donde van a contrastar las partes que se han dejado atravesar por los rayos X y las partes que no. Pues bien, la fotorradioscopia es una cosa intermedia. Los rayos X producen una imagen fluorescente en la pantalla, y esa imagen se retrata mediante una cámara fotográfica especial. La pretensión de retratar la imagen radioscópica, que no es lo mismo, según acabamos de ver, que la radiografía, no es reciente ni muchísimo menos, pero no ha podido ser llevada a la práctica hasta obtener objetivos fotográficos de gran luminosidad y unas películas supersensibles.

El inventor de este método ha sido el sabio brasileño Manoel Abreu, a quien recientemente se ha rendido un homenaje en Madrid al ser condecorado por el Jefe del Estado español con motivo de la XIII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis.

Este sistema tiene la gran ventaja de que el aparato puede desplazarse, haciendo fotorradioscopias por los pueblos más alejados, las cuales, además, pueden ser hechas por personal auxiliar, mientras el especialista reposadamente, sin fatiga, puede ir las estudiando. Como se pueden hacer unas 200 fotorradioscopias por hora, es decir, unas 1.500 por día, permite alcanzar la cifra ideal de Braeuning.

Todavía este método ha sido perfeccionado por un ilustre fisiólogo español, el doctor Urgoiti, al aplicar un dispositivo especial que permite obtener simultáneamente la fotorradioscopia y la fotografía del interesado, todo en la misma película. De esta

manera se evita el fraude, la sustitución de un sujeto por otro, y la fotorradioscopia obtenida tiene verdadero valor legal¹⁴⁰.



Imagen (41). Lienzo de Enrique Hervada realizado por Manuel Abelenda¹⁴¹ y depositada una réplica en la Real Academia de Medicina de Galicia.


¹⁴⁰ Laureano Menéndez de la Puente (1955). Conferencia pronunciada el 21 de marzo de 1955 en el aula magna del Instituto Nacional de Enseñanza Media de Huesca, sobre « La influencia de la colaboración social en el pronóstico actual de la tuberculosis.


¹⁴¹ Vida gallega. 1923. El retrato del Dr. Hervada / Manuel Abelenda. Nº 223

Benigna Peña Sánchez, Presidenta del Hospital San Rafael de La Coruña, entrega en 2011 una réplica a José Carro Otero, Presidente de la Real Academia de Medicina de Galicia.

Enrique Hervada era el padre de Rafael Hervada Sandéliz, fundador del Hospital San Rafael de La Coruña.

LA CORUÑA


 COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
 DE LA PROVINCIA
 DE
 LA CORUÑA
 Sda. 2.153


 2.698
 9 AGOS. 1930

REGISTRO DE COLEGIADOS

Nombre y apellidos: *Enrique Hervada Garcia*

Edad: *47 años* Fecha del nacimiento: *10 Junio 1883*

Residencia y domicilio: *La Coruña - Real 14.*

Fecha de la colegiación o mes y año en que ingresó: *5 - Enero del 1907*

Número y fecha de expedición del carnet de colegiado:

Años que lleva de ejercicio profesional. ¿Cuántos en la provincia de La Coruña?
25 años. Todos en la Coruña

Cuerpos a que pertenece, forma de ingreso en los mismos y cargos que desempeña o ha desempeñado: *Radiólogo de la Beneficencia municipal de la Coruña por concurso; Ex-ayudante del Profesor Albarrán de París; de la "Asociación Española de Urología"; Socio correspondiente de la Sociedad "Anatomía y Topografía"; - Miembro correspondiente de la Sociedad Francésa de Urología.*

Cargos directivos que desempeña o ha desempeñado en las Juntas de Gobierno: *Ninguno*

Distrito de este Colegio o de otros: *Ninguno*

Academias, Centros científicos u otros analogos a que pertenece y cargos que desempeña o ha desempeñado en los mismos: *Presidente de la Sección de Medicina en la Real Academia de la Coruña del Sanatorio Marítimo de Oza.*

Imagen (42). Expediente personal del Colegio Oficial de Médicos de La Coruña de Enrique Hervada. 9 de agosto de 1930. Fotografía de la autora.

Premios, condecoraciones y honores que posee: Condecorada de Instrucción Pública francesa, Diploma del Hospital "Saint-Louis" de París, - Diploma Facultad de Medicina de París, - Diploma del Hospital "Hotel-Dieu".

Otros méritos, expediente académico: Sobresaliente en la licenciatura y sobresaliente en el Doctorado.

Trabajos publicados: "La lucha anti-tuberculosa en Francia - La sífilis ignorada, - Sífiloma terciario chancreiforme, - La sífilis de Landry, - El ácido gris en la práctica, - Un caso de miastenia alimenticia del caso y del enfermo, - Los Degenerados, - El Alcoholismo, - Variaciones sobre Eitologías, - Reumatismos tuberculares, articular y visceral, - Situaciones del pneumotórax artificial en las hemoptisis tuberculosas, - Discrepancias fisiológicas, raras formulación de bolillos (en colaboración con el Vidal, publicado en Farmacia), - Lo que todo enfermo debe saber de la tuberculosis, - Herida de pulmón y tuberculosis pulmonar, - Hepatitis en fatiga, - Diagnóstico de las bronquitis sífilíticas, - El consumo de la asistencia médica - Lo que vemos por los rayos X, - El diagnóstico clínico, - La herencia y el contagio de la tuberculosis y otras.

La Coruña 9 de Agosto de 1930

Firma del interesado

Dr. E. Hervada

Imagen (43). Expediente personal del Colegio Oficial de Médicos de La Coruña de Enrique Hervada. 9 de agosto de 1930. Fotografía de la autora.

VII

ESTRUCTURAS ASISTENCIALES
PARA LA LUCHA
ANTITUBERCULOSA

VII. ESTRUCTURAS ASISTENCIALES PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

La tuberculosis, a pesar del descubrimiento del bacilo por Robert Koch en 1882, es la gran preocupación médica y social en Europa en el transito del siglo XIX y XX. A nivel médico esta preocupación queda marcada por el gran número de estudios especializados que sobre la enfermedad se publican en toda Europa (Nóvoa Santos, 1925)¹⁴². A nivel social es la primera causa de mortalidad en todos los países occidentales, lo que origina las primeras propuestas de organización de la lucha a través de la iniciativa privada formando asociaciones sanitarias que buscaron el favor del Estado, y que mediante financiación externa pretendían desarrollar un fuerte dispositivo profiláctico y asistencial¹⁴³.

Se fueron construyendo en España y en Galicia, algunas edificaciones para dar cuidados a los enfermos infecciosos que llegaban a nuestra tierra, muchos fruto de la emigración vivida.

¹⁴² Carlos Fernández Fernández se refiere al Prólogo de Nóvoa Santos en Plácido Peña Novo (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita – cómo se cura*. La Coruña. Tipografía el Noroeste.

¹⁴³ Fernández Fernández Carlos M. (2011) *El Sanatorio de Cesuras en la lucha contra la tuberculosis en Galicia a principios del siglo XX*. Anuario Brigantino 2011. nº 34. Carlos M. Fernández Fernández, Doctor en Medicina por la USC, es miembro del CEIS XX (Universidad de Coímbra) y Vicepresidente de la Sociedad Portuguesa de Historia de la Medicina y Filosofía Médica para el trienio 2011-2014.

7.1. LAZARETOS:

Se empezaron construyendo los lazaretos, una instalación sanitaria, más o menos aislada, donde, a lo largo del tiempo, se han tratado enfermedades infecciosas. Históricamente, se han utilizado para enfermedades como la lepra, la tuberculosis o la fiebre amarilla. Se solían instalar en los puertos de las grandes ciudades costeras, para tener en cuarentena a las embarcaciones o personas procedentes de otros países contaminados o sospechosos de contagio.

La Real Academia de la Lengua Española define el concepto Lazareto como un «establecimiento sanitario para aislar a los infectados o sospechosos de enfermedades contagiosas».

Eran espacios cercados y aislados, construidos expresamente para recibir las mercancías contaminadas y a los enfermos durante las cuarentenas, hasta que conseguían curarse y dejaban de suponer un riesgo. Las instalaciones contaban con un amplio equipo médico que debía cuidar de los enfermos, aunque en muchas ocasiones, y debido al contacto directo, el propio equipo médico también caía enfermo.

La isla de San Simón, en la Ría de Vigo, agotada de sangrientas contiendas, vivió un período de reposo hasta la llegada de un nuevo enemigo, aún más temible que las tropas y los navíos de guerra. El mar sería en este caso el transmisor de hasta entonces desconocidas enfermedades infecciosas que se expandieron por Europa en pleno apogeo del comercio exterior con Asia, América y África.

Estas epidemias mortales obligaron a crear por todo el continente numerosas estaciones de cuarentena, en las que los pacientes infectados eran aislados de los núcleos de población para evitar contagios.

La historia contemporánea de la isla comenzaría el 1 de junio de 1838, con la inauguración del lazareto marítimo de San Simón para complementar al centro de Mahón, único hasta entonces en España, saturado de pacientes y situado en el alejado Mediterráneo. La denominación con la que fueron bautizados estos espacios se debe a la orden religiosa militar creada durante las cruzadas para el cuidado de los enfermos

de lepra, una afección que se conocía como el Mal de San Lázaro por la creencia de que fue la que llevó a la muerte al hermano de María y Marta, resucitado por Jesús.

La construcción de la casa de plagas de San Simón fue un importante y costoso proyecto de ingeniería y arquitectura, que permitiría la transformación de la isla en un centro sanitario, no solo para la acogida de enfermos, sino también para el control de infecciones y cuarentena de los tripulantes y pasajeros de barcos procedentes del exterior, con destino a los puertos de Galicia y de todo el norte peninsular.

Pocos años después de entrar en funcionamiento, el centro fue clasificado como lazareto sucio, destinado al ingreso de enfermos irrecuperables y desahuciados, con graves enfermedades contagiosas, recluidos en la vecina isla de San Antón.

Por mor de esta recalificación fue necesario separar la zona de cuarentena de los buques y el pasaje, ocupada por San Simón, de la isla de los pacientes contagiosos, San Antón. Ambas estaban comunicadas por un puente flanqueado por dos portales que sólo podrían atravesar los enfermos terminales y las monjas que los cuidaban.

La creación del lazareto supuso la transformación definitiva de la fisonomía de las islas. Se construyeron edificios con diferentes funciones, infraestructuras portuarias y de servicios para acoger a los numerosos buques que atracaban en el pequeño archipiélago, así como espacios verdes entre los que se encuentra el actual parque o el Paseo de los Buxos, (o de los bojs), uno de los grandes atractivos de la isla que hoy es un emblema de San Simón por su antigüedad y su singularidad.

A lo largo de los 85 años de historia del lazareto se atendió la tripulación y el pasaje de miles de buques que debían transitar obligatoriamente por la isla para pasar la inspección sanitaria y someterse a la cuarentena. Esto implicaba el atraque temporal de los barcos, y múltiples necesidades de aprovisionamiento y organización, lo que favoreció la creación de empresas consignatarias y el auge de las actividades portuarias en la ría de Vigo.

Por tanto, y a pesar del desgraciado motivo, el lazareto creado en estas pequeñas islas abrió la puerta a un crecimiento sin precedentes en Vigo y toda su comarca, llegando a convertirse en el principal puerto de la costa atlántica española y precipitando un rápido crecimiento demográfico y un meteórico desarrollo industrial.

Este apogeo fue languideciendo conforme avanzaban las investigaciones sobre tratamiento y prevención de las enfermedades epidémicas. Así, desde finales del siglo

XIX, y hasta el cierre definitivo en 1927, el lazareto acabó convirtiéndose en centro de reposo y en sede para la celebración de diversos actos públicos¹⁴⁴.

En 1834, se presenta un proyecto para construir un lazareto Marítimo en la zona de La Coruña. La propuesta no prospera, abriéndose uno provisional en el lugar de la Palloza, que se cierra en 1842 con motivo de la apertura del de San Simón en la ría de Vigo. A partir de este momento los comerciantes y Ayuntamiento se vuelcan en conseguir del Gobierno la autorización de un Lazareto permanente para evita el desvío de las mercancías que debían de sufrir cuarentena hacia el Lazareto de Vigo. Tras una larga disputa se autoriza la apertura del Lazareto en el lugar de Oza, que es inaugurado el 11 de agosto de 1888, aunque oficialmente se abre en 1889.

Estaba dividido en Lazareto limpio y sucio, éste situado en la Punta Filgueira, donde pasaban cuarentena los barcos sospechosos de patente sucia, es decir, cuando existía sospecha de que las mercancías, pasajeros, o tripulación habían estado en puertos donde hubiera cólera u otras epidemias. Estaba constituido por una serie de edificios de planta baja, en los que se ubicaba un pequeño hospital, un edificio destinado a fumigación, dependencias para empleados y habitaciones para pasajeros, una casa de baños y servicios, todo ello rodeado de un alto muro y con un pequeño muelle.

El Lazareto limpio se construyó en parte sobre la antigua Batería. Se dotó de dos nuevos pabellones. Ambos Lazaretos, el limpio y el sucio, se encontraban unidos entre sí por un puente de hierro de 230 m. de longitud, que salvaba la desaparecida playa de Oza.

La vida del Lazareto fue muy efímera debido a que las prácticas cuarentenarias evolucionaron profundamente a finales del S. XIX, todo ello influido por las nuevas teorías sobre la transmisión de las enfermedades infecciosas, la transformación y evolución de la navegación y del comercio marítimo, así como la pérdida de las colonias marítimas en 1898.

¹⁴⁴ <http://www.cultura.gal/es/illadesansimon/lazareto-maritimo>. (Consultada por última vez el 30/12/2016)

Las Conferencias sanitarias internacionales fueron transformando el régimen sanitario marítimo y en la Conferencia de París de 1903, España decide suprimir todos los lazaretos marítimos, excepto el de San Simón y el de Mahón.

A comienzos del S. XX se originó un importante debate sobre la conveniencia de apertura de un Preventorio antituberculoso en las antiguas instalaciones del ya desaparecido Lazareto. José Rodríguez Martínez, conocido como Médico Rodríguez, desplegó una importante actividad a favor de la creación de un Sanatorio¹⁴⁵, que se hará realidad en 1910.

7.2. SANATORIOS MARÍTIMOS Y DE ALTURA:

El Sanatorio puede y debe considerarse como un lugar destinado a utilizar los elementos regeneradores de la naturaleza para modificar el organismo favorablemente, preservándole de la enfermedad o ayudando a aquél a desenvolver sus energías para obtener pronta curación. De los términos en que se halla establecida en los países civilizados la lucha contra la tuberculosis, se deduce que la más eficaz profilaxia del terrible azote estriba en modificar el terreno, esterilizando en lo posible la acción del germen morbosos; en este concepto, el tratamiento higiénico y dietético que se proporciona a los enfermos en Dispensarios y Sanatorios, es indudablemente el mejor.

Por esta causa, todos los países que se han preocupado seriamente de sus intereses sociales han acudido a crear, con mano generosa y actividad médica admirable, los Sanatorios marítimos y de altura en beneficio de la infancia¹⁴⁶.

Siempre que se habla de Sanatorios para la infancia, es frecuente discutir latamente las ventajas del mar y de la altura, y suelen dividirse los criterios de los prácticos de un modo lamentable, declarándose los más

¹⁴⁵ Galdo Fernández, Fausto: El Sanatorio Marítimo de Oza. Editorial Grupo76. Capítulo 2 El Sanatorio Marítimo de Oza de Lazareto a Sanatorio Nacional. Págs. 80–155.

¹⁴⁶ Tolosa Latour, Manuel (1909). Médico pediatra, Académico de la Nacional de Medicina, editor de prensa médica y novelista. *Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños*. Ponencia del Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza.

partidarios de la montaña, desdeñando las playas, o viceversa. Sucede con este problema lo mismo que con los Sanatorios para tuberculosos. Sin haber logrado fundar ni sostener en España uno solo en positivas condiciones de bondad y eficacia, trátase de llevar las corrientes hacia otros elementos defensivos útiles, pero no exclusivos, como, por ejemplo, el Dispensario. Uno y otro son absolutamente precisos en la lucha antituberculosa, toda vez que el aislamiento del tuberculoso infectado se impone, y, por desdicha para los infelices enfermos, no hay en parte alguna de la Península, ni para pobres ni para ricos, nosocomios especiales donde, a la par que se les cuide y conforte y, a ser posible, se les cure, no constituyan un peligro para sus familias sanas y puedan terminar sus días con los auxilios piadosos a que tienen derecho, contribuyendo al progreso terapéutico.

Según recoge Manuel Tolosa Latour en una ponencia presentada en el Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza, diferenciamos los dos tipos de clima: el clima marítimo y el montañoso:

La meteorología del clima marítimo está caracterizada:

1. Por la pureza del aire, pues el aire que viene del mar puede decirse que es aséptico; así lo demuestran los estudios de Fischer, que dieron por resultado, que a 30 millas sólo se hallaba un germen en 40 litros de aire; a 120 millas, 1 por 1.522, y más allá, ninguno. Las aguas fluviales, recogidas a orillas del mar, contienen menos materias orgánicas que las del interior.
2. La ausencia de polvo le hace más transparente, y la radiación solar es más intensa por la reflexión de los rayos luminosos en la superficie brillante de las olas.
3. La presión barométrica aumenta su densidad; a orillas del mar la presión normal es de 760 a 765 milímetros, pudiendo afirmarse, con Casse, que el aire marino está más condensado, es más sustancioso, por decirlo así, aumentando la cantidad de oxígeno en cada inspiración. Además, contiene cortas cantidades de cloruro de sodio yodo orgánico en proporción trece veces mayores al de las poblaciones, si bien la influencia terapéutica es problemática.

4. Las brisas, tanto de tierra como de mar, contribuyen a la renovación de la atmósfera, en tanto que el mar, inmenso regulador de calorías, produce temperaturas poco variables. Sin embargo, temporalmente, los vientos del cuadrante N. O. y los de S. E. cambian las condiciones térmicas de modo momentáneo y poco duradero. De estos datos se deduce, que en los climas marinos el aire ejerce una acción excitadora sobre la nutrición general, sobre la piel y sobre el sistema nervioso. El apetito de aumenta así como la secreción de urea, disminuyendo el ácido úrico; aumentan también los glóbulos sanguíneos y las pulsaciones, por mayor absorción de oxígeno, siendo mejores las eliminaciones, favoreciéndose además la perspiración cutánea; se absorben por la respiración cortas cantidades de cloruro de sodio, un decigramo por cada veinticuatro horas, según Lalesque. Pero la acción de la luz solar produce sorprendentes modificaciones en todos los afectos de la piel de forma escrófula-tuberculosa, de todo género, especialmente en los infartos ganglionares y tuberculosis óseas.

Los raquíuticos especialmente, asistidos en los primeros años antes de que las deformidades óseas sean definitivas, se curan del 90 al 100 por 100, y aun los avanzados, sometidos a operaciones ortopédicas, se curan más de un 50 por 100.

La meteorología del clima de montaña es distinta según la altitud; los cambios de presión modifican la composición del aire, varían las proporciones de oxígeno y ázoe, manteniéndose sensiblemente igual el argón. Las temperaturas descienden un grado por cada 180 metros de altura, y la presión un centímetro por cada 105 metros. Son mayores la tensión eléctrica, por la frecuencia de las tormentas que enriquecen de ozono la atmósfera, purificándola, y los cambios atmosféricos son mayores también por los vientos y lluvias.

Es indudable que existen indicaciones especiales, tanto del clima marítimo como del clima de altitud; pero son tan sensibles, hay que tener en cuenta tantos factores en los organismos infantiles, que es sumamente difícil precisar a veces las prescripciones, cuyos efectos provocan verdaderas sorpresas. Por regla general, habida cuenta de los efectos de los distintos factores higiénicos sobre el organismo, podría hacerse una selección de los niños, teniendo presente que la aclimatación se sufrirá casi siempre y que, además; el clima marítimo no trae aparejada la necesidad de hacer uso de la hidroterapia en la forma de baños de mar, ni de los de arena, inyecciones de suero isotónico marino, agua de mar bebida, etc., elementos circunstanciales de la talasoterapia, que deben ser cuidadosamente aplicados por el médico.

Dado el concepto de Sanatorio antes expuesto, conviene puntualizar todo lo posible cuáles serán las mejores condiciones a que obedecen la creación de dichos Sanatorios para ser eficaces. Para ello, pueden dividirse éstos en permanentes y accidentales o transitorios, según que se organicen para admitir enfermos, o simplemente se establezcan provisionalmente para los predispuestos o débiles. Los Sanatorios marítimos permanentes constituyen centros curativos de todas las dolencias relacionadas con la escrófula y tuberculosis con manifestaciones cutáneas, ganglionares y óseas, linfatismo y raquitismo. Los excesivamente nerviosos, neuropáticos y coreicos agrávanse aparentemente a orillas del mar; pero se obtiene con un buen régimen beneficiosa sedación, especialmente en las playas del Mediodía, en las cuales las temperaturas son más suaves que en el Norte, y existen menos brumas. No pocos casos de enfermedades del aparato respiratorio, catarros bronquiales, toses convulsivas, producidas por adenopatías tráqueo-bronquiales, tos ferina y asma infantil, se modifican favorablemente; pero sólo cuando el enfermo procede de altura o del interior, es decir, que el cambio de medio es siempre beneficioso, debiéndose transportar del mar a la montaña, o viceversa, a los enfermos, según radiquen en una u otra altitud. Los Sanatorios de montaña de índole permanente no tienen otra indicación que la tuberculosis en sus distintas formas clínicas, exigiendo especialísimas condiciones de organización, no siendo frecuente su creación para la infancia, tratándose de combinar el mar y las montañas, o bien fundándose establecimientos en las cercanía de diversos manantiales minero medicinales para tratamientos especiales. Los Sanatorios de altura, exclusivamente para niños, son de difícil y costosa creación y sostenimiento, y desde luego no pueden tenerse abiertos más que en la época de verano, albergando en ellos los contingentes de las colonias escolares que beneficien de la montaña.

Algunas de las conclusiones a las que llegó Tolosa Latour en este congreso son las siguientes:

- 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.
- Los Sanatorios marítimos contribuyen eficazmente al tratamiento y curación de los niños débiles, raquíticos, linfáticos, los llamados pretuberculosos, los afectos de tuberculizaciones óseas o ganglionares, escrófulo-tuberculosis y tuberculosis limitadas.
- Tanto en estos centros como en los Sanatorios de altura, pueden tratarse con éxito, cuidando 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.

- Conviene así mismo la creación de Sanatorios adecuados en los establecimientos balnearios de aguas minero medicinales, sulfurosas, clorurado-sódicas, azoadas, etc., y otros manantiales benéficos para las múltiples dolencias que afectan a la infancia¹⁴⁷.

Arturo Rodríguez Hervada en su tesis doctoral «Arte y tuberculosis. Compositores, pintores, escultores, filósofos, dramaturgos y novelistas, víctimas de la enfermedad tuberculosa» también hace referencia a los sanatorios marítimos y de montaña:

Uno de los aspectos más interesantes de la historia de la terapéutica de la ET¹⁴⁸ es, a partir de la mitad del siglo XIX, la creación de los sanatorios antituberculosos, que se convertirán en una de las grandes industrias médico-hoteleras del mundo civilizado. Estos sanatorios y los viajes de los enfermos ingleses al sur de Europa buscando un clima mejor en el que mejorar sus dolencias, son el origen del turismo internacional, de los viajes de placer, de las vacaciones exóticas tal como se conocen hoy.

El primer sanatorio al aire libre aparece en Inglaterra debido al médico J. Lettsom que creó el sanatorio «The Royal Bathing Infirmary» en la costa oriental inglesa para enfermos escrufulosos. La idea fue sugerida por un colega que observó que los pescadores de dicha área no sufrían de escrófula y que niños con esta enfermedad eran curados después de pasar el verano sometidos a baños de mar, regresando a sus familias con las lesiones cervicales curadas y con un buen aspecto general. Otro médico inglés, George Bodington, fue el primer profesional en proclamar que la tuberculosis se podía curar con simples métodos higiénicos y alimenticios durante el día y por la noche una pequeña dosis de láudano extracto de opio- para proporcionar al enfermo un buen descanso nocturno.

[...]En España el primer sanatorio fue el del Balneario de Busot en Alicante, inaugurado en 1897 y creado para las clases acomodadas. Dos años más tarde, en Valencia el Dr. Montero, creó el sanatorio popular de Porta-Coeli. En 1918 existían en el país seis sanatorios -denominados «de altura»- tres en Madrid, uno de ellos para uso exclusivo

¹⁴⁷ Tolosa Latour, Manuel (1909). *Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños*. Ponencia del Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza.

¹⁴⁸ Enfermedad Tuberculosa. N. de la A.

de enfermos privados y el resto en Valencia, Zaragoza y Barcelona. En 1910 se crearon dos centros estatales, Sanatorios Marítimos, uno en Pedrosa, en Santander y el otro en Oza, en La Coruña. Pero un par de décadas antes el Dr. Tolosa Latour había creado, por iniciativa popular, el Sanatorio Marítimo de Chipiona (Cádiz) o de Santa Clara, edificado en la misma playa. En Madrid en 1910, los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios fundaron el Sanatorio de San Rafael para niños raquíuticos y lisiados pobres. Más tarde aparecieron más sanatorios en la Sierra del Guadarrama en las cercanías de la capital, en León y otras comarcas de altura, creándose de este modo una verdadera industria sanatorial.

En Galicia, el médico vigués Ramón de Castro¹⁴⁹, después de obtener una serie de datos geográficos y meteorológicos sobre la sierra del Guadarrama llegó a la conclusión de que estos eran similares a la región coruñesa de Órdenes, donde se crearon pequeños hoteles y pensiones dedicados a estos enfermos. La decisión sobre a qué sanatorio se mandaba al paciente para ser tratado por una larga temporada, estaba basada en la situación económica de la familia. Los ricos mandaban a sus enfermos a Suiza, a Davos o a otro sanatorio similar. Si la familia pertenecía a la clase media y tenía ciertas posibilidades económicas, los enfermos iban al Guadarrama; si las posibilidades eran menores, León y lugares cercanos como Ordenes era el destino de los enfermos. Cuando la familia era pobre y el enfermo sufría una tuberculosis pulmonar avanzada, este finalizaba su vida en el sanatorio santiagués de La Choupana¹⁵⁰.

7.3. PRIMEROS SANATORIOS MARITIMOS ESTATALES EN ESPAÑA

La tuberculosis causó grandes estragos en la población durante todo el S. XIX y mediados del XX, llegando a ocasionar una elevada mortalidad, como ya vimos en capítulos anteriores. Se presumía, además, una patología contagiosa, provocando, consecuentemente, el desprecio social y la estigmatización de quienes la padecían.

¹⁴⁹ Discípulo del Dr. Miguel Gil Casares. Nota de la A.

¹⁵⁰ Rodríguez Hervada, Arturo (2003). *Arte y tuberculosis. Compositores, pintores, escultores, filósofos, dramaturgos y novelistas, víctimas de la enfermedad tuberculosa*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.

La erección de sanatorios marítimos para los tuberculosos, supondrá un medio de aislamiento y protección contra esta temible enfermedad. La combinación de aire, agua y sol conseguía vigorizar el organismo y erradicar el germen tuberculoso.

En España, como solía ocurrir con otros avances presentes en Europa, los sanatorios marítimos tardaron en llegar. Unas palabras recogidas de *La Voz de Galicia*, de 3 de octubre de 1917, ilustran bien dicho atraso:

En el extranjero era posible que las corporaciones oficiales de tierra adentro se cuidasen de enviar los niños pobres a las playas, en busca de salud y de fuerza. En el extranjero podía levantarse, sobre un rincón elegido de la costa, ese Sanatorio ideal, donde se diese a los niños no sólo aire puro, sino también comida sana. En el extranjero podían ser espléndidos, como de un gran hotel de ricos, los pabellones de la Institución. En el extranjero, médicos y enfermeras, maestros y administradores, cuidarían de los niños con interés y con amor [...] ¡Pero en España...!

Sin embargo, las peticiones para su establecimiento y los debates sobre el tema se recogían a menudo en la prensa.

Así, en una carta publicada, dirigida al gobernador civil de Madrid, preocupándose por el porvenir de «la infancia que sufre», da a entender que la ausencia de estos sanatorios se debe principalmente a la apatía y falta de voluntad, ya que existen medios suficientes y lugares en España para su construcción.

Por otra parte, tampoco faltaron quienes se mostraban reticentes a su construcción. Esta reticencia se debía, entre otras cosas, a que el papel de estos sanatorios nunca estuvo lo suficientemente claro.

A través de la Asociación Nacional para la Fundación de Sanatorios y Hospicios marinos en España, el Estado, por iniciativa del Dr. Martín Salazar¹⁵¹,

¹⁵¹ Don Manuel Martín Salazar nació en Montellano (Sevilla) el 28 de octubre de 1854. Obtuvo el título de Licenciado en Medicina y Cirugía en 1878, con premio extraordinario en el

inspector general de Sanidad Exterior, creará los dos primeros establecimientos de esta índole desarrollando el principio de todo un plan futuro.

La elección de terrenos para estos sanatorios ha estado supeditada a cuestiones económicas; por ello se buscaban para su emplazamiento lugares previamente edificados.

Dichas construcciones tendrían que reunir algunas condiciones para que pudiesen adaptarse a su nuevo destino. En conformidad con esos requisitos se fundan, los sanatorios de Oza y el de Pedrosa, asentados sobre las antiguas instalaciones de Lazaretos.

El Reglamento de ambos sanatorios, de 4 de julio de 1910, recogerá las competencias de los preventorios que «se encargarían del cuidado y educación

examen de grado en Granada. Se doctoró el año 1885 con la tesis: *La locura afectiva bajo el punto de vista médico-legal*. Al año siguiente de licenciarse ingresó, por oposición, en el Cuerpo de Sanidad Militar, desempeñando diferentes destinos en la Península. En 1893, destinado a África, intervino en la guerra de Melilla. Años después pasó a la isla de Cuba. Allí permaneció varios años y desempeñó durante dos Cursos la Cátedra de Patología Médica en la Facultad de Medicina de La Habana. A su regreso fue destinado a la Academia de Sanidad Militar, donde ejerció como Profesor de Higiene Militar a la vez que, desde 1898 estuvo al frente de la Sección de Sueros y Vacunas del Instituto de Higiene Militar, hasta febrero de 1909, en que por concurso fue nombrado Inspector General de Sanidad Exterior, y más tarde, en 1916, Director General de Sanidad. En este cargo realizó una labor importante, reorganizando todos los servicios de la Sanidad de España, potenciando el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y planeando la lucha contra el paludismo, la tuberculosis, la mortalidad infantil, etc. De una gran cultura, publicó trabajos importantes, como su obra «La inmunidad», el folleto monográfico titulado «Los Seguros Sociales y la Sanidad Pública»; en colaboración con Fernández-Sanz, un magnífico tratado sobre «La poliomiélitis», además de conferencias, discursos e intervenciones en la Academia, y en Congresos y reuniones dentro y fuera de España. Prestó servicios muy valiosos tanto en su actividad militar como en los puestos sanitarios de orden civil y por ello fue condecorado con varias Cruces de Mérito Militar por méritos de guerra, Medallas de Cuba y de Alfonso XIII, menciones honoríficas, Cruz del Profesorado y de Industrias Militares, Gran Cruz de Isabel la Católica, etc. En la Real Academia de Medicina fue electo en 1911, y tomó posesión el 8 de junio de 1913 con el discurso «La Sanidad en España, tan necesitada de estudio y de reforma transcendental». Quedó adscrito a la Sección de Higiene. Durante su permanencia en la Academia intervino muy frecuentemente dando noticias sobre la reforma sanitaria, que acometió con tanto éxito. Murió el año 1936, seguramente por la gran impresión moral del comienzo de la guerra civil. Fuente RANM. Extractada y modificada.

de los niños, de uno y otro sexo que, por su naturaleza enfermiza, por sus antecedentes hereditarios y por sus condiciones de pauperación orgánica, necesitan preservarse de la misma enfermedad mediante el tratamiento de la cura marítima». La labor fundamental del preventivo era la organización de colonias de niños que, procedentes de distintas zonas de España, iban a fortalecerse a estos establecimientos marítimos.

La rentabilidad que ofrecían frente a cualquier otra alternativa resultaba muy ventajosa.

Desde la inauguración de estos sanatorios, el Estado utilizará sus instalaciones, desde la primavera al otoño, para albergar a los colonos de las expediciones escolares que se organizan. El periódico *La Correspondencia Gallega*, de junio de 1912, hace referencia a un Real Decreto publicado en la Gaceta por el cual el Ministerio de Gobernación aprobaba las reglas de la Inspección General de Sanidad de Exterior que modificaba y ampliaba la Real Orden de 1910 relativa a los sanatorios de Oza y Pedrosa. Según esta nueva disposición, al Sanatorio podrían concurrir niños procedentes de todas las provincias de España, los cuales deberían permanecer sometidos al tratamiento cuatro meses, plazo que podría reducirse a un número de dos en caso de que las Corporaciones no pudieran costear la estancia. En cuanto al número de plazas, cada entidad (diputaciones, ayuntamientos, sociedades oficiales y particulares) podrían solicitar hasta 25 plazas. Los gastos de viaje, manutención, estancia y vestuario correrían a cargo de las corporaciones. El sanatorio también podría acoger a niños o niñas pensionistas, acompañados de una persona para su cuidado. Con posterioridad, mediante el dictado de nuevas disposiciones, no se permitirán acompañantes.

En los dos primeros años en que comienzan a organizarse las colonias, era difícil que se cubriesen todas las plazas, pero con el tiempo las cosas cambiarían. Son muchas las familias que solicitan una plaza para sus hijos. La decisión de la elección de colonos se presentaba como una tarea complicada. ¿Cómo se tomaba entonces dicha decisión cuando había muchos necesitados

y plazas insuficientes? Siguiendo el principal objetivo de la circular de la dirección general, de 15 de febrero de 1894, el mejoramiento de la raza a través de medidas profilácticas, se seleccionarían todos aquellos menores de cuya constitución se pudiese esperar una verdadera mejora con la consiguiente transformación en individuos sanos y fuertes.

Aun así, lógicamente surgían dudas y ante ellas se valoraban los antecedentes de la vida escolar y familiar de los menores¹⁵².

7.4. SANATORIO MARÍTIMO DE OZA

A principios del siglo XX, a medio camino entre A Coruña y la ría de O Burgo, en un enclave estratégico que sirvió de fortín para proteger la ciudad del desembarco de piratas y tropas enemigas, inicia oficialmente su andadura el Sanatorio Marítimo de Oza, la segunda institución sanitaria creada por el Estado en Galicia (tras el lazareto de San Simón, en Vigo) y la primera en dedicarse a la consulta y tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor¹⁵³, sobre todo causadas por la tuberculosis ósea.

Se inaugura en 1910, como centro hospitalario especializado en el tratamiento de la tuberculosis ósea, dependiente en última instancia de lo que era el Ministerio de la Gobernación. Durante las décadas de los 20 y 30, sufre diversas reformas, mejoras y ampliaciones, en agosto de 1936, en el Sanatorio de Oza se habilitan dos pabellones, ocupados hasta entonces por colonias infantiles, para Enfermería Militar, surgiendo de la necesidad de atender a los heridos en los años de la Guerra Civil, haciendo nacer un nuevo concepto de Hospital, (Hospitales de Circunstancia), dependientes de la Inspección

¹⁵² Rodríguez Díaz, A. (2014). El Sanatorio Marítimo de Oza: institución pionera en la atención de la infancia enferma española. *Anuario Brigantino*, núm 37.

¹⁵³ <http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2008/06/06/fortinsalud/196403.html>298.
(Consultado por última vez el 15/02/2017)

Administrativa de los Hospitales Militares del 8º Cuerpo del Ejército, ubicado en el Hospital Militar de A Coruña.

En el año 1940, el sanatorio, pasará a depender del Patronato Nacional Antituberculoso, convirtiéndose diez años después en el hospital con mayor capacidad de España en su especialidad. En la década de los sesenta, a medida que disminuye la incidencia de la tuberculosis, su función se centrará mayoritariamente en las tareas de rehabilitación. Posteriormente, se incorporará a la red de sanatorios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, más tarde al INSALUD y en el año 1990 formará parte de las competencias sanitarias de la Xunta de Galicia, integrándose en el SERGAS (Servicio Galego de Saúde).

Otros sanatorios marítimos, que se habían fundado gracias a la eficaz labor desempeñada por los dos primeros, seguirían una trayectoria diferente al establecimiento de Oza. Con el paso del tiempo, algunos de ellos se dedicarían plenamente a la educación de los menores que padecían discapacidad intelectual, desempeñando una importante función cuando la Educación Especial comenzaba a consolidarse en España¹⁵⁴.

Instalaciones, funcionamiento y organización del Sanatorio:

El actual Hospital Marítimo de Oza se asienta sobre las antiguas instalaciones del lazareto marítimo, inaugurado en 1888. Con la desaparición de la práctica cuarentenaria, sus instalaciones, por Real Orden de 6 de agosto de 1910, se ceden para construir el Sanatorio Marítimo de Oza, para atender a niños pretuberculosos y con tuberculosis ósea. El actual recinto alberga una serie de edificios, algunos de ellos de un gran interés artístico e histórico¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Rodríguez Díaz, A. (2014) El Sanatorio Marítimo de Oza: institución pionera en la atención de la infancia enferma española (1910-1936). *Anuario Brigantino*. nº 37.

¹⁵⁵ <http://personaldelchuac.blogspot.com.es/2010/01/sanatorio-de-oza.html#!> 2010/01/ sanatorio-de-oza.html. (Consultada por última vez el 13/02/2017).

Según recoge *La Correspondencia Gallega*, las obras para edificar el Sanatorio de Oza salen a subasta en Madrid y en la provincia de La Coruña el 30 de marzo de 1909:

Ha sido aprobado por real orden el Proyecto de las órdenes complementarias en los edificios y terrenos del antiguo lazareto de Oza para edificar en dicho sitio un Sanatorio marítimo.

Dichas obras se sacarán a subasta bajo el tipo de 48.334,66 pesetas, en Madrid y en esta provincia el día 30 del actual.

El sanatorio quedará inaugurado, como ya vimos, un año después, en el 1910, como centro hospitalario especializado en el tratamiento de la tuberculosis ósea.

La edificación de pabellones destinados al tratamiento de las osteoartropatías tuberculosas en niños se destacaba como uno de los puntos claves en el desenvolvimiento del Plan para el establecimiento de sanatorios marítimos trazado por el Dr. Manuel Martín Salazar. El Sanatorio de Oza reunía las condiciones ideales, por lo que resultó elegido frente al de Pedrosa para tal fin. Según declaraciones del Dr. Adolfo López Durán, director del sanatorio gallego a la *Revista Ibero-Americana de ciencias médicas*:

«Esta parte del Plan se hizo realidad como modesto ensayo en el sanatorio de Oza. Sanatorio, por su situación, el más apto de los dos para convertirlo en permanente».

El periódico *El Heraldo de Madrid*, de 10 de agosto de 1928, publica un extenso artículo con el nombre de «Una visita al Sanatorio Marítimo Nacional de Oza, Coruña», que ofrece una visión muy completa de su funcionamiento y organización. Según la información revelada por dicha publicación, el personal del sanatorio se componía de director, administrador, cuatro doctores, dos enfermeras de primera, cuatro de segunda, dos maestras permanentes, un mecánico, un jardinero, un mozo auxiliar de jardinero, un mozo para la despensa y vigilante del servicio de cocina, ocho hermanas [doce en época de

colonias] de San Vicente de Paúl, que prestan servicios domésticos, un capellán, un conductor de vehículos, un sereno, un mozo de limpieza, personal del servicio de comedor y pabellones. Además de todo el personal, tres doctores, aparte de los ya existentes en el centro, realizaban su labor desinteresadamente. Las instalaciones estaban equipadas con aparatos modernos y contaba, además, con una zona ideal bajo los pinos para celebrar la escuela al aire libre o para el reposo de los niños.

Un comedor para 600 comensales y en ese mismo pabellón están instalados: el gabinete dental, con todos los adelantos moderno que la ciencia exige; sala del oculista y especialista en enfermedades de los oídos; sala de aparatos de escayola; una magnífica sala galería para niños, en días de sol, un cuarto para la enfermera que vigila los enfermos; sala de operaciones para quirófano; en otro departamento está instalada una lámpara especial para baños de sol artificial y el gabinete de rayos X.

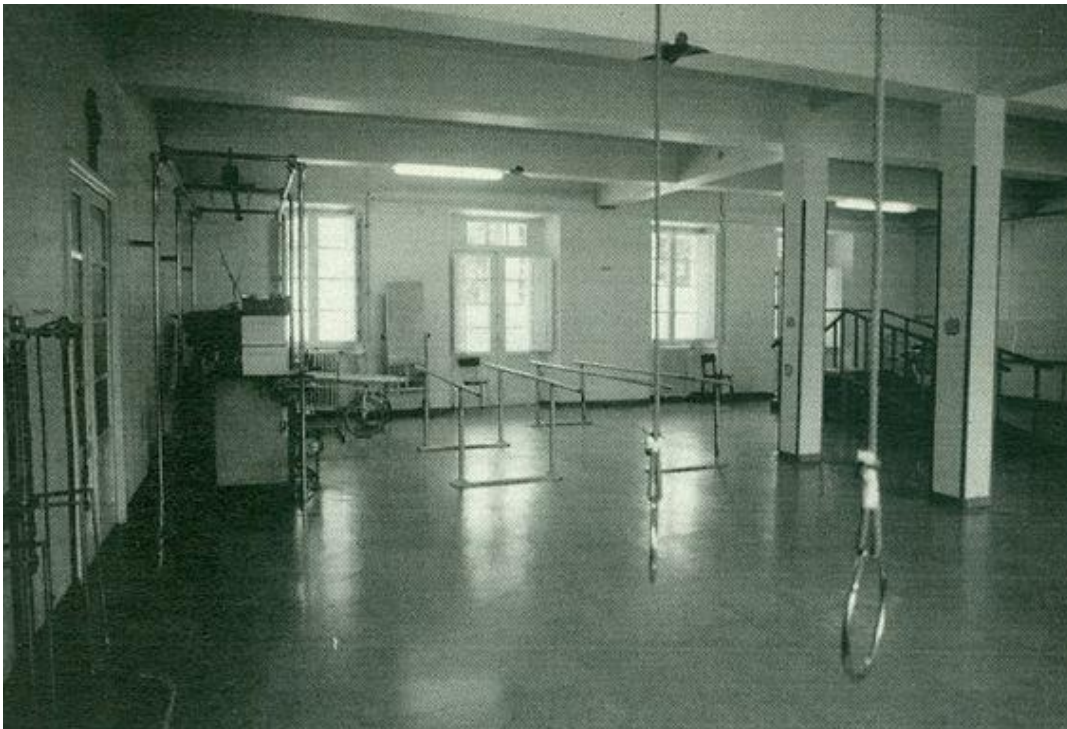


Imagen (44). Gimnasio del Sanatorio de Oza. En: Cendán S. Memoria de otro tiempo: el Sanatorio Marítimo de Oza. Ferrol: Aldine; 2010. Biblioteca Universitaria de Oza. Imagen obtenida en <https://es.pinterest.com/pin/298785756501499323/>



Imagen (45). Los pabellones del Sanatorio de Oza. En: Cendán S. Memoria de otro tiempo: el Sanatorio Marítimo de Oza. Ferrol: Aldine; 2010. Biblioteca Universitaria de Oza. Imagen obtenida en <https://es.pinterest.com/pin/298785756501499437/>

Tiene además el sanatorio una magnífica enfermería para aislar a todos aquellos que padezcan alguna enfermedad contagiosa; dos pabellones Docker enclavados entre pinos, cuyas ventanas permanecen abiertas, día y noche permitiendo así a los enfermos aspirar un aire sano y puro¹⁵⁶.

Una alimentación sana y abundante complementaba los factores terapéuticos externos del sanatorio. El artículo que aparece en *La Correspondencia de España*, del 28 de septiembre de 1920, firmado por Milagros Sanchís de Tolosa Latour¹⁵⁷, explica que los alimentos se sometían a rigurosos controles de calidad y cantidad. Se vigilaba el poder calórico y las condiciones digestivas de las comidas para adecuarse a la edad y a las necesidades de los niños.

A la llegada al sanatorio los niños eran pesados y medidos. Algo que se repite cada quincena. Según los registros de las hojas médico-pedagógicas del

¹⁵⁶ Rodríguez Díaz, A. (2014). El Sanatorio Marítimo de Oza: institución pionera en la atención de la infancia enferma española. *Anuario Brigantino*, núm 37.

¹⁵⁷ Esposa del Dr. Rafael Tolosa Latour, hermano de Manuel.

año 1920, el aumento en la talla y peso de los niños a la salida del establecimiento había sido significativa.

En cuanto al funcionamiento interno del establecimiento, es el director quien asume las competencias relacionadas con el personal técnico y religioso. Estando además bajo su cargo el historial clínico de los niños enfermos, las solicitudes de los pedidos de medicamentos necesarios para los enfermos, así como el fichero de las medicinas y todo lo relacionado con la escuela, maestros, y material. El administrador del sanatorio era el encargado de todo el personal no técnico. En cuanto a los costes e inversión, al no ser una institución que se financiará por sí misma, debía rendir cuentas de los gastos efectuados.

Morbilidad y mortalidad infantil:

El Sanatorio Marítimo de Oza representa uno de los dos primeros sanatorios marítimos que instauró el Estado para proporcionar atención médico-pedagógica a la infancia enferma española como mencionamos anteriormente.

La cifra de mortalidad infantil que se alcanza en España a finales del S.XIX es muy elevada.

La causa principal de esa alta mortandad se encontraba en las frecuentes epidemias, ausencia de vacunas, problemas higiénicos, mala nutrición e inexistentes controles y revisiones de embarazos.

Por otra parte, eran comunes las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis o la poliomielitis, que afectaban a numerosas familias, dejando a los niños con graves secuelas: desfigurados, cojos, raquíuticos. Esta dramática situación provoca que el Estado asuma como parte de sus funciones gubernamentales la protección de la infancia. La supervivencia de los menores se convertiría, de esta forma, en uno de los objetivos prioritarios de la acción preventivo-social a principios del S. XX.



Imagen (46). Madre con niño enfermo. Pablo Ruiz Picasso. Museo Picasso, Barcelona

Entre las medidas que adoptará el Estado para cumplir con este objetivo figuraba la fundación de sanatorios, hospicios y hospitales marítimos, semejantes a los que ya existían en el extranjero.

Los dos sanatorios existentes hasta el momento, el de Pedrosa (Santander) y el de Oza (La Coruña), según consta en su reglamento, habían sido construidos con un enfoque sanitario, pero también pedagógico.

Sin embargo, su misión educativa difería de la escuela tradicional. Si bien los sanatorios marítimos guardaban ciertas semejanzas con las escuelas al aire libre, sus competencias eran mucho más amplias y aspiraban a un perfeccionamiento más completo en su cometido.

7.4.1. Colonias escolares de Oza:

Hasta el Sanatorio gallego de Oza, llegarán niños pretuberculosos o tuberculosos de diferentes provincias españolas. Desde el Patronato de Sordomudos, Ciegos y Anormales, también se organizan colonias hacia la ciudad coruñesa. Los tratamientos dispensados a los enfermos resultan efectivos, a juzgar por la mejoría que experimentan.

Con importantes altibajos las colonias escolares se mantuvieron funcionando en el Sanatorio en el período entre 1910 y 1936. Las plazas eran subvencionadas por las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos:

Su función principal eran el cuidado y educación de niños de uno y otro sexo que padecían localizaciones tuberculosas incipientes y no contagiosas que sólo requerían tratamiento higiénico, y de aquellos que por su naturaleza enfermiza, por sus antecedentes hereditarios y por sus condiciones de depauperación orgánica necesitaran preservarse de la misma enfermedad mediante la cura marítima¹⁵⁸.

¹⁵⁸ (Reglamento del Sanatorio Marítimo, 1910, citado en Galdo, 2007, p.109).

7.4.2. Niños ourensanos en el verano de 1929

Documento de abril de 1929 que corresponde a las negociaciones y gestiones entre el Ayuntamiento de Ourense y el Sanatorio Marítimo de Oza para las plazas de escolares ourensanos¹⁵⁹.

Muy distinguido señor: En la distribución que se ha hecho de las plazas de colonias de este año, se han reservado a esa Excm. Corporación, 15 plazas de niñas y 15 plazas de niños por un período de 60 días, o sea desde el 8 de julio al 5 de septiembre próximos.

Como se trata de la época más codiciada (pues en este Sanatorio empiezan las colonias el próximo mes de mayo y terminan a mediados de noviembre) le agradeceré que con la mayor urgencia me digan si aceptan las expresadas plazas, para, en otro caso, concederlas a otras entidades que las deseen.

En los otros períodos, de mayo a julio y de septiembre a fines de octubre, sí les convienen plazas me lo indican para señalarles número de las disponibles y fechas de entrada y salida.

¹⁵⁹ Correspondencia sobre Colonias Escolares en Oza, 1929 (Arquivo Municipal de Ourense. Fondo Beneficencia)

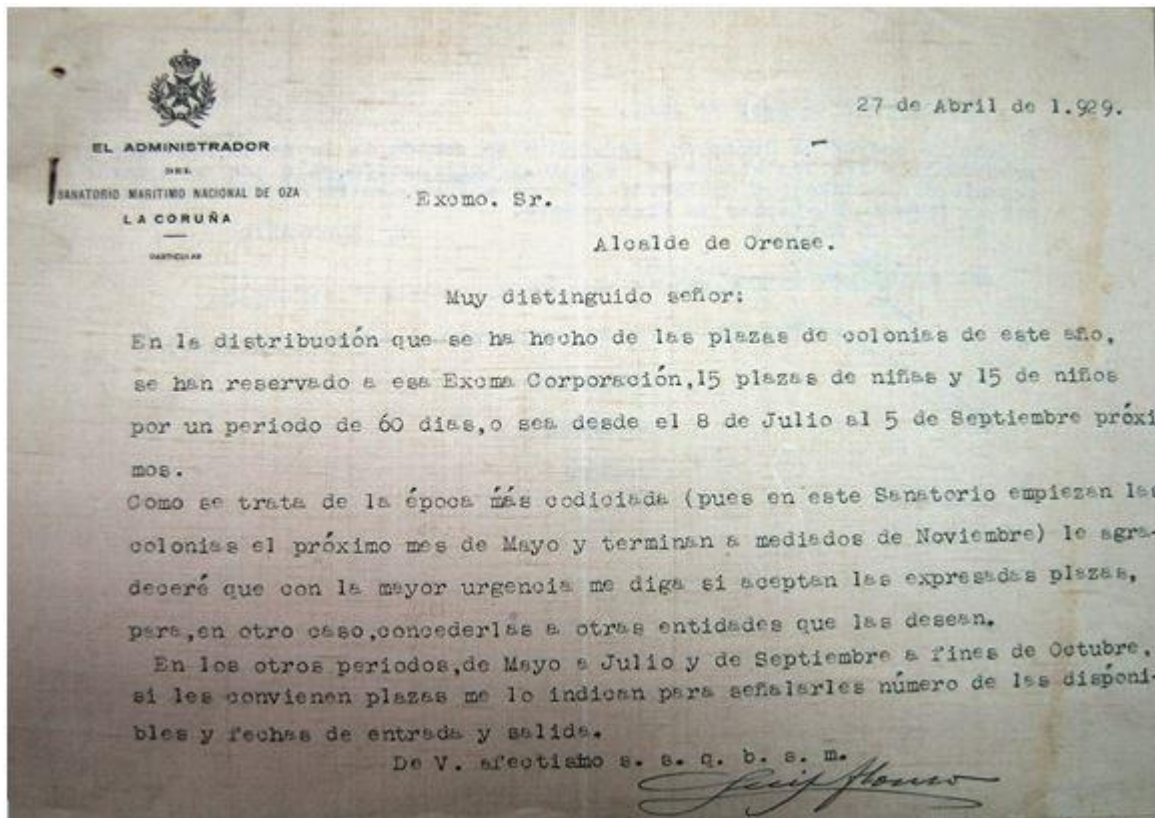


Imagen (47). Correspondencia sobre Colonias Escolares en Oza, 1929 (Arquivo Municipal de Ourense. Fondo Beneficencia)¹⁶⁰.

7.4.3. El Preventorio infantil:

Por otra parte, el «Preventorio Infantil», que aparece en el mismo momento que el sanatorio, compartiendo dirección e instalaciones, surge como una institución independiente, con unas funciones distintas. En este caso la tarea del director consistía en todo lo relacionado con las colonias y sus participantes: fichas clínicas, hojas de reconocimiento, libros de registro de los niños acogidos en el pabellón quirúrgico y de los colonos, así como los menús servidos y otras tareas similares. El administrador se encargaba de la contabilidad y la habilitación de la institución, así como de todo lo relacionado con el personal no técnico del «Preventorio Infantil», es decir, de los servicios no médicos. Cabe añadir que el fondo documental de esta

¹⁶⁰ Imagen obtenida de <http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com.es/2014/10/ninos-ourensanos-en-las-colonias.html>, (consultada por última vez 17/03/2017)

institución se sitúa cronológicamente entre 1912 y 1967, momento en el que se produce su desaparición, suspendiéndose su actividad durante la Guerra Civil. El Ministerio de la Gobernación será quien subvencione los gastos del sanatorio, consignándolos a la partida correspondiente del presupuesto del Estado¹⁶¹.

También había niños, enviados por particulares, a quienes correspondía costear su estancia. Pero estos pagos y algunos donativos que se recibían, no contribuían a sufragar una mínima parte de los gastos del establecimiento. El Estado aportaba una cantidad de dinero extra para las colonias escolares. Una suma que el Ayuntamiento de Madrid iría incrementando anualmente en vista de los buenos resultados obtenidos.

Las instalaciones del Sanatorio, que desde un principio se mostraban amplias y bien distribuidas, con el tiempo fueron aumentando sus dependencias, para satisfacer las necesidades de los niños internos. Si bien en los primeros años contaba con dos pabellones, se añadiría más tarde un pabellón quirúrgico para los niños que, a diferencia de los colonos, permanecían en el establecimiento sometidos a tratamiento.

Así lo atestigua el periodista Manuel Pedreira, escritor de varias columnas sobre el sanatorio coruñés en diferentes publicaciones. Según dice, es al ilustre fundador de *La Voz de Galicia*, Juan Fernández Latorre, a quien se debe el milagro de que el antiguo lazareto de San Diego se convirtiera en un hospital para niños. Desde entonces, la ciudad coruñesa exhibía con orgullo el sanatorio, al que se había acostumbrado a considerar como suyo.

Igualmente se constata que había una diferencia muy grande del aspecto general de los niños al ingreso y a la salida del sanatorio. En cuanto a las curaciones de los pequeños, *El Heraldo de Madrid*, la misma publicación que detalla las instalaciones del sanatorio, precisa que en el año 1927 se

¹⁶¹ Sánchez Quintero., C.; Martínez García, L.; Díaz Vázquez, B. (1991): «El sanatorio marítimo nacional de Oza: Estudio de siete fondos documentales». Boletín de la ANBAD .41, nº1, p.7-20.

habían dado de alta por completa curación ocho niños y once niñas. Entre ellos, uno al que el periódico le pone nombre y apellidos que permaneció en este sanatorio durante siete años con el Mal de Pott (tuberculosis de la columna vertebral que puede dar origen a giba dorsal y trastornos neurológicos como paraplejia), saliendo totalmente curado. En ese mismo año el promedio de engorde de los niños podía cifrarse en algo más de cuatro kilos. Excepcionalmente alguno había llegado a ganar ocho kilos.

En el Sanatorio de Oza los profesores hacen vida común con los niños, presiden la mesa, les reparten la comida, vigilando especialmente su apetito, se lavan y bañan cuando ellos, juegan a sus juegos, dirimen sus cuestiones y duermen en sus mismos dormitorios.

La jornada de los colonos comenzaba a las siete y media de la mañana, procediendo al aseo de ocho a nueve en presencia de un profesor o profesora. Si alguno de ellos por edad o dificultades manuales no pudiese asearse, procederá a auxiliarlo el profesor que tenga el grupo a su cargo, quien también vigilará escrupulosamente el estado de limpieza de las cabezas. El desayuno se repartía de nueve a nueve y media, la clase de canto de diez a once y a la playa acudían de once a una; Luego vendría: el almuerzo de una y media a dos y media; el reposo de dos y media a cuatro; la escritura por grupos, de cuatro a cinco; playa de cuatro a ocho y media; merienda en la playa a las cinco y media; cena de nueve a diez y media; silencio, a las once.

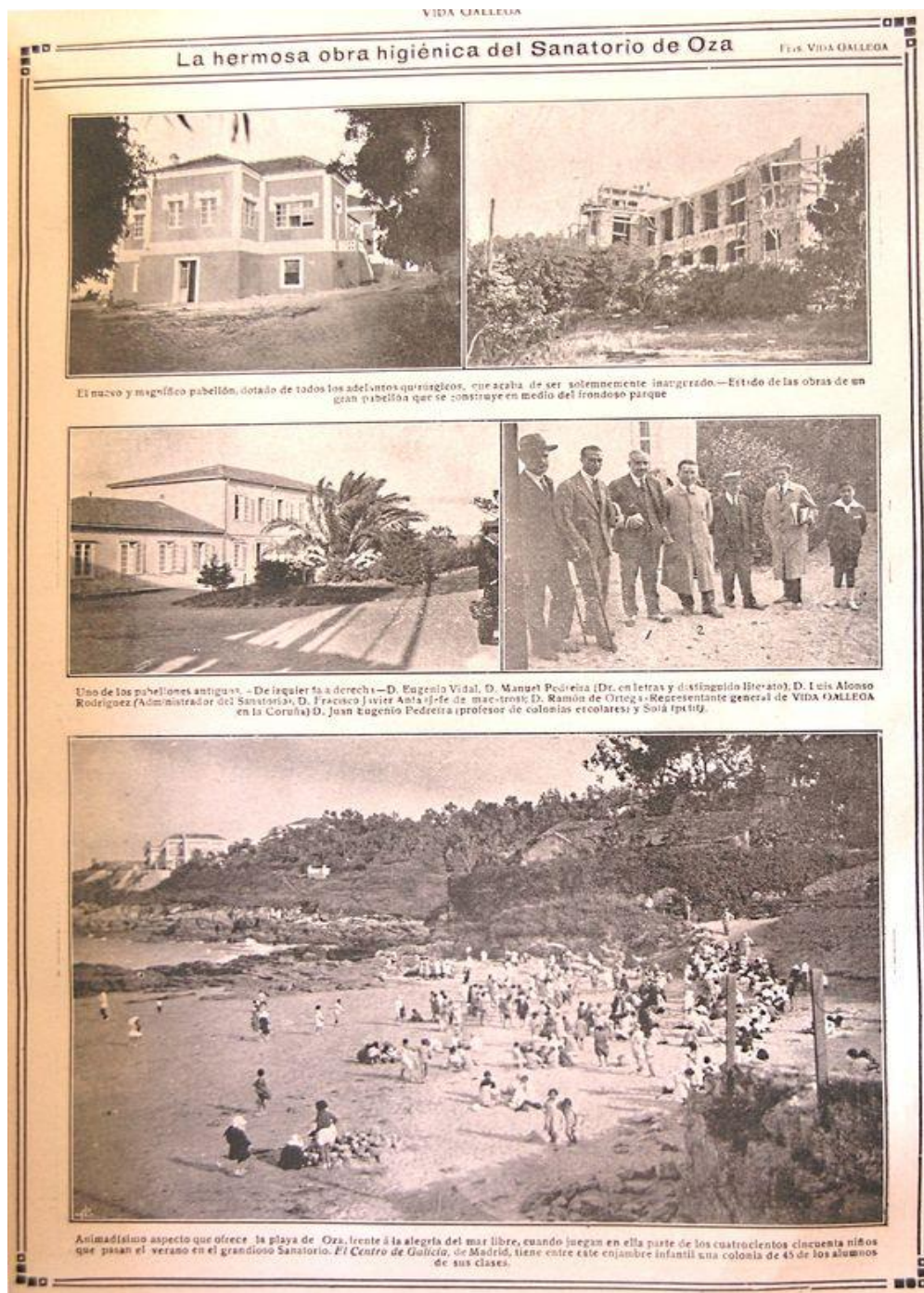


Imagen (48). Los pabellones del Sanatorio de Oza. Pabellones, autoridades y la antigua Playa de Oza¹⁶².

¹⁶² En: Vida Gallega, VIII-1923.

Imagen obtenida <https://es.pinterest.com/pin/311522499204698475/>

Cabe señalar que la rutina de los horarios de las comidas y el sueño, que presidía la vida de los niños, era diferente según que los menores estuviesen o no sometidos a tratamiento.

El Sanatorio de Oza albergaba a niños enclenques, pretuberculosos, desnutridos y anémicos, que precisaban un tratamiento sencillo y su recuperación acostumbraba a ser rápida. Pero ahí también se encontraban los niños declarados tuberculosos con diferentes lesiones en ganglios, huesos y articulaciones, que necesitaban intervenciones de cirugía.

En este caso su tratamiento era más complicado y lento. De los tres pabellones que tenía el sanatorio, los dos más antiguos, de dos plantas, eran ocupados por los colonos escolares.

El pabellón más moderno, el quirúrgico, se destinaba a los enfermos que debían permanecer todo el año en tratamiento.

La playa, tal como considera el periodista Manuel Pedreira, era el alma del sanatorio.

Durante el tiempo de permanencia de los niños en la playa se vestían el traje de baño y realizaban durante media hora ejercicios de gimnasia rítmica. Después, tras un pequeño descanso, se bañaban en grupos de quince. En el momento del baño los profesores se mantenían en alerta, vigilando tanto a orillas del agua como dentro del mar en una lancha de auxilio. Cuando el tiempo era bueno, los niños, antes y después de haberse bañado, tomaban baños de sol.

Los juegos violentos, como el fútbol o pelota, se limitaban a media hora por la mañana, y media por la tarde. El tiempo sobrante lo empleaban los profesores para enseñarles mediante charlas o cuentos didácticos que les resultasen amenos. Con la pretensión, entre otras cosas, de inculcarles el amor a la patria y los deberes de ciudadanía. El reposo se efectuaba bajo los pinos. Durante este tiempo de descanso los profesores prohibían a los colonos toda

clase de juego o distracción. Finalizado el reposo, los niños escribían a sus familiares. En caso de que no supiesen o tuviesen dificultad para escribir, los profesores serían los encargados de hacerlo. Uno de los ejercicios que los niños practicaban consistía en la escritura de un diario, considerado como un método de libre expresión que potenciaba la capacidad de observación, de redacción y de reflexión.

Con el tiempo, el descubrimiento de los antibióticos reduciría notablemente el número de los niños que ingresaban para ser hospitalizados o tratados de ciertas patologías como la tuberculosis. Como consecuencia de ello y debido a otros avances sociales relacionados con la salud, los establecimientos sanitarios que se habían dedicado a atender a estos pacientes deberán especializarse en otras tareas.

7.5. SANATORIO DE ALTURA DE CESURAS

Aunque en Galicia existía el Sanatorio Marítimo de Oza, establecimiento de iniciativa estatal para tratar a niños con predisposición a contagiarse de esta enfermedad como vimos anteriormente, el número de sanatorios para tratar a los enfermos era insuficiente (Peña Novo 1925: 83). Así en el Congreso sobre la Tuberculosis celebrado en La Toja y Mondaríz, en 1925, se toma la decisión de comenzar la construcción, con iniciativa privada, de dos sanatorios uno en La Lanzada que llega a inaugurarse en 1933 después de múltiples problemas y el otro, un sanatorio de montaña, que fue diseñado en el Ayuntamiento de Cesuras, en unas montañas de altura media, tan conveniente para los enfermos pulmonares según los tisiólogos gallegos. En 1930 Peña Novo llama la atención sobre la situación de penuria en cuanto a la construcción de los Sanatorios en Galicia. Con respecto a los sanatorios en construcción dice que «son pequeñas las esperanzas que tenemos en su pronta utilización» (Peña Novo 1930: 47). A pesar de todo el Sanatorio de A Lanzada pasa a depender en 1933 de la Diputación Provincial de Pontevedra, institución que en virtud del Reglamento de Sanidad Provincial de 1925 debía asistir a los Tuberculosos

mediante instituciones especiales. Este pesimismo de Peña tuvo su acierto en el caso de Cesuras que según su testimonio le falta apoyo económico y social (Peña Novo 1930: 118-119). La primera piedra del Sanatorio se puso en 1924, aunque sus obras comenzarían en el año siguiente, con arreglo al primer proyecto del arquitecto Rafael González Villar, pero a partir de entonces el proyecto se enfrió y solamente de vez en cuando se alzaba la voz de algún intelectual reivindicando, en diferentes medios de comunicación, la construcción del deseado edificio (Garrido Moreno 1998: 191). Aunque tenemos noticias de que en esta parálisis de la construcción pudieron influir motivos de falta de fondos, el hecho tampoco es ajeno a la nueva estructura política de la sociedad española ya que con la instauración de la República la lucha contra la tuberculosis fue considerado un problema estatal que se acompañó de un aumento considerable de los presupuestos destinados a lucha contra esta enfermedad. Así el Estado no siguió ninguna de las orientaciones que en aquel momento imperaban en Europa y Norte de América que consistían en auspiciar una asociación privada que, en última instancia, era la encargada de gestionar e invertir los recursos estatales. Sin lugar a duda influyó en esta postura la consideración de la antigua organización como Monárquica y ligada a una tradición absolutista que la República se dispuso a desterrar.

En la presentación del proyecto el arquitecto expuso un pabellón para 80 enfermos, estableciendo en el Sanatorio «habitaciones para enfermos pudientes» que posibilitaría unos ingresos económicos adecuados para tratar de mantener el centro. La primera piedra se coloca el 4 de agosto de 1924, organizándose con motivo del acto una romería a esta población, se establece el 11 de agosto como el «Día de la Flor» en la ciudad de A Coruña. La propuesta recabó apoyo de la prensa especialmente de *El Ideal Gallego*, que en su número del 25 de julio de ese año, publica un amplio reportaje titulado «La Lucha contra la tuberculosis: Por la salud y la vida de Galicia»

En ese momento surgen numerosos intentos para llamar la atención sobre el problema de la tuberculosis en Galicia y la urgente necesidad de crear

un Sanatorio destinado a los enfermos potencialmente curables. En su texto Villar Ponte llama a la unidad de toda Galicia en el proyecto y la colaboración de las comunidades de emigrantes ya que «la emigración nos trajo y sigue trayéndonos los principales focos de contagio de la peste blanca para nuestros verdes campos paradisíacos». Este llamamiento es pronto contestado por el Centro Gallego de La Habana quien transmite al Dispensario Antituberculoso de A Coruña que «la junta de asociados acordó contribuir a la construcción de un pabellón para sus socios enfermos» al mismo tiempo que notifica que los planos diseñados por González Villar están expuestos en los salones del centro. La búsqueda de fondos económicos va a ser una constante a lo largo de todo este período para un proyecto que para muchos era desmesurado en el gasto. Justificando ese exceso de presupuesto Marcelino Ramírez, recuerda en una colaboración periodística que si bien el presupuesto es crecido más es la pérdida económica derivada de las defunciones por tuberculosis ya que «tarde han dado en darse cuenta que los 40.000 muertos en España, representan una pérdida de dos mil millones de pesetas». En septiembre de 1924 se recibe, desde el Gobierno Central, el primer donativo oficial para la construcción del Sanatorio proveniente de los fondos de la lucha antituberculosa que asciende a 5.000 pesetas y en octubre se inicia la primera suscripción pública.

A comienzos de 1925 surge el llamamiento oficial por parte de Villar Ponte a la unidad en torno al proyecto del Sanatorio de Cesuras «Dos provincias gallegas se hallan unidas en una trascendental propuesta. Ahora solo falta unir las otras dos las de Ourense y Pontevedra. No estamos en el caso de entregarnos una vez más a antagonismos provincialistas y localistas» anunciando la visita de miembros del Dispensario Antituberculoso de A Coruña a Vigo y Orense tratando de buscar una solidaridad en el proyecto.

El respaldo de los centros gallegos de la emigración al proyecto sufrió diferentes vaivenes. En 1925 diferentes medios de comunicación recogen su apoyo al proyecto, especialmente del Centro Gallego de la Habana, más tarde

este se circunscribe al mantenimiento de un pabellón privado de 40 camas. En 1926, las intenciones ya son otras.

En 1928 se confirma el abandono del Proyecto de Cesuras por el Centro Gallego de La Habana, al mismo tiempo que sabemos que este Centro Gallego busca terrenos en la montaña para un sanatorio propio.

Dos factores importantes influyen en esta fecha en la parada del proyecto. Por una parte, el abandono del mismo por parte de las provincias de Pontevedra y Orense, la prensa recoge en ese mismo año la demanda para realizar otro sanatorio antituberculoso para las provincias de Ourense y Pontevedra, en las inmediaciones de La Cañiza. Posteriormente, el Ayuntamiento de Curtis sería otro de los que rompen la unidad del proyecto inicial al ofrecer al Centro Gallego de la Habana «terrenos donde ubicar el Pabellón Antituberculoso que esta institución se proponía sufragar». El otro factor en contra de la construcción del sanatorio es una polémica considerada «estéril» entre el estamento médico. El tema de esta polémica eran las dudas sobre la bondad del clima de la zona elegida. Para muchos «ese movimiento por la construcción del Sanatorio de Cesuras está movido por razones sentimentales, siempre generosas, más que por razones científicas». El principal artífice de esta polémica fue un «joven médico gallego» que aparece en todas las crónicas, el Doctor Carlos González Regueral¹⁶³. Entre sus apoyos

¹⁶³ Carlos González-Regueral González Sela (en algún sitio aparece también como De Sela) Nacido en Azul (Argentina) el 3 de noviembre de 1897, murió en Santiago de Compostela el 25 de diciembre de 1957. Bachiller en el instituto de Gijón 1913. Cursó la asignatura de Alemán con notable en el curso 15/16 en el Instituto de Santiago. Hizo primero de carrera de medicina en la Universidad de Oviedo en 1912-1913; segundo y tercero en la Universidad de Madrid 1913/1915. El resto de la carrera en Santiago (AHUS Legajo 580, Expdte 23) con 6 matrículas de honor y 7 sobresalientes. El grado de Licenciado lo obtuvo con sobresaliente el 25 de junio de 1919 ante tribunal formado por Miguel Gil Casares, como Presidente, Novo Campelo como vocal y Fernando Alsina como secretario. Le tocaron en suerte los temas: 1.- medicina angiotónica y angiopléjica y medicamentos que la constituyen y 2.- Diagnóstico y tratamiento de las blenorragias. El 7 de mayo de 1920 pide traslado a Madrid, probablemente para cursar el doctorado pues había hecho, con este fin Análisis químico en la facultad de Farmacia de Santiago. El 28 de febrero de 1920 ingresa como Alférez Médico de la Escala de reserva y aparece destinado en Madrid en lo Anuarios militares españoles de 1921 a 1925. Tras la guerra civil establece su consulta en Santiago

están Marañón, Gil Casares, presidente del tribunal de su examen de grado de licenciado, Gómez Ulla, y Verdes Montenegro. Su conferencia pronunciada en el Centro Gallego de Madrid en 1925, se convirtió en un ataque directo al dispensario antituberculoso de A Coruña cuya labor consideraba funesta, combatiendo el proyecto de Cesuras ya que el lugar no tenía las condiciones climatológicas adecuadas, por otra parte estimaba que la lucha contra la tuberculosis no debía orientarse hacia la construcción de sanatorios, sino que se necesitaba suprimir o restringir enérgicamente la emigración pero para ello se necesitaba intensificar antes el trabajo y la producción.

Otras opiniones en contra parecen encontrarse en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. En 1925 se organiza el Congreso Antituberculoso Gallego en la Toja, bajo la presidencia de Gil Casares, que estaba presente en el homenaje madrileño al Dr. Regueral, y del que nacerá el Sanatorio de La Lanzada.

Fue Enrique Hervada en el que en medio de la polémica de este congreso entre los que estaban a favor y en contra de la construcción del nuevo sanatorio de Cesuras argumentó por que se debía apoyar la construcción del Sanatorio de Cesuras.

En esta polémica vuelven en defensa también del proyecto los médicos de Coruña y del dispensario antituberculoso. Marcelino Ramírez¹⁶⁴, veterinario militar y médico tisiólogo, director del Dispensario, ofrece una conferencia en la Sociedad «Reunión de Artesanos» en que manifiesta que la ubicación del sanatorio de Cesuras es «equiparable a las mejores de Suiza y Francia» al mismo tiempo que presenta el plan de actuación de la Junta Provincial Antituberculosa. Por otra parte se presentan en la ciudad figuras eminentes de

de Compostela, anunciado en la prensa como Especialista en Enfermedades del Tórax, en la Rúa Nova n.º 57.

¹⁶⁴ Vid. Ponte Hernando, Fernando J.; González Castroagudín, Sonia; Rego Lijó, Isabel ([2016], "Marcelino Ramírez García", en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*. [lectura: 30/12/2016]
[URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?>

la Tisiología nacional como el Dr. Codina Castellví, con el objetivo de «intensificar la campaña higiénica y humanitaria Pro-Cesuras».

Pese a los esfuerzos realizados para que saliese adelante el proyecto, en 1933 las obras se dan por paralizadas y en 1934-35 la Diputación, haciéndose eco de una necesidad sentida, solicita al Estado la terminación de las obras del sanatorio. Aparte de los problemas políticos denunciados por Villar Ponte quizás el principal problema en la construcción del centro fue la escasez de recursos económicos, como manifiesta una crónica escrita a posteriori.

La obra era necesaria pero su planificación económica parece ser que fue la principal causa del descalabro, algo que ya Peña Novo advertía antes del declive del proyecto cuando afirmaba: «hay que construir sanatorios y hospitales, pero no palacios sino edificios muy baratos, lo más barato posible, hasta hacerlos de madera, si así cuestan menos¹⁶⁵. Al planear estas edificaciones se debe tener presente que todo lo que sobra perjudica, porque en ello se va gastar lo que tendrá una más necesaria aplicación en otro capítulo del presupuesto y en tales obras sobra todo aquello que no sea indispensable» (Peña Novo 1930: 77-78).

¹⁶⁵ Fernández Fernández, Carlos M. (2011) *El Sanatorio de Cesuras en la lucha contra la tuberculosis en Galicia a principios del siglo XX*. Anuario Brigantino 2011. nº 34. Carlos M. Fernández Fernández, doctor en Medicina por la USC, es miembro del CEIS XX (Universidad de Coímbra) y Vicepresidente de la Sociedad Portuguesa de Historia de la Medicina y Filosofía Médica para el trienio 2011-2013. N. de la A.

7.6. EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO



Imagen (49). Dispensario antituberculoso de La Coruña ¹⁶⁶.

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 Europa el primero es el 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 ¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Imagen obtenida de <https://es.pinterest.com/pin/467670742529512642/>

¹⁶⁷ Rego Lijó, I. (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina tisiológica*. A Coruña. Universidade. Tesis doctoral

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 abandonarlos¹⁶⁸.

Las condiciones que debía reunir el dispensario ideal fueron redactadas por los Dres. Gimeno Cabañas, Fernández Campa y Malo de Poveda, en 1905.

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 privado¹⁶⁹.

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

¹⁶⁸ Codina Castellví, J. Los recursos complementarios de los Sanatorios Antituberculosos. *El Ideal Gallego*. 25/07/1924. Pág. 13.

¹⁶⁹ Rego Lijó, I. (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina fisiológica*. A Coruña. Universidade. Tesis doctoral

valoraría el estado de la enfermedad y se haría un estudio de contactos y medidas de salubridad en el entorno familiar. Si fuese necesario desde allí sería derivado a otro nivel asistencial¹⁷⁰.

El Dr. Hervada, en su gran obra de carácter epidemiológico «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 profilaxis 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.

También Peña Novo, en 1930, 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 tuberculosis. 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, 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 distrito de la provincia.

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

¹⁷⁰ Malo de Poveda, B. (1926). *Actualidad permanente contra la tuberculosis*. (Dispensarios, Sanatorios Colonias infantiles). Madrid; Imprenta de E. Giménez.

estadísticas y las medidas profilácticas necesarias en cada caso; facilitará a los dispensarios de cada distrito todos los 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 verdad¹⁷¹.

¹⁷¹ Peña Novo, Plácido (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret



Imagen (50). Sala de consulta del Dispensario Antituberculoso de La Coruña, en la calle Sol¹⁷².

Generalmente, los dispensarios eran instalados en viviendas donadas para tal fin o alquiladas para abaratar costes .

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 subalterno¹⁷³.

¹⁷² Arquitecto: Pedro Mariño.

Imagen obtenida de:<https://es.pinterest.com/pin/467670742529708980/>

¹⁷³ Rego Lijó, I. (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina fisiológica*. A Coruña. Universidade. Tesis doctoral

En 1924 Enrique Hervada expone que existen cuatro dispensarios en funcionamiento en Galicia: A Coruña, Ferrol, Vigo y Orense que realizan una intensa labor médica pero escasa labor social.

7.6.1. Dispensario de La Coruña

En Galicia fue el primer dispensario en entrar en funcionamiento cuya puesta en marcha estaba prevista que comenzara en 1903.

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 construcción del mismo, pudiendo haber sido el primero en crearse en España.

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. El Dr. Villabrille¹⁷⁴, en 1905, lo resumía:

Vienen con plausible celo distinguidos compañeros haciendo trabajos inauditos para establecer en esta ciudad un Dispensario anti-tuberculoso que lleve por lema: organizar la lucha contra la tuberculosis en la misma familia del obrero enfermo o 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 a este llamamiento cuyo fin es altamente humanitario? Triste es decirlo: con bien poco entusiasmo por cierto. Pero

¹⁷⁴ Andrés Villabrille Abella (promoción de la Facultad de Medicina de Santiago 1884-1890) AHUS. Legajo 1585. Expte. 6. Estuvo en el Congreso antituberculoso de La Toja en 1925 (El Ideal Gallego 16 de septiembre de 1925 .1.) Fue Médico en Cedeira, su pueblo natal (El Correo Gallego 23 de febrero de 1927 p.1) y, después en Coruña. Con los Dres. Emilio Alfeirán y Francisco Aznar, médico de la casa de baños *La Primitiva*, sita en la Avda. de Rubine 47, de La Coruña. Debía ser una instalación muy moderna para la época pues anunciaba: Baños de agua de mar y dulce, duchas, silla uterina, Pulverizadores, Duchas nasales, Masaje (sic), Mecanoterapia, Electroterapia y 26 habitaciones con pilas de mármol y azulejos, timbres eléctricos y reloj. *El Eco de Galicia* 18 de abril de 1898.p.3.

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 o 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 o 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 a su debido tiempo; vivir en habitaciones aireadas, limpias, sin humedad y expuestas a la luz solar que destruye los gérmenes; aclimatarse progresivamente a 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 o 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 reposo,

limpieza, aireación, pocos vicios, luz solar en abundancia, gimnasia respiratoria y sobrealimentación¹⁷⁵.

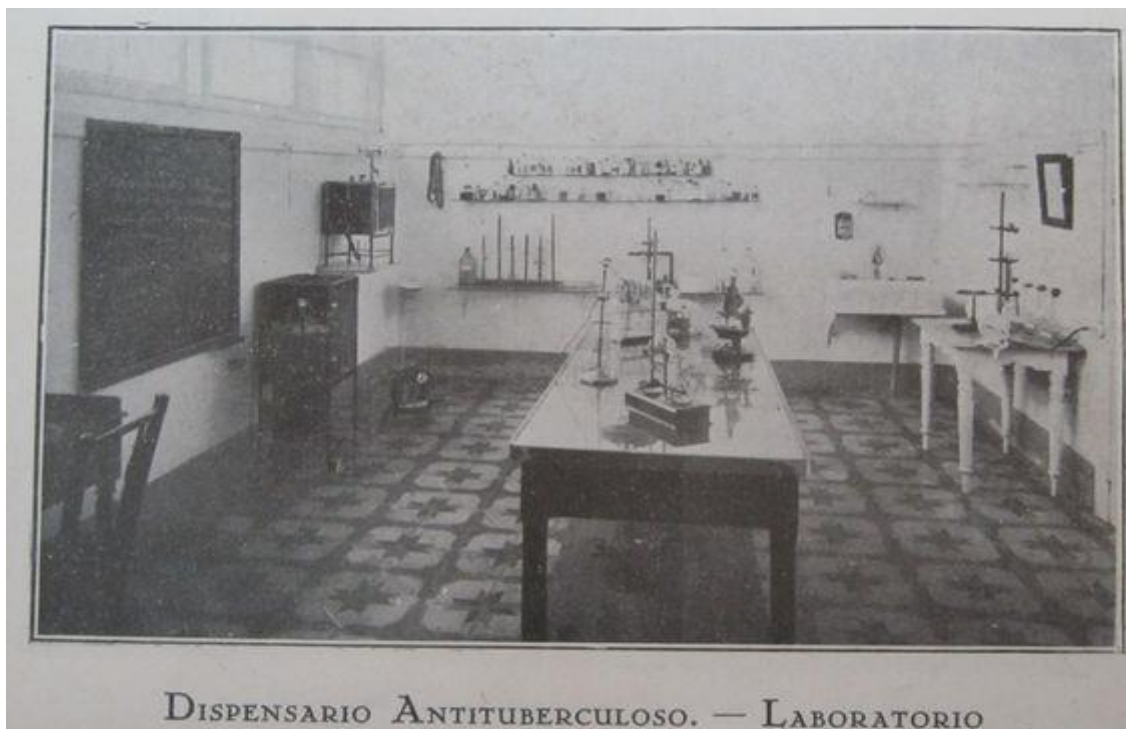


Imagen (51). Laboratorio del Dispensario Antituberculoso de La Coruña¹⁷⁶.

Finalmente el Dispensario de A Coruña fue acogido en el edificio Casa Sol de A Coruña, diseñado por Pedro Mariño 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.

Sin embargo, y pesar de los esfuerzos realizados por sus promotores continuó padeciendo grandes dificultades en su labor debido a los escasos recursos disponibles. Fraga Lago¹⁷⁷ en un artículo de 1915 dedicado a la lucha

¹⁷⁵ Villabrille Abella, A (1905). Actualidad médica. La tuberculosis. *Coruña Moderna* Año I. Núm. 3. Pág. 5-6.

¹⁷⁶ Imagen obtenida de <https://es.pinterest.com/pin/467670742529709009/>

¹⁷⁷ Fraga Lago, Emilio (1915). Algo de lucha antituberculosa. *Medicina Social*. Año V. Núm. 57. Barcelona. Octubre pág. 130

antituberculosa publicado en *Medicina Social*, se quejaba de los escasos logros obtenidos por este establecimiento¹⁷⁸.

Así mismo lo hizo el Dr. Marcelino Ramírez García en la Conferencia pronunciada en 1925 en la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos, con el objeto de exponer al juicio del pueblo de La Coruña, la labor que realiza el Dispensario Antituberculoso.

La opinión coruñesa y singularmente los que con sus donativos y suscripciones contribuyen a sostener los gastos del Dispensario, tienen perfectísimo derecho a conocer el rendimiento de la labor realizada en dicho establecimiento, y nosotros el ineludible deber de esta natural y legítima satisfacción, tanto más cuanto que la forma silenciosa y callada con que dicha labor se realiza, hace que ella sea desconocida por la inmensa mayoría del público.

Hace cuatro años, que con el fin de mejorar en lo posible los servicios del Dispensario, se llevó a cabo una reorganización de los mismos para lo cual, en toda la prensa de la localidad, se hizo un llamamiento a la clase médica de la capital, para que prestara su concurso a obra tan humanitaria, como la de atender a los enfermos tuberculosos pobres.

A dicho llamamiento respondieron solamente diez o doce compañeros de los ochenta que aproximadamente existen en la capital, pero por razones muy respetables que nosotros no tenemos derecho a examinar, bien pronto fueron abandonando el establecimiento hasta quedar solamente los que de antiguo veníamos trabajando en el mismo.

En los 19 años que aproximadamente lleva de existencia el Dispensario, ha pasado por varias vicisitudes y sufrido algunas modificaciones, siendo la más importante de estas últimas la llevada a cabo hace unos cuatro años y en realidad, excepción hecha de la separación de las funciones técnicas o facultativas de las administrativas, puede decirse que no se hizo más que ampliar las ya existentes.

[...] Sabido es que al Dispensario acuden enfermos de toda clase y en todos los períodos evolutivos de la enfermedad, los cuales son minuciosamente reconocidos por

¹⁷⁸ Rego Lijó, I. (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina fisiológica*. A Coruña. Universidade. Tesis doctoral

el personal correspondiente del mismo, empleándose cuantos medios diagnósticos hay disponibles y se consideran necesarios.

Los enfermos que de dicho reconocimiento resulta que no padecen ninguna lesión tuberculosa son excluidos del Dispensario de modo absoluto.

Por el contrario, los que resulta que están tuberculosos, ingresan en el Dispensario y son clasificados según su gravedad y período; podrían someterse a tratamiento en el Dispensario, pero la inmensa mayoría deberían de ser tratado en un Sanatorio de curación y los más graves en un Sanatorio de avanzados.

Como no tenemos ninguno de estos establecimientos, todos los enfermos en los cuales no está contraindicado el tratamiento tuberculínico, se someten a él, sin perjuicio de emplear todos los demás tratamientos que se juzgan eficaces, y los restantes son atendidos, siempre que asisten al Dispensario.

En el tratamiento de la tuberculosis estamos como estábamos hace 15 ó 20 años , sin adelantar un solo paso, y si entonces era el tratamiento tuberculínico el mejor de cuantos se conocían, continúa siéndolo actualmente y continuará hasta que se descubra otro mejor. Por eso es el preferido por nosotros, por cuanto una larga experiencia nos ha demostrado su superioridad sobre todos los demás y aún con todas sus deficiencias e inconvenientes son numerosísimos los casos de curación que con él venimos obteniendo desde hace muchos años .

El resultado de la labor del Dispensario desde 1922 hasta el 1 de julio de 1925 es:

Asistidos	2163
Excluidos por no padecer tuberculosis	1183
Excluidos por no demostrar pobreza	607
Aliviados	549
Curados	249
Agravados	217
Fallecidos	156
Bajas por causas desconocidas.....	446 ¹⁷⁹

¹⁷⁹ Ramírez García, Marcelino (1925). Conferencia pronunciada en la Reunión Recreativa de Artesanos. *La labor del dispensario Antituberculoso de La Coruña*. Imp. Garcybarra .

El Dr. Hervada también comenta lo siguiente¹⁸⁰:

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.*

Todos los médicos que han pertenecido al Dispensario, desde la fundación de éste, han reconocido la necesidad de construir un Sanatorio antituberculoso y también los médicos actuales no han parado de dar los primeros pasos para llevar a la realidad lo que durante quince años no había sido más que un ideal que consideraban casi imposible de realizar.

Primeramente se pensó en instalar un Sanatorio en pequeña escala, de proporciones modestas para un número reducido de enfermos, bien alquilando una casa o construyéndola en el sitio que se creyese de mejores condiciones; pero bien pronto surgió la idea, de la necesidad de un Sanatorio en gran escala con arreglo a las corrientes actuales.

Para llevar esta idea a la práctica, el primer paso dado consistió en buscar el sitio donde había de instalarse o emplazarse el Sanatorio, para lo cual, durante bastante tiempo se hizo un recorrido por la inmediaciones de Oza de los Ríos, Cesuras, Curtis, Teijeiro, Guitiriz ,...

[...]La adquisición de la finca de Cesuras, para emplazamiento del Sanatorio, hubiera sido imposible, sin la eficaz y decisiva intervención de los hermanos Sánchez Roca, que fueron una verdadera providencia, pues sólo así pudieron adquirirse, a un precio baratísimo, cincuenta y una parcelas pertenecientes a 29 propietarios, con una extensión total de 85.000 metros cuadrados¹⁸¹.

Pág 4-9.

¹⁸⁰ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Imprenta del Noroeste

¹⁸¹ Ramírez García, Marcelino (1925) Conferencia pronunciada en la Reunión Recreativa de Artesanos. *La labor del dispensario Antituberculoso de La Coruña*. Imp. Garcybarra . Pág 11-13

El Dispensario 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 región¹⁸².

El Profesor Dr. Fernando J. Ponte Hernando, también recoge en su tesis doctoral «El concepto, un mundo, una salud, en los inicios del siglo XX: El Dr. Marcelino Ramírez García (1864-1940). Veterinario militar y Médico» lo siguiente en referencia al funcionamiento y dificultades por las que pasó el dispensario de A Coruña:

Sabemos que hacia 1921 se llevó a cabo una reorganización de los servicios del Dispensario de La Coruña. Para ello se hizo un llamamiento en prensa local a todos los médicos de la capital coruñesa, para que prestaran su apoyo a esta noble causa.

A dicho llamamiento, respondieron solamente diez o doce compañeros de los ochenta que existen en la capital, pero por razones muy respetables que nosotros no tenemos derecho a examinar, bien pronto fueron abandonando el establecimiento hasta quedar solamente los que de antiguo veníamos trabajando en el mismo.

Oficialmente, el Dispensario comenzó a funcionar en 1903, sobre un proyecto de 1901. No obstante, leyendo a los diversos autores, hay coincidencia en las numerosas dificultades que se encontraron, fundamentalmente, cómo no, económicas. Aunque Pereira Poza dice que fue finalizado en 1903 eso que no es exacto, como veremos, no significa que empezase a funcionar en esa fecha y menos a pleno rendimiento.

¹⁸² Romero Vázquez, Dimas (1977). Galería de médicos gallegos ilustres. Prólogo del Dr. Domingo García-Sabell. A Coruña; Ed. Moret. Pág. 91

[...]Se decía que el Dispensario llenaba indicaciones didácticas, profilácticas y terapéuticas a la vez y todas puramente benéficas. Conclusión, una auténtica *fantasía desiderativa*, que diría un psiquiatra.

Una novedad, quizás, era que llevaba implícito el hecho de la especialización porque contemplaba que había que agregar la asistencia a otras localizaciones de la tuberculosis aparte de la pulmonar, como la laríngea, genital o el caso de los tuberculosos infantiles. De entrada hacían falta, dermatólogos, otorrinolaringólogos y pediatras por lo menos. Lo que en estos tiempos de especialidades nacientes no era tan sencillo¹⁸³.

7.6.2. 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. Funcionó desde esta fecha con el nombre de Dispensario Antituberculoso de Cruz Roja¹⁸⁴.

Será el Dr. Hervada quién recoja en su obra *La lucha antituberculosa en Galicia* en 1924, la actividad de los principales dispensarios y su desarrollo 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

¹⁸³ Ponte Hernando, F.J (2017) *El concepto, un mundo, una salud, en los inicios del siglo XX: El Dr. D. Marcelino Ramírez García (1864-1940). Veterinario militar y Médico. Tesis doctoral.*

¹⁸⁴ Rego Lijó, I. (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina fisiológica.* A Coruña. Universidade. Tesis doctoral

las viviendas de los enfermos consultados, a fin de informar sobre sus condiciones de salubridad”¹⁸⁵.

7.6.3. Dispensario de Orense

Será el Dr. Hervada en su obra epidemiológica quién relate nuevamente el trabajo allí realizado sobre todo por la administración de la vacuna de Ferrán¹⁸⁶:

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 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 antialfa 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.

¹⁸⁵ Hervada; Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Imprenta del Noroeste

¹⁸⁶ Hervada; Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Imprenta del Noroeste

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.

7.6.4. Dispensario de Vigo

Este Dispensario fue fundado en el año de 1917 e inaugurado en el mes de noviembre, siendo alcalde Fernando Conde Domínguez¹⁸⁷ y médicos D, Fernando Rubio y 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.

¹⁸⁷ Tío bisabuelo del Prof. Ponte Hernando, Director de esta tesis doctoral. N. de la A.

En este establecimiento se hacen tratamientos con inyectables y se usa la tuberculina cuando puede observarse al enfermo¹⁸⁸.

7.6.5. 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 dependencias¹⁸⁹.

7.6.6. 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. 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 actualidad¹⁹⁰.

¹⁸⁸ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña; Tipografía del Noroeste.

¹⁸⁹ ABC. 28 de agosto de 1928

¹⁹⁰ Rego Lijó, I. (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina fisiológica*. A Coruña. Universidade. Tesis doctoral

VIII

LA OBRA DE ENRIQUE HERVADA Y SU
TRASCENDENCIA. PUBLICACIÓN DE SU
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: LA LUCHA
ANTITUBERCULOSA EN GALICIA

VIII. LA OBRA DE ENRIQUE HERVADA Y SU TRASCENDENCIA. PUBLICACIÓN DE SU ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN GALICIA

La producción científica de Enrique Hervada comienza con su tesis *La sífilis ignorada* (1906), publicada nueve años después de su lectura (1915), en la que estudia, como vimos en un capítulo anteriormente descrito, diversos casos de difícil interpretación clínica de la sífilis ignorada y latente, bien adquirida o heredada, y afirma que es el laboratorio el único medio para diagnosticar como sífilis algunas alteraciones funcionales que no son diagnosticadas por los síntomas clínicos.

También dedicó especial interés al estudio de la tuberculosis. Será en el primer tercio del siglo XX cuando el Dr. Hervada realiza el mayor estudio epidemiológico sobre tuberculosis en Galicia. Lo llevará a cabo a través de entrevistas a decenas de médicos rurales y lo publicará en 1924 bajo el nombre de *La lucha antituberculosa en Galicia* (1923). En este estudio recoge mapas de mortalidad por cada 1000 habitantes en el año 1921 y analiza, mediante gráficas, la evolución de la enfermedad de 1910 a 1921; expone también que la lucha antituberculosa preventiva debe orientarse en Galicia hacia el problema de la herencia y de la emigración.

Hace mención de este gran estudio epidemiológico su nieto Arturo Rodríguez Hervada en su tesis doctoral, comentando lo siguiente:

En 1923 aparece en Galicia uno de los primeros trabajos sobre la tuberculosis, el libro del médico coruñés, el Dr. ENRIQUE HERVADA GARCIA SAN-PEDRO "La Lucha Antituberculosa en Galicia" (Tipografía el Noroeste, La Coruña. 1923). Comienza con un interesante estudio sobre la geografía y climatología gallega. La región contaba en aquel tiempo con 2.123.467 habitantes y las tres ciudades más pobladas eran La Coruña, 68.000, Vigo 51.000 y Lugo 32.000. Los lugares de mayor altitud eran Cabeza de Manzaneda en Orense con 1.777 metros de altura y El Cebrero en Lugo con 1.293. Según el Profesor de la Universidad de Santiago, el Dr. Gil Casares, el lugar ideal para establecer sanatorios antituberculosos para desvalidos y clase media, era la Sierra de Ancares, de unos 1.800 metros de altura, situada entre las provincias de Lugo, Asturias y León. El libro posee datos muy completos de las cuatro provincias gallegas sobre presión barométrica, temperaturas y humedad relativa desde el año 1915 hasta el 1919; estudia también el clima y su relación a la terapia de la ET citando a León Bernard: «De todas las condiciones climatológicas, la peor, para el tuberculoso, es el viento». Discute las indicaciones de los diferentes tipos de clima para los diferentes procesos de etiología tuberculosa. La costa está indicada en las tuberculosis externas apiréticas, las cutáneas y las ganglionares. Añadiendo que las costas gallegas tienen un índice mayor de casos de tuberculosis pulmonar, debido a la emigración. Una emigración inversa, formada por los emigrantes enfermos que regresan a su tierra, para la mayoría de las veces, fallecer en sus hogares.

El capítulo III está dedicado a estadísticas sobre la mortalidad de la tuberculosis en la región. El estudio cubre desde 1915 hasta 1920 cuando en este último año en Galicia, fallecieron por todas las causas 44.697 personas, de las cuales 3.695 fueron debidas a tuberculosis pulmonar que representa el 8,26% de todas las muertes. Según el autor, la cifra citada es muy baja y la cifra de 7.000 fallecimientos debe considerarse más realista debido a que un número de fallecimientos debidos a la tuberculosis, aparecen en los certificados de defunción con causas de muerte como Meningitis, Bronquitis Crónicas etc., lo que correspondería a una mortalidad más acertada de 15,66%.

El capítulo IV comienza con una cita del autor: «En nuestras ciudades la tuberculosis es un triste privilegio de familia; y en el campo es un producto de la emigración». Mencionando el hecho de que en París, el 60% de los niños que viven con sus padres tuberculosos contraen la enfermedad, mientras que en los niños que son enviados al campo, fuera del hogar familiar por la Fundación Grancher, la incidencia de esta enfermedad es menor del 1%, añadiendo que la tisis pulmonar del adulto, según Burnet, «No es más a la postre que el fin de una historia, cuyos orígenes son más o menos remotos». Es interesante resaltar el papel de la emigración en aquel tiempo, en la etiología de la enfermedad, descrita con acierto por uno de los muchos médicos a los

que el Dr. Hervada envió un cuestionario sobre la enfermedad en diferentes pueblos y aldeas de la región: «La tuberculosis era muy rara hace treinta años, es hoy relativamente frecuente y es de ordinario importada por los que regresan de América y por el soldado, sobre todo por el que hace el servicio en la Armada». Más adelante estudia el papel de la nutrición en la terapia dietética de la ET y el papel de alcoholismo en esta enfermedad, aunque el autor cree que como causa etiológica ha sido exagerado. En un capítulo posterior cita el beneficioso papel de la crenoterapia, de las aguas minerales de ciertos balnearios regionales, como el de Arteijo y el de La Toja, que considera útiles dentro de la terapéutica de principios del siglo pasado. Cita asimismo como beneficiosas las aguas de los balnearios de Caldas de Reyes y las de Tuy. El libro finaliza con varios capítulos dedicados al establecimiento de Colonias Escolares, Dispensarios Antituberculosos y el papel de una eficaz profilaxis para la prevención de la ET. Uno de los capítulos finales está dedicado al Sanatorio de Oza de La Coruña con 620 niños hospitalizados, elogiando la gran labor que un cuadro de grandes médicos de aquella época llevaban a cabo. Entre estos médicos cabe citar al Dr. Rafael Fernández¹⁹¹, Dr. Julio Casares y el Dr. José Puente Castro, como Jefe de Cirugía.

[...]El libro contiene 66 referencias de las cuales 26 son trabajos de publicaciones españolas, el resto, 40, son todas francesas con la excepción de una argentina, lo que indican la gran influencia francesa en nuestra medicina de aquella época y el hecho de que el Dr. Hervada se había formado profesionalmente en París¹⁹².

Enrique Hervada había sido designado relator en el I Congreso de Reorganización Sanitaria para desarrollar el tema de *Adaptación de la lucha antituberculosa según los caracteres de la región gallega*.

Ante el aplazamiento indefinido del Congreso, Hervada decidió utilizar esas notas recogidas para el congreso, que le fueron muy útiles para

¹⁹¹ Rafael Fernández y Fernández (1880-1970). Prestigioso Médico Militar y Bacteriólogo de La Coruña. Inspector de Sanidad Nacional y Director del Sanatorio Marítimo de Oza. Fundó el primer Laboratorio de Análisis Clínicos de Galicia por el que pasaron a hacer prácticas figuras destacadas de la medicina gallega. En él tenían lugar tertulias científicas y amistosas a las que concurrían, casi a diario los doctores: Romero Corral, Hervada, Souto Beavís, Araújo Lucas, Búa Carou, etc.

¹⁹² Rodríguez Hervada, Arturo (2003). *Arte y tuberculosis. Compositores, pintores, escultores, filósofos, dramaturgos y novelistas, víctimas de la enfermedad tuberculosa*. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis doctoral

desarrollar una labor estadística y comenzar las bases de la lucha en la región gallega para así llegar a publicar su gran estudio epidemiológico.

Pasaré a desarrollar y analizar punto por punto, esta gran obra del autor *La lucha antituberculosa en Galicia (1923)* en la que nuestro eminente tisiólogo trata detalladamente estos temas:

- Geografía y climatología de la región. Clima Marino
- Tuberculosis en Galicia
- La herencia y el contagio en Galicia
- La emigración
- La alimentación
- El alcoholismo
- Las industrias
- La tuberculosis latente
- El actual armamento antituberculoso en Galicia
- Colonias escolares para niños pretuberculosos
- Dispensarios antituberculosos
- Sanatorio Marítimo de Oza
- Conclusiones

8.1. GEOGRAFÍA Y CLIMATOLOGÍA DE LA REGIÓN. CLIMA MARINO

La primera medida que lleva a cabo Enrique Hervada para el desarrollo de su estudio es ponerse en contacto con casi todos los médicos de Galicia

para saber las impresiones profesionales acerca de la morbilidad bacilar y así poder ilustrar con fundamento a los directores de Sanidad, para poder encauzar la lucha antituberculosa.

Para una lucha antituberculosa fructífera, es necesario ante todo el funcionamiento armónico de los diversos organismos que existen en España y esperamos de los médicos y sociólogos¹⁹³, un cambio de opiniones, que será provechoso para combatir la causa más importante de nuestra mortalidad.

La labor de reorganización que intenta realizarse, es la única esperanza que nos queda ante la indiferencia general. ¡Qué hacer con tanto pobre tuberculoso! De no tener otro armamento antituberculoso, el papel del práctico es bien desairado y aspiramos hoy, a poder contribuir para encauzar una batalla provechosa que de antemano suponemos victoriosa.

Una lucha eficaz contra la tuberculosis en Galicia, es sólo un aspecto parcial de la lucha antituberculosa universal, que supone la intervención de valiosos factores económicos (Nóvoa Santos); sin embargo, en nuestra región el problema debe enfocarse a dos cuestiones esenciales: la herencia y la emigración (Gil Casares)¹⁹⁴.

Analiza el Dr. Hervada al igual que también lo hicieron los profesores Gil Casares, Nóvoa Santos, y los Dres. Plácido Peña Novo y Souto Beavís, entre otros, la geografía y la climatología gallega para la prevención, desarrollo y tratamiento de la tuberculosis.

La densidad de población de Galicia es de 79,40 habitantes por kilómetro cuadrado, correspondiendo a La Coruña 89,67; a Lugo 47,54; a Orense, 59,10 y a Pontevedra 121,29.

La población urbana de Galicia la componen, también, en números redondos 299.000 habitantes; la población marinera, incluyendo sus familiares, la componen 129.000, y la población exclusivamente agrícola, 1.700.000.

Tiene nuestra región 640 kilómetros de costa.

¹⁹³ Sorprende por su modernidad esta alusión pues no existía entonces en España la carrera de Sociología. N. de la A.

¹⁹⁴ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

[.....] Los montes más altos están en la provincia de Lugo, en los picos de Ancares, división entre Galicia, León y Asturias, pues algunos pasan de 1.800 metros.

Es en estas montañas donde aconseja el Profesor Gil Casares, instalar Sanatorios para enfermos desvalidos y gentes de clase media, que no pueden soportar los enormes gastos de los Sanatorios particulares.

Es natural que en Galicia, como en toda región peninsular, sea diferente el clima en el litoral y en el interior. En las costas es templado y húmedo; en las altas sierras es frío¹⁹⁵.

Recoge en esta obra, algunas observaciones meteorológicas de las cuatro provincias gallegas que se exponen a continuación:

¹⁹⁵ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

Tabla (8): Observaciones meteorológicas y climatológicas de las cuatro provincias gallegas. Hervada García Sampedro en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

LA CORUNA

AÑOS	BARÓMETRO		TERMÓMETRO				PSICRÓMETRO	
	Altura me- dia	Oscilación extrema	Temperatura media	Temperatura máxima	Temperatura mínima	Oscilación extrema	Humedad relativa media	Tensión media
1915	760·7	40·9	13·1	32·0	0·0	32·0	80	9·5
1916	760·9	45·6	13·1	26·0	1·4	24·6	79	9·4
1917	763·8	48·6	13·0	30·5	0·0	30·5	76	9·2
1918	764·3	42·6	13·8	29·2	0·0	29·2	75	9·4
1919	"	"	"	"	"	"	"	"

AÑOS	ANEMÓMETRO		PLUVIÓMETRO			DÍAS		
	Dirección dominante del viento	Velocidad media por día en km.	Lluvia total en milímetros	Días de lluvia	Días de nieve	Despejados	Nubosos	Cubiertos
1915	NW.	443	1.009·0	148	1	16	155	194
1916	4.º Cte.	447	1.077·0	158	0	48	145	173
1917	1.º Cte.	"	774·3	163	0	33	249	83
1918	1.º y 3.º cte.	"	893·8	105	0	33	235	97
1919	"	"	"	"	"	"	"	"

LUGO (VIVERO)

AÑOS	BARÓMETRO		TERMÓMETRO				PSICRÓMETRO	
	Altura me- dia	Oscilación extrema	Temperatura media	Temperatura máxima	Temperatura mínima	Oscilación extrema	Humedad relativa media	Tensión media
1915	761·2	41·6	13·5	31·5	0·5	31·0	79	9·6
1916	762·6	43·5	14·2	28·5	0·5	29·0	80	9·7
1917	761·4	42·9	13·6	28·0	2·5	30·5	80	9·2
1918	"	"	"	"	"	"	"	"
1919	"	"	"	"	"	"	"	"

AÑOS	ANEMÓMETRO		PLUVIÓMETRO			DÍAS		
	Dirección dominante del viento	Velocidad media por día en km.	Lluvia total en milímetros	Días de lluvia	Días de nieve	Despejados	Nubosos	Cubiertos
1915	NE.	86	1.454·1	216	0	30	148	187
1916	N.	"	1.525·6	192	2	39	125	202
1917	Vario	"	1.582·7	209	3	31	122	212
1918	"	"	"	"	"	"	"	"
1919	"	"	"	"	"	"	"	"

Tabla (9): Observaciones meteorológicas y climatológicas de las cuatro provincias gallegas. Hervada García Sampedro en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

ORENSE								
AÑOS	BARÓMETRO		TERMÓMETRO				PSICRÓMETRO	
	Altura media	Oscilación extrema	Temperatura media	Temperatura máxima	Temperatura mínima	Oscilación extrema	Humedad relativa media	Tensión media
1915	750'4	33'0	14'8	39'0	- 4'2	43'2	77	10'4
1916	752'7	41'8	14'0	38'0	- 4'0	42'0	73	9'6
1917	753'0	31'0	13'3	38'0	- 6'6	44'6	72	9'2
1918	753'3	36'4	14'2	42'2	- 7'2	49'4	67	8'7
1919	"	"	"	"	"	"	"	"

AÑOS	ANEMÓMETRO		PLUVIÓMETRO			DÍAS		
	Dirección dominante del viento	Velocidad media por día en km.	Lluvia total en milímetros	Días de lluvia	Días de nieve	Despejados	Nubosos	Cubiertos
1915	S	156	903'9	134	0	52	144	169
1916	S	127	1.117'0	112	0	7	169	190
1917	S	139	643'3	75	2	42	193	130
1918	S	125	747'6	89	0	42	197	126
1919	"	"	"	"	"	"	"	"

PONTEVEDRA								
AÑOS	BARÓMETRO		TERMÓMETRO				PSICRÓMETRO	
	Altura media	Oscilación extrema	Temperatura media	Temperatura máxima	Temperatura mínima	Oscilación extrema	Humedad relativa media	Tensión media
1915	760'7	36'9	14'4	34'0	- 1'6	35'6	73	9'2
1916	761'0	41'6	14'1	34'4	0'4	34'8	70	8'9
1917	761'9	52'5	13'3	32'5	- 4'4	36'0	72	8'9
1918	762'6	38'7	13'8	34'3	- 3'4	37'7	72	9'0
1919	762'0	48'1	12'6	36'4	- 6'5	42'9	74	9'0

AÑOS	ANEMÓMETRO		PLUVIÓMETRO			DÍAS		
	Dirección dominante del viento	Velocidad media por día en km.	Lluvia total en milímetros	Días de lluvia	Días de nieve	Despejados	Nubosos	Cubiertos
1915	N	315	1.717'7	179	0	72	128	165
1916	N	"	1.806'6	158	0	"	"	"
1917	N	"	904'1	136	0	127	136	102
1918	N	"	1.234'1	155	0	101	124	140
1919	N	"	1.760'2	165	0	100	90	175

Dedica un espacio importante para analizar la influencia del clima marino en la región gallega sobre el desarrollo y curación de la enfermedad.

Durante esta época muchos colegas del Dr. Hervada ya se habían pronunciado al respecto, y así en 1913 Gil Casares presenta en Madrid en el 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 diciendo:

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 terapéuticos¹⁹⁶.

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.

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 causa de innumerables diferencias de opinión entre tisiólogos. Del mismo modo que Gil Casares, Peña Novo 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; 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

¹⁹⁶ Gil Casares, M. (1913) *El clima de las Costas Gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de La Toja*. Imprenta Lit. y Enc. De Eléxpuru Hermanos. Bilbao.

realización de tan necesaria obra. Los que han sabido darse cuenta de la necesidad, sabrán también vencer todas las demás dificultades¹⁹⁷.

Nóvoa Santos, tal y como recoge el Dr. Hervada en su obra, también opina al respecto del clima gallego diciendo:

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 tuberculoso¹⁹⁸.

También Souto Beavís se pronunciará en este tema en el 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 regiones¹⁹⁹.

Enrique Hervada hace una diferenciación de los climas en función de su altitud y con la terapéutica a seguir. Para eso los divide en:

- Climas de alta altitud (por encima de 1.000 metros)
- Climas de altitud media (de 500 a 1.000 metros)
- Climas de pequeña altitud, de llanura, y marinos.

¹⁹⁷ Peña Novo, Plácido (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

¹⁹⁸ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

¹⁹⁹ Souto Beavís; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 15 de septiembre de 1933.

Empecemos por reconocer que no hay un clima específico para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. De un modo general, debemos buscar la estabilidad y luminosidad de la atmósfera, como primeras condiciones para una cura climática y escapar de las regiones castigadas por el viento²⁰⁰.

De todas las condiciones climáticas, la peor, para el tuberculoso es el viento²⁰¹.

Hervada indica en su estudio, las características de cada enfermo tuberculoso con el tipo de clima que mejor le conviene para su curación:

Podemos esquematizar las siguientes indicaciones según las formas clínicas de la enfermedad:

El clima de altitud elevada está contraindicado en las tuberculosis agudas, neumónicas, y granulíticas, y en los casos en pleno brote con fenómenos de eretismo cardiovascular. La verdadera indicación de este clima son las formas fibrocaseosas crónicas, al principio de su evolución. El enfermo evolucionará tanto mejor, cuanto más tórpida sea la marcha de su lesión.

La altitud media está indicada a los tuberculosos avanzados, febriles o congestivos, particularmente a los que por razón de su estado de debilidad general, no deben sufrir un choque fisiológico muy marcado. Debe evitarse también a los enfermos dudosos, para explorar la adaptación, antes de enviarlos al clima de alta altitud.

Los climas de pequeña altitud y de llanura se diferencian de los precedentes, por una humedad mayor, una presión más fuerte, una insolación menor, pero también por oscilaciones térmicas menos marcadas. Están indicados a los tuberculosos que soportan mal el frío y a los bronquíticos y enfisematosos.

En cuanto a la influencia del clima marino sabemos que la mar se considera utilísima en las localizaciones cutáneas, ganglionares u óseas; pero se discute, hasta con pasión, las contraindicaciones del clima marino en la tuberculosis pulmonar.

²⁰⁰ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁰¹ León Bernard. (1923). Les cures climatiques et hydro-mineralés chez les tuberculeux pulmonaires (*La Presse Médicale*).

Sabemos que los distintos tipos de climas según la afectación del paciente tuberculoso fue un tema que causó mucha controversia en la época, como vimos anteriormente con algunos autores mencionados.

Con respecto a la cura del mar también se pronunciaron Madinaveitia²⁰², Verdes Montenegro²⁰³, Gil Casares y muchos autores franceses, que afirmaban que la cura del mar está formalmente prohibida en la bacilosis pulmonar evolutiva.

²⁰² Juan Madinaveitia Ortiz de Zárate. (Oñate, 1861 - Madrid, 1938). Médico español. Cursó con brillantez la carrera en Valladolid y Madrid, se doctoró en 1889 con la tesis *Pronóstico de las lesiones vasculares crónicas*, al mismo tiempo que se iniciaba como médico general. En 1892 fue nombrado médico del Hospital General de Madrid, y poco después presidente de la sección de histología de la Academia Médico-Quirúrgica Española. De 1903 a 1927, ejerció la docencia universitaria como profesor agregado de Patología general y su clínica, en virtud de un acuerdo establecido entre la Diputación Provincial y la Facultad de Medicina de Madrid. En 1924 un grupo de discípulos fundó el Instituto Madinaveitia, destinado a la enseñanza de la especialidad de digestivo, con lo que se dio así continuidad a su obra. Discípulo de Juan Manuel Mariani, Madinaveitia fue un claro representante de la penetración en España de la mentalidad fisiopatológica vigente entonces en las escuelas europeas. Maestro de Gregorio Marañón, inculcó en sus discípulos la necesidad de abandonar la especulación para sustituirla por la observación de la realidad a través de una exploración clínica detallada. Madinaveitia publicó numerosos trabajos en *El Siglo Médico* entre 1891 y 1896.

²⁰³ José Verdes Montenegro. Doctor en Medicina y Cirugía (1892). Se especializó en enfermedades del pulmón en el campo de la Tuberculosis, cuya propagación estaba en auge en esos tiempos. Trabajó en el Laboratorio Central de Medicina Legal y en el Laboratorio Municipal de Madrid. En 1901 fundó el primer Dispensario en España de carácter tuberculoso, en la Policlínica Cervera, privada, convertida en pública en 1908 con el nombre de Dispensario María Cristina. Contribuyó a la creación de la "Fiesta de la Flor", en la que se obtenían cada año cuantiosos fondos para luchar contra la tuberculosis; con los que fundó el primer Sanatorio Popular de Húmera (Madrid) y del que fue su primer Director. En 1919 creó en el Dispensario Reina Cristina, la Escuela Española de Tisiología, en colaboración con otros distinguidos especialistas. A él se debió la promoción y desarrollo de los Sanatorios Antituberculosos de Las Peñuelas, que desempeñaron un gran papel en la prevención y tratamiento de la enfermedad. En 1933 fue Director General de Sanidad. Publicó abundantemente, destacando sus libros «Tratamiento de la tuberculosis por los productos bacilares» y «La tuberculosis pulmonar y su tratamiento». En el Tratado de Hernando y Marañón, escribió el magnífico capítulo de «Tuberculosis pulmonar». También tradujo varias obras del francés y del alemán y colaboró asiduamente en acreditadas revistas médicas españolas. Ocupó la Medalla N^o 18 de la Real Academia Nacional de Medicina.

Al contrario que Lalesque, Martinet y Lereboullet que aconsejan un clima marino atenuado.

Daremborg²⁰⁴ escribía en 1905²⁰⁵ :

El clima de altura es bueno para esta afección consuntiva, porque es tónico y esta tonicidad se debe a la pureza y a la ligereza del aire. Pero es necesario saber que para un gran número de tuberculosos, ciertos climas marinos son más eficaces que los climas de altitud, y que otros tuberculosos se curan solamente en los climas húmedos.

De la encuesta realizada por Derecq y H. Barbier para dilucidar la cuestión del clima, se realizaron 31 cuestionarios, en donde 11 condenaban el clima marino y 20 lo aceptaban, aunque con algunas reservas.

Lalesque encuentra indicada la fisioterapia marina en casi todas las formas de tuberculosis pulmonar, cualquiera que sea su período evolutivo²⁰⁶.

El Dr. Rodríguez Martínez era partidario de establecer un Sanatorio en La Coruña, al borde del mar, para tuberculosos de pulmón²⁰⁷.

Gil Casares dice que el litoral gallego está contraindicado en la tuberculosis pulmonar:

Atendiendo a la exposición geográfica de las costas y a la dirección de los vientos habitualmente reinantes, puede asegurarse, que el clima marítimo estival de Galicia se encuentra en la costa del Cantábrico, desde Ribadeo al Cabo Ortegal y aún en la

²⁰⁴ Charles Daremborg nació en Dijon el 14 de marzo de 1817. Fue sin duda el principal protagonista de la historia de la medicina en Francia durante la segunda mitad del siglo XIX. Trató de ofrecer una imagen objetiva del pasado médico fundamentada en el análisis crítico de las fuentes. Sus métodos eran los de la erudición, el bibliográfico y el filológico. Nunca pretendió ofrecer antecedentes de la medicina de su época ni ser pragmático.

²⁰⁵ Daremborg, Ch. (1923) *Le traitement de la Tuberculose pulmonaire en clientèle* par olbert. Marloine.

²⁰⁶ Lalesque, F. (1904) *La Mer et les Tuberculeux. Physiotherapie Marine*. Masson

²⁰⁷ Rodríguez Martínez, J (1908) *El clima de la Coruña*. Conferencia dada en el teatro Emilia Pardo Bazán. Imprenta Roel.

Oceánica del Noroeste hasta el cabo Touriñán (La Coruña y sus playas pertenecen a esta segunda edición del litoral). Estas costas son, sin duda alguna, de las mejores del Norte de España durante el verano (como lo demuestran las razones geográficas y meteorológicas) para utilizar los beneficios de la talasoterapia.

Por análogos motivos, todo el litoral gallego del poniente, que comprende la mayoría de las llamadas rías Altas y las tres rías Bajas (las de Arosa, Marín y Vigo), disfruta principalmente de atmósfera marina, durante el otoño, invierno y la primavera. La suavidad de sus temperaturas invernales y la belleza insuperable del país, especialmente en las tres Rías Bajas, convierte esta sección del litoral gallego en lugar adecuado para las curas marítimas permanentes.

La isla de la Toja, por su situación privilegiada en la desembocadura de la Ría de Arosa, en medio de un país paradisíaco, inmediato a la espléndida playa Tejera o de la Lanzada y dotada de sus tan renombradas termas salinas, es altamente merecedora de que los médicos y los organismos oficiales, fijen en ella su atención para instalar Sanatorios y Asilos marítimos permanentes, donde puedan tratarse los procesos escrófulo-tuberculosos y las demás afecciones de curso crónico, sobre las cuales tanto puede la acción combinada de la cura marina y del tratamiento salinotermal²⁰⁸.

Para el Dr. Hervada en las costas gallegas existen las mismas formas tuberculosas que en el interior y que en otras regiones de España y del extranjero, aunque matiza lo siguiente:

Aunque luego veremos por los datos estadísticos, que la mortalidad por tuberculosos es mayor en las costas, hay que achacar exclusivamente este aumento a la cantidad enorme de bacilares que origina la emigración²⁰⁹.

No creemos como Martín Salazar²¹⁰ que las condiciones climatológicas del Norte influyan en el desarrollo del bacilo, pues muchas regiones de nuestra costa, como Bares, El Grove y Corcubión, tienen escasa o nula mortalidad por tuberculosis, y en cambio algunas regiones del interior dan un tanto por ciento más elevado.

²⁰⁸ Gil Casares, M (1913) *El clima de las costas gallegas como recurso terapéutico y especialmente el de la Toja*. IX Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología. Madrid. Octubre. Ponencia encomendada al Profesor Gil Casares.

²⁰⁹ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa* en Galicia. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²¹⁰ La lucha contra la tuberculosis en España. Congreso Internacional de Roma contra la Tuberculosis. Ministerio de la Gobernación. 1912

Conocemos muchos ancianos que viven en La Coruña y están clínicamente curados, en los cuales se notan aún signos físicos de sus antiguas lesiones. Vemos sobradamente bastantes formas abortivas. Tratamos también muchos bacilares crónicos y ultracrónicos, que a pesar de estar alejados de todo principio higiénico no se modifica desfavorablemente la marcha tórpida de la infección.

En algunas formas fibrocaseosas no hemos visto detección del proceso...en cambio en otras, comprendimos la enorme utilidad sacada al cambio del clima.

Claro está que, a pesar de la benignidad de nuestro clima, es muy difícil hacer cura de aire durante el invierno, por la intensidad de los vientos o por las abundantes lluvias; pero también hemos de reconocer por las comparaciones meteorológicas de otros puntos, que estamos en casi igualdad de condiciones y con una ventaja a nuestro favor por lo que se refiere a la temperatura.

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, también Verdes Montenegro.

El primero y más importante factor de una higiene del aparato respiratorio es la vida al aire libre o 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 suponer²¹¹.

Aquí lo pone de manifiesto Verdes Montenegro con esta imagen donde contempla el tipo de vivienda, el excesivo trabajo, el reposo, etc. como otros factores importantes para el desarrollo de tuberculosis.

²¹¹ Verdes Montenegro, José (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos. Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

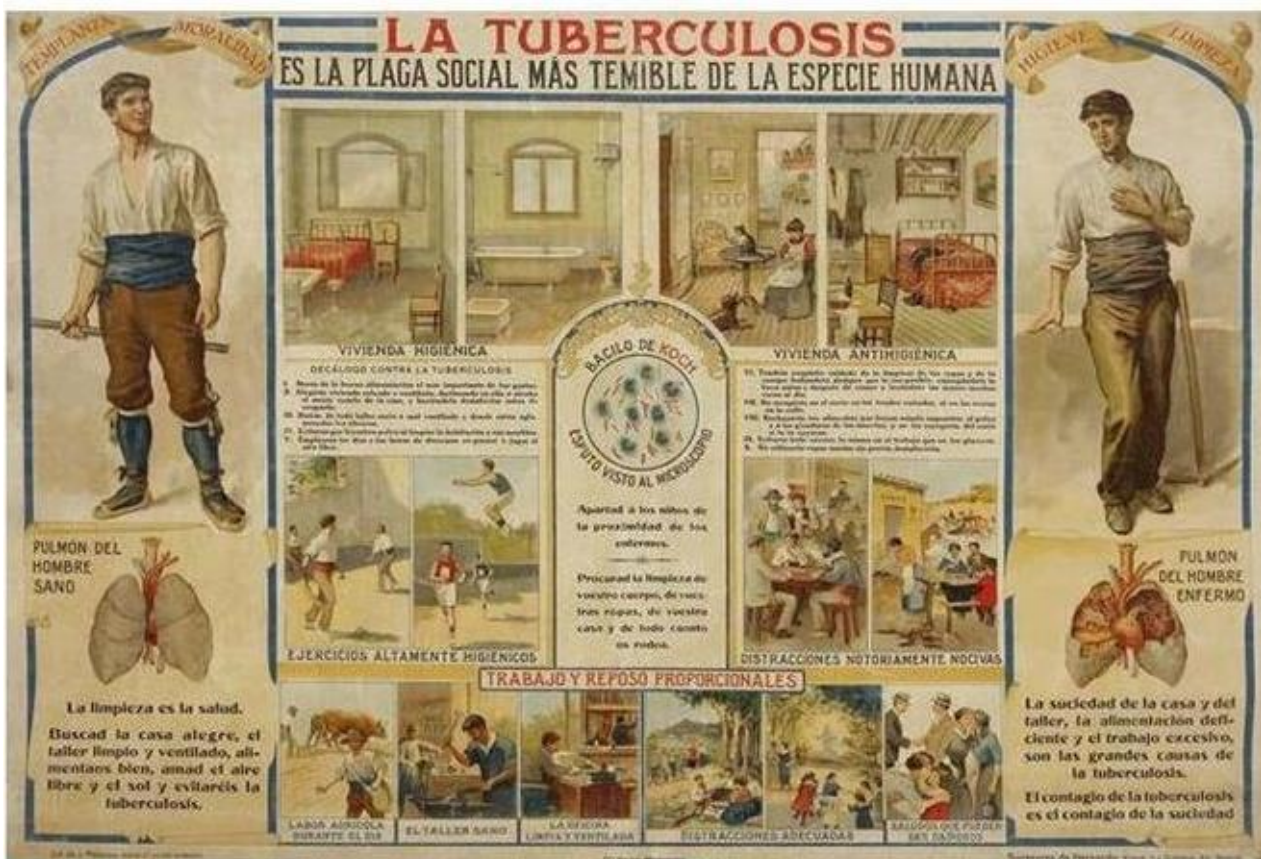


Imagen (52). Verdes Montenegro. Cedida por el Dr. Ponte.

Nóvoa Santos, no cree que las condiciones meteorológicas de Galicia sean tan perniciosas como se profesa:

Se dice, que uno de los factores más desfavorables es el motivado por las abundantes lluvias y las condiciones derivadas de este régimen, y sin embargo, esto no es un obstáculo para obtener apreciables beneficios terapéuticos, siempre que sepamos aprovechar el resto de los factores curativos. Todos los que ejercemos, hemos tenido múltiples ocasiones de comprobar que el clima invernal no acelera obligatoriamente la marcha del proceso tuberculoso²¹².

Concluye el Dr. Hervada el apartado de clima marino después de analizar todas las valoraciones de sus colegas con lo siguiente:

²¹² Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

Las costas gallegas están particularmente indicadas para la climatoterapia marina de las tuberculosis externas apiréticas²¹³.

8.2. TUBERCULOSIS EN GALICIA

Son múltiples autores que creían 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 de España, defendiendo así un carácter regionalista de la lucha contra la tuberculosis. Muestra de ello, vemos lo que comenta Aurelio Gutiérrez Moyano:

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 escuelas²¹⁴.

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

²¹³ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²¹⁴ Gutiérrez Moyano, Aurelio (1933). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 4.

Así, solo en el quinquenio de 1905 a 1912 entre 55.089 defunciones acaecidas en la provincia de La Coruña, 5.212, o sea un 96,61 por mil, debieron su causa a la tuberculosis en sus distintas formas²¹⁵.

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 a la nación con más seguridad y eficacia que si hubiese de sostener anualmente una guerra devastadora²¹⁶.

Será Enrique Hervada quien desarrolle y analice de forma muy completa la incidencia, etiología y mortalidad por tuberculosis en Galicia durante 1910 y 1921. Servirá de referencia su estudio epidemiológico para que numerosos tisiólogos tomen en consideración y valoren las conclusiones obtenidas por autor.

Comenta Hervada que resultaba muy complicado fijar con precisión la mortalidad global por tuberculosis, ya que en numerosas ocasiones no se hacía un correcto diagnóstico de la enfermedad y lo que se veía con el nombre de bronquitis, congestiones pulmonares, pneumonías, meningitis, etc. se ocultaba realmente la enfermedad tuberculosa.

En el año 1920, hubo en Galicia un total de 44.697 defunciones a consecuencia de diversas enfermedades. De esta cifra corresponde a la tuberculosis 3.695, repartidas en la siguiente forma:

²¹⁵ Gil Casares, Miguel (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.

²¹⁶ Verdes Montenegro, José (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos; Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

- La Coruña: 1.754
- Lugo: 752
- Orense: 385
- Pontevedra: 1.101

Si miramos las columnas de otras defunciones, es fácil comprender que del crecido número de muertes por meningitis simple, bronquitis aguda, bronquitis crónica, pneumonía, diversas afecciones del aparato respiratorio, cirrosis hepática y otras enfermedades, hay que entresacar bastante número para la casilla de tuberculosos. Así vemos, que en el libro de Registro Civil de Villaodrid²¹⁷ (Lugo) no aparece ninguna certificación por tuberculosis en todo el año 1921, a pesar de ser un Ayuntamiento de más de 4.000 habitantes; en cambio, hay registradas defunciones por meningitis, bronquitis crónica, etc. Tenemos pues, sobrado fundamento para decir que, desgraciadamente, no pecamos de exagerados al contar que Galicia tiene un promedio anual de 7.000 víctimas causadas por la bacilosis, y que, por lo tanto, existen en nuestra bella región 70.000 enfermos tuberculosos.

[.....] En nuestro mapa, hecho con los datos oficiales, llama la atención la diferencia de mortalidad de tuberculosis en distintos puntos, con diferencias tan grandes en algunas, como Arzúa y Becerreá, por ejemplo, que siendo ambos sitios montañosos, con igual clima, alimentación, costumbres, etc., en Arzúa contamos 16,24 de mortalidad tuberculosa por 1.000 habitantes, mientras que en Becerreá no aparece ninguna defunción por esta causa. Esta diferencia en realidad, no existe, no puede existir; es más, tenemos la casi seguridad de que hay en los dos Ayuntamientos el mismo porcentaje de mortalidad bacilar (aunque no lo creemos tan elevado como figura en Arzúa), pero lo hacemos constar oficialmente para no desviarnos, como hemos dicho de los datos estadísticos registrados²¹⁸.

Recoge Enrique Hervada en su estudio, los datos que hacen referencia al número de defunciones causadas por la tuberculosis en Galicia desde el año 1910 a 1921 mediante encuestas enviadas a los médicos rurales, preguntando acerca de incidencia, posible etiología y fallecimiento:

²¹⁷ A Pontenova es un municipio de la provincia de Lugo. Pertenece a la comarca de La Mariña Oriental. Hasta el año 1951 se llamó Villameá. En el año 1963 se fusiona con el municipio de Villaodrid adoptando el nombre de Puente Nuevo-Vilaodrid.

²¹⁸ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

AÑO 1910

- Provincia de **La Coruña**: 1.192 muertes por tuberculosis (322 en la capital)
 - Por tuberculosis pulmonar..... 958
 - Por tuberculosis de las meninges 58
 - Por otras tuberculosis..... 176

- Provincia de **Lugo**: 704 muertes por tuberculosis (200 en la capital)
 - Por tuberculosis pulmonar..... 576
 - Por tuberculosis de las meninges 30
 - Por otras tuberculosis..... 98

- Provincia de **Orense**: 482 (146 en la capital)
 - Por tuberculosis pulmonar..... 382
 - Por tuberculosis de las meninges11
 - Por otras tuberculosis..... 89

- Provincia de **Pontevedra** : 827 (238 en la capital)
 - Por tuberculosis pulmonar..... 636
 - Por tuberculosis de las meninges 56
 - Por otras tuberculosis..... 135

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1910 en Galicia: 3.205

Corresponden a las capitales..... 906

Corresponden a las demás ciudades y al campo 2.299

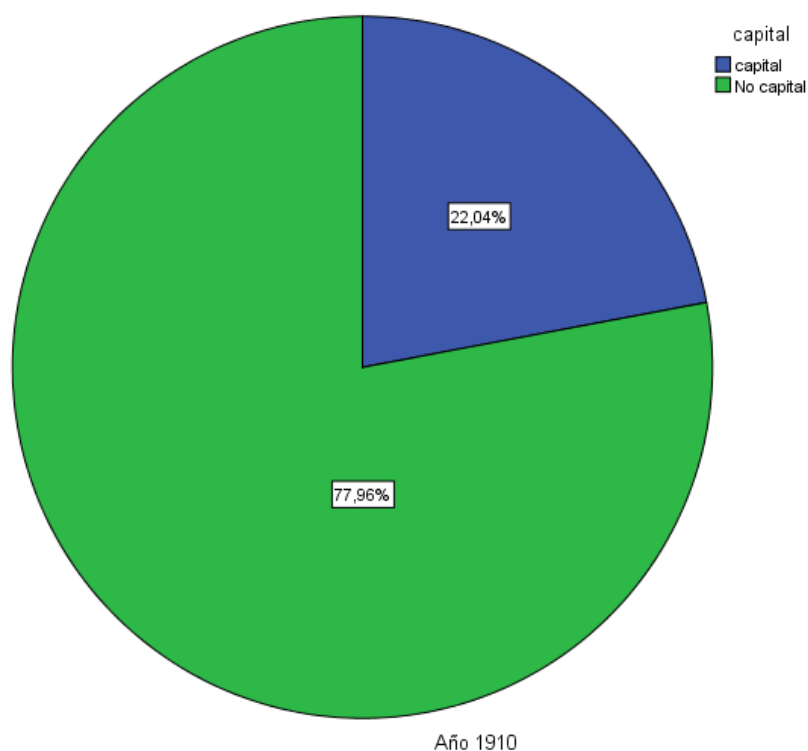


Gráfico (1): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1910.

Tabla (10): Tabla de contingencia Provincia * Tipo

			Tipo			Total
			Pulmonar	Meninges	Otra	
Provincia	Coruña	Recuento	958	58	176	1192
		% dentro de Tipo	37,5%	37,4%	35,3%	37,2%
	Lugo	Recuento	576	30	98	704
		% dentro de Tipo	22,6%	19,4%	19,7%	22,0%
	Orense	Recuento	382	11	89	482
		% dentro de Tipo	15,0%	7,1%	17,9%	15,0%
	Pontevedra	Recuento	636	56	135	827
		% dentro de Tipo	24,9%	36,1%	27,1%	25,8%
Total		Recuento	2552	155	498	3205
		% dentro de Tipo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

AÑO 1911

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1911 en Galicia: 3.751

AÑO 1912

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1912 en Galicia: 3.188

AÑO 1913

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1913 en Galicia: 3.491

AÑO 1914

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1914 en Galicia: 3.385

Durante estos cuatro años anteriores (1911, 1912, 1913 y 1914) no aparecen desglosados los fallecimientos por provincias en el estudio del autor al igual que tampoco los recoge por provincias en 1921.

AÑO 1915

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1915 en Galicia: 3.287

- Provincia de La Coruña: 1351 muertes por tuberculosis
- Provincia de Lugo: 706 muertes por tuberculosis
- Provincia de Orense: 269 muertes por tuberculosis
- Provincia de Pontevedra : 961 muertes por tuberculosis

AÑO 1916

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1916 en Galicia: 3.284

- Provincia de La Coruña: 1.341 muertes por tuberculosis
- Provincia de Lugo: 717 muertes por tuberculosis
- Provincia de Orense: 262 muertes por tuberculosis

- Provincia de Pontevedra : 964 muertes por tuberculosis

AÑO 1917

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1917 en Galicia: 3.414

- Provincia de La Coruña: 1.371 muertes por tuberculosis
- Provincia de Lugo: 787 muertes por tuberculosis
- Provincia de Orense: 266 muertes por tuberculosis
- Provincia de Pontevedra : 990 muertes por tuberculosis

AÑO 1918

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1918 en Galicia: 3.931

- Provincia de La Coruña: 1.619 muertes por tuberculosis
- Provincia de Lugo: 836 muertes por tuberculosis
- Provincia de Orense: 387 muertes por tuberculosis
- Provincia de Pontevedra : 1089 muertes por tuberculosis

AÑO 1919

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1919 en Galicia: 3.519

- Provincia de **La Coruña**: 1.387 muertes por tuberculosis

Por tuberculosis pulmonar.....	1.132
Por tuberculosis de las meninges	65
Por otras tuberculosis.....	190
Total de los tuberculosos fallecidos en la provincia	1387

Corresponden a la capital:

Por tuberculosis pulmonar.....	183
--------------------------------	-----

Por tuberculosis de las meninges	21
Por otras tuberculosis.....	31
Total de fallecidos en la capital	330
• Provincia de Lugo : 756 muertes por tuberculosis	
Por tuberculosis pulmonar	648
Por tuberculosis de las meninges	14
Por otras tuberculosis.....	94
Corresponden a la capital:	
Por tuberculosis pulmonar.....	96
Por tuberculosis de las meninges	5
Por otras tuberculosis.....	17
Total de fallecidos en la capital.....	118
• Provincia de Orense : 230 muertes por tuberculosis	
Por tuberculosis pulmonar.....	249
Por tuberculosis de las meninges	13
Por otras tuberculosis.....	68
Corresponden a la capital:	
Por tuberculosis pulmonar	30
Por tuberculosis de las meninges	5
Por otras tuberculosis.....	4
Total de fallecidos en la capital	39
• Provincia de Pontevedra : 1046 muertes por tuberculosis	
Por tuberculosis pulmonar	845
Por tuberculosis de las meninges	82
Por otras tuberculosis.....	119

Corresponden a la capital:

Por tuberculosis pulmonar	61
Por tuberculosis de las meninges	6
Por otras tuberculosis.....	9
Total de fallecidos en la capital	79

Total de defunciones causadas por la tuberculosis en Galicia en 1919:3519

Corresponden a las capitales.....	468
Corresponden a las demás ciudades y al campo	3.051
Total de las defunciones habidas en Galicia en 1919 incluyendo la tuberculosis	43.796

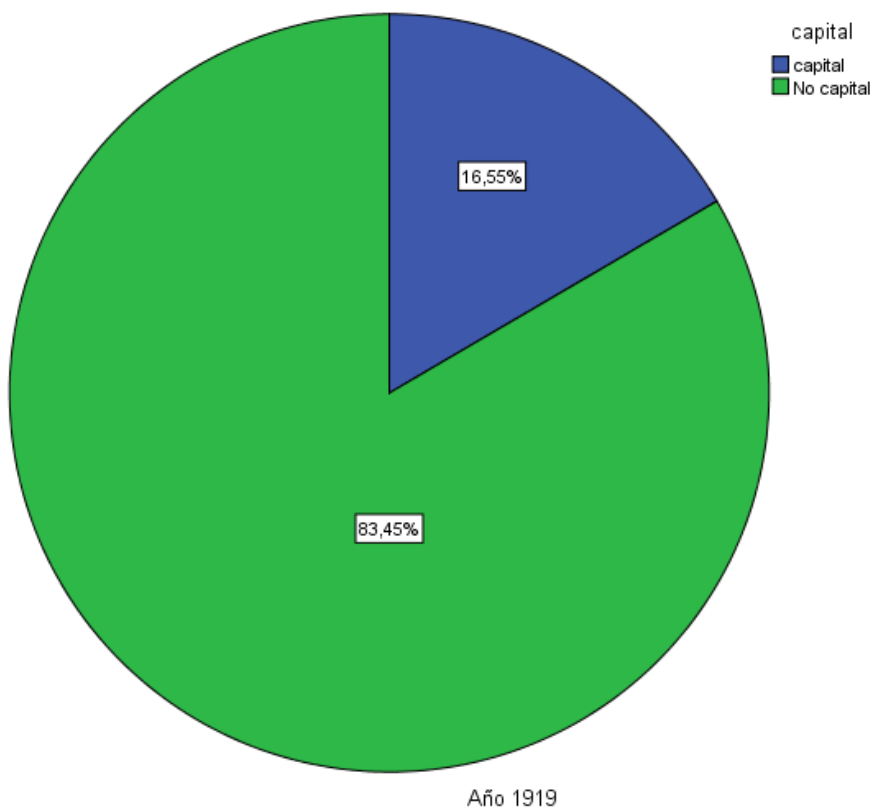


Gráfico (2): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1919.

Tabla (11): Tabla de contingencia Provincia * Tipo

			Tipo			Total
			Pulmonar	Meninges	Otra	
Provincia	Coruña	Recuento	1132	65	190	1387
		% dentro de Tipo	39,4%	37,4%	40,3%	39,4%
	Lugo	Recuento	648	14	94	756
		% dentro de Tipo	22,5%	8,0%	20,0%	21,5%
	Orense	Recuento	249	13	68	330
		% dentro de Tipo	8,7%	7,5%	14,4%	9,4%
	Pontevedra	Recuento	845	82	119	1046
		% dentro de Tipo	29,4%	47,1%	25,3%	29,7%
Total		Recuento	2874	174	471	3519
		% dentro de Tipo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

AÑO 1920

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1920 en Galicia: 3.695

- Provincia de **La Coruña**: 1.457 muertes por tuberculosis
 - Por tuberculosis pulmonar 1.176
 - Por tuberculosis de las meninges 79
 - Por otras tuberculosis..... 202
 - Corresponden a la capital:
 - Por tuberculosis pulmonar 187
 - Por tuberculosis de las meninges 24
 - Por otras tuberculosis..... 30
 - Total de fallecidos en la capital 241
- Provincia de **Lugo**: 752 muertes por tuberculosis
 - Por tuberculosis pulmonar..... 640
 - Por tuberculosis de las meninges 17
 - Por otras tuberculosis..... 95

Corresponden a la capital:	
Por tuberculosis pulmonar.....	80
Por tuberculosis de las meninges	4
Por otras tuberculosis.....	11
Total de fallecidos en la capital	95
• Provincia de Orense : 385 muertes por tuberculosis	
Por tuberculosis pulmonar	295
Por tuberculosis de las meninges	8
Por otras tuberculosis.....	82
Corresponden a la capital:	
Por tuberculosis pulmonar	47
Por tuberculosis de las meninges 4	
Por otras tuberculosis.....	7
Total de fallecidos en la capital	58
• Provincia de Pontevedra : 1101 muertes por tuberculosis	
Por tuberculosis pulmonar.....	869
Por tuberculosis de las meninges	94
Por otras tuberculosis.....	138
Corresponden a la capital:	
Por tuberculosis pulmonar	63
Por tuberculosis de las meninges	8
Por otras tuberculosis.....	15
Total de fallecidos en la capital	86
Total de defunciones causadas por la tuberculosis en Galicia en 1920:	3695
Corresponden a las capitales.....	480
Corresponden a las demás ciudades y al campo	3.185

Total de las defunciones habidas en Galicia en 1920 incluyendo la tuberculosis .. 44.697

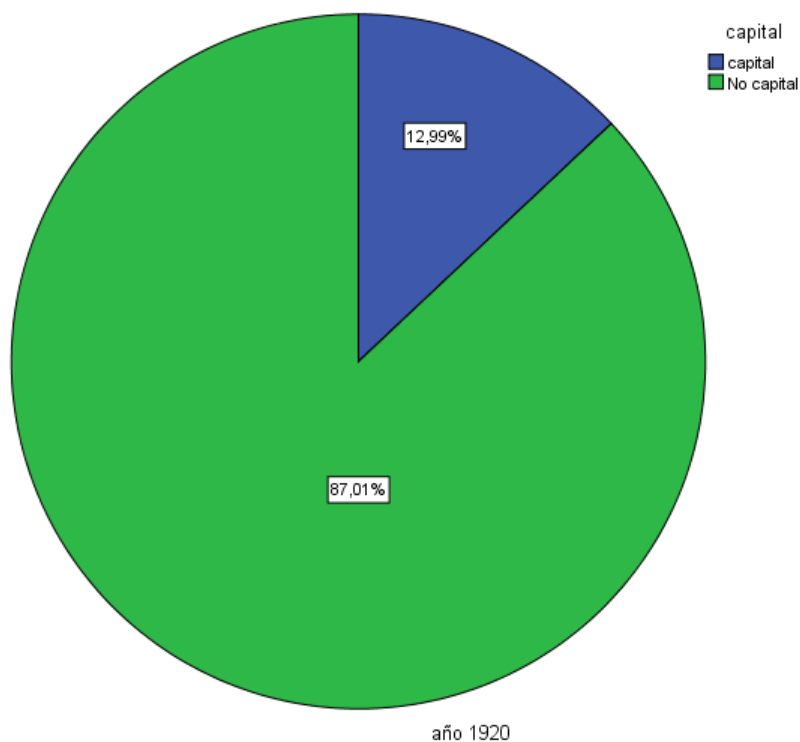


Gráfico (3): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1920.

Tabla (12): Tabla de contingencia Provincia * Tipo

			Tipo			Total
			Pulmonar	Meninges	Otra	
Provincia	Coruña	Recuento	1176	79	202	1457
		% dentro de Tipo	39,5%	39,9%	39,1%	39,4%
	Lugo	Recuento	640	17	95	752
		% dentro de Tipo	21,5%	8,6%	18,4%	20,4%
	Orense	Recuento	295	8	82	385
		% dentro de Tipo	9,9%	4,0%	15,9%	10,4%
	Pontevedra	Recuento	869	94	138	1101
		% dentro de Tipo	29,2%	47,5%	26,7%	29,8%
Total		Recuento	2980	198	517	3695
		% dentro de Tipo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

AÑO 1921

Total de defunciones causadas por tuberculosis en 1921 en Galicia:	3.597
Corresponden a las capitales.....	418
Corresponden a las demás ciudades y al campo	3.179
Total de las defunciones habidas en Galicia en 1919 incluyendo la tuberculosis ²¹⁹ ...	42.866

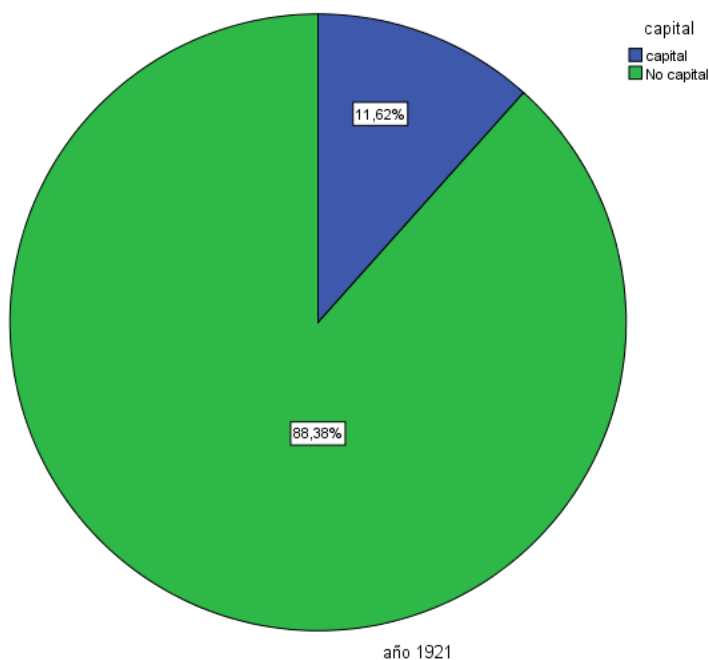


Gráfico (4): Fallecimientos en las capitales de provincia en 1921.

Vemos representados en estos gráficos el porcentaje de fallecimientos por provincia:

²¹⁹ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

Tabla (13): Porcentaje de fallecimientos por provincia entre 1910-1920.

Año	Coruña	Lugo	Orense	Pontevedra
1910	37.2	22.0	15.0	25.8
1915	41.1	21.5	8.2	29.2
1916	40.8	21.8	8	29.4
1917	40.2	23.1	7.8	29.0
1918	41.2	21.3	9.8	27.7
1920	39.4	20.4	10.4	29.8

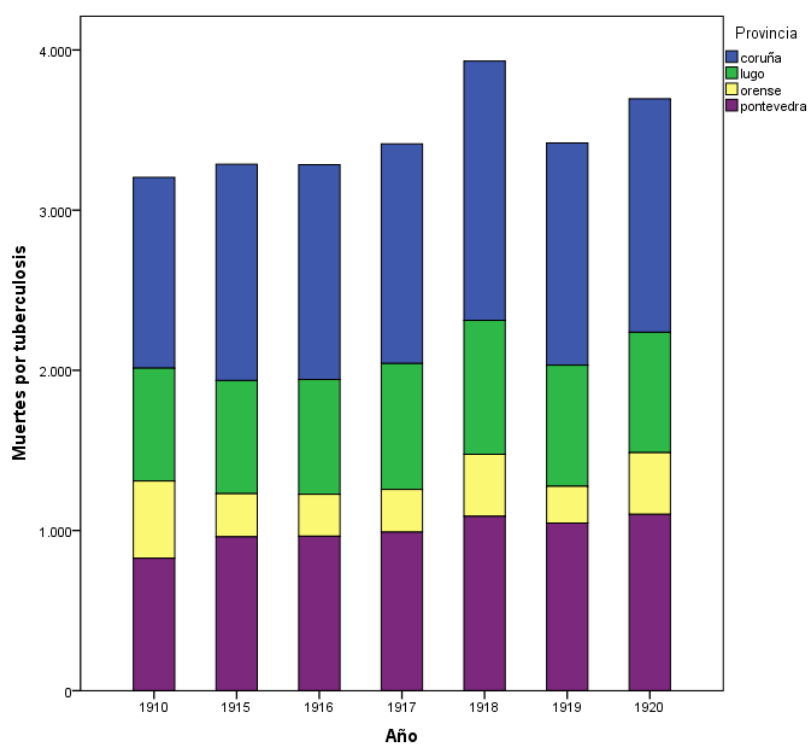


Gráfico (5): Fallecimiento por provincia.

Resumimos en la siguiente tabla los fallecimientos por tuberculosis producidos en capitales de provincia y en el resto:

Tabla (14): fallecimientos por tuberculosis producidos en capitales de provincia y en el resto

Año	Capital	No capital
1910	906	3205
1919	566	2853
1920	480	3215
1921	418	3179

Destaca Hervada el notable aumento durante el año 1918 y comenta que se debe a que hubo en Galicia una incidencia importante de la pandemia gripal que azotó el mundo, 20.314 defunciones, mientras que la cifra total de mortalidad por gripe era de un promedio anual de 500 defunciones.

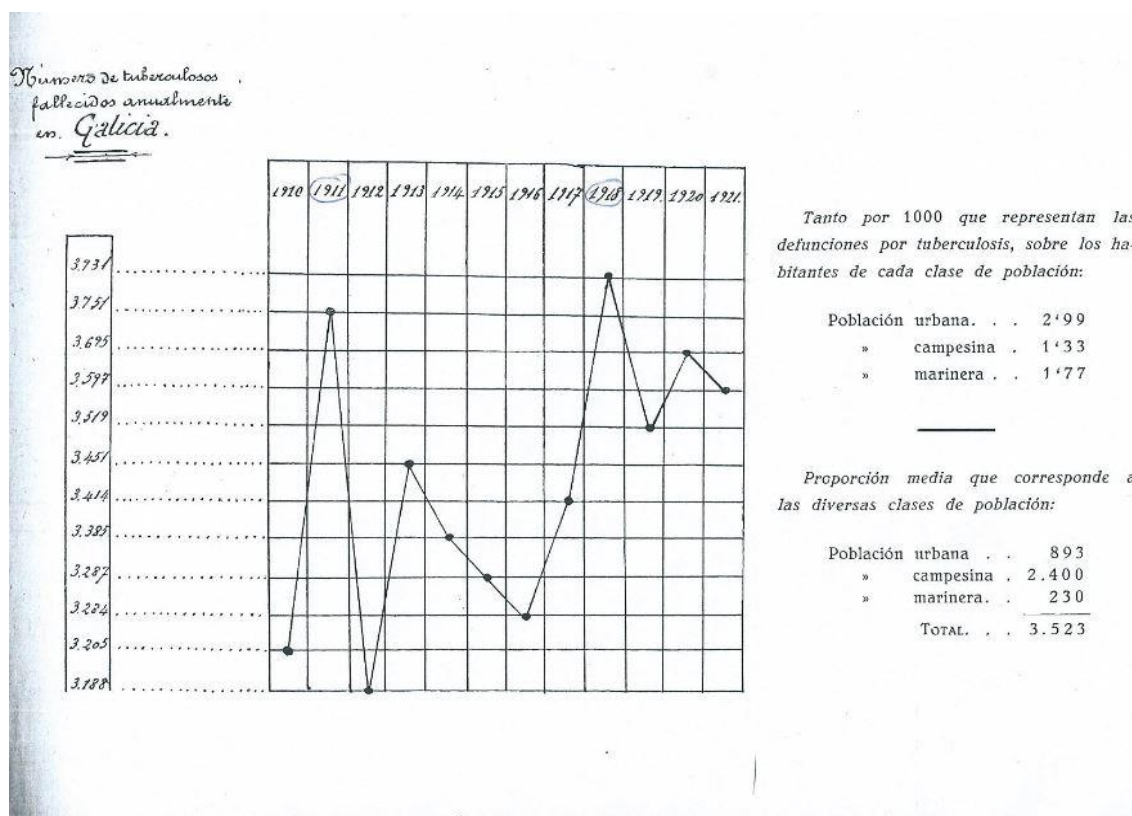


Imagen (53). Mortalidad por tuberculosis en Galicia (1910-1921). Hervada G-Sampedro en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

- 74 -

DETALLES PARA EL MAPA ESTADISTICO

Tante por 1.000			
3'905	LA CORUÑA (ciudad), 61.700 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1920	241	
4'178	Puentedeume, 7.659 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1921	32	
2'764	Ortigueira, 18.807 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1921	52	
2'516	Santiago, 24.637 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1921	62	
1'290	Corcubión, 1.550 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1921	2	
1'082	Puentes de García Rodríguez, 4.620 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1921	5	
0'653	Carballo, 15.308 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	10	
1'323	Malpica, 6.044 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	8	
1'021	Puenteceso, 7.831 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	8	
1'705	Valdoviño, 8.211 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	14	
1'891	Mugía, 6.872 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	13	
2'600	Noya, 10.000 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	26	

(*) Las cifras de habitantes que figuran en este mapa, corresponden, excepto las de las capitales de provincia, a la población total del Ayuntamiento respectivo.

- 75 -

1'333	Sada, 9.000 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1921	12	
16'243	Arzúa, 985 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	16	
0'741	Mañón, 4.048 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	3	
3'055	Betanzos, 10.000 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	31	
5'271	Ferrol, 30.350 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	160	
2'454	Ordenes, 7.741 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	19	
1'140	Negreira, 6.139 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	7	
1'363	Muros, 11.000 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	15	
1'272	Camariñas, 5.500 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	7	
1'551	Padrón, 7.732 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	12	
1'109	Buján, 4.508 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	5	
1'560	Carral, 5.126 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	8	
0'824	Mesía, 4.851 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	4	
1'175	Curtis, 5.103 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis " "	6	
2'914	LUGO (ciudad), 32.601 habitantes.		
	Defunciones por tuberculosis en 1920	95	

Imagen (55). Mortalidad detallada por Ayuntamientos. Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

— 76 —		— 77 —	
2'235	Vivero, 12.523 habitantes. Defunciones por tuberculosis en 1921	28	
2'482	Fonsagrada, 17.321 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	43	
1'289	Castro de Rey, 6.978 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	9	
0'857	Castroverde, 7.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	6	
2'771	Abadín, 5.413 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	15	
0'999	Foz, 8.008 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	8	
3'276	Puebla de Brollón, 7.324 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	24	
0	Villaodrid, 4.069 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	0	
0	Chantada, 15.010 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	0	
1'200	Sarria, 15.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	18	
0	Becerreá, 4.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	0	
0'964	Monterroso, 6.219 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	6	
2'000	Monforte, 14.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	30	
3'190	Ribadeo, 8.776 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	28	
2'80	Mondoñedo, 9.615 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	27	
2'137	Cospeito, 7.952 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	17	
2'063	Guntín, 7.271 habitantes. Defunciones por tuberculosis en 1921	15	
0'00	Trasparga, 10.200 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	0	
1'950	Villalba, 14.359 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	28	
1'591	Puebla de Navia, 6.913 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	11	
1'880	Incio, 7.440 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	14	
1'555	Quiroga, 9.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	14	
3'333	ORENSE (ciudad), 17.040 habitantes. Defunciones por tuberculosis en 1920	58	
1'853	La Gudiña, 2.697 habitantes. Defunciones por tuberculosis en 1921	5	
0'325	Puebla de Trives, 6.139 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	2	
0'336	Carballino, 8.917 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	3	
1'400	Celanova, 5.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	7	
0'00	Bande, 6.600 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	0	
1'333	Molgas, 6.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	8	
0'00	Ginzo, 6.173 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	0	
7'333	Verín, 3.000 habitantes. Defunciones por tuberculosis " "	11	

Imagen (56). Mortalidad detallada por Ayuntamientos. Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

— 78 —

0'724	Montederramo, 4.150 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis en 1921	3
1'226	Ribadavia, 5.709 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	7
0'106	Allariz, 9.356 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	1
0'222	Viana, 9.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	2
1'727	Barco de Valdeorras, 5.210 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	9
0'928	Esgos, 3.230 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	3
1'335	El Bollo, 5.240 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	7
0'000	Teijeira, 2.424 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	0
3'412	PONTEVEDRA (ciudad), 25.201 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis en 1920	86
1'406	Bayona, 5.687 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis en 1921	8
3'426	Cuntis, 6.713 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	23
1'679	Cambados, 7.143 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	13
0'772	La Cañiza, 7.764 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	6
2'112	Puentecaldelas, 8.993 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	19
1'333	Lalín, 18.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	24

— 79 —

1'981	Sangenjo, 8.578 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis en 1921	17
2'272	Redondela, 13.644 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	31
2'585	Lavadores, 25.182 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	65
2'654	Porriño, 7.910 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	21
2'081	Cangas, 12.974 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	27
2'557	Tuy, 12.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	31
1'235	Garbía, 9.711 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	12
1'000	Caldas de Reyes, 10.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	10
0'933	La Estrada, 30.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	28
2'720	Vigo, 50.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	136
0'925	Puentearreas, 14.047 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	13
1'750	Vilagarcía, 16.000 habitantes.	
	Defunciones por tuberculosis " "	28

Imagen (57). Mortalidad detallada por Ayuntamientos. Mortalidad por tuberculosis en Galicia en 1921. Enrique Hervada. Publicado en *La lucha antituberculosa en Galicia*. 1924.

Vemos a continuación una tabla y un gráfico, representando los fallecimientos producidos según el tipo de tuberculosis en los años 1910-1919 y 1920:

Tabla (15): Tabla de contingencia Año * Tipo

Recuento

		Tipo			Total
		pulmonar	Meninges	Otra	
Año	1910	2552	155	498	3205
	1919	2874	174	471	3519
	1920	2980	198	517	3695
	Total	8406	527	1486	10419

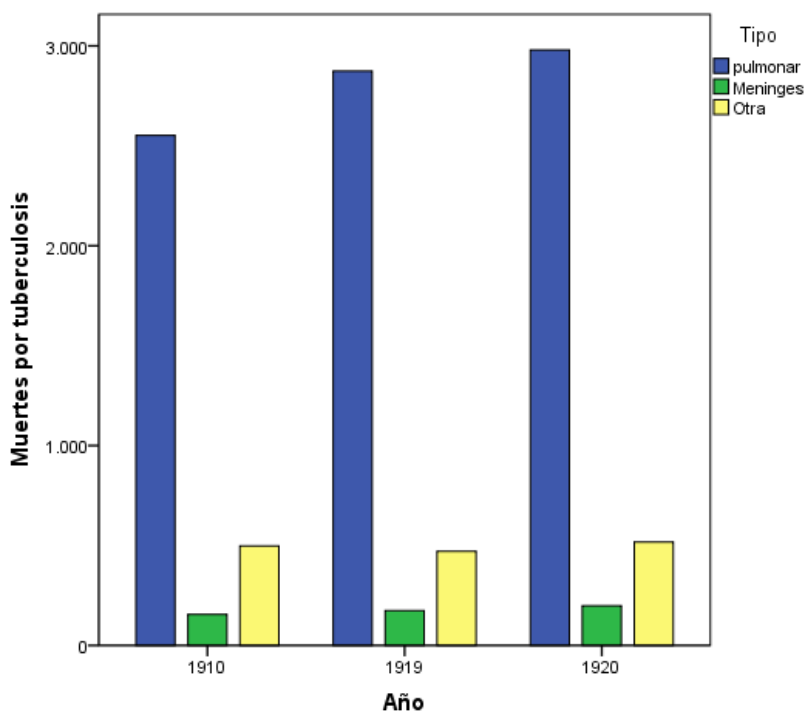


Gráfico (6): fallecimientos producidos según el tipo de tuberculosis en los años 1910,1919 y 1920.

Así representamos la distribución por provincia y tipo de tuberculosis con el total en los años 1910, 1919 y 1920:

Tabla (16): Tabla de contingencia Provincia * Tipo
Recuento

		Tipo			Total
		Pulmonar	Meninges	Otra	
Provincia	Coruña	3266	202	568	4036
	Lugo	1864	61	287	2212
	Orense	926	32	239	1197
	Pontevedra	2350	232	392	2974
Total		8406	527	1486	10419

total en los años 1910, 1919 y 1920

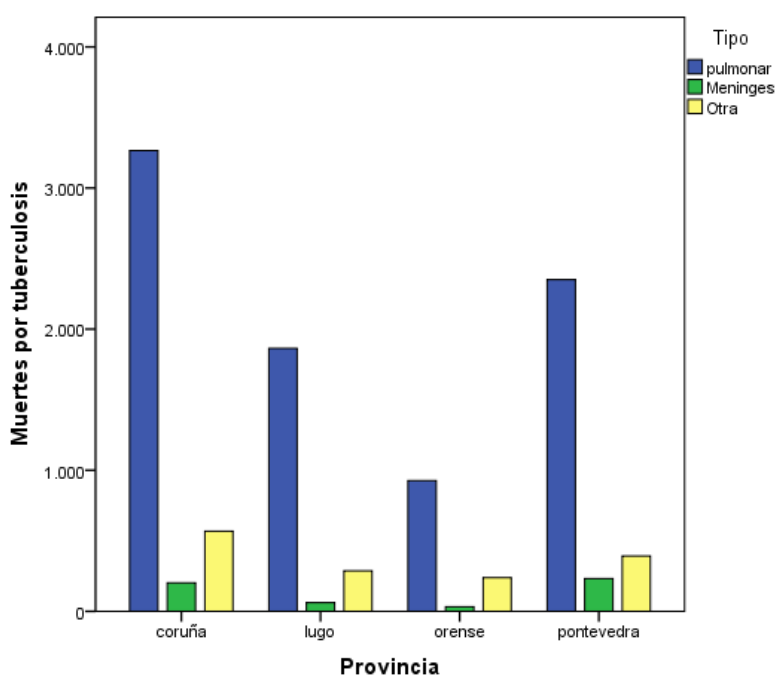
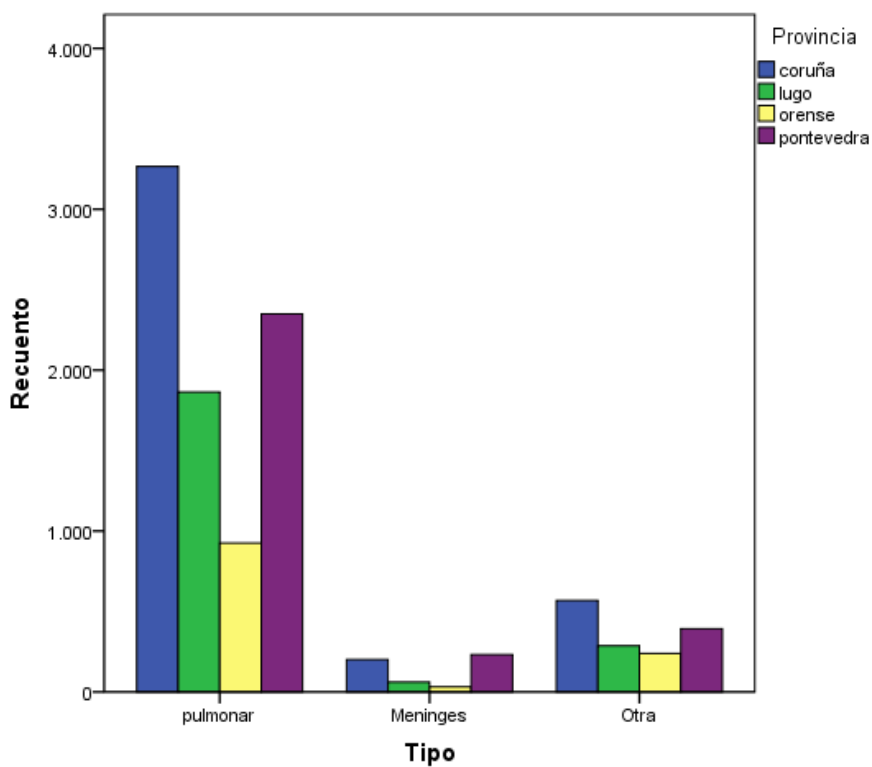


Gráfico (7): fallecimientos por tipo de tuberculosis y provincia.

Vemos representada en la siguiente tabla la distribución por tipo de tuberculosis y provincia. Aparecen los totales y los porcentajes del tipo de tuberculosis por provincia y, los porcentajes por provincia para cada tipo.

Tabla (17): Tabla de contingencia Provincia * Tipo

			Tipo			Total
			Pulmonar	Meninges	Otra	
Provincia	Coruña	Recuento	3266	202	568	4036
		% dentro de Provincia	80,9%	5,0%	14,1%	100,0%
		% dentro de Tipo	38,9%	38,3%	38,2%	38,7%
Lugo	Lugo	Recuento	1864	61	287	2212
		% dentro de Provincia	84,3%	2,8%	13,0%	100,0%
		% dentro de Tipo	22,2%	11,6%	19,3%	21,2%
Orense	Orense	Recuento	926	32	239	1197
		% dentro de Provincia	77,4%	2,7%	20,0%	100,0%
		% dentro de Tipo	11,0%	6,1%	16,1%	11,5%
Pontevedra	Pontevedra	Recuento	2350	232	392	2974
		% dentro de Provincia	79,0%	7,8%	13,2%	100,0%
		% dentro de Tipo	28,0%	44,0%	26,4%	28,5%
Total	Total	Recuento	8406	527	1486	10419
		% dentro de Provincia	80,7%	5,1%	14,3%	100,0%
		% dentro de Tipo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Total en los años 1910, 1919 y 1920

Gráfico (8): fallecimientos por tipo de tuberculosis y provincia.

Observamos que el tipo de tuberculosis afectando a las meninges se distribuye de forma muy distinta en la provincias, el mayor porcentaje (44.0%) corresponde a Pontevedra y el menor (6.1 %) a Orense.

Enrique Hervada igual que otros muchos tisiólogos de la época intenta estimar el coste que supone para Galicia tratar a los enfermos tuberculosos, y para manifestarlo relata en su estudio lo siguiente:

Calculando en 50.000 pesetas, el capital social que representa la vida de cada tuberculoso, se puede afirmar, que la tuberculosis, por efecto de la insuficiencia de las medidas profilácticas, nos hace perder anualmente en Galicia una cifra aproximada de 200.000.000 de pesetas.

También se hace eco de esta percepción económica Molero Mesa²²⁰, que recoge en su tesis doctoral cómo se calculaban las pérdidas mediante asignación de un valor económica 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.

En 1930, se estimaba que se producían en España 50.000 defunciones anuales, de las cuales 4.000 corresponderían a Galicia, con 40.000 enfermos tuberculosos, por lo que se ponía cada vez más de manifiesto la necesidad de invertir en la profilaxis y prevención, ya que el gasto que suponía para Galicia era altísimo²²¹.

²²⁰ Molero Mesa, Jorge (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

²²¹ Gutiérrez Moyano, Aurelio. (1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. Galicia Clínica. Año II-Núm.10.

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 esa 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 patria²²².

Peña Novo se plantea las mismas dudas que Enrique Hervada años atrás en relación a la veracidad de las estadísticas demográficas obtenidas.

Mientras que en 1923 Hervada decía lo siguiente:

Más estamos dispuestos a seguir rigurosamente los datos estadísticos actuales y con ellos basaremos la distribución del mal en nuestro reino, aunque pido de antemano un acuerdo profesional con tecnicismo secreto, que sea capaz de complacer a los familiares, sin desvirtuar la naturaleza etiológica de la enfermedad. Solo de este modo podemos fundar, con ventajas para la lucha, una estadística demográfica y epidemiológica de gran utilidad.

Los datos del Registro Civil, por los cuales nos guiamos, no tienen por lo tanto para nosotros ninguna garantía. Sabemos cómo generalmente se hacen las certificaciones y no ignoramos por otra parte los errores diagnósticos que existen en las formas agudas;

²²² Peña Novo, Plácido (1930). El problema tuberculoso en Galicia. La Coruña; Imprenta Moret.

sobre todo, en las septicemias bacilares de los niños, que casi siempre pasan por formas eberthianas²²³.

En 1930, Plácido Peña Novo también dudaba 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.

[.....]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 aconsejárnoslo así nuestras fuentes de información y el medio en que profesionalmente nos movemos²²⁴.

8.3. LA HERENCIA Y EL CONTAGIO EN GALICIA

Intenta Hervada hacer una revisión de autores franceses de la época para ver las bases del actual problema de la tuberculosis. Para eso cita en su obra a autores como Sayé²²⁵ y, entre los galos, a León Bernard, Debré, Bezançon, Roussel, Burnet, etc.

Para Sayé: *La tuberculosis es siempre producto del contagio.*

²²³ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste

²²⁴ Peña Novo, Plácido (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.

²²⁵ Luis Sayé Sempere (1888-1975) destacado tisiólogo barcelonés de prestigio internacional. Vid. <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=HF> (consultada 12 de febrero de 2017)

León Bernard y Debré²²⁶ comentan:

Está bien comprobado actualmente que la tuberculosis no es hereditaria; el hijo de tuberculosos no es fatalmente víctima de la tuberculosis. El recién de una madre tísica, aunque la tuberculosis haya evolucionado de un modo grave, nace sano y aun añadiremos que nace sin predisposición. Si la tuberculosis es frecuente en los hijos de los tuberculosos, es porque viven en un ambiente contaminado.

Roussel²²⁷, en su obra *La tuberculose Conjugale* afirma lo siguiente:

En París, el 60 por 100 de los niños que viven con sus padres tuberculosos, contraen la enfermedad, mientras que la morbilidad tuberculosa no pasa del 0.6 por 100 en los que la "Obra Grancher" envía al campo.

Revisando detalladamente cada uno de estos estudios, Hervada llega a afirmar lo siguiente:

Se considera actualmente por todos los tratadistas, que la tuberculosis es una enfermedad de la infancia y que la infección del adulto es un despertamiento de la tuberculosis dormida desde la niñez, o la reinfección de un organismo inmunizado parcialmente.

Los estudios de Debré²²⁸ y Paraf, demuestran bien claramente la extrema receptividad del recién nacido enfrente del bacilo y la importancia capital de esta primo-infección.

La gravedad de ésta, parece depender sobre todo del número de bacilos infectantes. A una dosis débil de bacilos, corresponde un período antialérgico corto, una gran sensibilidad a las reinfecciones y frecuentemente una muerte rápida.

²²⁶ Préservation de la tuberculose chez les enfants du premier age. Principes généraux et applications pratiques. Leon Bernard et R. Debré. Paris Medicale, num 1 .1921

²²⁷ Paul Roussel, (1922). *La tuberculose Conjugale. Contagion et mariage. Etude Medico-Sociale*. Maloine. Edit. París

²²⁸ Robert Debré nació en Sedán en 7 de diciembre de 1882 y murió en Kremlin Bicetre el 29 de abril de 1978. Era un médico francés, considerado uno de los fundadores de la pediatría moderna. La Reacción de Debré-Paraf es una reacción de la fijación del complemento para el diagnóstico de la tuberculosis urinaria, en la que el antígeno es la orina de paciente.

El resultado de las primo-infecciones (son generalmente múltiples) es la aparición en el niño (después de un período de incubación, que varía de algunos días a cuatro meses), de una modificación humoral, de lo que llamamos estado alérgico.

Se puede decir que de este primer contacto con el bacilo, el niño queda tuberculizado para toda su vida. Un foco, más o menos latente, subsistirá desde entonces en el organismo, lo más frecuentemente al nivel del pulmón y de los ganglios tráqueo-bronquiales. Bajo una influencia cualquiera, el adulto atraviesa un período menor resistencia y la infección, que dormía, se despierta y continúa la enfermedad su evolución.

Se ha discutido mucho el origen de la reinfecciones. Para unos, resulta de la liberación de bacilos virulentos al nivel de antiguos focos mal extinguidos; para otros, resulta de nuevos contagios, de sobreinfecciones de origen exógeno. En realidad, los dos modos son posibles y compatibles. Los despertamientos de la bacilosis en el adulto pueden ser de origen endógeno o exógeno.

Roussel, al que seguía Hervada, comentaba en su obra *La Tuberculose Conjugale*, que la «protección del niño contra la infección bacilar, es actualmente la única base sólida de una profilaxis general eficaz. Toda la vida se encuentra hipotecada por los primeros contagios, y los padres no sabrán nunca vigilar lo bastante al nuevo ser».

Aunque Hervada considera que a esta aseveración le acompañan algunos matices, ya que él comenta que pudo comprobarlo con cientos de familias, a las que conocía con sumo detalle, el curso bacilar genealógico. Tiene conocimiento de muchas familias en las cuales la herencia fatal se repite muy a menudo, aun manteniendo muchísimas precauciones.

Estos casos son tantos y tan bien observados, que nos llevan sin quererlo y aun sabiendo que cometemos una irreverencia científica, a explicarnos más satisfactoriamente la herencia directa del germen, que la herencia de la predisposición y de las primo-infecciones masivas en un medio familiar contaminado.

A medida que Hervada va leyendo y analizando las obras de los autores franceses anteriormente mencionados, apoya más decididamente las palabras de Baumgarten²²⁹ :

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 en generación. Modestos en sus exigencias, latentes como parásitos inofensivos, acechan el momento propicio para destruir a su portador.

Por lo que el Dr. Hervada asegura que en nuestra región, hay un enorme e indiscutible predominio de la influencia hereditaria, mientras que observa que en América, existe un mayor predominio para el contagio.

Con las siguientes palabras se pone de manifiesto la clara convicción de nuestro fisiólogo coruñés:

Es de observación repetidísima y prolongada, ver indemne a la viuda de un tuberculoso que no guardó ningún principio higiénico, mientras sus hijos fallecen de diferentes formas de la infección en distintas edades.

Analizada la estadística de lesiones tuberculosas en niños de ascendientes sospechosos de Grünberg²³⁰, se encuentra un 25 por 100 de casos en aquellos cuyos padres han tenido por ambos lados un pasado patológico específico, aunque estaban curados antes de la procreación. Por lo

²²⁹ Paul Clemens von Baumgarten (1848-1928), nacido en Dresde, hizo sus estudios de medicina en Leipzig y Königsberg, y se graduó en 1873. Fue primero anatomista en el Instituto Anatómico de Leipzig y, desde 1877, profesor de anatomía patológica de la Universidad de Königsberg. En 1889 se trasladó a Tübingen, donde permaneció hasta su jubilación, asumiendo además de la cátedra de Anatomía Patológica la docencia en Bacteriología. Esta última fue su ocupación preferente. Describió el bacilo tuberculoso el mismo año (1882) que Koch, e independientemente. Publicó numerosos tratados sobre enfermedades infecciosas.

²³⁰ *Prophylaxie de la tuberculose* 1920. Gimbert, capítulo V, vol XVIII. Tomo I del *Traité de Phatologie Medicale et de Therapeutique appliquée de Sergent-Ribadeau*. Dumas et Babonneix. Maloine. Paris

que Enrique Hervada opina que para Galicia, es el problema de la tuberculosis en gran parte un problema conyugal. Sería una labor profiláctica muy importante el evitar la unión con personas de antecedentes bacilares.

Algunos médicos gallegos que estudiaron en profundidad la evolución y transmisión de la tuberculosis, como Gil Casares, explicaron con gran pasión su teoría. Para él, el concepto de transmisión de la tuberculosis evoluciona a lo largo de su carrera profesional, siendo fruto de los estudios científicos de los que tenía conocimiento y de su observación clínica.

Comienza su carrera defendiendo la teoría contagionista de la enfermedad, hasta llegar a defender firmemente la teoría de la herencia, sobre todo la herencia a la predisposición²³¹, y profesándose así, anticontagionista²³².

En su obra *El caso clínico de la dama de las camelias*²³³ 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 tiempos 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 ómnium pessima*.

²³¹ Gil Casares, M. (1925) La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia. Santiago.

²³² Gil Casares, M. (1929). Aspectos de la lucha antileprosa. En: *Libro Homenaje a Marañón*. Madrid. Editorial Paracelso. Pág. 513-521.

²³³ Gil Casares, M. (1908) 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.

Será 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*²³⁴ 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.

Era conocedor el profesor Gil Casares de la trascendencia de su teoría ya que iba en contra de la teoría mayoritaria de sus compañeros que defendían el contagionismo.

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.

El mismo año del congreso en 1912, escribe un artículo sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis, donde defiende su teoría de la herencia de la siguiente manera:

Trátese del bacilo, trátese de la del terreno en términos generales, o simplemente de estados alérgicos hereditarios. Para mí la herencia de la tuberculosis es tan innegable como la de la lepra.

[.....] 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 a la hora actual cómo se realiza, si por inhalación de los esputos desecados o de las partículas de saliva que despiden los enfermos (infección por gotitas), o si por ingestión desde el tubo digestivo, como tampoco sabemos a ciencia cierta cuál es el papel que

²³⁴ Gil Casares, Miguel (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

desempeñan en la infección del hombre los bacilos tuberculosos de otras especies animales²³⁵.

Fueron tantas las críticas recibidas por los tisiólogos que defendían en aquella época la teoría de la herencia, que Gil Casares vio repercutida esta situación en la organización del Congreso Regional antituberculoso de La Toja el cual, él iba a presidir.

Recibió 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 anulación del permiso para el Congreso Regional antituberculoso de La Toja que habría de celebrarse en 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.

[.....]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 tuberculosis, que en todo el mundo se propaga por el contagio, tiene el capricho de propagarse en Galicia por la herencia²³⁶.

Al igual que Enrique Hervada, y el Dr. Gil Casares, Aurelio Gutiérrez Moyano, años más tarde, en 1933, aun no siendo defensor de la teoría de la herencia, también observaba diferencias con otras regiones. Detallaba otras circunstancias socioeconómicas y demográficas que podrían ser motivo de esas diferencias:

Galicia tiene en el aspecto de lucha antituberculosa, peculiaridades que conviene aprovechar: carece de una densidad industrial favorecedora del contagio; su vida de

²³⁵ Gil Casares, Miguel (1912). Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar. *Revista ibero-americana de ciencias médicas*.

²³⁶ El Congreso de la Toja. *El Compostelano*. 5 de septiembre de 1925. Pág. 3.

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 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 resultados²³⁷.

El Dr. Peña Novo también compartía la teoría de la herencia a la predisposición, y así lo deja de manifiesto en su libro de 1925 *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*.

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 morbosa²³⁸.

²³⁷ Gutiérrez Moyano, A. (1933) Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 182.

²³⁸ Peña Novo, Plácido (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña. Tipografía del Noroeste.



Triste herencia (Los hijos del placer), 1899
Joaquín Sorolla (1864-1923)

Imagen (58).Triste herencia (Los hijos del placer). Sorolla1899.

8.4. LA EMIGRACIÓN

Era para el Dr. Hervada la emigración un problema muy importante a la hora de tener en cuenta como causa frecuente de la tuberculosis.

Así lo relata en su estudio tomando en consideración todas esas encuestas y entrevistas mantenidas con numerosos médicos rurales:

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 los que regresan de América y por el soldado, sobre todo, por el que hace el servicio en la Armada.

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 Clavijo²³⁹, 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 gallega²⁴⁰.

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.

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

²³⁹ 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.

²⁴⁰ Clavijo y Clavijo, S. (1914). *Tuberculosis en la marina de guerra. (Nuevas orientaciones y reformas)*. Madrid; Imprenta del Ministerio de Marina.

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 de fogonero.

Según Valcárcel, 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

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 Arnould²⁴¹, 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-dietético²⁴².

También el Dr. Gil Casares, como otros médicos de la época, observaba una alta incidencia de tuberculosos entre los repatriados de América.

²⁴¹ Arnould, E. (1922). La mortalité tuberculeuse du sexe féminin. *Revue de la Tuberculose*, núm 2.

²⁴² Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

Considerando 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.

En 1913 en un artículo publicado en la revista *Suevia* manifestaba su convicción acerca del problema de la emigración:

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.

[.....] 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 respetado²⁴³.

En 1933, el Dr. Gutiérrez Moyano, también escribe sobre la emigración diciendo lo siguiente:

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, retornen a donde con su esfuerzo

²⁴³ Gil Casares, Miguel (1913). La tuberculosis en Galicia. *Suevia*. Pág. 13

lograron reunir algunos ahorros, pues de otro modo no pueden disponer de un numerario que severísimas disposiciones impiden movilizar a través de las fronteras²⁴⁴.

En este mismo año, en 1933, Souto Beavís, recoge junto a Enrique Hervada, Freijanes Malingre y Alonso Hortas en el artículo *Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia* (publicado en *Galicia Clínica*), el fenómeno migratorio producido en Galicia y explican cómo resulta mucho más importante que en otras regiones de España.

Si entre las naciones europeas que sufren la emigración, España ocupa un lugar destacado, Galicia es sin duda la más castigada de sus regiones, como lo demuestran algunas cifras tomadas de las publicaciones de la Inspección General de Emigración²⁴⁵.

Así explican el movimiento migratorio estos autores en el quinquenio 1927-1931:

Tabla (18): Movimiento migratorio entre 1927-1931

AÑOS	TOTAL ESPAÑA	TOTAL 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
TOTAL	198.549	109.955	55.40(promedio)

²⁴⁴ Gutiérrez Moyano, Aurelio (1933). Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 179.

²⁴⁵ 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.

El Dr. Gutiérrez Moyano sigue en la misma línea que Hervada comentando en su artículo *El problema de la tuberculosis en Galicia*:

Para Galicia el factor decisivo, residió siempre en su exuberante emigración. Nuestras aldeas se han despoblado principalmente de hombres, por la 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 prosperidad económica, que les permitiera retornar a su agro y realizar el sueño de propietarios²⁴⁶.

Es importante destacar, algo que para Enrique Hervada y otros tisiólogos gallegos como Peña Novo, Gil Casares, Gutiérrez Moyano, etc. era importante y que más adelante trataremos, como 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 tuberculización en las Américas, un intento de culpabilizar al paciente de su propia enfermedad. De esto trata Molero Mesa en su tesis doctoral en el capítulo referente a Alcoholismo, incultura/ignorancia e inmoralidad²⁴⁷ refiriéndose a la ponencia presentada en el Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París por Espina y Capó.

La vinculación entre el alcohol y la tuberculosis era un 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,

²⁴⁶ Gutiérrez Moyano, A. (1930) El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm. 10. Pág. 1.

²⁴⁷ Molero Mesa, J. (1989) Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936). Tesis doctoral. Universidad de Granada.

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.*

Ya hemos visto, al describir las causas de la enfermedad, que algunos autores recurrían al alcoholismo para explicar la mortalidad tan elevada entre la clase obrera. De hecho, este hábito estaba considerado para la mayoría de los médicos como un vicio popular, debido a la afición a la bebida de las clases trabajadoras que, por su incultura, creían que el alcohol les daba fuerzas para trabajar. Sin embargo, otros autores afirmaban que el abuso de las bebidas alcohólicas era consecuencia lógica de la carencia alimentaria, estando obligados a suplir con este líquido barato las calorías que no podían ingerir con la alimentación. También la búsqueda de consuelo era otra de las razones que empujaban al trabajador a beber.

La relación de dependencia entre el alcohol y la tuberculosis, se producía a través de la decadencia orgánica individual, hecho que aumentaría la receptividad del cuerpo a esta enfermedad. En este sentido, el alcoholismo sería uno más de los factores que consumían al individuo, que le hacían perder las fuerzas, como eran el abuso sexual, o el trabajo extenuante. En 1904 se afirmó que el 70 por ciento de los tuberculosos habían sido o eran borrachos.

Para intentar demostrar la influencia de la emigración en el desarrollo y evolución de la tuberculosis, nuestro tisiólogo coruñés elabora un cuestionario que le hará llegar a un gran número de médicos de toda Galicia tanto de la costa como del interior.

Los resultados de dichas encuestas aparecen recopilados en su obra *La lucha antituberculosa en Galicia*. De los 43 ayuntamientos de los que recoge testimonio de la situación sobre tuberculosis, 17 alegaban el retorno migratorio como causa fundamental o una de las fundamentales para motivar ese aumento de incidencia.

Vemos a continuación las impresiones médicas detalladas remitidas al Dr. Hervada acerca de la tuberculosis en las diferentes comarcas gallegas: (conservamos la toponimia empleada por el autor)

La Coruña:

- Curtis- Teijeiro: la tuberculosis muy rara hace treinta años, es hoy relativamente frecuente. (Dr. José Martínez Pardo).

- 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).

- Laracha: observo la tuberculosis muy frecuentemente. En las parroquias de los Ayuntamientos de Cerceda y Coristanco, es donde más se observan las osteítis tuberculosas, mal de Pott y manifestaciones cutáneas. En Carballo, Arteijo y Laracha, escrofulosis y tuberculosis pulmonar, que disminuyen a medida que nos acercamos a la costa. Carezco de estadística, pero puedo afirmar, que es la enfermedad que mayor número de enfermos da a mi consulta. (Dr. Maximino Cacheiro).

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

- El Barquero: la tuberculosis es bastante frecuente, sobre todo en ciertas parroquias de las costas bajas, húmedas y arcillosas; en cambio en una peninsular, seca y arenosa, que es Bares, sólo observé, en trece años, cinco escasos. (Dr. Higinio Novo).

- 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 cantidad se recibe de América. Los alimentos son sanos y abundantes. (Dr. Alfonso Illade).

- Noya: la tuberculosis es aquí bastante frecuente. (Doctor Luis Vidal).

- 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 puntilla de palillos, para lo cual permanecen sentadas 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).
- Órdenes: en este distrito veo pocos casos de tuberculosis; no tengo ocasión de examinar más de seis a ocho por año. (Dr. Ignacio Castro).
- Sobrado de los Monjes: no es aquí enfermedad frecuente. Sin embargo parece verse ahora algún caso debido a lo siguiente: En un Ayuntamiento limítrofe existe una fábrica de lienzos, donde se observan que muchachas que gozaban de perfecta salud, antes de ser empleadas, están hoy infectadas. Conviene advertir, las condiciones de inferioridad orgánica en que se colocan por alimentación insuficiente; y el hecho de hacer un recorrido a diario de ocho, diez y doce kilómetros, por malos caminos, y los días de lluvia, permanecer luego completamente mojadas. (Dr. José García Rego).
- Oza de los Ríos: ¿es ahí muy frecuente la tuberculosis? Puede calcularse en un cinco por ciento de las enfermedades. Las gentes se dedican a labores del campo. (Dr. Ramón Barrós).
- 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).

- Santiago: Actualmente no existe en Santiago ninguna institución antituberculosa.

No creo que pueda implantarse aquí, en Galicia, otra lucha como no sea la que se hace en la institución de Sanatorios adecuados para gente pobre y para la pequeña burguesía, que no pueden emigrar a los sanatorios extranjeros ni a los sanatorios españoles. La labor de los dispensarios, tal 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 lucha antituberculosa universal que supone la intervención de numerosos factores económicos.

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 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. (Doctor Nóvoa Santos).

Lugo:

- Castroverde: la tuberculosis se observa cada día con más frecuencia. (Dr. Camilo Santiso Cela).

- 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).

- Fonsagrada: en mi radio de acción profesional, la tuberculosis es muy poco frecuente. (Dr. Eustasio Castrillón).

- Puebla del Brollón: en mi radio de observación, que consta de veintidós parroquias y suman en conjunto unos nueve mil habitantes, *no existen más que dos casos de tuberculosis*. Un enfermo de veintisiete años, que atribuyo su bacilosis a su oficio de pescador, pasa muchas noches pescando en el río y descuidó sus primeros catarros. El otro enfermo, de diecisiete años, padeció la gripe, con fuertes complicaciones torácicas, que le favorecieron el desarrollo de la tuberculosis. El clima es beneficioso por nuestras razones topográficas. (Dr. José Somoza).

- 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).

- Alfoz: es la tuberculosis, con sus múltiples y variadas manifestaciones, una infección predominante. (Dr. Atilano Basanta).

- Baamonde: observo con bastante frecuencia la tuberculosis (Dr. Serafín Teijeiro).

- Friol: ¿es muy frecuente la tuberculosis en su radio de acción? Calculo un diez por ciento de los enfermos de este término municipal, que tiene 12.000 habitantes. No hay higiene y las viviendas son muy malas. (Dr. Celestino Pardo).

- 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).

- Beluso: observo muy raras veces la tuberculosis pulmonar, aunque veo bastantes tuberculosos de los huesos. (Dr. Rogelio Val Barros).

- Arbo: la tuberculosis es bastante frecuente. (Doctor Rivera).

- Cangas: es muy frecuente la tuberculosis en este Ayuntamiento, que cuenta con 13.000 habitantes y da un mínimo de mortalidad por esta enfermedad de cinco defunciones mensuales. (Dr. M. Vilar). Las costumbres pueden influir, pues son en su mayoría pescadores que permanecen mucho tiempo en el mar y aprovechan la noche para sus labores. (Dr. José González Graña).

- 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).

- Caldas de Reyes: los médicos que ejercen en este punto, vienen observando que desde hace aproximadamente una docena de años disminuyen de un modo notable los casos de tuberculosis pulmonar, hasta el punto de que en los dos últimos años solamente han tenido una defunción por dicha dolencia. Llama esto la atención por ser Caldas un pueblo muy expuesto al contagio, pues allí concurren todos los veranos unos 2.000 enfermos catarrosos, que van hacer uso de las aguas termales clorurado-sódico-azoadas.

De estos enfermos, el 50 por ciento sufre tuberculosis pulmonar en diferentes períodos y formas, y siembran, claro está, el ambiente de bacilos de Koch. Tiene Caldas unos 3.000 habitantes. Está situado a 36 metros sobre el nivel del mar y su clima es benigno, aunque húmedo. (Doctor Sesto).

• Bayona: la tuberculosis es bastante frecuente, registrándose en estos últimos años, después de la epidemia gripal, más abundantes que los anteriores. (Dr. Jesús Varela).

• Morrazo: observo gran cantidad de enfermos en esta parte de la provincia, siendo la península del Morrazo, lengua de tierra comprendida entre las rías de Vigo y Marín, uno de los sitios más castigados. La parte de Porriño da también gran contingente de enfermos. (Dr. Moisés D. Luna).

• 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).

• La Guardia: según una estadística tomada del Registro Civil por los años 1871 a 1906 de 4.767 defunciones, han correspondido a la tuberculosis 263, y en la actualidad el tanto por ciento no ha variado. Según mi experiencia, las causas que parecen influir en su desarrollo son, por orden de frecuencia, alcoholismo, alimentación insuficiente y hacinamiento. Los climas del litoral me parecen perniciosos. (Dr. Pacífico Rodríguez).

• 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:

• La Vega Meda: ejerzo la profesión en un Ayuntamiento rural de 7.000 habitantes, diseminados en 30 lugares que ocupan un radio de diez quince kilómetros, siendo un país montañoso y sano. Sin duda por estas condiciones y por ser una población

esencialmente agrícola, de vida constante al aire libre, de costumbres morigeradas y de alimentación sana, se ven pocos casos de tuberculosis. (Dr. Rómulo Carracedo).

- 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).

- Beariz: estoy encarado de la asistencia de 800 familias de una población de 4.000 habitantes aproximadamente y considero poco frecuente la tuberculosis, a pesar del hacinamiento en que viven estos labradores. (Dr. Alfredo Cariñol).

- Arnoya (Ribadavia): afortunadamente pasan años sin que observe ningún caso. Los pocos casos que aquí veo los achaco al exceso de bebidas alcohólicas, a que con frecuencia se entregan los habitantes de esta región vinícola. (Dr. Eduardo Pereira).

- Carballino: clima de altura media, abarca su partido judicial dos zonas: una montañosa, donde apenas se observan enfermos de tuberculosis; otra ribereña, donde la tuberculosis es muy frecuente. (Dr. Arturo R. Sieiro).

- Ginzo de Limia: aquí observo bastante la tuberculosis. Tenemos un clima cálido y algunas industrias que pueden ser tisiógenas (fábricas de harinas, telares, etc.) (Doctor Leopoldo Álvarez).

- La Gudiña: la tuberculosis es tan poco frecuente, que no conozco en la actualidad ningún caso. (Dr. Rafael Cao Cordido)

Recoge Hervada en su estudio las impresiones del tisiólogo y Doctor José Búa Carou²⁴⁸, médico militar y de cómo afectó la peste blanca en sus cuarteles.

²⁴⁸ Don José Búa Carou, era médico militar, teniente coronel, y fue presidente de la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña, además de ser miembro del Partido Republicano Radical Socialista que acabo integrado en Izquierda Republicana de la que fue presidente en la ciudad de La Coruña.

En esta región, en el decurso de veinte meses, a contar de abril de 1922 a diciembre de 1923, ambos inclusive, han sido declarados inútiles para el servicio de la Armas, por padecer tuberculosis pulmonar, 224 individuos. De éstos, cien, mediante propuesta directa, y los restantes 124 procedentes de la Clínica de comprobación que tengo a mi cargo. En la citada cifra, están comprendidos los reclutas y soldados. Figuran los naturales de Galicia con 136 casos en la totalidad antes dicha.

En la Clínica que dejo mencionada, como cuando he tenido las de Medicina general e Infecciosos, ante los repetidos casos de tuberculosis entre los nacidos en Galicia, mi país (prescindo para la finalidad de mi trabajo de los de otras regiones) recuerdo muchas veces lo que mi padre me dijo en ocasión de estudiar yo el último año de carrera y acompañarle, durante unas vacaciones, a ver enfermos de su clientela: *Cuando empecé a trabajar, decía, eran contados, verdaderamente excepcionales, los enfermos de tuberculosis pulmonar; hoy, son de una frecuencia, que debe preocuparnos. Atribuyo la causa a América. Sí; América es para Galicia el granero de la terrible peste blanca.* Indudablemente. Entre las causas que influyen la propagación de la tuberculosis en Galicia, está América.

Hace años podía tener este triste privilegio la del Sur; hoy lo comparte con la del Norte, pues es digno de consideración el número de enfermos que hemos visto procedentes de los Estados Unidos, y casi todos ellos en fase de franco reblandecimiento. A la emigración con su perniciosa influencia en la propagación de la tuberculosis y la degeneración de la raza, se suma en nuestro concepto, otro factor: el hecho de ser hijos de repatriados de las guerras coloniales, muchos de los que vienen a filas estos últimos años...

[.....] Es del dominio vulgar que la mayor parte de los tuberculosos pretenden que los traten cuando se encuentran en período avanzado, cuando son una verdadera ruina, y un peligro para los sanos. Y para que haya eficacia en la lucha sin tregua que exige la enfermedad, se impone en diagnóstico precoz y la no omisión de medidas profilácticas.

Una y otra cosa no tendrán acción de conjunto que es la que interesa, pues la tuberculosis es una enfermedad social –hace muchos años que el gran Fournier la consideró como una de las tres plagas modernas-, en tanto no se vaya a la rápida organización de una campaña a base de personal especializado, con un comité central, representado éste en cada distrito; sanatorios y todos los medios prácticos, huyendo de

La primera generación es la de José Búa Pintos médico de Caldas de Reyes y con domicilio en la calle Real de la citada villa termal.

formulismos y haciendo la adaptación a las necesidades regionales, sin olvidar en ningún momento, aparte de otras consideraciones inherentes a la enfermedad, que ésta es para Galicia uno de los factores negativos de su progreso.

[.....] Entendemos, al igual que los que se han ocupado de estas cuestiones del medio militar, y por lo que hemos podido observar en nuestra actuación de veinticinco años dentro del Cuerpo de Sanidad Militar, que el cuartel, más que favorable a la tuberculosis, es un reactivo de la tuberculosis²⁴⁹.

En agosto de 1933, se celebraron en Lugo las III Jornada Médicas a las que Enrique Hervada estuvo invitado y colaboró con la siguiente ponencia: *Problemas Sanitarios que plantea la Emigración y la Inmigración de Galicia*. Compartió conocimientos para su desarrollo con J. Souto Beavís, Alonso Hortas y Freijanes Malingre.

Así lo recoge la revista España Médica en su número publicado en el mes de septiembre:

Celebróse la Asamblea inaugural el 12 de agosto en el gran Salón de actos de la Diputación provincial de Lugo, bajo la presidencia del ministro de la Gobernación, Sr. Casares Quiroga, ante un numeroso contingente de profesores portugueses, periodistas e invitados. Leída la Memoria de Secretaría por el doctor Bacariza, inició los discursos el alcalde de Lugo, el cual, en nombre de la ciudad, agradeció el honor de albergar dentro de sus antiguas murallas a tan eminentes médicos españoles y tan distinguida representación de profesores lusitanos.

[.....] Se presentaron tres ponencias... la tercera, cuyo título era: *Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración de Galicia*, fueron ponentes los doctores José Souto Beavis y Enrique Hervada, de La Coruña; Alonso Hortas y Freijanes Malindre, de Lugo. Fue leída por el doctor Souto Beavis, inspector de Sanidad exterior de La Coruña, reputado clínico y expertísimo bacteriólogo. Con dominio absoluto del tema, redactado éste en estilo literario, pulcro, elegante y profundo, dio a conocer su notable trabajo, modelo de su clase, memoria completísima y estudio perfecto del problema, con acertadas y atinadas conclusiones, mereciendo tan magistral labor el aplauso

²⁴⁹ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste

unánime de la Asamblea y la felicitación calurosa y cordial del presidente de Jornadas, Dr. Cadarso, el cual, lo mismo que el delegado de la Dirección de Emigración que presidía el acto, prometieron solemnemente recomendar con todo interés al Gobierno para que tomase en consideración tan luminosa como importante ponencia²⁵⁰.

Comentan los cuatro doctores encargados de esta ponencia, que el título que le han adjudicado a la misma, fue acordado en las Jornadas celebradas en Vigo en 1931, ya que aclaran que en el momento actual de desarrollo de la ponencia, 1933, dicen que sería más exacto presentar el trabajo con el Título: *Secuelas Sanitarias derivadas de la emigración*, ya que era manifiesto que el movimiento emigratorio en los últimos años había disminuido considerablemente.

Para fundamentar debidamente los problemas sanitarios que plantea la emigración y la inmigración en Galicia, vamos a estudiar sintéticamente estos dos fenómenos sociales, ya que de su importancia numérica, de los elementos humanos que los integran, de sus modalidades de realización, de su dirección geográfica, de sus características económicas, etc., derivan múltiples cuestiones, términos a su vez de los problemas sanitarios objeto de estas cuartillas²⁵¹.

Analizan en este artículo tres factores que consideran de gran importancia para el desarrollo de la tuberculosis: la edad de los que emigran, el sexo y la profesión.

Observan que la edad de los gallegos que emigran es relativamente joven, correspondiéndose con la etapa de máxima aptitud para el trabajo, y por tanto en la de mayor actividad sexual.

Otro aspecto muy importante que analizan es que existe un progresivo aumento del sexo femenino que emigra, que serán los que puedan causar

²⁵⁰ Artículo editorial. Las Jornadas Médicas Gallegas celebradas en Lugo. *España Médica*. 1 de septiembre de 1933.

²⁵¹ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 16 de agosto de 1933.

problemas demográficos sanitarios. Durante el quinquenio 1927–1931 la emigración femenina fue la siguiente:

AÑOS PORCENTAJE

1927.....	39.1%
1928.....	39.9%
1929.....	40.7%
1930.....	40.8%
1931.....	44.8% ²⁵²

Observan una clara carencia de especialización profesional por parte de nuestros emigrantes. Así lo ponen de manifiesto mediante estas cifras estadísticas del año 1928:

PROFESIÓN DE LOS EMIGRANTES

Obreros agricultores	4.19
Comerciantes	11.13
Ocupaciones diversas	6.84
Mujeres y niños sin profesión	29.70
Industriales	1.47
Profesiones liberales	0.55
Jornaleros.....	46.12 ²⁵³

²⁵² Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 16 de agosto de 1933.

²⁵³ Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia. *Galicia Clínica*. 16 de agosto de 1933.

José Verdes Montenegro también estudió entre 1910 y 1912 las profesiones de los tuberculosos, no sobre defunciones sino a partir de los enfermos que acudían al Dispensario María Cristina de Madrid. Como él mismo reconocía, la muestra sólo se refería al proletariado. Las dos máximas frecuencias coinciden con las del trabajo de Revenga: de 3.336 casos estudiados, 692 eran mujeres dedicadas a las faenas domésticas, seguidos por 300 jornaleros. Con respecto a estos últimos, Verdes aconsejó no tenerlos en cuenta, porque en realidad eran «...braceros que trabajan en distintos ramos de la industria según las necesidades del mercado) como por ejemplo el acarreo de tierra, picado de piedras, carga y descarga de mercancías, entre otros.

Dos años después completan la estadística acumulando 6.634 casos de tuberculosis, en los que se mantenían en primer lugar las amas de casa, con 1235, pero seguidas ahora por los criados que habían superado a los jornaleros. Aquellos suponían 612 y estos 592 ²⁵⁴ .

Profesión de los tuberculosos asistidos en el Dispensario María Cristina de Madrid. 1910 y 1912 ²⁵⁵ .

²⁵⁴ Molero Mesa, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Rev. Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 9, pp. 185-223.

²⁵⁵ Verdes Montenegro, J. (1912). Tuberculinización y sus condiciones. Diez mil casos de tuberculosis. En: *Trabajos del Real Dispensario antituberculoso María Cristina de Madrid*. Madrid, Liga Popular contra la Tuberculosis., pp. 4- 5.

Tabla (19): Profesión de los tuberculosos asistidos en el Dispensario María Cristina de Madrid.

Profesión	1910	1920
Mujeres dedicadas a faenas domésticas	692	1235
Jornaleros	300	592
Criados	283	612
Dependientes de comercio	234	501
Costureras	216	453
Empleados	196	348
Carpinteros, torneros, etc	182	392
Herreros, cerrajeros, etc.	156	350

Serán objeto de estudio para Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas, y Hervada García además de la tuberculosis, también la sífilis, la lepra, la blenorragia, el paludismo y los abortos.

Nos presentan las siguientes estadísticas de morbilidad en el período comprendido entre 1927–1932 donde podemos observar claramente las cifras tan elevadas de tuberculosis.

ESTADÍSTICA DE MORBILIDAD					
Años	Tuberculosis	Blenorragia	Sífilis	Paludismo	Abortos
1927 E	4	8	0	4	3
1927 I	177	10	5	24	3
T	181	18	5	28	6
1928 E	7	5	1	2	6
1928 I	179	10	3	17	2
T	186	15	4	19	8
1929 E	8	18	2	6	2
1929 I	152	26	7	12	1
T	160	44	9	18	3
1930	(NO HAY DATOS)				
1931	" " "				
1932 E	2	6	0		0
1932 I	173	17	5		2
T	175	23	5		2

NOTA.—E, al emigrar; I, al inmigrar; T, total.

Tabla (20): Tabla de morbilidad de tuberculosis, blenorragia, sífilis, paludismo y abortos en el período 1927-1932, recogida en el estudio de Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas y Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia.

Comenzaremos por referirnos a la enfermedad que ocupa el primer lugar dentro de las secuelas de la emigración: la tuberculosis....Vemos que el año 1930 hubo las siguientes bajas por cada 1.000 habitantes en las distintas provincias y capitales de España.

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS			
Provincia (capital)	Proporción × 1.000 h.	Provincia (capital)	Proporción × 1.000 h.
1.—Lérida	14,0	24.—Málaga	21,4
2.—Guipúzcoa	15,5	25.—Albacete	21,4
3.—Tarragona	16,0	26.—Segovia	21,6
4.—Alava	16,6	27.—Badajoz	22,9
5.—Murcia	16,9	28.—Cádiz	22,9
6.—Vizcaya	17,7	29.—Teruel	23,1
7.—Barcelona	17,7	30.—León	23,6
8.—Madrid	17,9	31.—Sevilla	23,8
9.—Lugo	18,2	32.—Gerona	23,9
10.—Pontevedra	18,3	33.—Almería	23,9
11.—Zaragoza	18,9	34.—Cáceres	24,3
12.—Granada	19,2	35.—Córdoba	24,9
13.—Oviedo	19,3	36.—Salamanca	25,2
14.—Castellón	19,4	37.—Burgos	25,4
15.—Huelva	19,4	38.—Huesca	25,8
16.—Alicante	19,5	39.—Ávila	26,9
17.—Logroño	19,6	40.—Cuenca	26,9
18.—Orense	19,8	41.—Jaén	27,1
19.—Guadalajara	19,9	42.—Navarra	27,2
20.—Santander	20,0	43.—Valladolid	27,2
21.—Valencia	20,0	44.—Ciudad Real	27,8
22.—La Coruña	20,9	45.—Soria	27,9
23.—Toledo	21,2	46.—Zamora	30,0

Tabla (21): Tabla de mortalidad de tuberculosis en 1930 en distintas regiones españolas, recogida en el estudio de Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas y Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia.

En números redondos puede calcularse que en Galicia fallecen todos los años unos 4.000 individuos víctimas de una infección. Últimamente parece disminuir un poco esta mortalidad, preguntándonos nosotros si puede guardar este descenso relación con la disminución de la emigración.

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN GALICIA	
AÑO	Número de fallecidos
1922	3.508
1923	3.723
1924	3.872
1925	3.864
1926	3.514
1927	3.454
1928	3.425
1929	3.319
1930	2.987
1931	3.121
1932	2.878

Tabla (22): Tabla de mortalidad de tuberculosis en Galicia en el período 1922 -1932 , recogida en el estudio de Souto Beavís, J; Freijanes Malingre; Alonso Hortas y Hervada García (1933). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración en Galicia.

Exponemos a continuación las conclusiones de esta ponencia, la cual sus asistentes indicaron que debería ser tomada en consideración y recomendar su estudio a su Superioridad por el presidente de la Asamblea y por el delegado de Emigración que presidía el acto.

1. La emigración transoceánica y continental—principalmente la primera--constituye en Galicia un fenómeno social de gran importancia demográfico-sanitaria.
2. Para posteriores estudios de este fenómeno se impone una mayor precisión y especialización de las estadísticas oficiales.
3. La causa principal de la emigración es el desequilibrio económico producido por la desproporción entre la población y la riqueza explotada.
4. La miseria apremia singularmente a los individuos menos especializados, que a su vez forman el núcleo principal de la masa emigratoria.
5. Su trabajo desvalorizado en los países de inmigración les obliga a toda suerte de privaciones de reflexión sanitaria inmediata o lejana.

6. La repatriación tiene frecuentemente por causa la enfermedad, y de éstas principalmente la tuberculosis.
7. También la sífilis en forma de visceropatías, la blenorragia y algunas enfermedades más habitualmente tropicales, entre ellas la lepra, obligan a la inmigración.
8. Los enfermos se distribuyen libremente por la región sin control sanitario de ningún género, siendo causa de alteraciones sensibles en la salud pública.
9. La vivienda y las costumbres de Galicia favorecen la difusión de las enfermedades contraídas por los emigrantes en el extranjero.
10. El clima de Galicia carece de influencia sobre el estado sanitario creado en ella por la inmigración.
11. Debe contrarrestarse la emigración por medio de la creación de nuevas fuentes de riqueza agropecuaria, posibles en nuestra región.
12. A los que persistan en emigrar debe preparárseles para ser seleccionados y dirigidos convenientemente según su grado de especialización.
13. Y después de protegerlos sanitariamente antes del embarque y durante el viaje, se les debe tutelar física, moral y materialmente, concertando previsoramente tratados internacionales que condicionen el trabajo según leyes sociales de carácter universal, para que nuestros emigrantes se sientan en todo momento asistidos de la influencia de su propia patria en el extranjero.
14. Es de muchísima importancia social que los médicos de nuestros Centros benéficos en América no pierdan tiempo intentando curar a nuestros compatriotas tuberculosos con un tratamiento médico ambulatorio. Lo científico es enviarlos a España en cuanto un diagnóstico precoz pueda hacer eficaz el plan higiénico-dietético, quirúrgico, etc.
15. Durante las travesías de regreso de América deben los médicos de la Marina civil a bordo llevar a cabo una minuciosa revisión del pasaje confiado a sus cuidados,

entregando el protocolo así formado a su llegada a puerto nacional al médico de Sanidad exterior que practique la visita, a fin de que éste, previa la confrontación y estudio oportunos, autorice y disponga el desembarco de los enfermos dirigiéndoles al lugar que en cada caso corresponda.

16. Sin perjuicio de la creación y puesta en funciones de la «Casa del Emigrante», de Hospitales, marítimos o no, en las inmediaciones de los puertos de Vigo y La Coruña, en donde puedan ser por el momento aislados los enfermos que así lo requieran, y al mismo tiempo que se dota a Galicia, en sus principales poblaciones, de Dispensarios antituberculosos, antivenéreos, de Higiene infantil. Centros primarios y secundarios de Higiene rural, etc., debe irse a la creación de «Casas para tuberculosos», según el tipo noruego, profusamente repartidas por toda la región.
17. Los fondos procedentes del «Tesoro del Emigrante», el Seguro contra la tuberculosis, un consorcio financiado por las Diputaciones y Municipios gallegos, la implantación con carácter obligatorio del sello postal sanitario, el producto de la renta de monopolios sobre la venta de determinadas sustancias—alcohol, tabaco, etc.--podrían constituir las principales fuentes de ingreso capaces de atender todas las necesidades de la lucha.
18. La vacunación con la B.C.G. de los recién nacidos, de los niños y de los jóvenes comprobadamente no alérgicos, será un excelente medio de lucha contra las enfermedades del inmigrante, singularmente contra la tuberculosis.
19. La Inspección General de Emigración y la Dirección General de Sanidad debieran armonizar sus iniciativas en cuantos puntos de contacto tienen, y muy en especial en los que afectan a la salud y al bienestar de los emigrantes.
20. Por sus relaciones con nuestro tema brindamos a los investigadores gallegos la conveniencia de un estudio a fondo de las relaciones entre la tuberculosis humana y bovina en nuestra región²⁵⁶.

²⁵⁶ Artículo editorial. Las Jornadas Médicas Gallegas celebras en Lugo. *España Médica*. 1 de septiembre de 1933.

8.5. LA ALIMENTACIÓN

Consecuencia directa de la penuria económica del obrero era la mala alimentación, que conducía a la *miseria orgánica*, terreno abonado para que se desarrollara la tuberculosis. Al poco poder adquisitivo de los obreros se unía la adulteración de los alimentos que, según se estimó, alcanzaba al 55% de los ultramarinos puesto al consumo²⁵⁷.

Una alimentación abundante y equilibrada es la base para tratar cualquier enfermedad y por supuesto la tuberculosis. En esto estaban prácticamente de acuerdo todos los tisiólogos.

El problema que existía en Galicia durante el primer tercio del siglo XX, es que era muy escasa.

Para Hervada era fundamental una buena alimentación tanto para los sanos como para los enfermos, así lo pone de manifiesto en una conferencia dada en la Biblioteca de la Universidad Popular:

Voy a decirles cuatro nociones acerca de la alimentación, que considero de utilidad para todos; al sano para evitar padecimientos, y al enfermo para curarlos.

Entendemos por alimento, cualquiera sustancia que sirve para nutrir por medio de la absorción y de la asimilación. El hombre destruye diariamente carne muscular, quema grasas, pierde agua, sales minerales y exhala gases. Tiene pues pérdidas sólidas, líquidas y gaseosas, que es necesario reponer con materiales sólidos, líquidos y gaseosos.

La alimentación tiene por objeto sostener el estado normal de los órganos y mantener su regular funcionamiento.

[.....] El hombre adulto y sano, necesita una alimentación variadísima, que no peque ni por exceso ni por defecto, siendo el verdadero secreto tantear los alimentos, según la clase de vida y sobre todo según la disposición á contraer una determinada enfermedad, porque hay alimentos útiles para el padecimiento de las vías digestivas,

²⁵⁷ Espina y Capó, A. (1909). Congreso nacional de la tuberculosis celebrado en Zaragoza, del 2 al 6 de octubre de 1908. Madrid, Imp. Nicolás Moya, p. 21

pero perjudiciales para el porvenir, siendo muy necesario que todos se aconsejen bien de la alimentación que les conviene²⁵⁸.

Antonio Valcárcel, Secretario de la Cámara de Comercio de La Coruña y polígrafo, recopiló los siguientes datos en relación a la ración media diaria por persona, y que más tarde Enrique Hervada recogería en su estudio:

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 (1 por cada 3 habitantes)

Exactamente lo mismo hizo Richet en París:

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	35 ²⁵⁹

La alimentación del campesino está reducida a legumbres, verduras y patatas, aderezadas con unto; leche y pan. En la provincia de La Coruña, el pan del campesino es de maíz, así como en gran parte de la provincia de Pontevedra.

²⁵⁸ Hervada, Enrique (1914) *La alimentación del sano y del enfermo*. Biblioteca de la Universidad Popular. Imp. Roel. La Coruña

²⁵⁹ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste

En la provincia de Orense y Lugo, el pan del campesino es de centeno. El labrador en la provincia de Orense se alimenta de carne todo el año, así como de pescado salado, si se lo permiten sus recursos.

Pero en las demás provincias, especialmente en la de La Coruña, el labrador, aunque sea pudiente, sólo come carne en determinados días del año, que suelen ser los de las fiestas más señaladas.

Hay cocinas económicas en Orense, Santiago, La Coruña y Vigo. Tiene la capital²⁶⁰ de Galicia unos 70.000 habitantes y se reparten en el año 500.000 raciones.

La proporción que corresponde a cada habitante de las urbes gallegas, de raciones de cocina económica (donde éstas existen), es de 15 raciones al año.

[.....] La alimentación insuficiente, es en el orden de las privaciones, un motivo de inferioridad orgánica que favorece el desarrollo bacilar²⁶¹.

Una de las causas de desnutrición, que todos los autores estaban de acuerdo en reconocer, fue la ausencia de carne en las dietas, debido a los precios elevados que tenía. En 1922 se daba la noticia de una curiosa estadística realizada por la Inspección General de Higiene y Sanidad Pecuaria. La encuesta se refería a los kilos de carne que se habían consumido en España en el año 1920, correspondiendo a cada ciudadano 75 gramos diarios. En 1934, un estudio de la sección de Higiene de la alimentación de la Escuela Nacional de Sanidad, encontró en la base de la alimentación de los españoles un enorme predominio de los hidratos de carbono, cifrando en 60 los gramos de carne consumidos por persona y día. En el comentario se reconocía que era una cantidad superior a la real, y, aunque fuese cierta, habría que tener en cuenta que la cifra media estaba regida por un consumo elevado en una clase social, frente a un consumo nulo en otras clases. La relación con el jornal era evidente: por 13 céntimos se podían comprar 1.022 calorías en forma de pan, por 7 céntimos, 70 calorías en forma de leche y por 24 céntimos, 113 calorías

²⁶⁰ Entendemos que se refiere a La Coruña, sede de la Capitanía general, y otros órganos de Gobierno relevantes de la época. N. de la A.

²⁶¹ Hervada, Enrique (1924). *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

en forma de carne, concluyendo que en España «...se come lo que se puede comprar»²⁶².

Consideraba Hervada muy importante analizar el estado de las reses que se sacrifican en los mataderos, ya que consideraba que la mayor parte tenían lesiones viscerales de tuberculosis. Igualmente que creía conveniente valorar la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas a través de la leche por lo que recomendaba esterilizarla si era dudosa.

Hay que temer la transmisión de las enfermedades infectivas por medio de la leche y sobre todo de la tuberculosis. La fiebre tifoidea puede adquirirse por penetración de los gérmenes en dicho líquido ó por el agua adicionada.

Cuando la leche es dudosa, es necesario esterilizarla. La ebullición prolongada la empobrece, expulsando gases disueltos, modificando el azúcar y disminuyendo el agua; por esto es preferible la pasteurización suficiente para destruir el bacilo tuberculoso y el de la fiebre tifoidea, consistiendo en mantener el líquido a 70 grados durante media hora y enfriando bruscamente a más de 10 grados²⁶³.

Gil Casares también defendía el examen 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 tuberculosas²⁶⁴.

²⁶² Molero Mesa, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Rev. Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 9, pp. 185-223

²⁶³ Hervada, Enrique (1914) *La alimentación del sano y del enfermo*. Biblioteca de la Universidad Popular. Imp. Roel. La Coruña

²⁶⁴ Gil Casares, Miguel. *El Eco de Santiago*. 12 de octubre de 1908.

Juan Rof Codina, Inspector pecuario de la provincia de A Coruña, coincidía con el Dr. Hervada sobre la tuberculosis en el ganado. Nos lo manifiesta en unas declaraciones a la prensa en 1924 donde indicaba que la tuberculosis bovina estaba tan extendida que en algunas ganaderías todo el ganado presentaba síntomas clínicos de tuberculosis.

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 campo 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 tuberculosa²⁶⁵.

El Dr. Plácido Peña Novo observa un claro riesgo en nuestra región debido al 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 Rof Codina, Juan (1925). *Los animales propagadores de la tuberculosis en Galicia*. El Ideal Gallego. 25 de julio de 1925.

²⁶⁶ Peña Novo, Plácido (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

8.6. EL ALCOHOLISMO

La vinculación entre el alcohol y la tuberculosis era un hecho reconocido y extendido entre la clase médica²⁶⁷.

Como mencionamos anteriormente, 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»²⁶⁸.

La relación de dependencia entre el alcohol y la tuberculosis, se producía a través de la «decadencia orgánica individual», hecho que aumentaría la receptividad del cuerpo a esta enfermedad. En este sentido, el alcoholismo sería uno más de los factores que consumían al individuo, que le hacían perder fuerzas, como eran el abuso sexual, o el trabajo extenuante. En 1904 se afirmó que el 70% de los tuberculosos habían sido o eran borrachos.

La importancia dada a este factor provino también de su acción indirecta para producir la tuberculosis, al afectar a la economía familiar por el desvío de parte del jornal hacia la bebida²⁶⁹:

Las personas de más baja clase consumen en la taberna el tiempo que debían dedicar al trabajo y a la familia, y así no sólo gastan el dinero preciso para comer, sino que

²⁶⁷ Molero Mesa, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Rev. Dynamis Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 9, pp. 185-223.

²⁶⁸ Espina y Capó, A (1906). *Alcohol y Tuberculosis*. Comunicación hecha al Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París en octubre de 1905. *Rev. Med.* p. 129.

²⁶⁹ Molero Mesa, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Rev. Dynamis Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 9, pp. 185-223.

pierden el apetito por el abuso del vino, y seguramente favorecen la debilitación de su organismo²⁷⁰.

Enrique Hervada, considera exagerado determinar el consumo de alcohol como uno de los principales factores de la tuberculosis. Existió controversia en aquella época entre los principales tisiólogos gallegos, como por ejemplo con el Dr. Gil Casares. Así lo manifiesta el Dr. Hervada en su libro *La lucha antituberculosa en Galicia*:

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.

Rist²⁷¹ 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 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 tuberculose* (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

²⁷⁰ Cortejarena y Aldevó, F. (1914). Acción social moderna ante la tuberculosis. En: III CONGRESO español de la tuberculosis. Segundo con carácter internacional celebrado en San Sebastián, 9-16 septiembre 1912. San Sebastián, Soc. Esp. Papelería, vol. 2, p. 498.

²⁷¹ Rist, (1922). Tuberculose et alcoolisme. *Reveu de la Tuberculose*, núm7. Pág 145. Janvier.

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 regiones²⁷².

Pero sin embargo para Gil Casares, el consumo alcohólico era claramente determinante para desarrollar casos de tuberculosis pulmonar. En su trabajo *La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y de la lepra en Galicia*, lo pone de manifiesto:

El alcoholismo habitual por abuso del vino o 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 a otro origen. La lucha antialcohólica es en Galicia profilaxis de la tuberculosis²⁷³.

Codina Castellví, como recoge Molero Mesa en su tesis doctoral, añade lo siguiente:

[.....] en 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

²⁷² Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁷³ Gil Casares, Miguel (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.

la tuberculosis fuera general, completa y permanente y, en consecuencia, resultara eficaz²⁷⁴.

Dos años antes de publicar Enrique Hervada *La lucha antituberculosa en Galicia*, publica *Lo que todos debemos saber de la tuberculosis* (1922) donde ya tenía clara la relación posible para él entre alcohol y tuberculosis:

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 tuberculosis²⁷⁵.

Achacaba más el desarrollo de tuberculosis al estado de deterioro general de un alcohólico que a que se pueda considerar principal factor de desarrollo de la misma.

8.7. LAS INDUSTRIAS

Analiza Enrique Hervada la relación entre la aparición de la tuberculosis con las industrias en Galicia.

Para llevar a cabo esta investigación recibe la ayuda de los eminentes fisiólogos Dres. Verdes Montenegro, Sayé y Navarro Blasco.

Las industrias de ese momento de la región gallega eran las propias de todas las ciudades y regiones, como serían las panaderías, pastelerías, chocolaterías, etc. Pero además, tal como indica Hervada, existen las fábricas se hilados, de tabacos, de cerillas, de hielo, fábricas de gas, de maderas, de

²⁷⁴ Molero Mesa, Jorge (1989). Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936). Tesis doctoral. U. de Granada.

²⁷⁵ Hervada García, Enrique (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.

mármol, refinerías de petróleo, fábricas de calzado, minas de estaño, hierro y wólfram.

Además de contar con el Astillero de Ferrol y las industrias propias de nuestras costas como son las fábricas de conservas y salazones. Y también muy importante en la región la industria de maderas.

Sin poder precisar números, hemos hecho las investigaciones suficientes para saber que nosotros no tenemos en realidad industrias tisiógenas.

[.....] Muy recientemente dice Verdes Montenegro²⁷⁶, que los grandes elementos tuberculizadores, son: el taller falto de condiciones higiénicas; o el trabajo agotador, tolerado por una legislación deficiente o burlada; las deficiencias en la alimentación, y la vivienda insalubre.

Algunos trabajadores que viven distantes del lugar de trabajo y hacen el recorrido a pie por falta de medios de comunicación o por la carestía de éstos, ya llegan agotados, antes de comenzar las rudas faenas de la jornada: y así explica el Dr. García Rego, de Sobrado, los casos de tuberculosis que ahora frecuentemente registra y que antes no observaba. Existe en su distrito una fábrica de algodón, recientemente instalada, en la cual encontraron colocación muchas jóvenes, que antes se dedicaban a las faenas del campo. Muchas de ellas, para llegar a la fábrica, tienen que andar diariamente ocho, diez y doce kilómetros, por malos caminos, añadiendo a esta causa de fatiga, el elemento morbígeno de tener que permanecer todo el día mojadas, los días de lluvia, que son allí muy frecuentes.

Para poder puntualizar si intervenía alguna causa propia de la profesión (bisinosis), hemos indagado con minuciosidad las estadísticas de las fábricas similares que existen en Jubia y en La Coruña y podemos responder que nada particularmente patógeno es causante de la tuberculosis por las manipulaciones propias del oficio. En La Coruña, donde hay 325 operarios de ambos sexos, sólo han muerto cinco por tuberculosis desde el año 1908; y en Jubia, donde hay unos 600 empleados (incluyendo también los de ambos sexos, aunque en su mayor parte son mujeres), no se registró en los dos últimos años ningún caso de bacilosis, según nuestras noticias.

²⁷⁶ Verdes Montenegro, J. (1923). La lucha contra la tuberculosis. *El Sol* de 30 noviembre y 5 de diciembre de 1923.

La industria de puntilla de palillos, que es tan explotada en Camariñas, no tiene nada de antihigiénica por su elaboración; sin embargo, el Dr. Manuel Corral, observa bastante tuberculosis por las condiciones accesorias en que se colocan las trabajadoras, que desde muy niñas se dedican a este oficio y permanecen reunidas en gran número, en malos locales trabajando hasta altas horas de la noche.

También creemos que es el exceso de trabajo la causa ocasional de la frecuencia de la tuberculosis que observamos en nuestro fogoneros, pues son sobre todo los que trabajan en los vapores de la América del Norte, los que más contingente dan a la bacilosis, debido, sin duda, al halago de querer cobrar dos jornadas, lo cual es casi imposible en tan ruda profesión.

En cuanto a las relaciones patógenas, entre la antracosis y las demás pneumokoniosis con la tuberculosis, existen las más contradictorias opiniones que impiden llegar a una conclusión, aunque en realidad la constante inhalación de polvos de diferente constitución química, según la industria de que se trate, traumatiza constantemente el árbol respiratorio y puede favorecer la evolución de una tuberculosis latente.

Courmont dice que los mozos, enfermeros y empleados en el Hospital, pagan un gran tributo a la tuberculosis profesional, por causa de las infecciones masivas y frecuentes; pero nosotros no hemos comprobado esta facilidad al contagio en las religiosas que asisten a nuestros enfermos, conociendo sólo dos casos de tuberculosis, pero en siervas que pertenecían a familias de franca casta familiar.

Gil Casares no recuerda un caso de contagio en el personal del Hospital de Santiago, a pesar de las condiciones antihigiénicas que reúne el establecimiento.

La población marinera, mientras trabaja en nuestras costas, es muy sana; pero da un tanto por ciento muy grande a la morbilidad bacilar, en cuanto práctica sus faenas en América.

La población agrícola antes de la emigración desconocía la tuberculosis. En los no emigrados, la mayor causa de mortalidad era el cáncer.

Los mozos que constituyen la cuadrilla de la limpieza pública, a pesar del oficio antihigiénico que practican, no tienen mayor porcentaje de tuberculosis que el

promedio general. De cien mozos que hay en nuestra capital, empleados en estas faenas, hay tres tuberculosos, lo que indica la mortalidad media a que nos referimos²⁷⁷.

8.8. LA TUBERCULOSIS LATENTE

Para Hervada era un tema de gran importancia el realizar un preciso diagnóstico de tuberculosis para tratarla cuanto antes y así minimizar sus secuelas.

En el momento que se manifiestan síntomas de tuberculosis pulmonar, es probable, comenta Enrique Hervada, que existiese previamente una tuberculosis latente donde apareciesen síntomas extrapulmonares y que no se diagnosticaron adecuadamente.

Para un médico de familia observador, el diagnóstico precoz de la tuberculosis, debe sospecharse ante muchos síntomas o síndromes etiquetados de idiopáticos o esenciales.

Hay familias de origen tuberculoso, cuyos miembros son tuberculosos de formas abortivas y casi nunca dan mortalidad por lesiones evolutivas pulmonares, limitándose muchas veces a manifestaciones bacilares del llamado por Verdes Montenegro «pequeño tuberculismo», que afecta a la nutrición (obesidad o adelgazamiento), a trastornos funcionales del aparato digestivo (dispepsia hiperclorhídrica), o a alteraciones de las glándulas de secreción interna (insuficiencias mono o pluriglandulares).

Recoge Hervada las palabras pronunciadas por Geeraerd en su *libro Formes evolutives anormales de la tuberculose pulmonaire*, diciendo lo siguiente:

El bacilo de Koch se comporta en los diferentes enfermos de modos bien diferentes; en unos provoca la caseificación pulmonar, sin intoxicar al individuo; en otros, su actividad

²⁷⁷ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

se limita a manifestaciones de orden general, sin que exista progresión de las lesiones anátomo- patológicas.

Considera de gran relevancia la observación y seguimiento de los síntomas que se puedan quedar enmascarados entre las distintas patologías y solapen de esta forma una posible tuberculosis:

[.....] No solo hay que pensar que entra en juego la tuberculosis ante signos físicos del pulmón, sino también y muy frecuentemente, ante abortos, adenopatías, adelgazamiento, albuminuria, anemia, asma, bronquitis, ciática, cirrosis y síndromes hígato-esplénicos, cefaleas, celialgias, dispepsias, eczema, eritema nodoso, fiebre, fosfaturia, hemoptisis, hipotensión, hiposfixia, iritis, leucoplasia, obesidad, otorrea, perifrenitis y puntos de costado, peritonitis plásticas, psoriasis, reumatismo articular y abarticular (retracción de la aponeurosis palmar), senilismo, vitíligo y otras alteraciones que necesitamos escudriñar si queremos deducir relaciones causales.

Al principio, dicen Gouraud y Cataigne, no se conocía más que la tuberculosis avanzada, de grandes lesiones, declarada incurable, porque en realidad, no se sabía reconocerla más que en un avanzado período, donde efectivamente no era curable; pero más tarde, se aprendió a reconocer las forma ligeras y curables, lo que ya constituyó un enorme progreso para el tratamiento; y por último, hoy se llega a diagnosticar las formas mínimas, cuya sintomatología física es nula o casi nula, llegando a deducir su existencia por las perturbaciones funcionales que provoca, al nivel de tal o cual órgano.

Resalta Hervada la importancia de un buen diagnóstico sobre todo en las personas de edad avanzada y en las nodrizas, por el riesgo de eliminación de bacilos a través de la leche materna. Así, también lo contempla el Profesor Gil Casares, contemporáneo de Hervada que contribuyó también en la salud maternoinfantil de la época, vemos así lo que publican el Dr. Ponte et als. En *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española*²⁷⁸:

²⁷⁸ Ponte Hernando, F. J; Pandelo Louro, C; García Esmorís, A (2017) Los Inicios de la cátedra de Pediatría en Santiago de Compostela. *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española*. Nº 13. Madrid. AEP. Febrero. Pp. 6-21.

D. Miguel fue nombrado Médico-Director facultativo de la Inclusa de Santiago por la Diputación de La Coruña, en sesión de 23 de mayo de 1900, cargo que desempeñó sin sueldo ni gratificación desde 1º de junio de 1900.

Debió desempeñar la dirección de la Inclusa, no fácil ni agradable, bastante tiempo, de 1900 a 1910 cuando menos, pues en *El Noroeste* del 14 de abril de 1910, podemos leer un comunicado suyo, con ruego de publicación al director, titulado espectacularmente: *La Matanza de niños*. En él contesta a un oficio de Francisco Túnnez médico de Buján (Órdenes, La Coruña) en el que este se quejaba a la Comisión Provincial de la elevada mortalidad de los niños encargados por la inclusa a nodrizas externas, tema que había estudiado, determinando que era debido a la falta de medios de las amas para procurarse la nutrición adecuada, asunto que publicaba el rotativo, con este mismo título sensacionalista, el día 12, día en que Gil responde inmediatamente, publicándose su escrito el 14.

También recogen este hecho *El Correo de Galicia* del mismo día 12 bajo el epígrafe *Las amas externas*, y el *Diario de Galicia* del 13 en columna simple sin título.

Refiriéndose al Dr. Túnnez como su amigo—colega, perteneciente a la generación anterior a la suya, pues se licenció cuando Miguel apenas contaba dos años de edad—insiste, no obstante, en aclarar la situación general y su postura personal, en un largo artículo en el que aclara muchos extremos.

En él, entre otras cosas manifiesta que cree venir cumpliendo con su obligación sin precisar estímulo de nadie, pues aunque sabe bien que nada en contra de esto fue intención del escrito de su amigo Túnnez, expone que en las oficinas de la Diputación hay extensas comunicaciones suyas señalando estas y otras grandes deficiencias, desde hace cinco, siete o nueve años. Lo que indica una dedicación ininterrumpida desde 1900.

Los términos del artículo muestran un gran esfuerzo posibilista de D. Miguel y sus colaboradores por dignificar una institución pobre y mal atendida, teniendo que escoger muchas veces entre una opción mala y otra peor. Así nos dice:

Como quiera que los niños incluseros entregados a las nodrizas externas de Buján salen de esta Casa-Cuna, cuya dirección facultativa me está encomendada, y como yo soy responsable de la entrega, que no se hace sino con mi visto bueno, me considero en la obligación de hacer públicas las explicaciones que siguen.

La Casa-Cuna de Santiago constituiría un auténtico «Matadero de niños» si estos se acumulasen o permaneciesen allí mucho tiempo. Fíjese el lector en que la Inclusa está emplazada en un piso entresuelo del Hospital; muchas de sus dependencias son tan miserables, que la realidad supera a cuanto yo pudiera decir. En la sala donde los niños permanecen jamás entra el sol. Las nodrizas internas son pocas; no quieren ingresar por encontrar exigua su retribución (22,50 pesetas mensuales), ante el desgaste que supone criar uno o dos niños y el riesgo posible y casi inevitable de adquirir la sífilis a partir del pezón. No he de hablar de si la asignación que la inclusa tiene para sus gastos es suficiente o no; de si la leche para la lactancia con biberón es de primera, segunda o tercera clase, etc. Lo que sí he de decir es que gracias a donativos anónimos de personas caritativas posee la Inclusa un buen aparato de esterilización de la leche y he podido realizar una obra costosa, que transformó una cueva inmundada, de la planta baja en un salón relativamente higiénico y a lo menos limpio y espacioso.

En cuanto a las amas externas de las que se queja Túñez:

En estas circunstancias, dígaseme si yo puedo y debo ser muy exigente en el reconocimiento de las nodrizas externas. Aunque las condiciones de estas no sean muy buenas, con tal de que no sean malas, pienso siempre que los niños que ellas llevan, uno por nodriza, podrán gozar del aire puro y de la luz del sol, y que no ha de faltarles leche de una vaca, si la mujer no tiene bastante.

El Dr. Gil Casares no era ingenuo sobre la catadura moral de muchos de estos personajes:

Confío además, no en los humanitarios sentimientos de las amas, que tal confianza pudiera ser aventurada....sino en su codicia, que ha de moverlas a cuidar bien a los niños para que vivan y la Diputación les pague sus desvelos.

Finaliza su alegato expresando la opinión de que fuera de la Casa-Cuna: párrocos, alcaldes, médicos, vecinos y maestros son cooperadores naturales, en la custodia y vigilancia de estos niños.

Según los periódicos citados, la Comisión, lógicamente alarmada, decidió que todas las nodrizas fueran sometidas a reconocimiento médico, en las Casas-Cuna correspondientes. Que los visitantes—diputados delegados--asistiesen a dichos reconocimientos y girasen visita de inspección a los centros que tenían encomendados,

y que los alcaldes informasen de los casos de necesidad que conociesen a fin de poner fin a esa punible matanza de inocentes.

Es de destacar la profesionalidad de Gil Casares que, habiendo dejado la cátedra de Enfermedades de la Infancia, en 1901, bien pudo abandonar este cargo, no retribuido, con fácil justificación, en lugar de ejercerlo gratuitamente tantos años²⁷⁹.

Fueron, por tanto, estos dos tisiólogos gallegos quienes dedicaron gran parte de sus esfuerzos profesionales a intentar mitigar, en la medida de lo posible, las consecuencias derivadas de determinadas enfermedades que tanto afectaban a la población adulta y, sobre todo, a los niños en aquella época.



La tuberculosis amenaza la vida y la riqueza de Cataluña, 1922
Ramón Casas. Cartel
Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Barcelona



Imagen (59). La tuberculosis amenaza la vida y riqueza de Cataluña.1922. Ramón Casas.

²⁷⁹ Ponte Hernando, F.J; Pandelo Louro, C; García Esmorís, A (2017). Los inicios de la cátedra de Pediatría en Santiago de Compostela (1887-1941) *Cuadernos de la Historia de la Pediatría Española*. Nº 13. Pp.6-21.

Vemos claramente en la obra de Dr. Enrique Hervada, su postura acerca del diagnóstico precoz en las tuberculosis. Así nos lo explica:

Médicamente, podemos precisar con exactitud un diagnóstico precoz, y por lo tanto instituir a tiempo un tratamiento eficaz. El fracaso de la terapéutica, no atañe al médico; cae de lleno bajo la responsabilidad del desamparo social. Nuestra labor resulta estéril sin el concurso de los organismos oficiales, que deben darnos medios para desarrollar el plan de cura y de prevención.

La lucha eficaz tiene que empezar en la iniciación sintomática de la enfermedad²⁸⁰.

Del mismo parecer que nuestro autor, también lo era el Dr. Gil Casares, que en una comunicación titulada *La percusión de los vértices pulmonares según Krönig en el diagnóstico de la tuberculosis*, así lo manifestó:

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 tarea de descubrir la tuberculosis que comienza, pues el diagnóstico de la que ya está desenvuelta, es problema tan sencillo como arduo el otro²⁸¹.

²⁸⁰ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste

²⁸¹ Gil Casares, Miguel (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.

8.9. EL ACTUAL ARMAMENTO ANTITUBERCULOSO EN GALICIA. LA CRENOTERAPIA

Es éste un recurso del que podemos gozar en tierras gallegas, por sus propiedades y sus beneficios, y que tanto reconocimiento tuvo por parte de nuestros tisiólogos.

Hervada García, en su obra tan comentada *La lucha antituberculosa en Galicia*, hace referencia a esto y defiende estas aguas como antibacilares y con propiedades beneficiosas para la tisis.

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 Estrany²⁸² 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.

Fue Gil Casares otro ferviente defensor de los beneficios y propiedades terapéuticas de las aguas minero-medicinales, en especial las de La Toja, en cuyo balneario ejerció, como médico libre, muchos años.

²⁸² Estrany. (1915) Crenoterapia española. Biblioteca de la Terapéutica Gilbert y Carnot. Tomo VIII, bis (Salvat)

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 Idefonso 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!

283

Imagen (60). Anuncio repetido en prensa durante muchos años. Gaceta de Galicia, 5 de junio de 1904.p4

Así lo explica en uno de sus artículos publicados en 1905, *La Toja y sus productos*:

Sus efectos vivificadores y depurativos 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 a 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

²⁸³ Gaceta de Galicia, 5 de junio de 1904. P.4. Anuncio repetido muchos años en la prensa.

escrofulosis, la tuberculosis quirúrgica, el reumatismo, las enfermedades del corazón, las nerviosas y las cutáneas²⁸⁴.

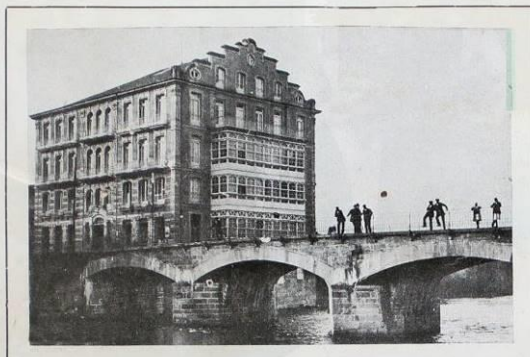
Nuestro autor ve una clara indicación terapéutica de estas aguas sobre todo en adenopatías y en la iniciación de los tumores blancos, por esta razón insta a las Administraciones para que faciliten el uso de este gran recurso.

La indicación capital donde produce estas aguas curaciones rápidas, es en la iniciación de los tumores blancos y de las adenopatías. Debemos proponer para nuestra lucha la obtención de facilidades para que los Ayuntamientos, las Diputaciones o el Estado consigan que los pobres puedan usar pródigamente la acción curativa y preventiva de estas aguas. Esta es un arma poderosísima de la cual no se quita (sic) todo el rendimiento profiláctico que podemos obtener con su uso.

También hemos comprobado repetidas veces que las aguas de Arteijo (clorurado-sódicas-termales, con indicios de yodo y bromo) prestan notables servicios terapéuticos en el tratamiento de todas las manifestaciones de la escrofulosis²⁸⁵.

²⁸⁴ Gil Casares, Miguel (1905). La Toja y sus productos. Galicia. Revista Semanal Ilustrada. La Habana. Año 4, Núm. 35. Pág.1-2.

²⁸⁵ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste



BALNEARIO ACUÑA CALDAS DE REYES

AGUAS--Clorurado-fluorurado-silicatado y bicarbonatado sódico-lítico-azoado termales, muy radioactivas-Temperatura 37° 3 c. Dotado con aparatos para Inhalaciones, Pulverizaciones, Chorros, Duchas de todas clases y baños de 1.ª, 2.ª y 3.ª clase.

Hotel de Primer orden - Todo confort - Pensión desde 11 a 15 Pesetas

Propietario: ELISARDO DOMINGUEZ - Abierto desde 15 de Junio a 15 de Octubre

LA SITUACIÓN DE CALDAS DE REYES permite hacer excursiones dentro del día, y sin perder el tratamiento hidroterápico, a Santiago, La Coruña, Pontevedra, Vigo y pueblos de las Rías Bajas, Mondariz y La Toja, en buenos coches de Turismo, con tarifa moderada.

AFAMADOS MÉDICOS recomiendan las Aguas de ACUÑA, tan de antiguo conocidas y tan eficaces en las enfermedades propias de la mujer, en los padecimientos de los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario, padecimientos del Corazón y reumatismo.

El patólogo y sabio Dr. Novoa Santos, dice:

La temperatura, no exceda (37,3°C), de las aguas de manantial de Acuña, en Caldas de Reyes, las hace muy útiles para el tratamiento de un buen número de enfermedades del aparato respiratorio. Así, al menos, de las ~~enfermedades~~ venimos observando a los enfermos que siguen el tratamiento en aquel manantial.

Miguel Gil Casares

El fisiólogo Dr. D. Miguel Gil Casares, certifica:

Me complace en manifestar, que recomiendo frecuentemente a mis enfermos el empleo de las aguas termales de Caldas de Reyes, manantial Acuña, en bebida; inhalaciones y pulve-

rizaciones, contra las faringitis, la rinitis y bronquitis crónicas o tuberculosas. El uso al interior parece también dar buenos resultados contra ciertas formas de dispepsia gástrica e intestinal de índole catarral o nerviosa. Aparte los innegables beneficios de estos tratamientos terapéuticos, me complace también en especial recomendar por hallarse la villa de Caldas de Reyes en uno de los parajes más bellos de Galicia. D. Luis Novoa Junio de 1928.

Imagen (61)²⁸⁶. Anuncio publicitario del Balneario Acuña de Caldas de Reyes.

²⁸⁶ Anuncio publicitario del Balneario Acuña de Caldas de Reyes de junio de 1928 con comentarios de los Profesores Novoa Santos y Gil Casares, sobre sus propiedades medicinales para el aparato respiratorio, si bien no necesariamente para la tuberculosis establecida. (Cortesía del Dr. F. Ponte Hernando).

Pinilla en 1912, en su libro *Clínica Hidrológica española* comenta estas frases, de la que años más tarde Hervada se hará eco en su obra:

¡Qué de progresos podríamos hacer en la curación de la tuberculosis quirúrgica en este país del sol y de las aguas minerales! Helioterapia e hidrología harán una «revolución sin sangre» en la técnica médico–quirúrgica²⁸⁷.

Hervada ve en las distintas aguas clorurado-sódicas y sulfurosas un claro beneficio sobre todo para tuberculosis del aparato respiratorio, aunque esta percepción no la compartía el Dr. Santos Revuelta:

Para muchos clínicos observadores, las aguas de Caldas de Reyes (clorurado-sódicas, sulfurosas) y las de Caldas de Tuy (azoadas termales, clorurado sódicas) deben citarse como medios terapéuticos eficaces en ciertas formas de tuberculosis del aparato respiratorio; pero el Dr. Santos Revuelta, director del establecimiento de Caldas de Tuy, dice que a ninguno de los enfermos de tuberculosis pulmonar por él observados les favorecían el uso de estas aguas, y el Dr. Sesto, de Caldas de Reyes, nos comunica que el resultado de sus observaciones es negar la acción favorable en la tuberculosis pulmonar, aunque por su rápido e indiscutible beneficio en los procesos crónicos catarrales de las mucosas del aparato respiratorio, resultan muchas veces profilácticas de los procesos bacilares.

También tenemos en Galicia manantiales de aguas sulfurado-sódicas, que debemos mencionar aquí: Carballo, Lugo, Cuntis, Frádegas, Carballino, Caldas de Orense, Cortegada y Puente Caldelas; todas con indicaciones en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Colbert, en su libro *la Tuberculosis en general*, pone de manifiesto las comprobaciones que él mismo ha podido realizar con las aguas sulfurosas:

Las propiedades antibacilares de las aguas sulfurosas son reales, por lo que he podido comprobar frecuentemente, después de un tratamiento suficientemente prolongado, las

²⁸⁷ Doz, E; Manzaneque, M; Llord y Gamboa, R; Rodríguez Pinilla, H; Camaleño, M.G. (1922). *Clínica Hidrológica Española, con un estudio físico-químico de las aguas minerales*. Calpe.

modificaciones favorables observadas por la auscultación y la desaparición de los bacilos en el esputo²⁸⁸.

Por eso Hervada recomienda el uso de estas aguas como anticatarrales, bien sea en inhalación o en pulverización, para que poco a poco disminuya la secreción y los esputos vayan perdiendo su virulencia.

No se tratará más que a los enfermos tórpidos, con lesiones fijas y secreción abundante. Los febriles, diarreicos y congestivos e abstendrán del uso de estas aguas.

Según Arnozan y Lamarque, están indicadas en la pretuberculosos, impidiendo en este momento la germinación y haciendo el terreno menos vulnerable²⁸⁹.

8.10 COLONIAS ESCOLARES PARA NIÑOS TUBERCULOSOS

Su función principal era el cuidado y educación de niños de uno y otro sexo que padecían localizaciones tuberculosas incipientes y no contagiosas que sólo requerían tratamiento higiénico, y de aquellos que por su naturaleza enfermiza, por sus antecedentes hereditarios y por sus condiciones de depauperación orgánica necesitaran preservarse de la misma enfermedad mediante la cura marítima²⁹⁰.

Para nuestro autor las colonias escolares eran un lugar perfecto de educación higiénica en la infancia. Cada uno de esos niños que regresa a su casa una vez que ha permanecido en ellas, es un gran educador del ambiente familiar.

En 1924, existían cuatro colonias a lo largo de nuestra región: en La Coruña, Vigo, Orense y Santiago.

²⁸⁸ Colbert. C. (1930) Tuberculosis en general. Tomo I de la tuberculosis. En: Sergent, E: *Tratado de Patología Médica y Terapéutica aplicada*. Barcelona. Ed. Pubul.

²⁸⁹ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁹⁰ *Reglamento del Sanatorio Marítimo de Oza*, (1910), citado en Galdo, 2007, p.109.

Relata en su obra, la selección y la vida diaria en estas colonias. En La Coruña se realiza de la siguiente manera:

En La Coruña, se compone la expedición anual de 25 niñas y de 25 niños, que son escogidos por un médico de las Escuelas nacionales. Cada colono, lo es durante tres años consecutivos para darle alguna solidez a los resultados sanitarios obtenidos, y como escribe la cultísima secretaria señora de Martínez Morás, « lo más penoso de la labor que se imponen los patronos presenciando la escogida definitiva, es el dolor de ver quedar a los que tanto bien sacarían de una temporada en el campo».

Van los colonos acompañados de dos profesores, además del servicio necesario, entre el que figura siempre una buena cocinera.

Se levantan a las siete; hacen sus prácticas de aseo; toman el desayuno, consistente en un tazón de leche y pan o una ración abundante de harinas alimenticias hechas en leche.

Después van a la playa y toman el baño, los que están autorizados para ello. A las doce comen, y después se les obliga a descansar dos horas en el campo. La comida se compone de sopa sustanciosa, un plato de carne y otro de huevos o pescado y postres de cocina o frutas del tiempo o en conserva.

Después de las dos horas de reposo tienen asueto en la playa o de paseo. Cenar a las siete: un plato de legumbres secas o del tiempo y otro de huevos o pescado y postre de galletas. A las nueve se acuestan.

Se les instruyen en las prácticas de higiene.

Se sostienen las colonias con una pequeña suscripción anual, con una subvención del Municipio y con otra de la Diputación. Es lástima que los recursos no permitan multiplicar el número de desfavorecidos y el número de meses de permanencia.

Una lucha antituberculosa bien regida tiene que dar otras atribuciones pecuniarias a estos patronatos, para no luchar con la imposibilidad de poder desarrollar su actuación.

Las gentes no se dan cuenta del apoyo que debemos a este grupo de vecinos inteligentes y altruistas que se ocupan del porvenir de la raza.

En La Coruña preside esta institución la virtuosa dama Doña Evi Z. de Rodríguez Pastor²⁹¹.

Hace referencia también Hervada a la colonia escolar de Vigo, fundada en 1904. Que también cuenta con suscripción particular y subvenciones del Ayuntamiento y del Ministerio de Instrucción Pública.

A estas colonias se envía tres grupos de 23 niños, que permanecen un mes en la finca de la colonia, situada en la Estrada.

Preside esta institución Fernando Conde Domínguez.



Imagen (62). Memoria de las expediciones de colonias infantiles veraniegas al Sanatorio Marítimo Nacional de Oza, La Coruña, creadas y sostenidas por el establecimiento²⁹².

²⁹¹ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁹² Madrid: Imprenta Municipal; 1929.
(Imagen obtenida de <http://www.pinterest.com/pin/298785756501490404/>)

8.11. DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS

Tema que también trata el Dr. Hervada en su obra y que vimos con detenimiento en capítulos anteriores. Por lo que añadiremos a lo comentado anteriormente los datos estadísticos del Dispensario de La Coruña que recoge nuestro autor.

Considera Enrique Hervada, que el Dispensario en la lucha antituberculosa es de un gran interés social, ya que es el único organismo que puede realizar una profilaxis 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.

Desde el dispensario se sigue al enfermo hasta el nido bacilar.

[.....] En Galicia existen cuatro Dispensarios: en La Coruña, Ferrol, Vigo y Orense. Todos realizan una intensa labor médica, pero escasa labor social²⁹³.

Posteriormente a esos 4 se unieron otros 2 más, años más tarde, el de Pontevedra, en 1928, y el de Santiago, en 1938.

El Dispensario de La Coruña funciona desde el año 1906 y 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 doctor Nicasio Aspe, secretario del Dispensario de La Coruña dice en una de sus memorias²⁹⁴:

Hay que señalar dos deficiencias; hay que realizar dos aspiraciones que hacemos ante la Junta General:

²⁹³ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

²⁹⁴ Nicasio de Aspe. (1915). *Memoria del Dispensario Antituberculoso de La Coruña*.

Imprenta y litografía de L. Lorman

Primera: El Dispensario tiene una alta misión que llenar. No basta acudir con solicitud al remedio de las necesidades individuales del enfermo: tiene un fin social indicado ya en Memorias de otros años,- que no ha podido cumplir hasta ahora.

No basta oír al enfermo y proporcionarle medicamentos y recursos alimenticios; su radio de acción debe de ser más vasto y más provechoso, penetrando en el hogar y llevando a él con cariñosa insistencia y con palabra dulce y persuasiva el apostolado de la higiene y de la moral, su hermana inseparable, y evitando así la propagación del mal en las familias.

Esta misión social no podemos realizarla nosotros sólo, precisa el concurso de otras colectividades, animadas de ardiente celo filantrópico que secunden y hagan fructuosos nuestros trabajos.

Hemos solicitado repetidas veces ese concurso dirigiéndonos al corazón caritativo de la mujer coruñesa, pero el éxito no ha coronado nuestras aspiraciones.

¿Habría algún médico eficaz para conseguir que respondan a nuestro llamamiento?

Segundo: No hay cansancio, no hay desaliento entre nosotros, los que nos hemos ofrecido y hemos aceptado estas tareas, pero somos pocos. Las excitaciones dirigidas a la clase médica no han dado resultado.

El despacho de la consulta de veinte, treinta o cuarenta enfermos diarios y los trabajos de laboratorio no pueden llevarse a cabo con el detenimiento y la escrupulosidad debida por uno o dos médicos.

Y sin embargo, razones de salud, ausencias inevitables, quehaceres profesionales y otras causas justificadísimas, han producido tales claros en nuestras filas, que la pesada carga ha venido a caer sobre los hombros de uno o dos compañeros, siempre los mismos.

En esta memoria realizada por el Dr. Nicasio de Aspe en 1915, aparece una lista de suscriptores que contribuyen con su cuota mensual al sostenimiento del Dispensario. Son un total de 120 personas, entre las que se encuentra el Dr. Hervada.

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

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 región²⁹⁵.

8.12. SANATORIO MARÍTIMO DE OZA

Es un tema tratado en capítulos anteriores y también recogido en esta obra de nuestro autor.

Sabemos de la importancia de la creación de sanatorios para la mayoría de los tisiólogos gallegos, ya que consideraban los Lazaretos y los Dispensarios, insuficientes para la lucha antituberculosa que querían llevar a cabo en Galicia.

Era el Sanatorio de Oza, para el Dr. Hervada, una institución que funcionaba de forma muy eficaz. Así nos lo explica en su obra.

Funciona aproximadamente desde el año 1911. En él existen enfermos fijos que padecen diferentes formas de las llamadas tuberculosis quirúrgicas (ósea, ganglionar, articular, peritoneal), y los pretuberculosos, que constituyen la población de colonias.

Tiene actualmente 620 niños que obtienen los beneficios incalculables de una higiene general bien dirigida y de la talasoterapia, helioterapia, bromatoterapia, etc.

²⁹⁵ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

El personal subalterno es idóneo, por sus condiciones de carácter e inteligencia, y el personal facultativo es una garantía que completa todas las especialidades.

Este personal lo componen:

Inspector Médico, Dr. Rafael Fernández

Director facultativo, Dr. Julio Casares

Médico jefe de Cirugía, Dr. Puente Castro

Médico jefe de Medicina, Dr. José Paz Varela

Médico de guardia, Dr. Maximino Fernández Gago

(Hay además grupo de especialistas: oculistas, odontólogos, radiólogo, etc.)

Si no fueran tan limitadas las plazas de enfermos fijos, la labor social y médica de este Sanatorio, llegaría a solucionar el problema de la tuberculosis quirúrgica infantil.

Un diagnóstico precoz, como fácilmente se puntualiza en este Centro (personal especializado, radiografías, etc.), abreviaría la permanencia en el mismo y facilitaría las vacantes, que, como es natural, habría más frecuentemente.

El éxito alcanzado en las distintas formas, de las llamadas tuberculosis quirúrgicas, obliga a intensificar este armamento de lucha antituberculosa²⁹⁶.

8.13. CONCLUSIONES

Termina su obra Enrique Hervada García Sampedro, *La lucha antituberculosa en Galicia*, con unas conclusiones de las que muchos tisiólogos gallegos se harán eco y estudiarán con detenimiento a partir de este estudio epidemiológico.

²⁹⁶ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

Se pronuncia claramente sobre la mayoría de los temas controvertidos que se debatían en esa época sobre la tisis.

Estos son las conclusiones que recoge:

- La tuberculosis en nuestras ciudades es un triste privilegio de familia, y en el campo es un producto de la emigración.
- La lucha antituberculosa preventiva fundamental, debe encauzarse en Galicia hacia el problema de la herencia y de la emigración.
- La lucha antituberculosa universal, está actualmente limitada a estimular el robustecimiento orgánico y a evitar las ocasiones del contagio. Claro está, que estos medios de utilidad higiénica reconocida, deben practicarse en todas las regiones.

Esta labor es poderosa, por educar en principios higiénicos y evitar el desarrollo de la enfermedad en los bacilares latentes.

- La vida moderna, como menos natural, por alejar al campesino de sus prácticas agrícolas y buscar otros medios de la vida (talleres, fábricas, emigración, etc.), favorece el contagio y disminuye las resistencias orgánicas. El excesivo trabajo de la mujer en Galicia es también causa de la tuberculosis.
- No existe relación de causalidad entre la tuberculosis y nuestras industrias. Son sólo las condiciones antihigiénicas o de cansancio, las que influyen en el desarrollo de la tuberculosis, pudiendo señalar particularmente como tisiógeno, el oficio de fogonero.
- La alimentación insuficiente es, en el orden de las privaciones, un motivo de inferioridad orgánica que favorece el desarrollo bacilar.
- La tuberculosis es la causa más frecuente de la degeneración física de nuestra raza; pero no de la degeneración psíquica, pues comprobamos que en una proporción muy grande, tienen los bacilares privilegios cerebrales.
- Las costas gallegas están particularmente indicadas para la climatoterapia marina en las tuberculosis externas.
- No es Galicia, región escogida para hacer durante el invierno la cura de aire y reposo, pero es peor, no hacer cura alguna y abandonar al azar y a la farmacología, lo que científicamente debe hacerse con la aireación permanente, pues como con mucha razón dice Sabourin, «esta cura puede hacerse en todas partes: en la llanura, en la

montaña, en el litoral, y aun en la ciudad, si no se puede hacer otra cosa, porque el aire de los espacios libres, vale siempre más que el aire aprisionado en una habitación y usado y adulterado por todo el mundo».

Esta es una de las razones poderosas que nos obligan a aconsejar la creación de Sanatorios populares en nuestra región. Sólo depende de puntualizar los lugares donde haya menos variaciones de temperatura durante el día, la menor humedad, el suelo más seco y permeable, y la mayor estabilidad de la atmósfera.

- El éxito alcanzado en el Sanatorio Marítimo Nacional de Oza (Coruña) en las distintas formas de las llamadas tuberculosis quirúrgicas, obliga a intensificar este armamento de la lucha antituberculosa.
- La creación de un Sanatorio, en el punto aconsejado por una comisión técnica nombrada para ello, es de absoluta necesidad, para tratar los inmigrados curables que no tienen recursos y evitar el contagio en medio familiar.
- También es necesaria la creación en Galicia de Sanatorios populares, costeados por el Estado, Diputaciones y Ayuntamientos, con objeto de hacer precoz tratamiento racional a los pobres, que de otra suerte están condenados fatalmente a la muerte y a la siembra de bacilos, en la oficina, en el taller y en el hogar.
- No hace falta que los Sanatorios sean de presupuesto cuantioso; basta construir el tipo de pabellones higiénicos, bien orientados y hasta hacer población trabajadora de tuberculosos en puntos escogidos, copiando por ejemplo a «Papworth» para tener en Galicia un racional medio de profilaxia y tratamiento.
- Es necesario que existan en Galicia, y en el resto de España, como existen en todas las naciones donde demuestra su eficacia la lucha antituberculosa, Hospitales higiénicos (Hospitales–Sanatorios) para aislamiento y refugio de los enfermos incurables.
- A los actuales Dispensarios antituberculosos que existen en Galicia, conviene orientarlos hacia una labor social más extensa, creando la institución de enfermeras–visitadoras y procurando otro desenvolvimiento de sus clínicas.

En algunos, la labor se limita al reparto de específicos y a la sistemática aplicación de tuberculinas.

- La tuberculosis es en Galicia una causa importantísima de la morbilidad general.

- La creación en nuestra Universidad de la cátedra de Tisiología, a consecuencia de la especial educación profesional, reportará beneficios incalculables para la profilaxia y el tratamiento de la tuberculosis.
- La lucha contra el alcoholismo es, según muchos médicos, factor para tener en cuenta en la etiología, aunque las estadísticas de las regiones vinícolas no acusen mayor tanto por ciento que las de las demás regiones.
- La Inspección Sanitaria de las viviendas debe ampliarse para la modificación de las habitaciones, exigiendo a la propiedad una inmediata rectificación de locales antihigiénicos. Una comisión científica antituberculosa regional, debe ser el árbitro para la construcción de calles y casas.

(En Liverpool, el hecho de construir casas sanas de 1864 a 1913, ha hecho descender la mortalidad por tuberculosis de 60 a 27%).

- El problema de la vivienda, es de importancia decisiva para la lucha contra la tuberculosis. Aunque no tiene nuestra región estadística del máximo de hacinamiento (La Coruña 14 personas por casa, Lugo 8, Orense 12 y Pontevedra 10), hay que tener en cuenta las casas pequeñas, las calles estrechas, la escasa cubicación, la mala orientación, la falta de confort, la aglomeración de edificaciones en pequeño radio y el exagerado precio de los alquileres.
- La inspección escolar, desde el punto de vista del contagio bacilar, debe establecerse como base importante en las medidas profilácticas y tomar en consideración las conclusiones del primer Congreso internacional de las escuelas en pleno aire.

También debemos añadir estos dos artículos de la ley de Epidemias prusiana:

«Los maestros y los discípulos que padezcan tuberculosis pulmonar o laríngea, no concurrirán a la escuela, en tanto que sus esputos contengan bacilos tuberculosos».

«Se preceptúa que los maestros y discípulos que ofrezcan síntomas sospechosos de tuberculosis pulmonar o laríngea (cansancio, demacración, palidez, tusícula, expectoración, etc.), consulten a un médico y hagan examinar sus esputos bacteriológicamente. Debe procurarse que en las escuelas existan, en lugares apropiados, escupideras abundantes, fácilmente accesibles y llenas de agua. Se prohibirá, y en caso necesario, se castigará, escupir en el suelo de las aulas, corredores, escaleras y también en los patios de las escuelas».

Verdaderamente en materia de higiene pública, estamos lo mismo que nuestros antepasados.

- Por el momento, es de importancia decisiva, la educación higiénica individual (pudiéramos decir el egoísmo profiláctico), único y práctico medio que puede evitar las causas de decaimiento orgánico. La posición social es base muy importante, pero no indispensable, para el desenvolvimiento de estos medios.
- En el terreno profiláctico, es utilísima la intervención del médico de familia, investigando un diagnóstico precoz e imponiendo por lo tanto un inmediato tratamiento. «La tuberculoterapia, es sobre todo de la competencia del médico de familia, puesto que sólo él ve los tuberculosos al principio, que es cuando este tratamiento tiene todas las probabilidades del éxito» (Sahli).
- En la milicia deben modificarse y reducirse los trámites oficiales para los que presentan excepción por tuberculosis.

Los viajes y estancia en el Hospital favorecen los brotes, siendo por otra parte superflua la prolongada observación.

Mientras existan excedentes de cupo, deben escogerse para el servicio de las armas, los más fuertes entre los útiles.

- Es necesario extender la reglamentación del trabajo a todos los servicios, incluso los particulares (servicio doméstico, sociedades de recreo, etc.).
- Es de muchísima importancia social, que los médicos de América no pierdan tiempo intentando curar a nuestros compatriotas con un tratamiento farmacológico ambulatorio. Lo científico, es enviarlos en cuanto un diagnóstico precoz pueda hacer eficaz el plan higiénico–dietético.
- Las colonias escolares, aunque insuficientes en el plan higiénico, por el número de niños y por el tiempo de permanencia, constituyen un gran progreso en la educación antituberculosa de la infancia. Cada niño que retorna a su casa es un educador del ambiente familiar.
- Por hoy no existe más que un tratamiento de la tuberculosis: el régimen higiénico – dietético; los demás, o son tratamientos sintomáticos (béquicos, expectorantes, tónicos, etc.), o son tratamientos de excepción (cirugía pulmonar, tuberculinas, etc.). Es natural que todo tratamiento preventivo, ha de limitarse a imitar el único tratamiento curativo racional que existe.

- Mientras no exista en España la declaración obligatoria de la tuberculosis, tenemos todos los médicos la inexcusable obligación moral de instruir al enfermo del peligro del contagio y velar por la salud de los hijos y de las personas que lo rodean. Es preciso convencer al tuberculoso – lo que comprobamos repetidas veces – que su lesión es curable, y en cambio por las contaminaciones, puede sembrar proceso incurables a sus seres queridos.
- Pensar que no tenemos en nuestra región ningún amparo del Poder Público, ante una infección, que según, los datos oficiales, causa en Galicia 4.000 defunciones anuales y nos da un quebranto de 200.000.000 pesetas, capitalizando el valor social de las víctimas, que la tuberculosis causa cada año. A excepción del Sanatorio Nacional de Oza, nuestro armamento antituberculoso debe a las instituciones privadas y a la limitada generosidad particular, siempre insuficiente para resolver un problema de tanta trascendencia social²⁹⁷.

Enrique Hervada Iglesias, hijo de Enrique Hervada y médico también de profesión además de Académico Numerario de Medicina en La Coruña, escribe en 1983 en *Galicia Clínica*, 30 años más tarde del fallecimiento de su padre, sobre la situación actual de la tuberculosis en Galicia, y sobre todo describe la evolución en cuanto al tratamiento tuberculoso.

Hervada Iglesias comenta lo siguiente:

Por aquel entonces, el tratamiento era poco efectivo y nuestro país gallego, uno de los más asolados por esta pandemia. Recuerdo que por aquellas fechas, los adelantados, en la lucha contra esta dolencia, eran el profesor compostelano Dr. Gil Casares, el Dr. Ramón de Castro de Vigo, y el Dr. Enrique Hervada de La Coruña. Éste último dedicó gran parte de su atareada vida profesional a esta especialidad y acuden a mi memoria sus ingentes trabajos iniciados en los años veinte, los cuales le exigían una meticulosa, amplia y constante correspondencia con todos los alcaldes y médicos, de los diversos partidos judiciales gallegos, a los que enviaba encuestas, para que tuviesen la bondad de contestarlas, sobre el número de enfermos tuberculosos de cada localidad y fallecimientos anuales que ocasionaba. Todos estos minuciosos datos, se recogían y publicaban en un mapa regional, donde aparecían todos los partidos judiciales, con el

²⁹⁷ Hervada, Enrique (1924) *La lucha antituberculosa en Galicia*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.

número de habitantes en aquellas fechas, y cifras de morbilidad y mortalidad que originaba la tuberculosis, en las cuatro provincias gallegas, mapa que se publicaba anualmente en la *Voz de Galicia*, que le dedicaba una plana entera.

Más tarde con la instauración de la República, se organizó oficialmente en 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 Urgoiti y 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.

Recordamos con horror aquellos años treinta, en los que veíamos enfermos tuberculosos, caquéticos, con extensas lesiones ulceradas, casi siempre de ambos pulmones, que además de no curar, eran fuentes de contagio para su familia y entorno. Las desesperantes febrículas, que no cedían a medicina alguna, acompañadas de copiosa sudoración y adelgazamiento por absoluta inapetencia, fueron formas cotidianas de las bacilosis de entonces, aparte de las temibles meningitis y granulias, fatales en su totalidad. Rememoramos también con pavor las alarmantes hemoptisis, algunas fulminantes, todo lo cual, constituía un largo calvario para pacientes y médicos.

Y es que la terapia antibacilar de los años 30 y 40 resultaba inoperante, cuando no perjudicial. Viene a mi memoria aquella ineficaz medicación representada por las sales de oro – Sanocrisina, Orosanil, etc. -, así como el abusivo calcio, algunas vitaminas y tónicos, y amén del reposos absoluto y alimentación abundante, tan difícil en anoréxicos, a los que se atiborraba de leche y huevos (hubo algún cliente, que por su cuenta y riesgo, ingería 12 huevos diarios), con los consiguientes vómitos y molestias por intolerancia gástrica. Tan sólo nos deparó satisfacciones, aparte de algún disgusto, el neumotórax artificial o método de Forlanini, que consistía en introducir aire entre las pleuras, periódicamente y a determinada presión, con el fin de apretar el pulmón dañado, durante meses y años, y ver si de esta forma, curaban las lesiones. Ha sido en verdad el tratamiento que dio mejores resultados, y aún vemos por esas calles de Dios pacientes tratados hace 40 y más años, que se recuperaron totalmente, logrando una vida útil y de trabajo.

Las mutilantes plastias, las frenicectomías, y el tratamiento sanatorial en climas de altura – El Escorial, Ávila, Suiza, etc. - completaban, con otras intervenciones menos corrientes, los medios curativos y de aquellos tiempos.

Y por fin, en el año 1944 se inicia la curación con la Estreptomina, que hace vislumbrar la aurora de un esplendoroso amanecer, en la terapia eficaz de la tuberculosis. Más tarde, en el 52, se da otro paso gigantesco, al incorporar la Isoniazida, aún más activa, cómoda y económica contra esta enfermedad. Se descubre luego el PAS (ácido paraminosalicílico), muy útil en aquel tiempo, con la incomodidad de tener que tragar numerosas pastillas, que no todos los estómagos toleran, o darlo intravenoso en gota a gota.

En el año 61, aparece el Etambutol, que usamos con gran eficacia, aunque en ocasiones resulta molesto para el estómago y nervio óptico, lo que se acusa con algunos trastornos de la visión, que obligan a suspenderlo.

Y por último, en 1968, se completa esta gran armada victoriosa, en la batalla contra el bacilo de Koch, con la aparición de la Rifampicina. En la actualidad, la triple combinación de Isoniazida, Etambutol y Rifampicina, cuando se toleran bien, constituye una panacea milagrosa, en la curación de esta dolencia.

Pero además de esta medicación de primera fila – Rifampicina, Etambutol, Isoniazida y Estreptomina- existe otra auxiliar o secundaria, como son el PAS, Etionamida, Pirazinamida, Cicloserina, Viomicina, Kanamicina, etc., de gran utilidad en muchas ocasiones. Pese a todo, y según señala Alix: aún no ha terminado la tuberculosis en el mundo y, aunque el descenso de esa plaga, ha sido enorme, vuelven a verse formas ulceradas y masivas, que suponíamos desaparecidas. La sencillez actual del tratamiento es la determinante de que muchos pacientes, que se encuentran bien y que se creen curados, lo abandonan, y al cabo del tiempo, reaparece la enfermedad, con más virulencias y contagios de mayor peligro, al existir bacilos tratados con esas drogas, y por tanto casi siempre resistentes.

El alcoholismo, la diabetes, el mundo de los drogadictos y las enfermedades intercurrentes, son complicaciones que suelen agravar la dolencia tuberculosa. De todos modos y según la OMS, la moderna quimioterapia permite curar a casi todos los pacientes, si se administra una pauta eficaz, durante suficiente tiempo, y si el enfermo toma con regularidad la medicación²⁹⁸.

²⁹⁸ Hervada Iglesias, E. (1983). La tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Nº 6, 14-16

Resume por tanto Enrique Hervada Iglesias en este artículo, los grandes avances que hubo respecto a la lucha antituberculosa a partir de mediados del S. XX, sobre todo con la introducción de los distintos antibióticos. Su padre, el Dr. Hervada García, poco tiempo tuvo para aplicarlos, ya que su fallecimiento se produce al inicio de esta nueva era farmacológica.

IX

DESPEDIDA AL MÉDICO DEL PUEBLO
Y HOMENAJES PÓSTUMOS

IX. DESPEDIDA AL MÉDICO DEL PUEBLO Y HOMENAJES PÓSTUMOS

El día 3 de abril de 1953, viernes santo, tras un breve y gravísimo proceso, fallece el Dr. Hervada a consecuencia de una encefalitis vírica, que se la había contagiado un paciente al que él mismo le diagnosticó la enfermedad. Fallece a los 69 años, justo dos meses antes de cumplir los 70.

La Coruña, su ciudad natal, supo estar a la altura de las circunstancias. El pueblo se entregó a quien en vida le sirvió con su ciencia, su humanidad y su campechanía. Fue por ello que el féretro salió de la calle Real a hombros a pesar de que las autoridades lo prohibían, hasta el cementerio de San Amaro donde sería enterrado, y por la calle Bailén y la de Panaderas fue seguido por un enorme gentío.

En la plaza de España y la calle de la Torre y en San Amaro se sumó otra enorme multitud al sepelio.

El cementerio de San Amaro fue inaugurado en el año 1813 después de la prohibición por Ley, en el año anterior, de los entierros en las iglesias y su entorno.

Este Camposanto histórico, emplazado frente al mar, está considerado uno de los más importantes de Galicia, tanto por el número, más de doscientos, como por la notoriedad de los personajes que cobija.

El Camposanto está dividido en tres zonas bien diferenciadas la religiosa, la civil y la británica, ésta última es privada y está cerrada al público.

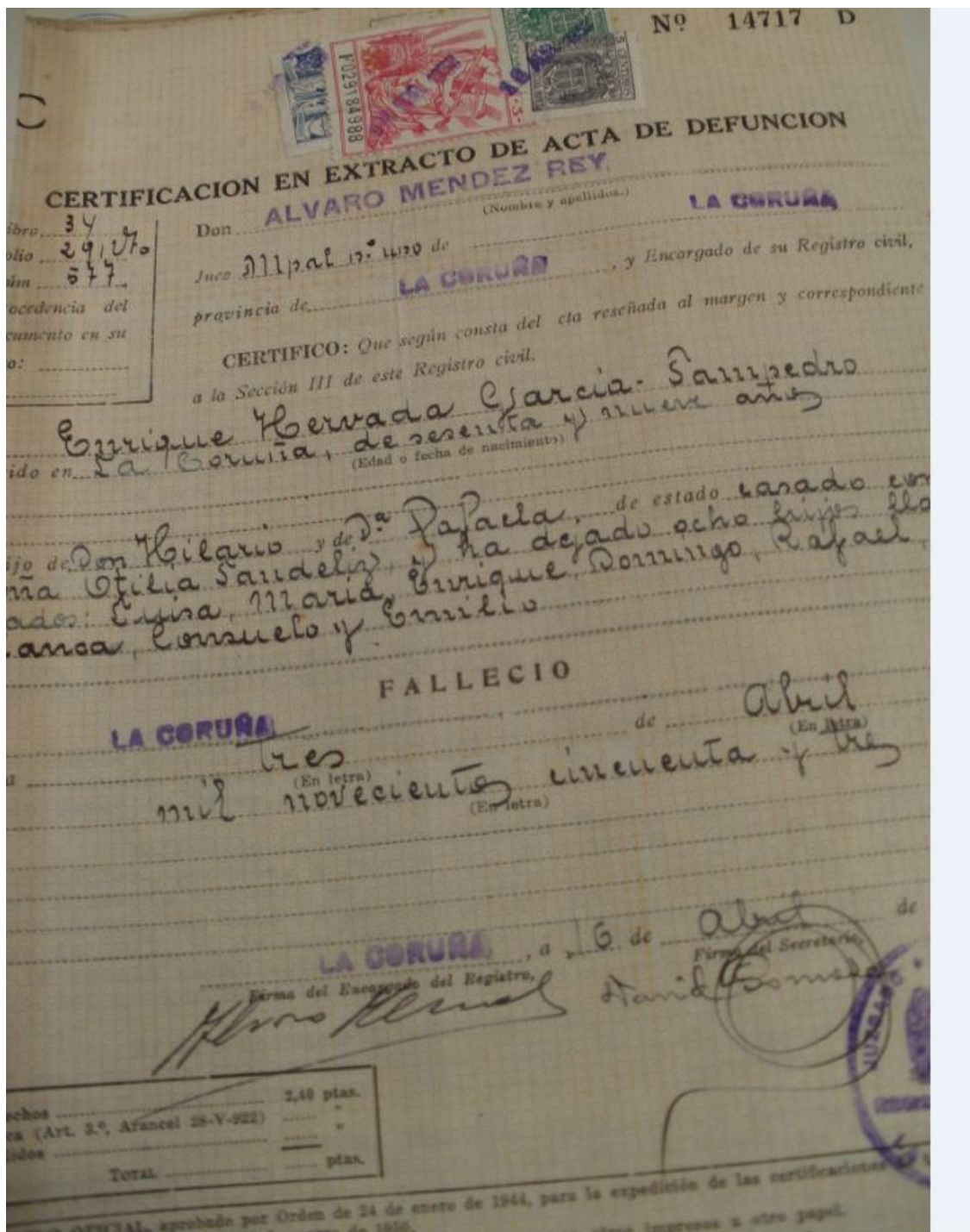


Imagen (63). Acta de defunción de Enrique Hervada. 3 de abril de 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Cabe destacar dos monumentos colectivos que son el Monumento a los Mártires de la Libertad y la Columna tronzada en recuerdo de la huelga general de 1901.

El Monumento a los Mártires de la Libertad, se levanta en el lugar donde descansaron antaño los aviadores alemanes de la II Guerra Mundial, trasladados al Cementerio de Yuste-Cáceres. Actualmente descansan bajo este monumento los restos de soldados magrebíes, indebidamente señalados como ciudadanos árabes, al servicio de los nacionales en la guerra civil.

La Columna tronzada en recuerdo de la huelga general de 1901, según reza la sepultura, el monumento fue erigido por suscripción popular y por iniciativa de las sociedades obreras, a las víctimas de los sucesos de 30 y 31 de mayo de 1901, a raíz de la que está considerada como la primera gran huelga general de la historia del movimiento obrero gallego, con un paro absoluto en todos los sectores.

En el departamento cuarto del cementerio se encuentra el monumento dedicado a las víctimas del avión estrellado el 13 de agosto de 1973 en Montrove (Oleiros)²⁹⁹.

El Ayuntamiento dedicó una calle en memoria de este insigne médico en el barrio de Cuatro Caminos, y le erigiría un monumento en los jardines de Méndez Núñez un año más tarde.

Los gastos acarreados del sepelio, corrieron a cargo de los vecinos, ya que eran conocedores de la difícil situación económica de la familia.

Para la ciudad de la Coruña, el fallecimiento de Enrique Hervada no sólo supuso la pérdida de un médico extraordinario y un hombre bueno y extremadamente generoso, sino que también perdió un símbolo, el último ejemplo de un tipo humano excepcional que el difícil e interesado modo de vivir los tiempos modernos, ha destruido para siempre.

²⁹⁹ Santo Amaro dos mortos. Concello de A Coruña. Concellería de Cultura.

Su viúda Otilia Sandéliz Pérez quedó en una nefasta situación económica ya que era el Dr. Hervada el que se encargaba del sustento familiar diario.

Dos de los ocho hijos de Hervada necesitaban atención y cuidados, uno por ser menor de 21 años, Emilio Hervada Sandéliz, y el otro, Domingo Hervada Iglesias por estar imposibilitado para todo trabajo debido a una deficiencia mental.

Por lo que sería Otilia la que tenía que encargarse de ellos y solicitar por tanto la pensión correspondiente por ser viúda de Enrique Hervada, médico jubilado en el cargo de Médico Radiólogo de la Beneficencia Municipal de La Coruña.

Mostramos a continuación el expediente de Otilia Sandéliz donde se recogen los documentos correspondientes a la solicitud y concesión de dicha pensión, depositado en el Archivo Histórico de La Coruña, al que tuvimos acceso.

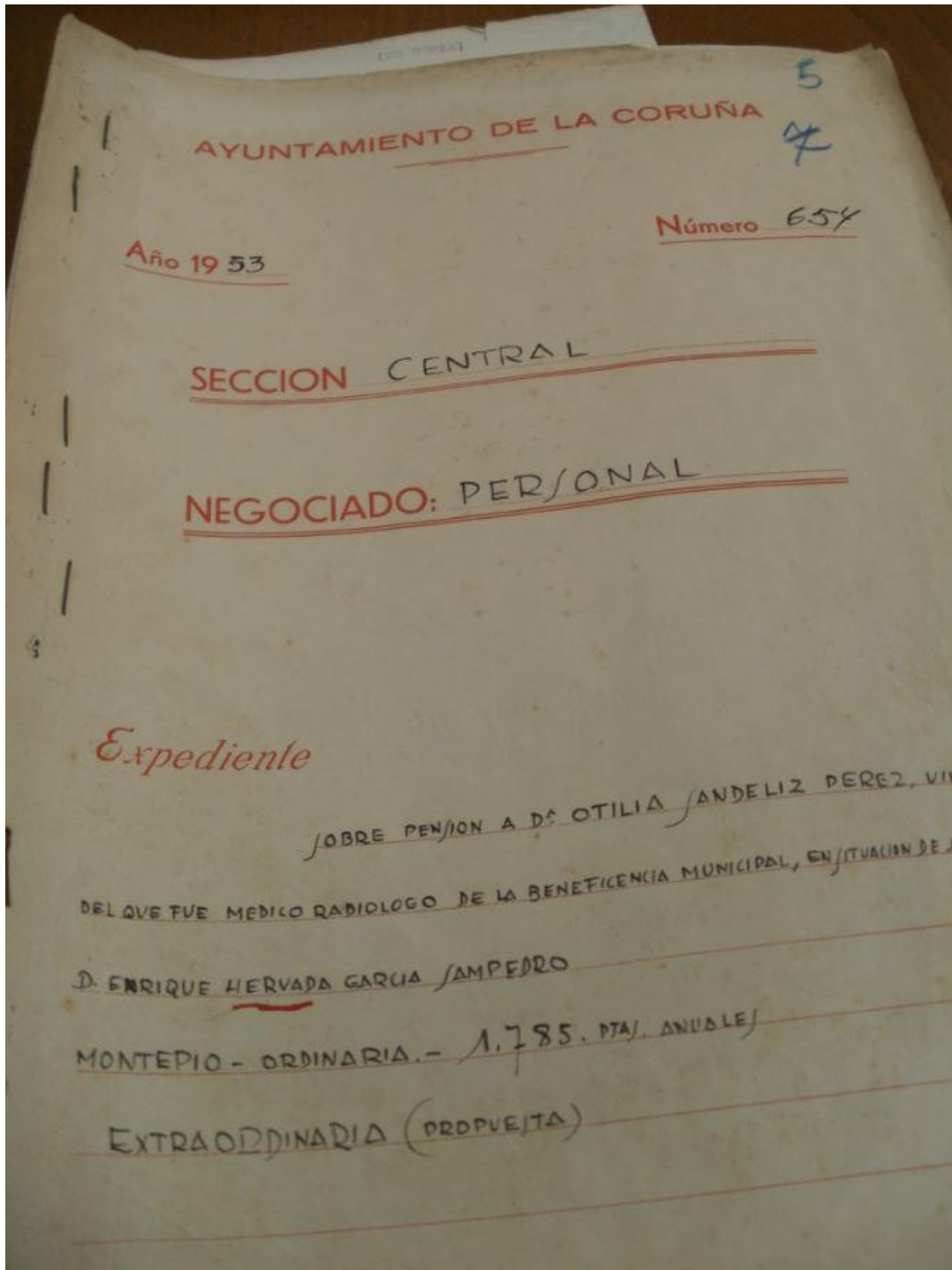


Imagen (64). Expediente de Otilia Sandéliz Pérez. 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Solicita Otilia Sandéliz la pensión correspondiente de viudedad, concediéndole la cantidad de 1.875 pesetas anuales.

Por Alcalde:

D^a Otilia Sandéliz Pérez, viuda del que fué Médico Radiólogo de la Beneficencia Municipal, en situación de jubilado, don Enrique Hervada García Sampedro, solicita por medio de la antecedente instancia la concesión de una pensión que le permita desenvolver su vida dentro del decoro y de la dignidad que no le posibilitaría la reglamentaria.-

Se hace constar en dicha solicitud, que su hijo Domingo Hervada Sandéliz, por deficiencias que afectan a sus facultades mentales, ha sido siempre y continúa siendo incapaz para procurarse medios de atender a su propia subsistencia, y, por esto mismo, puede y debe ~~considerarse~~ considerársele, para los efectos de participación en los beneficios de orfandad, como de edad inferior a los 21 años.-

De los antecedentes obrantes en el Negociado de Personal de la Secretaría municipal, resulta que D. Enrique Hervada García Sampedro, fué jubilado en su cargo de Médico Radiólogo de 17 de abril de 1941, por padecer signos de enfermedad que le obligaron a interrumpir la práctica radiológica y quedar plenamente demostrado y justificada su imposibilidad física para seguir desempeñando su cometido, requisito indispensable que exige el artículo 6^a del Reglamento del Montepío de Empleados al que pertenecía el Sr. Hervada, a quien le fué concedido como tipo de pensión la cantidad de 2.150.- pesetas o sea el 60% de Pesetas 4.250.- que era el sueldo que disfrutó durante mas de dos años.-

También resulta que D. Enrique Hervada llevó al servicio del Municipio 19 años y 15 días que computados a los 6 de su carrera de Médico, hacen un total de 25 años y 15 días prestados por el referido Doctor a la Administración municipal.-

Pertenecía, como queda dicho, el Dr. Hervada al Montepío de Empleados Municipales de esta ciudad, dejando por consiguiente a su fallecimiento transmitido el derecho a la pensión que su viuda doña Otilia Sandéliz Pérez, solicita.-

Fallecido D. Enrique Hervada García Sampedro el día 3 de los corrientes, procede, a juicio del informante, aplicar el Reglamento del Montepío aprobado en 31 de diciembre de 1929 por el que reguló su jubilación, en todo lo no modificado por el aprobado en 16 de septiembre de 1941, y, de conformidad con los mismos, la pensión se sujetará a la escala establecida, o sea la de 1.785.- pesetas equivalente al 42% del sueldo de 4.250.- pesetas que sirvió de base para su jubilación.-

El Sr. Hervada García Sampedro dejó a su fallecimiento ocho hijos, de los cuales son varones mayores de 23 años, dos; un hijo incapaz y otro menor, así como cuatro hijas casadas.-

En consecuencia, procede reconocer el derecho a la indicada pensión a favor de la solicitante D^a Otilia Sandéliz Pérez, de su hijo Emilio hasta los 21 años de edad, y de su otro hijo Domingo por consi- derarlo para estos efectos como de edad inferior a 21 años, siempre que tal circunstancia se compruebe y justifique facultativamente y no tenga otros medios de vida, entendiéndose distribuida la pensión por igual entre los tres interesados, con acrecentamiento de las fracciones correspondientes a los que, por cualquier causa, pierdan el derecho a disfrutarla, con arreglo al artículo 13 del Reglamento que sirvió de base a la jubilación del causante. X

Ahora bien; D^a Otilia Sandéliz Pérez hace resaltar en su solicitud los méritos que adornaban a su difunto esposo y solicita que atención a ellos se le conceda una pensión que le permita desenvolver su vida dentro del decoro y de la dignidad que no le posibilitaría

Imagen (65). Concesión pensión de viudedad Otilia 22 /04/ 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

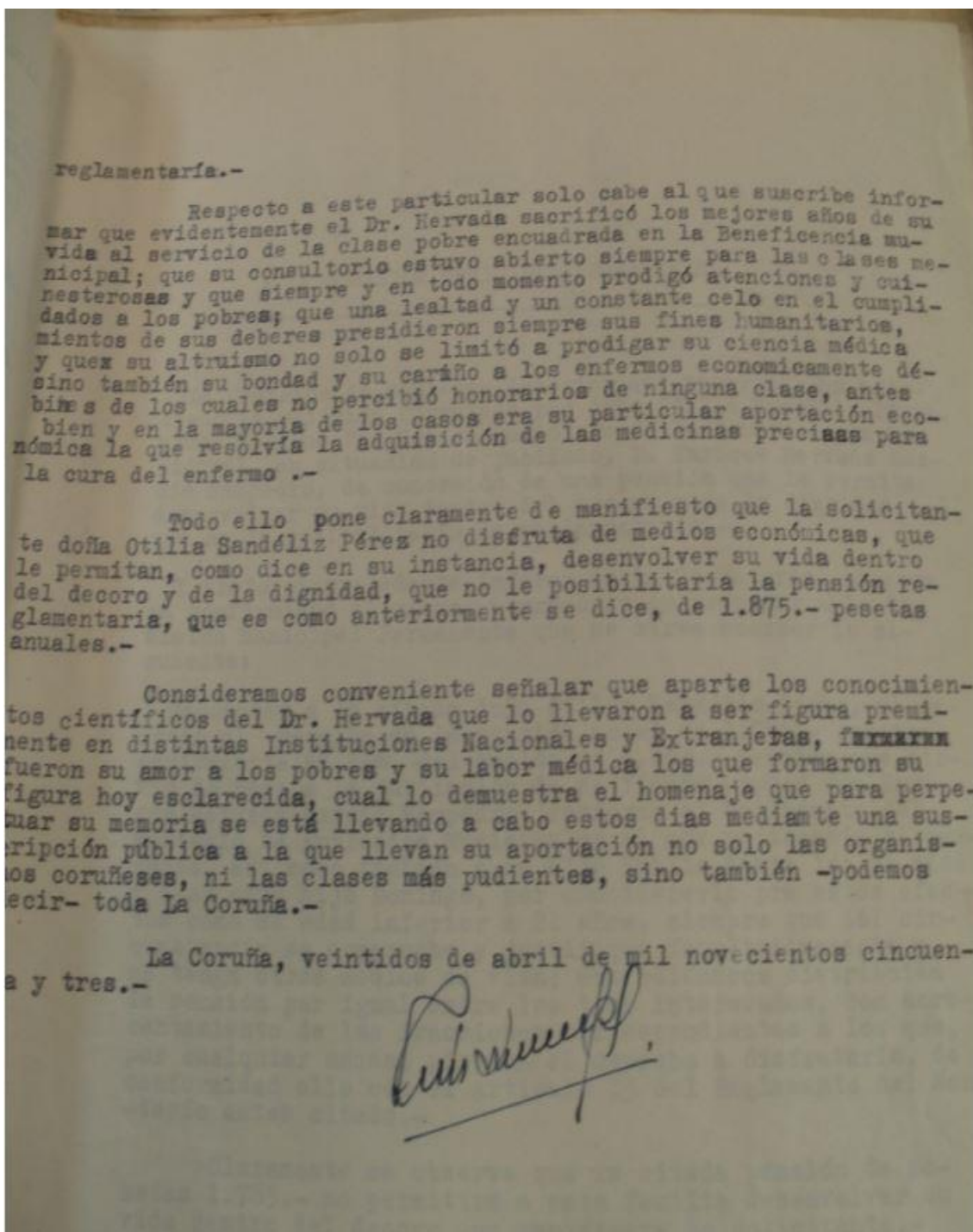


Imagen (66). Concesión pensión de viudedad Otilia 22 /04/ 1953. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

En vista de que esa cantidad no era suficiente para desenvolver su vida dentro del decoro y de la dignidad, y cuidar de sus dos hijos a cargo: Emilio y

Domingo (imposibilitado, condición que tuvo que acreditar para acceder a la dicha pensión), opta por solicitar una pensión extraordinaria.

MODELO A
Serie F
Nº 310157

CONSEJO GENERAL
DE
COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA
DIRECCION AUTORIZADA POR EL ESTADO
DIEZ PESETAS

COLEGIO
DE LA CIUDAD DE LA CORUÑA

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Colegio de _____

Don Enrique Ros Ferrols Doctor
Medicina y Cirugía, con residencia en La Coruña, Cantón fraudé 18-5º
y con el número 410 en el Colegio Oficial de Médicos de esta Provincia.

CERTIFICO: Que Domingo Hervada Iglesias, de 43 años
de edad, Artero, hijo de Enrique y de María Luisa,
domiciliado en esta capital, calle Real 11-3º padece
de debilidad mental adquirida, consecuencia a
una meningitis encefálica por sarampión padecida
en su infancia. Dicha enfermedad, le impide
dedicarse a cualquier clase de trabajo, y
llevar a cabo iniciativas propias.

Y para que así conste donde convenga, y a instancia de sus familiares
expido el presente CERTIFICADO en La Coruña
a 1 de Septiembre de mil novecientos once.

Imagen (67). Certificado Médico Oficial de Domingo Hervada Iglesias, reconociendo su incapacidad para trabajar. Requisito pedido a Otilia para solicitar la pensión extraordinaria. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Sus otros 6 hijos renuncian a cualquier tipo de compensación económica en favor de Otilia y sus dos hermanos.

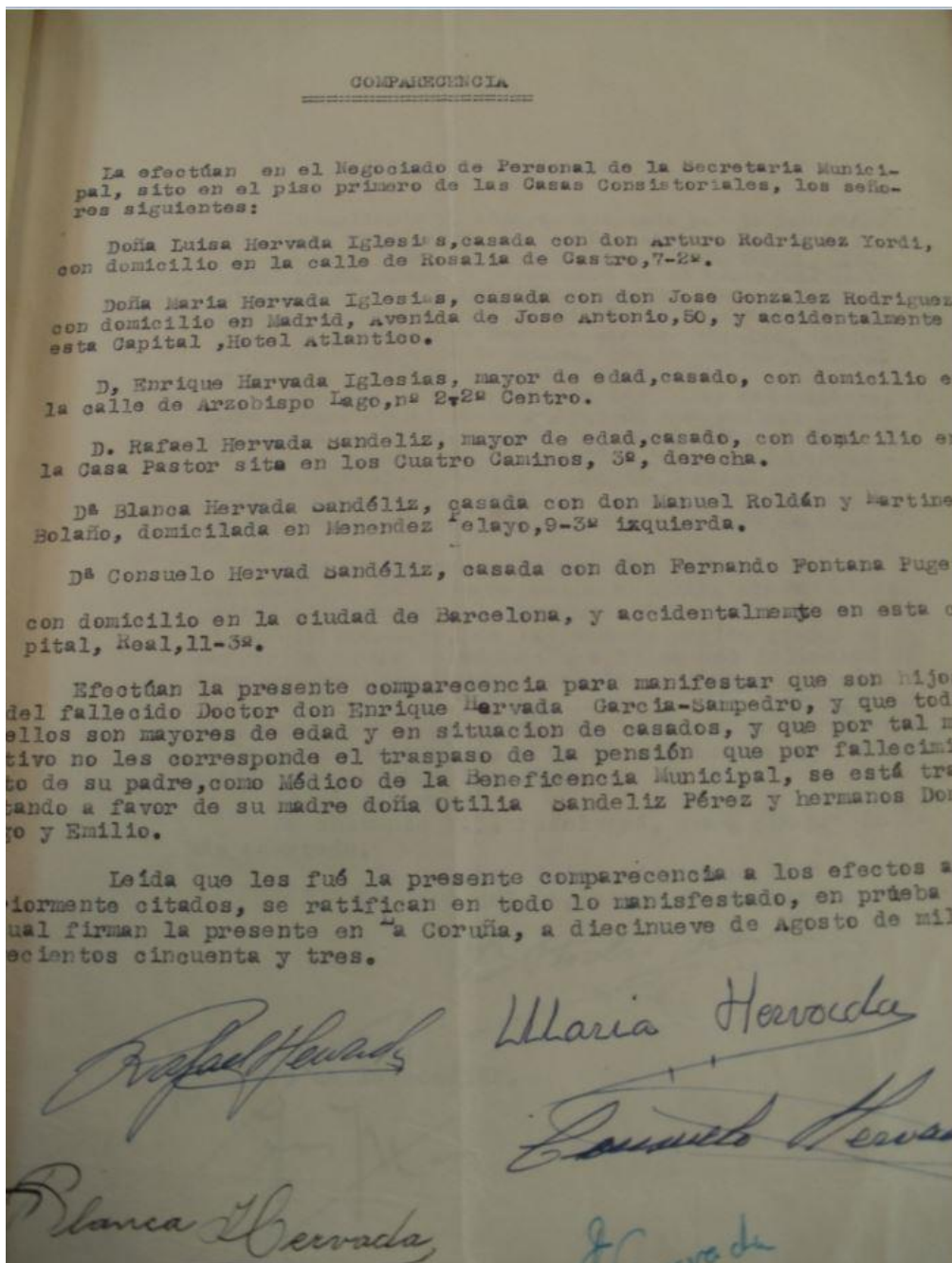


Imagen (68). Comparecencia de los hijos casados y mayores de edad de Enrique Hervada, donde renuncian a cualquier tipo de compensación económica en favor de Otilia y sus hermanos Domingo y Emilio. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Tras la elevación al Pleno de la Corporación del Ayuntamiento de La Coruña por petición de la Comisión Municipal Permanente sobre la concesión de la pensión extraordinaria a Otilia Sandéliz, el 12 de febrero de 1955 obtiene respuesta favorable de dicha concesión. Por lo que le corresponderá una pensión vitalicia de 4.250 pesetas anuales.

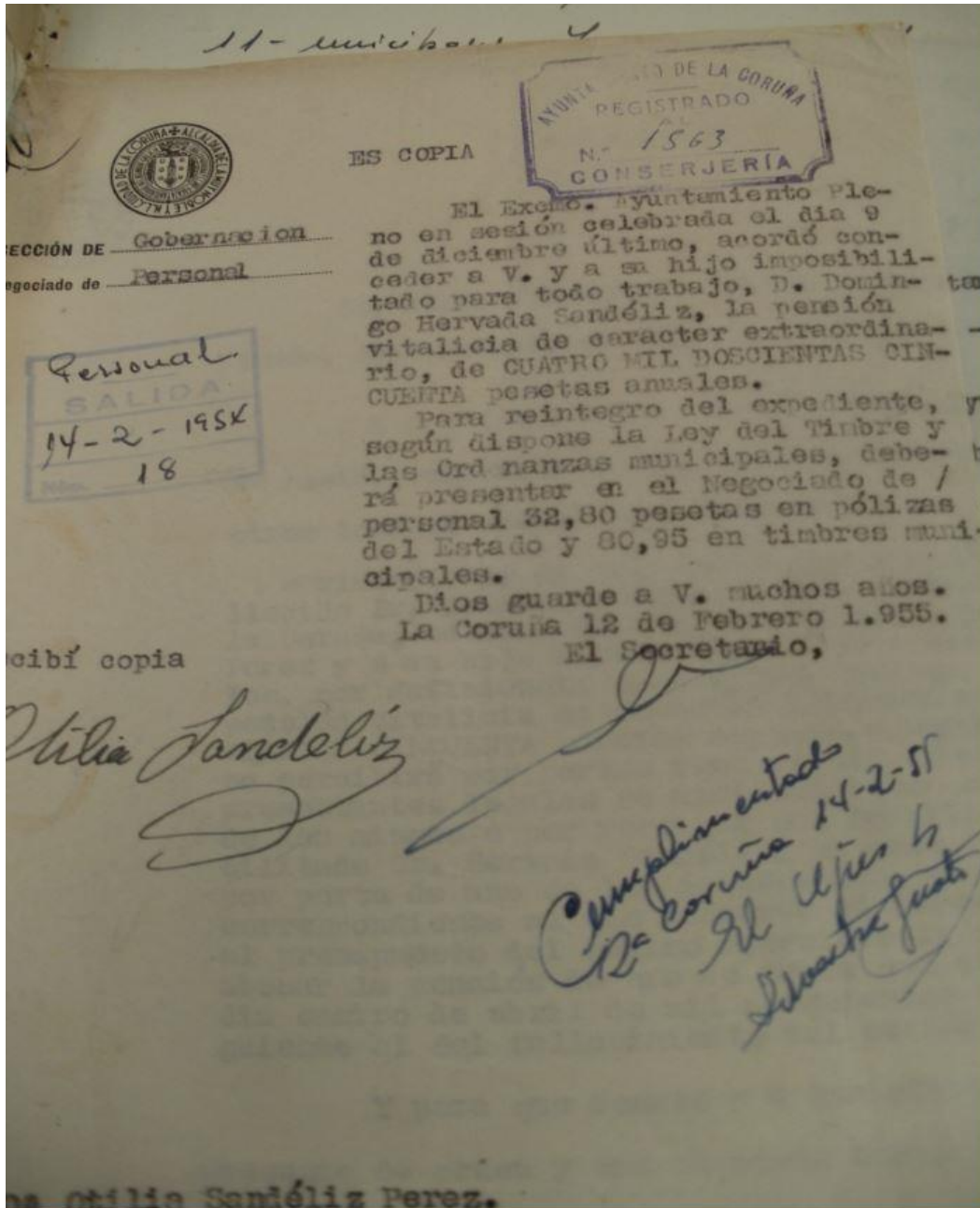


Imagen (69). Concesión de la pensión vitalicia a Otilia Sandéliz. Archivo Histórico de La Coruña. Fotografía de la autora.

Fueron numerosos los artículos necrológicos que se escribieron a raíz de su muerte. Entre sus autores destacamos los siguientes: Joaquín García Morán, Aurelio Gutiérrez Moyano, Eduardo Pérez Hervada, Jerónimo Sal Lence, Galo Baquero... Todos ellos nos aportan multitud de aspectos de la persona y obra de Enrique Hervada García-Sampedro.

Además de las cartas que hicieron llegar a su familia numerosos amigos como: Gregorio Marañón, Jiménez Díaz, Fernández Florez...

Pasamos a comentar algunos de ellos:

Artículo necrológico firmado por su gran amigo y compañero, el excelente cirujano ovetense doctor Joaquín García Morán, que se publicó en la revista valenciana *Medicina Española*, dirigida por el compostelano catedrático y rector de la Universidad de Valencia, Prof. Dr. Juan José Barcia Goyanes³⁰⁰. Decía así:

En la Coruña murió hace pocos días D. Enrique Hervada y su desaparición conmovió a la ciudad, que se dio cuenta que perdió algo muy suyo, muy íntimo.

En D. Enrique Hervada, al talento natural que aplicó a la medicina con el máximo acierto, pero que hubiese sido fértil en cualquier actividad, se unía la gracia, que también nació en él, y al talento y a la gracia, creados por el dulce mimo gallego, sumó la generosidad y la cordialidad. Con estos ingredientes, sus prescripciones llevaban el marchamo de la eficacia para el cuerpo o para el espíritu doliente. Trabajó durante cincuenta años como un titán, sin darle importancia a su actividad, sonriente, incluso cuando adivinaba que a su alrededor merodeaba la amenaza.

Sin gesticulaciones pretenciosas, estaba al tanto de todo y lo enjuiciaba con el fino criterio de los privilegiados. Pocos días antes de morir dio una conferencia sobre enfermedades por virus, a la que puso el título de *Epidemias Silenciosas*.

El enunciado es ya un acierto. Pero también lo fue la disertación en la que plasmó con pinceladas de vidente, precisamente la enfermedad que lo llevó a la tumba. Al morir, dejó sembrado afecto y simpatía y por si fuera poco, tuvo el bello gesto de no dejar

³⁰⁰ Sobre Barcia Goyanes vid. Ponte Hernando et al. (2014) www.albumdaciencia.org.

dinero, porque el suyo había sido de todos, como los fueron para todos, sus desvelos y sus cuidados.

Yo que lo conocí y supe de su buena amistad, lo veía siempre como si fuera La Coruña misma. Parece que aún lo estoy viendo, con su presencia y su gran porte emanando sencillez.

Cuando estos días vivía la pena de propias desgracias, la noticia del fallecimiento del Dr. Hervada me sobrecogió y ahondó mi pesar y en el misterioso escondrijo del cerebro que guarda la emoción, que humedece los ojos y aprieta la garganta, vino a ser un alfilerazo, el recuerdo de este gran amigo, tan humano, que deja una estela invisible hecha de ondas imperceptibles de hombría de bien que, cuando menos se piense, volverá a repiquetear en esa noble encrucijada de nuestro ser, de donde parten por hilos sutiles, las órdenes para que aflore una lágrima y se musite en oración.

La Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias, dedica el 6 de mayo de 1953 una solemne sesión necrológica al Dr. Hervada, ilustre Secretario Perpetuo de la misma.

Presidía la sesión el titular de la Academia doctor Galo García Baquero³⁰¹, rodeado de las autoridades sanitarias y acompañados por los hijos del fallecido, Dres. Enrique y Rafael.

La concurrencia era numerosísima. Abierta la sesión, el Dr. García Baquero pronuncia las siguientes palabras³⁰²:

Transcurrido el mes de lutos reglamentario de rigor, hoy nos reunimos para rendir sentido homenaje póstumo a nuestro querido compañero el Dr. Hervada (q.e.p.d),

³⁰¹ El Dr. Galo García Baquero nace en Luanco (Asturias) el 31 de mayo de 1881, estudia Medicina, carrera que terminó en la Universidad de Valladolid. Se especializó posteriormente en otorrinolaringología y obtuvo el doctorado en 1908, en la Universidad de Madrid. Fue a comienzos de 1908 cuando abrió su consulta en A Coruña, siendo el primero que en su especialidad se instaló en la ciudad y también en Galicia. Desde 1913 hasta 1955 fue médico de la Beneficencia municipal del Hospital de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y presidente de honor del Colegio Oficial de Practicantes de A Coruña. En 1924 era concejal del Ayuntamiento coruñés y desde el 30 de junio de 1927 hasta el 7 de enero de 1929 fue presidente del Real Club Deportivo de La Coruña, del que antes había sido vicepresidente.

³⁰² Gutiérrez Moyano, A. (1953). Sesión Necrológica al Doctor Hervada. *Galicia Clínica*. Núm 6.

celebrando esta sesión necrológica pública, como es reglamentario y norma de las Reales Academias, dedicada única y exclusivamente a ensalzar su personalidad y destacar su vida y labor profesional, haciendo una revisión de la misma.

Con este fin, por turno riguroso se encomienda a un Sr. Académico el discurso oportuno, cuya aceptación es potestativa y que en este caso corresponde al Dr. Sal Lence³⁰³ quien gustoso aceptó este deber corporativo, por considerarlo también como un honor, en su doble carácter de deudo³⁰⁴, y Académico.

Además de este discurso, pronunciarán otros los Sres. Académicos que así lo manifiesten por expresa voluntad como son en este caso los Dres. D. Aurelio Gutiérrez Moyano y D. Eduardo Pérez Hervada.

Por mi parte, dada la entrañable amistad de más de medio siglo que me unía al querido Enrique, no puedo sustraerme a la necesidad de contribuir a este último homenaje a tan dilecto amigo, dedicándole unas modestas palabras, modestas como mías, pero...también sentidas como mías y expresadas con el profundo sentimiento del que ha quedado huérfano de la mejor amistad de su vida.

Desde aquellos felices días de la adolescencia, tiempos del Instituto, en los años tristes, tristísimos de fines del siglo pasado con la guerra de Cuba, en que a nuestra patria le fueron arrebatadas las últimas joyas de su enorme tesoro Colonial y que tan intensamente vivíamos en La Coruña entre vítores y aclamaciones a los héroes que aquí llegaban y despedíamos con entusiasmo; de estas manifestaciones de patriotismo e intensa e imborrable emoción, nació nuestra verdadera unión espiritual, que había de perdurar hasta que la ley biológica común a todos los mortales nos privó de su presencia.

³⁰³ Jerónimo Sal Lence. nacido en Castroverde (Lugo) en 1884 estudió Medicina en Santiago y en 1904 ingresó por oposición en el Cuerpo de la Sanidad Militar, donde estaría hasta el año 1928, cuando pasó a la reserva. Especializado en oftalmología y un experto en cataratas, desarrolló gran parte de su carrera profesional en el hospital de Oza, además de colaborar en la entidad benéfica Policlínica Gratuita. Seguidor del Partido Galeguista, colaboró con la Real Academia Galega, fue uno de los que redactó el fallido estatuto de autonomía, y se convirtió en un gran impulsor de la radio como medio de comunicación. Para recordar a su hijo, Jerónimo Sal-Lence Hervada, médico militar, fallecido en un accidente aéreo durante la Guerra Civil, donó cuatro edificios y una finca para construir el colegio Sal Lence, cuya comunidad educativa quiere mantener su legado.

³⁰⁴ Era cuñado del Dr. Hervada, casado con Josefina Hervada.

Durante la carrera lo perdí de vista, él en Santiago, yo en Madrid y Valladolid y ya con nuestro título en el bolsillo volvimos a encontrarnos en París en donde supo aprovechar el tiempo, asistiendo a aquellas magistrales lecciones clínicas a la cabecera del enfermo con Dieulafoy³⁰⁵ y Marion en el Hotel Dieu, con Chauffard y Vidal en el Hospital Cochin; con Albarrán y Legeu, en el Necker; con Roger, con Sebilleau Louis, en los Hospitales de San Louis; Salpetriere; con Pinard, y en fin con todos los grandes clínicos de aquella época de oro en Francia.

Luego ya en La Coruña, en pleno ejercicio profesional con sus constantes éxitos hasta su consagración nombrado Académico en 1920 y conviviendo con él durante veintisiete años en la Academia constantemente hizo que para mí no tuviera secreto su carácter.

Dos rasgos resaltaron en Hervada; la jovialidad y su extraordinario «don de gentes»; rendía verdadero culto a la amistad; su carácter siempre alegre, su fina ironía y su humor racial, llamaban la atención de propios y extraños; su chispeante ingenio que brotaba continuamente y de modo espontáneo en el transcurso de la conversación, que matizaba con una gracia verdaderamente peregrina; era auténtico «caricaturista espiritual», si así podemos calificarlo, pues retrataba de cualquier persona, por una crítica fina, estilizada y elegante que nunca fue cruel ni ofensiva.

Fue amigo de todos y como lo principal de nuestro paso por esta vida, es dejar buen recuerdo, eso lo consiguió y si no legó riquezas materiales, eso sí, dejó un inmenso caudal de bienes espirituales.

Si algún epitafio pudiera figurar en su tumba, ninguno como el de una máxima de moral médica del siglo pasado que dice así:

- Bueno y afectuoso para todos; no hizo de su profesión un estudio en obsequio del oro y de las riquezas. En la choza del pobre y en el palacio del rico se expresó con la misma afabilidad y dulzura.

Que el Altísimo le haya acogido en su seno.

³⁰⁵ Georges P. Dieulafoy nació el 18 de noviembre de 1839 en Toulouse. Su padre, Joseph Marie Amand Jules se dedicaba a los negocios. Su madre se llamaba Thérèse Eugénie Dammien.

Georges comenzó sus estudios de medicina en la Escuela Superior de Toulouse donde su tío Paul Dieulafoy era profesor de clínica quirúrgica. Fue a París en 1863 e ingresó en el servicio de Armand Trousseau. Fue externo en 1864 y, entre 1866 y 1872, fue interno en el mismo servicio de Trousseau; fue medalla de plata. En 1869 obtuvo el título de doctor con la tesis *De la mort subite dans la fièvre typhoïde*.

A continuación será el Dr. Sal Lence el que pronuncie el discurso de despedida al Dr. Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias³⁰⁶.

Un mandato de docta corporación, que para mí constituye un honor, hace que cediendo a un turno por ella prefijado, sea yo el más modesto de los Académicos el encargado de desarrollar ante vosotros toda una teoría de dolor y luto, por la irreparable pérdida del más querido e ilustre de nuestros compañeros.

Pocas veces en trances semejantes precisé tanto de vuestra benevolencia como hasta ahora, y a ella he de entregarme por anticipado.

Ya lo estáis viendo: es un oftalmólogo y un familiar del Dr. Hervada, quien va a describiros someramente algo de su gran labor.

Y esto engendra de por sí un complejo de circunstancias que no se oculta, ponen freno a mi palabra y restan libertad a mi pluma. Por eso espero que sepáis disculparme.

El Dr. Hervada pertenecía a aquella generación de Médicos que hace cincuenta años se formaban en nuestras Escuelas de Medicina, con sabios Maestros, con grandes y magníficos libros, pero con poca clínica. Yo también pertenezco a aquella época. De ella podríamos decir, que era la «generación de los libros largos y las clínicas cortas». Por eso estaba muy despierto en algunos de nosotros un afán y una esperanzada ilusión: la de ir a París, Centro entonces de las grandes enseñanzas prácticas, como hoy puede serlo Nueva York.

Y, en efecto, allá marchamos los dos, pudiendo asegurar que en este aspecto, nuestras vidas, la del Dr. Hervada y la mía, fueron dos vidas paralelas en sus comienzos, siquiera la fecha de nuestra estancia en la gran metrópoli francesa, no resultase exactamente coincidente, y nuestras especialidades fuesen distintas.

El Dr. Hervada asistió primero al Hospital Laennec y luego se trasladó al Hospital Dieu³⁰⁷. Yo me he quedado en la Pitié.

³⁰⁶ Gutierrez Moyano, A. (1953). Sesión Necrológica al Doctor Hervada. *Galicia Clínica*. Núm 6.

³⁰⁷ L'Hôtel-Dieu. N. de la A.

[.....] Pues bien, el Dr. Hervada, al regresar de París, llegó a La Coruña con un bagaje clínico muy poco corriente en un joven. Traía, además, un aparato de proyecciones y una cartera repleta de diapositivas y microfotografías, sobre enfermedades avariósicas y del aparato respiratorio, que entonces constituían su principal atracción. Nos dio un ciclo de Conferencias en la gran sala de la Reunión de Artesanos, aquella tribuna popular, verdadero Ateneo coruñés, por el que antes habían desfilado ya intelectuales de tanta categoría como la de Pardo Bazán, Ortega y Gasset, Sofía Casanova...

[.....] Las conferencias de Enrique iban siempre acompañadas en la pantalla de proyecciones insuperables, que entonces tenían un alto valor didáctico, y que el público enfervorizado por este nuevo sistema de enseñanza, seguía con entusiasmo clamoroso. No hay que olvidar que estamos hablando de cosas ya antañonas, ocurridas hace cerca de medio siglo, cuando aún no contábamos con los progresos actuales.

[.....] Lo que el Dr. Hervada nos traía a la tribuna del Ateneo coruñés, a comienzos de siglo, era lo más moderno y la última palabra de la ciencia, en aquellos tiempos. Por eso sus conferencias causaron sensación, y tuvieron repercusiones en toda Galicia. Alguna de ellas parecía más bien un «meeting», con aplausos al principio, al final y en medio.

El público llegaba a la calle, ocupando la acera; y bien puede asegurarse que el doctor Hervada entraba por la puerta grande de la medicina, iniciando sus actividades profesionales en medio de un calor y una adhesión de pueblo, hasta la fecha por nadie igualado. Nos encontrábamos indudablemente ante el ídolo de las gentes. Era por otra parte, un conferenciante ameno, pulcro en el decir, sin afectación, ni frases rebuscadas, pero tampoco con esos tropezones de palabras y de ideas que malogran los mejores deseos de muchos conferenciantes. Y es que Enrique, durante su larga estancia en París, pocas veces faltó a las grandes conferencias de la Sorbona: y sin él darse cuenta, la elegancia espiritual de aquel Cenáculo del saber, le había comunicado su estilo y se había adentrado en su alma.

Después de todo lo dicho, no puede causarnos extrañeza que fuese por aclamación nombrado Presidente de la Reunión de Artesanos, cuya gestión presidencial, coincidió con una de las etapas más brillantes de esta cultísima sociedad.

Las conferencias eran frecuentes, los oradores ilustres y las presentaciones del Dr. Hervada, tan amenas, que muchas personas acudían a la Reunión de Artesanos, solo para tener la satisfacción de escucharlas.

De la extraordinaria personalidad científica de este ilustre y llorado colega, dan buena idea las publicaciones de que es autor, los galardones con que fue premiado, y los cargos que desempeñó.

Enumera en esta Conferencia el Dr. Sal Lence algunos de los trabajos publicados y conferencias impartidas por el Doctor Hervada García, entre los que se encuentran entre otros muchos:

- La sífilis ignorada.
- Sifiloma terciario chancriforme.
- La parálisis de Landry.
- El aceite gris en la práctica.
- Un caso de miasis cutánea.
- La alimentación del sano y del enfermo.
- Los degenerados.³⁰⁸
- El alcoholismo.
- Reumatismo tuberculoso articular.
- Indicaciones del pneumotórax artificial en la hemoptisis tuberculosa.
- Recetario farmacológico, formulario de bolsillo.
- Lo que todos debemos saber de la tuberculosis.
- La lucha antituberculosa en Galicia.
- Diagnóstico de las bronquitis sifilíticas.
- Consultas médicas frecuentes.

³⁰⁸ En el Ayto. el domingo, 26 de marzo de 1916. *El Correo Gallego* 28 de marzo de 1916, p.1.

- Los falsos tuberculosos.
- La insulina.
- Pseudo-tuberculosis pulmonar de origen cardíaco.
- Epidemias silenciosas, última conferencia dada antes de su fallecimiento.
- Etiología tuberculosa del asma, era el trabajo que estaba preparando, según nos comenta el Dr. Sal Lence, para la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

Continúa el oftalmólogo relatando su discurso de despedida con las siguientes palabras:

[.....] En el capítulo de aportaciones científicas debemos consignar que el primer neumotórax que se aplicó en La Coruña, constituyó una de las más afortunadas intervenciones del Dr. Hervada, quien por otra parte a raíz del descubrimiento por Ehrlich³⁰⁹ de la cura arsenobenzólica en las afecciones luéticas, concretamente el 606, fue uno de los primeros médicos españoles que se destacó en el empleo de esta cura, como igualmente en sacar en tiempo oportuno las consecuencias diagnósticas adecuadas de la reacción de Wasserman.

De cómo era considerado en los altos medios científicos e intelectuales, nos dan buena cuenta las siguientes cartas de Marañón, Jiménez Díaz y W. Fernández Flórez, dirigidas al hijo mayor de nuestro llorado compañero.

³⁰⁹ Paul Ehrlich (Strehlen, Silesia), 14 de marzo de 1854 - Hamburgo, 20 de agosto de 1915) fue un eminente médico y bacteriólogo alemán, ganador del premio Nobel de Medicina en 1908. Su laboratorio descubrió la arsfenamina (conocida entonces con el nombre de *Salvarsán*), el primer tratamiento medicinal eficaz contra la sífilis, iniciando y dando nombre al concepto de quimioterapia. Ehrlich popularizó en medicina el concepto de *bala mágica*, como un producto específico capaz de eliminar por completo un determinado organismo patógeno sin efectos secundarios relevantes. También hizo una contribución decisiva en el campo de la inmunología con el desarrollo de un suero para combatir la difteria y concibió un método terapéutico para la normalización de estos sueros.

CARTA DE MARAÑÓN

Sr. D. Enrique Hervada Iglesias

Mi querido amigo: al llegar de un viaje, encuentro su carta con la triste noticia de la muerte de su padre, gran médico y varón tan cabal como ya hoy es excepcional encontrar. Siempre le profesé un profundo afecto y admiración; y Vd, y todos los suyos pueden creer que mi pésame es tan cordial y sincero como el de los que más le quisieron.

Reciba un fuerte abrazo de su buen amigo Gregorio Marañón.

CARTA DE JIMENEZ DÍAZ

D. Enrique Hervada Iglesias:

Mi querido amigo: Acierta Vd. Plenamente al suponer mi gran dolor por el fallecimiento de su padre, del cual no tenía noticia.

Puede Vd. creer que le acompaño muy de verás en su sentimiento. Era un gran clínico y un hombre muy inteligente y muy bueno por el que yo tenía una gran simpatía. Le ruego haga extensiva a los suyos esta expresión de mi condolencia y reciba Vd. un abrazo de su buen amigo y compañero, Jiménez Díaz.

CARTA DE WENCESLAO FERNÁNDEZ FLÓREZ

Sr. D. Enrique Hervada Iglesias:

Mi querido Enrique: Todos los de esta casa hemos sufrido un profundo dolor al conocer la noticia del fallecimiento de tu padre (q.e.p.d). Fue una terrible sorpresa bajo cuya impresión continuamos. Aunque la muerte está al acecho , detrás de cada minuto, me parecía imposible que toda aquella intensa vida, aquella actividad incesante de tu padre, aquella constante juventud pudiesen romperse tan bruscamente. Creo que no hay momento en el día en que yo deje de recordarlo y de lamentarme.

Como sabes, nuestra amistad había nacido ya en la adolescencia y se había ido haciendo más y más cordial. Cuando mi familia iba a pasar largas

temporadas a Cecebre, mi mayor tranquilidad era saber que tu padre estaba ahí, y que su amparo, no solo de amigo, sino de médico, la protegería.

Era uno de los mejores corazones que yo he tratado en toda mi vida. No olvidaré haberle visto lágrimas en los ojos cuando murió mi pobre hermana Carmiña, ya hace muchos años, a la que él había atendido en sus últimos meses. Nada me extraña que toda la Coruña sintiese la desaparición de tu padre, cuyo hueco nadie llenará, porque, sin hacer alarde de ello, era el hombre más caritativo y capaz de sentir con mayor profundidad que nadie, la solidaridad humana.

He visto el fotograbado de los periódicos en que esa inmensa muchedumbre, toda la ciudad, acompañó su cadáver. Es en cierta manera consolador ver que la gente aprecia virtudes que no son precisamente ni el mando ni el dinero; virtudes del corazón. También he leído que se busca la manera de perpetuar de algún modo su recuerdo. Me gustaría contribuir a ello en la forma que fuese, y he pensado enviar algunas líneas a algún periódico de La Coruña. Ya te mandaré a ti las cuartillas y tú me harías el favor de presentarlas con una carta mía a la redacción del diario.

En esta casa no se pasa un día, sin que recordemos anécdotas de tu padre, en su trato con nosotros. Supongo que esto pasará en todas las casas de La Coruña.

Tanto mis hermanos, como Concha y mi madre, conservaremos siempre el dolor de esa pérdida.

Bien sé, por una triste experiencia reciente, que nada puede intentarse para atenuar la congoja que sufriréis. La resignación en estos casos, no pasa de ser una palabra vacía y un consejo que no se puede seguir. Sólo el tiempo dulcifica, aunque no borra penas tan grandes. Tampoco he de deciros nada acerca de nuestra identificación con vosotros, porque bien sabéis cuanto le queríamos.

Quiero que les hagas presente estas líneas a Otilia y a todos tus hermanos.

Muy fuertes abrazos de tu sincerísimo amigo, Fernández Flórez³¹⁰.

Continúa el Dr. Sal Lence en su discurso, ante la atenta mirada de los numerosos asistentes, resaltando las numerosas virtudes del Dr. Enrique Hervada García Sampedro:

Los bondadosos sentimientos del doctor Hervada, su altruismo y su desinterés, llegaban a límites insospechados. Miles de enfermos humildes fueron por él asistidos gratuitamente, sin que a ello le obligase ningún cargo oficial, y si tan sólo el impulso generoso de su noble corazón.

Y todavía fue más lejos, abriendo cuando era preciso su cartera para que a estos desheredados de la fortuna no les faltase dinero indispensable para comprar alimentos y medicinas.

Pero el Dr. Hervada aún tenía otra faceta de extraordinarias dimensiones; y era, el humorismo racial, de que estaba impregnado su espíritu, ese humorismo alegre y cantarín como los puntos de nuestra muñeira, que tan hondo supo calar en el alma de *Marineda*, y que a tantos hogares coruñeses llevó el consuelo, cuando ya habían fracasado todas las drogas y todos los recursos de la medicina. Sería curioso, y muy interesante, reunir en una ordenada antología aquellas chispeantes frases de Hervada, ingeniosas como suyas, agudas y llenas siempre de una sana y contagiosa alegría. Porque el humorismo del Dr. Hervada no era un humorismo resentido, «con ferrete»: los gallegos conocemos bien el significado de esta palabra, y sabemos hasta donde es capaz de llegar un aguijón penetrante y desgarrador. Por el contrario el humorismo de nuestro ausente, era fino, suave y cuando aspiraba a ser irónico, no hacía más que acercarse a la epidermis sin pretender herirlo. Por eso el maestro insigne del humorismo, W. Fernández Flórez, sentía una atracción admirativa irresistible por el Dr. Hervada, a cuya mesa se sentaba por lo menos una vez todos los veranos, para gozar de su charla que estimaba el más preciado de los regalos.

Se dice que Galicia es la patria del humorismo y que de aquí han salido todos los humoristas de solera [...], pero si hemos de ser justos, a la cabeza hay que colocar al humorista del buen humor, que no otra cosa fue Enrique Hervada.

[...] El Dr. Hervada era el Médico por antonomasia de La Coruña, de toda La Coruña. Por eso aquel día triste para Galicia en que el virus de una vulgar y traidora

³¹⁰ Gutiérrez Moyano, A. (1953). Sesión Necrológica al Doctor Hervada. *Galicia Clínica*. Núm 6.

enfermedad, hizo su impacto en el cerebro de este eminente médico y nos lo llevó para siempre, el pueblo de La Coruña en masa, sin diferencias de clases, sexos, ni edades, se echó a la calle como un solo hombre y hubo que disputarse el honor de llevarlo sobre sus hombros, hasta la última morada. Acontecimiento único, como no recordamos los viejos, en todo lo que va de siglo.

Habría que remontarse al entierro de Curros Enríquez, para hallar algo semejante, aunque no igualado.

[.....] Yo aprovecho esta triste oportunidad para rogar a la Academia que una admirable idea, ya lanzada por nuestro querido Presidente, se cumpla tan pronto como sea posible. Se trata que al domicilio social de la Academia, venga una amplia reproducción fotográfica, del busto, que el pueblo de la Coruña dedicará al Dr. Hervada en uno de sus mejores jardines. Nosotros recogeremos esa reproducción, como una joya, y habremos de exhibirla en el sitio de honor que le corresponde.

También se me ocurre, que el premio de Medicina que la Academia saca periódicamente a concurso, lleve el nombre del Dr. Hervada, como homenaje perpetuo a nuestro ilustre compañero.

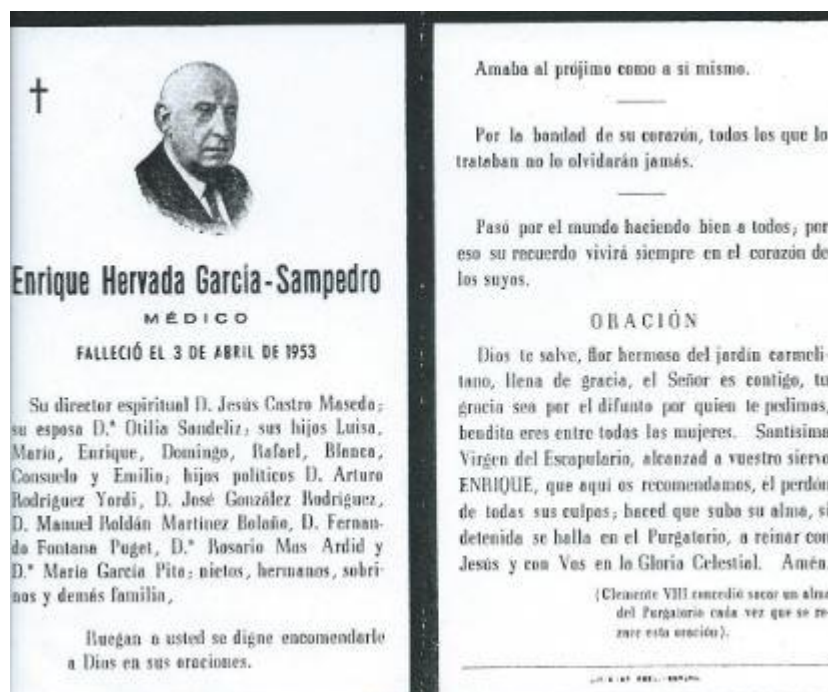


Imagen (70). Recordatorio mortuario del Dr. Enrique Hervada. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.

Termina el discurso el Dr. Sal Lence con unas bonitas palabras y pidiendo una oración para su eminente compañero el Dr. Hervada.

A continuación, será el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano quien le dedique unas palabras también en esta sesión en la Academia. En este caso el Dr. Gutiérrez Moyano se centrará en destacar la actividad profesional del Dr. Hervada, mientras el Dr. Sal Lence elogiaba sobre todo sus virtudes personales, aunque también profesionales.

Comienza así el Dr. Aurelio Gutiérrez Moyano:

Acabamos de escuchar la magnífica oración fúnebre que el Dr. Sal Lence, en su dual condición de ilustre académico y de inmediato allegado de nuestro querido finado; ha leído, no sólo en su prosa cincelada y precisa, sino con esa particular emoción, que sólo en las almas forjadas en un inmenso dolor, permanece inmutable; capacitándolas para matizar y acompañar, delicadamente, los relatos tamizados por su espíritu pulcro y enlutado.

Después de esta lectura, en la que sido irreprochablemente expuestas todas sus facetas de la policromía de Enrique Hervada, su extraordinario currículum académico y algunas de las sentidas manifestaciones póstumas recibidas por sus inconsolables allegados, parece, pues, innecesaria e irreverente toda otra interpretación, que desde luego, no calará tan hondo en la atención de la distinguida concurrencia que tiene la gentiliza de escucharme.

Sin embargo, tengo que justificar esta aparente osadía al dirigirme a este apenado auditorio para manifestarle que es, en cumplimiento del programa trazado por esta Corporación, que por otra parte hago gustosamente, por tratarse de un entrañable amigo; y, porque en estos momentos desempeño accidentalmente el cargo de Secretario Perpetuo de esta Academia, que él regentó durante tanto tiempo, dejando por su amor, su entusiasmo y su fidelidad, a la Corporación profunda huella de su labor ejemplar. Voy a ceñirme en estas cuartillas, principalmente, a su triunfal y gigantesca actuación profesional.

Durante el curso del Doctorado, en Madrid, de 1907 a 1908, tuve como compañero, a un coruñés: Ángel Durán, hijo de aquel reputado tocólogo D. Ángel, comadrón de tantas generaciones; a él le debo con sus animosos consejos, instalarme en esta

población y el haberme puesto en contacto con Enrique Hervada, en julio de 1908. Su acogida, fue tan efusiva y cordial que desde aquel momento se consultorio y biblioteca quedaron a mi disposición; y, además, en sus frecuentes ausencias al extranjero, me confió la asistencia de sus enfermos, entre los que haré resaltar los pertenecientes a una sociedad de socorros, titulada "La fuente de la salud", que compartía con otro colega, Dr. José García, fenecido hace tiempo, que les retribuían con cincuenta céntimos mensuales por socio, a los que, naturalmente, atendía con la misma diligencia y escrupulosidad, que a su remunerada clientela pudiente.

El éxito rapidísimo de Enrique Hervada, no sólo lo debía a su bondadosa simpatía, a su carácter abierto, jovial y festivo, sino a su atesoramiento científico, a su agilidad exploratoria y al dominio de la terapéutica. Con él la medicina residual del siglo XIX había terminado; ya que no era el examen de la lengua ni del pulso , ni la inspección de la orina , de la expectoración, la auscultación y la termometría lo que dictaba un precipitado diagnóstico o una medicación sintomática o empírica; Hervada, interrogaba, exploraba concienzudamente, solicitaba los datos complementarios, e imponía una espera para la decisión diagnóstica, sorprendiendo a las gentes con esta desusada práctica; pero rápidamente reaccionaron y se adaptaron a los nuevos modos; cuando recibía los resultados solicitados del modesto Laboratorio, entonces existente, y descubría la glucosuria, la albuminuria, los pigmentos biliares, la acetonuria o el bacilo de Koch; o cuando a través de pacientes alcanzaba deducciones de un excelente diagnóstico diferencial para emplear los preparados más indicados en aquella época y conseguir el prometido éxito, previo un correcto diagnóstico .

Recuerdo la alegría que recibió cuando un médico, y por fortuna, un Académico, el Dr., Rafael Fernández, instaló el primer Laboratorio, dotado de admirable y moderno utillaje, y se pudo establecer el diagnóstico exacto de muchas infecciones, entre ellas las del grupo Coli- Eberth. La Coruña, era en aquella época, presa de una prolongada y severa endemia de esta naturaleza de origen hídrico, cuyos recrudescimientos otoñales, alarmaban a la población, por las malas condiciones en que se realizaba el abastecimiento de agua.



Imagen (71). El actual CMS de Retiro conserva la histórica identificación de Casa de Socorro. Imagen obtenida de https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Casa_de_Socorro_de_Retiro.jpg

Pocas eran las casas que poseían la instalación de la nueva empresa de Aguas, y el vecindario se surtía de las fuentes públicas, a través de sucias aguadoras, que sentadas en sus clásicas sellas, esperaban en largas colas el correspondiente turno, para llenarlas y trasladarlas a casa de sus abonados, agravando con esta conducta la contaminación de tal indispensable líquido que ya no reunía buenas condiciones de potabilidad en los mismos manantiales.

Así, ante los periódicos reconocimientos del Laboratorio, Enrique Hervada, capitaneando a jóvenes médicos, dio el grito de alarma, para que aquella apostasía higiénica terminase evitando, además, con el obligado análisis de la sangre de los enfermos, establecer desde los primeros momentos, diagnósticos afortunados, acabando con aquella incertidumbre de considerar como fiebre gástrica cualquier proceso febril que durase más de una semana.

En materia de tuberculosis, en la que tanto sobresalió, nos place haber sido, hace más de cuarenta años, su colaborador, en el diagnóstico, tratamiento de la meningitis tuberculosa, con todas las ingratinidades que esto representaba. Aún la anestesia raquídea no se ejecutaba; y la punción lumbar, se estimaba por la mayoría de nuestros

colegas, superflua y peligrosa, consideraciones que en el medio familiar adquirirían proporciones catastróficas.

La sola proposición de utilizarla, era en un principio casi rotundamente rechazada; fue precisa, la paciencia y riqueza persuasiva de Hervada para allanar dificultades y muy suavemente introducir esta moderna exploración que permitía seguir el comportamiento y modificaciones del líquido cefalorraquídeo, en el curso de la infección meníngea; así como la utilización de las sucesivas terapéuticas, desde la autoterapia del propio líquido cefalorraquídeo del enfermo, hasta los más variados medicamentos, pasando por el antígeno metílico y el oro coloidal, que parece habían fomentado algunas esperanzas, hasta que muchos años después la estreptomycin comenzó a apuntarse varios éxitos, y actualmente el empleo de la isoniazida por vía oral, la forma de administración más elegante que decía Hervada (siempre enemigo de emplear toda violencia física), está consiguiendo los ruidosos éxitos recientes.

Esta preocupación para combatir la tuberculosis de su querida Coruña, constituyó uno de sus más fundamentales aspiraciones con franciscana paciencia; recorrió Registros Civiles y oficinas de estadística, anotando detalladamente las cifras de mortalidad por sexos, edades y estados; y, con sus escalofriantes resultados, confeccionó llamativos mapas, elocuentes gráficos y excelentes monografías, que despertaron la atención de las autoridades, y ofrecieron su apoyo para encauzar certeramente la labor de la profilaxis. Además en su actuación profesional, como fue uno de los primeros médicos poseedores de rayos X, pudo hacer diagnósticos precoces que le permitieron hacer en estos casos recuperables, numerosas curaciones, agrandadas con el empleo del neumotórax, que también fue uno de los primeros médicos que lo ejecutaron, y desde luego, el que lo hizo en más alta escala, por el número de sus pacientes, y por la autoridad que le rodeaba, para vencer la campaña de muchos médicos, opuestos tercamente a dicho empleo, que aconsejaban a los pacientes que no se dejaran sacar el pulmón. Utilizó hábilmente toda la terapéutica medicamentosa, que fue incorporándose al arsenal antituberculoso, y fue uno de los primeros en el empleo de la Sanocrycina, en el apogeo de las sales de oro y calcio, hoy tan afortunadamente abandonadas; nada hemos de decir de su actuación en estos últimos tiempos, contando con el concurso de los modernos quimioterápicos y antibióticos, que han conseguido reducir el número de enfermos, y descender las cifras de mortalidad de tal manera, que en muchos países, como anglosajones, sobrepasan los enfermos del corazón a los de la peste blanca, lo que nunca había sucedido.

Otra dirección en la que se distinguió, fue en la lucha contra las enfermedades mal llamadas secretas. Su formación, al lado del eminente urólogo Joaquín Albarrán, le sirvió de gran predicamento, para atender a estos enfermos, considerados públicamente vergonzantes; y, bien pronto, a los clásicos tratamientos, pudo agregar los rápidos beneficios del descubrimiento del Elrich, que con el complicado 606, y posteriormente el sencillo 914, obtuvo rápidas curaciones, evitando con ello la extensión de los contagios, poniendo fin a la triste peregrinación de luéticos al Gran Hospital de Santiago, para recibir , como en siglos pasados la clásica manta.

Más su gran vocación era la medicina general, labor modesta, silenciosa y eficaz de cada día que se realiza sin aspiración a gloria ni a honores, que le permitía atender en su consulta o a domicilio, una extensa gama de pacientes, inclusive la población infantil. Hasta la llegada del primer pediatra, el Dr. Barcia Eleizegui, distribuyó su paciencia y su afabilidad, visitando de noche y día a estos enfermitos, con la urgencia que los padres ponen en sus llamadas, logrando, con su familiaridad y cariñoso proceder, que su reputación alcanzase el gran nivel logrado en otros aspectos médicos. Como vemos, para él no existían edades, sexo, ni posición social; sólo existían enfermos; prodigándose más cuando las necesidades de sus cuerpos, o cuando las exigencias de su salud eran mayores. Nadie podía imaginarse que se hallaba en el atardecer de su vida, y cuantos le conocían sabían que por su pensamiento se encontraba en la aurora de su maravilloso destino.

Estos grandes horizontes que Enrique Hervada alcanzaba, eran viables, gracias al perfecto dominio que tenía de la Medicina Interna, la más frondosa y difícil rama de nuestra carrera, pues aun cuando en España todavía no existe esta especialidad, son muchos los países extranjeros, que la consideran justamente la columna vertebral de la Medicina.

[.....] Con esta interesante y bienhechora renovación cultural, fueron estrechándose más sólidamente esos lazos afectivos, profundamente humanos, que se establecen entre médico y enfermo; ante el calor de una angustia, ante las lágrimas de un sufrimiento, ante el pronóstico color de rosa, del incurable, o ante el éxito curativo de un grave proceso; en una palabra, en el inquebrantable amor al prójimo, específico de los elegidos como era nuestro finado.

[.....] La enfermedad le arrancó bruscamente de su diaria tarea, consagrada a su clientela, y se enseñoreó desde los primeros momentos, de las funciones más

elevadas de su privilegiado cerebro, que reducido a las primarias funciones vegetativas, le impidió darse cuenta del momento culminante de abandonar este mundo, y , en pocos días , su fortaleza, su vigor, y su clara inteligencia, quedarán, aniquiladas, y, tras de sí, una densa ola de pena y dolor en el corazón de todos sus convecinos que perdieron para siempre a su médico predilecto y los compañeros, al que supo rendir a la Deontología, al tono de su grandeza personal, haciendo del deber para el compañero su credo profesional, sin menguar en ello el amor y los intereses del paciente.

Enrique Hervada, como muchos médicos, no murieron prácticamente pobres; porque nada les faltó en vida, pero el deber y el haber de su posición económica, quedó con su partida final igualado a 0; positivamente, no dejó dinero a sus descendientes, pero con el celo de su prestigio y el tenaz dinamismo puesto en el cumplimiento del deber, consiguió conquistar algo que por ser de extraordinarias dimensiones, no está al alcance de todos los padres, algo que a sus queridos familiares nadie podrá disputarles, mermarles o arrebatarles algo, que todos ellos, y muy especialmente nuestros jóvenes y ya brillantes colegas Enrique y Rafael, no trocaría por ningún efecto bancario ni otros bienes materiales, les legó esa inmensa fama que ha dejado tras su cadáver, y La Coruña hará imperecedera a través del busto y de la rotulada calle que muy pronto será una agradecida realidad.

Termina así su dedicatoria el Dr. Gutiérrez Moyano, dando paso al Dr. Eduardo Pérez Hervada, que también quiso contribuir en esta sesión de despedida al Dr. Enrique Hervada García Sampedro en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

De cuando en vez, señores y señoras, vienen al mundo hombres de inusitado relieve y acusada responsabilidad que son como hitos en la planicie de la vulgaridad humana .Hombres alrededor de los cuales giran hechos y acontecimientos , en lugar de supeditarse ellos al ambiente en que desarrollan sus actividades. Son absorbentes por la alta calidad de su figura; y el individuo, el conjunto y la masa los siguen, los acatan, los admiran y los respetan, subyugados por la arrolladora fuerza que trasciende del ser egregio.

Porque en la diaria existencia resulta vulgar y dentro de la vulgaridad vive quien no acierta sino a plegarse a lo estatuido y trillado, pues caminar por los senderos de antemano trazados no significa otra cosa que un espíritu anodino. Lo nuevo, lo original,

lo inédito, lo incluido en los linderos de la genialidad y en el área de lo distinguido, sólo se encuentra reservado para las personas impares, tocadas por el dedo del Destino. Y Enrique Hervada fue uno de esos hombres que únicamente surgen de tarde en tarde, ya que la Naturaleza se muestra avara y remisa en prodigarlos.

Y aquí nos enfrentamos con la principal faceta de Enrique Hervada, con la clave de sus halagüeños y envidiables triunfos, con el motor de sus buenos éxitos en la vida. La tal faceta, al parecer sencilla, pero inasequible a los no elegidos, estriba en que Enrique Hervada era Enrique Hervada.

[.....] Porque era sobretodo un luchador incansable, sin otra meta que su permanente esfuerzo encaminado hacia el bien, y sin otro anhelo que el trabajo por el trabajo.

Se encontraba satisfecho derramando su bondad, y, para derramarla a manos llenas, tenía que trabajar, pues cuanto más trabaja más fuerzas atesoraba para seguir trabajando. Este círculo vicioso para la consecución del bien, le obligaba a una constante actividad; y el no claudicar en la holganza, era causa de poder recrearse de continuo en la práctica de tantas obras caritativas.

Todo el secreto de Enrique Hervada dimanaba, surgía y brotaba de su propia personalidad, de esa armoniosa y estética conjunción de elementos y de componentes al parecer opuestos y en pugna.

De su cuerpo y de su espíritu, de ese equilibrio entre lo ponderado y lo espontáneo, entre la intuición y la inteligencia, entre su corazón y su cerebro, entre lo reflexivo u lo instintivo, entre el humorismo y la seriedad, entre su amplio sentido humano y su desprecio hacia lo económico y lo matemático.

Y, así de tan rara mezcla capaz de acentuar en cada instante el tono adecuado y conveniente, manaba y brotaba su bondad, su espíritu cordial y abierto, su conmiseración para con el prójimo, su actividad inagotable, su ejemplar desprendimiento, su contagiante alegría, su generosidad sin límites, y ese fácil y contante darse a las gentes, ya que Enrique Hervada jamás se reservó ante ningún aspecto de la vida y jamás negó a nadie cuanto tuvo: salud, bienestar, ciencia y efusivo cariño.

[.....] ¿Qué podría haber sido Enrique Hervada de no haber sido médico? Su carácter franco y abierto, su optimismo, su amor al prójimo, su inclinación al bien personal, aun

cuando el bien personal a veces no resulte justo, su horror a la exactitud matemática en su cotidiano quehacer, su inclinación por lo problemático antes que su admiración por lo rígido y preciso, y su deseo incontenido de resolver cuestiones difíciles e intrincadas, con solución apasionada y hasta ilógica, ¿ en qué podría encajar mejor sino en la Medicina y ,sobre todo , en una Medicina más cercana al arte y a la intuición que a la a bioquímica y a la materialización de actuales?.

Y Enrique Hervada fue médico. Pero fue médico por uno de esos azares de la suerte, porque allá en las profundas raíces de su ser, algo le obligó a serlo, porque tal era su intuitiva e íntima vocación, porque el sentido electivo – ese sentido que porta cada persona para indicarle, por senderos alejados de la razón y con marchamo de adivinación premonitoria, que debemos hacer y de que nos debemos privar- porque el sentido electivo, insistimos, así lo quiso.

[.....] Y así de una forma impremeditada e imprevista, llegó a médico Enrique Hervada. Impremeditada por no llevarlo a la elección de la carrera su boato externo o ciertas circunstancias de otro tipo; imprevista, por haber surgido con implacable fuerza y energía de los profundos estratos de su espíritu.

En el verano en el que coronó su bachillerato, cuentan los familiares que su padre, Don Hilario Hervada, fundador de importantes casas comerciales, de amplia frente y blancas patillas cuidadas con esmero y con frecuencia atusadas, le preguntaba reiteradamente qué deseaba ser y aquel joven bachiller, entonces un adolescente, encerrado en su humorismo, respondía con evasivas citando os oficios y menesteres más raros y absurdos. Pero un día, el padre dijo en tono conminatorio: «Mañana se cierran las matrículas en las Facultades. Tienes que decidirte Enrique ». Y Enrique, por aquellos años más bien Enriquito, contestó brusco y sin pensarlo: “Quiero ser médico. Sí, matricularme en la Facultad de Medicina”.

Y así ,por este camino sin curvas y con esta marcha sin titubeos, llegó Enrique Hervada a engrosar esta legión de los nietos de Hipócrates; y así, tan de sopetón, se fundó la dinastía de los médicos Hervada, cuando hasta entonces únicamente habían brillado en el comercio y por excelentes comerciantes eran conocidos y admirados.

Ya médico, ejerció su carrera de la única manera que la profesión de médico puede ejercerse: con un amplio sentido sacerdotal. Con un amplio sentido sacerdotal y

abarcando al hombre en su totalidad o, expresado de otro modo, atendiendo a su cuerpo y atendiendo a su espíritu³¹¹.

Destaca Eduardo Pérez Hervada que la mejor lección de Enrique Hervada fue señalar una pauta y un camino en el ejercicio profesional. Pauta y camino que estriba en ejercer con sentido humano la difícil y espinosa profesión de médico.

Termina la sesión el Dr. E. Pérez Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias comentando que nadie en La Coruña superó al Dr. Hervada.

Fueron números los homenajes que se realizaron a la figura de E. Hervada en La Coruña, en el 25 y 50 aniversario desde su desaparición.

Destacamos el realizado por el Dr. Sánchez Salorio³¹² en su 50 aniversario y el que tuvo lugar en el Círculo de Artesanos también en su 50 aniversario.

El Dr. Sánchez Salorio, dedica un homenaje en el cincuenta aniversario de la muerte del Dr. Hervada en el artículo de *La Voz de Galicia* del 31 de marzo de 2003, titulado *Mi primera consulta médica*³¹³, diciendo lo siguiente:

La leyenda de D. Enrique Hervada se nutría de ingredientes más lúdicos y divertidos. D. Enrique tenía siempre la ironía a flor de labio, el ingenio rápido, el corazón caliente siempre dispuesto a la aventura y la generosidad ilimitada. Todo el mundo conocía y comentaba sus ocurrencias y transgresiones.

³¹¹ Gutiérrez Moyano, A. (1953). Sesión Necrológica al Doctor Hervada. Galicia Clínica. Núm 6.

³¹² Manuel Sánchez Salorio (n. La Coruña, 1930) es un médico oftalmólogo que configuró como Catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela, una escuela científica española, conocida actualmente como *Escuela Gallega de Oftalmología*. Tiene varios discípulos catedráticos. Es Académico Numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia.

³¹³ http://www.lavozdegalicia.es/noticia/coruna/coruna/2003/03/31/primera-consulta-medica/0003_1582002.htm(consultada por última vez el 11 de marzo de 2017).

En una ocasión cuando acompañado de sus amigos salía de los toros un pelmazo aprovechado se le acercó y sin más le dijo que desde hacía dos semanas le dolía la garganta y le preguntó que debería hacer para curarse. Sin inmutarse D. Enrique le miró a la cara y le dijo: abra la boca y cierre los ojos con fuerza. Cuando al cabo de unos minutos el pelmazo se decidió a abrir los ojos se encontró que D. Enrique y sus amigos habían desaparecido y que él estaba en la acera rodeado de gente que le miraba con extrañeza.

Pero cuando visitaba a un paciente necesitado D. Enrique no sólo diagnosticaba, recetaba y daba ánimo. De vez en cuando debajo de la almohada se dejaba olvidado algún billete.

Era famosa su receta para resolver los problemas económicos de la abundante prole «ventureira» —así se dice en Galicia a los hijos de la aventura— que D. Enrique hizo venir al mundo. Al llegar a la edad de trabajar: a las mozas les regalaba una máquina de coser y a los mozos los empleaba en la Compañía de Tranvías donde los Hervada siempre mandaron mucho.

Contra lo que era habitual entre los médicos de La Coruña de esa época D. Enrique sabía mucha medicina y como gran elogio se decía de él que era muy amigo de D. Gregorio Marañón.

Dicho todo esto no será necesario aclarar que D. Enrique era el médico de los «republicanos». Tanto de los moderados como de los jacobinos.

Pues bien, sucedió que D. Julio Casares enfermó. Primero fueron unas pequeñas manías que luego se fueron agravando hasta que sobrevino una profunda postración.

Ante el fracaso de los tratamientos su hijo José, médico creo que recién licenciado decidió llamar en consulta a D. Enrique Hervada.

La visita de D. Enrique se produjo un día por la tarde. En aquel momento estábamos charlando en el salón varios amigos y amigas de Elvira y de Jesús los hijos más jóvenes de D. Julio. Al cabo de un breve rato José apareció en el salón y dirigiéndose a mí me dijo: tú puedes subir, para algo estudias medicina.

Con curiosidad no exenta de emoción subí las escaleras y entré en el dormitorio. D. Julio yacía en la cama al parecer inconsciente. D. Enrique estaba explorando los reflejos tendinosos. Después sacó del maletín el fonendoscopio y auscultó con detenimiento el tórax y el abdomen del paciente.

Al terminar la exploración le hablé al oído y D. Julio contestó unas palabras que no pudimos entender. D. Enrique se puso en pie, se volvió hacia nosotros y abriendo los brazos y las palmas de las manos nos dijo: «Está muy grave. No tiene remedio. ¡Está hablando mal de los jesuitas!».

Así era D. Enrique Hervada. Ingenio y figura hasta la sepultura.

A algún lector esta actitud pudiera parecerle una muestra de frivolidad impropia de un médico y de la gravedad del momento en que se produjo. Puede que sea así. Pero lo cierto es que D. Julio falleció muy poco tiempo después y lo hizo en su propia casa, en su cama, rodeado del afecto de los suyos. Sin el sufrimiento sobreañadido de tubos, cables y aparatos. Como creo que debería seguir siendo.

Esa fue la primera vez que asistí a una consulta médica. Y su relato quiere ser un homenaje a la memoria de D. Enrique Hervada García-Sampedro cuando se cumple el cincuenta aniversario de su muerte³¹⁴.

También en el Círculo de Artesanos le dedicaron un emotivo homenaje el 14 de mayo de 2003.

La sociedad recreativa rindió tributo al que fue presidente de Artesanos en 1922, persona que se destacó por su entrega a los más necesitados. Con esta iniciativa, la institución quiso colaborar a que no se extinga el recuerdo de un hombre que a lo largo de su vida se destacó por su compromiso con labores de carácter social.

Para ello, la sede del Círculo celebró una mesa redonda en la que formaron parte Rafael Hervada Sandéliz, hijo del homenajeado; Fernando Suárez García, vocal del consejo administrativo de la Cocina Económica; Rafael Fernández Obanza, doctor; Gonzalo Fernández Obanza, abogado; Juan Alberto Lancina Martín, doctor; Vicente Leirachá, periodista; y Áurea Rey Majado, presidenta de Artesanos.

Moderó la charla, el periodista Ezequiel Pérez Montes. Una vez finalizado el acto, se sirvió un vino español en memoria del Dr. Hervada³¹⁵.

³¹⁴ Sánchez Salorio, M. (2003). Mi primera consulta Médica. En recuerdo de Enrique Hervada. *La Voz de Galicia*. 31 de marzo.

³¹⁵ http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/coruna/2003/05/13/circulo-artesanos-celebra-homenaje-memoria-doctor-hervada/0003_1675331.htm.
(Consultada por última vez 17/03/2017)



Imagen (72). Enrique Hervada y su mujer Otilia Sandélez, sentada. Al fondo su hija Blanca. Última foto del Dr. Hervada antes de fallecer. Fotografía facilitada por el Dr. Arturo Rodríguez Hervada.

Solemne Sesión necrológica en memoria del Académico D. Enrique Hervada del día 6 de Mayo de 1953.

Presidió esta Corporación la Solemne Sesión necrológica en homenaje a la memoria del ilustre D. Don Enrique Hervada García Lampaduro, Académico de Honor de la misma.

Presidieron el acto con el título de la Real Academia, D. D. Galo y. Bafarero, los hijos del ilustre Académico fallecido D. D. Enrique y D. Rafael Hervada, el Ilmo. Sr. D. Ramón González Jona, jefe de los Servicios Sanitarios de la VIII Región, el Excmo. Sr. D. Antonio Duran Salgado, general de Artillería y el Sr. Frajo, Director del Hospital Municipal; asistieron asimismo los Sr. Académicos de Honor D. Sal Lence, Gutiérrez-Moyano, Rey Hervada, Siona Fortici, Becansa Casares, Moure Canciano y Argente Somavilla, los tres primeros encargados del homenaje al Sr. Hervada. En el Salón de la A. de Galicia se encontraba la familia del homenajeado y un selecto público de profesionales y asistentes del finado.

Empezó el acto el Presidente de la docta Corporación exponiendo el fin de estas Sesiones necrológicas y señalando por la profunda amistad que desde los tiempos infantiles le había unido con D. Enrique Hervada interesantes factos de su vida desde su infancia.

Lecho seguidamente la palabra al Sr. Sal Lence, quien siempre manifestando que un mandato de la docta Corporación, que para él constituía un honor, le había desahogado toda una tarde de dolor y de luto por la pérdida de un querido compañero. Se leyó luego de la estancia del Sr. Hervada en París, donde había formado su personalidad científica con insignes trabajos, efectuados en la Sorbona y otros importantes centros científicos por un alfiler de la ciencia, un gran conferenciante, un gran y poderoso orador.

Imagen (73). Acta de 6 de mayo de 1953, que recoge la sesión necrológica de Enrique Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

2

En su ciencia, su juventud y su simpatía habían convertido al Dr. Hervada a su regreso de Francia en el ídolo de los jóvenes; a partir de entonces puede decirse que fue el por autonomía el Médico de La Coruña incluído los benéficos.

Y como el Dr. Hervada tenía una faceta de extraordinarias dimensiones, esta era el benévolo racional de que estaba impregnado su espíritu, se benévolo racional aleteo y cantaba como los pájaros de nuestra naturaleza.

Por eso el trágico día para La Coruña de su fallecimiento, La Coruña entera se siguió hasta su última morada. El Dr. Salazar habló sepulcralmente del deseo de la Real Academia de publicar un retrato del fallecido Académico en su salón. Berroñu evocando aquel bello pensamiento, de que las flores se marchitan, las lágrimas se secan y solo las razones van al cielo y por eso son eternas, pidiendo una oración por su alma.

A continuación hace uso de la palabra el Sr. Académico Doctor Don Aurelio G. Moyano quien manifiesta, hace gestos su modesta contribución a la memoria de aquel compañero que vivió, señala la época de su conocimiento a principios de siglo y la afabilidad que el Doctor Don Enrique Hervada tuvo siempre en él, poniendo a su disposición su Clínica y Biblioteca magníficas ya en aquellos tiempos. Se extiende después en la forma de como había asimilado el moderno evolucionar de la Medicina, y en su mano, los aparatos de investigación y los métodos científicos eran, remanentes magníficos en la lucha contra la enfermedad, que como gran clínico ejerció siempre y con completo dominio.

Finalmente el Académico y Doctor Don Antonio Pérez Hervada pronunció unas palabras

Imagen (74). Acta de 6 de mayo de 1953, que recoge la sesión necrológica de Enrique Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

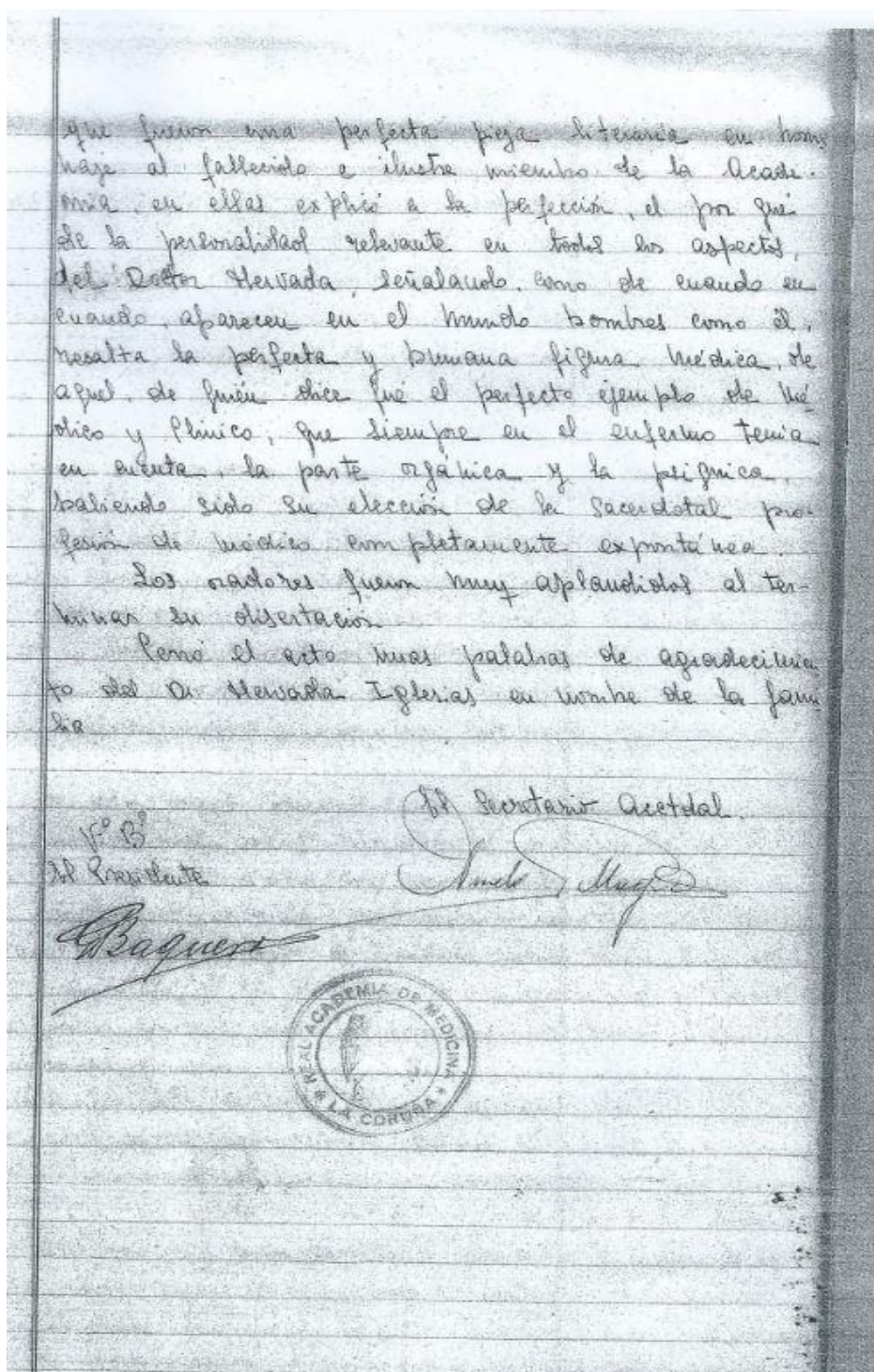


Imagen (75). Acta de 6 de mayo de 1953, que recoge la sesión necrológica de Enrique Hervada en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.

X

CONCLUSIONES

X. CONCLUSIONES:

1.- Enrique Hervada García-Sampedro fue un médico integral, dedicado a su profesión de un modo extraordinario, en primera línea de su tiempo, dentro de las limitaciones geográficas en las que ejerció. Tanto en la medicina general como en sus grandes líneas de trabajo, la fisiología, la dermatovenereología, la urología y la radiología. En todas ellas demostró un gran interés en la prevención, promoción y curación de los aspectos sanitarios materno-infantiles.

2.- Su formación, complementada con su estancia en París, estuvo a la altura de una medicina española que revivía de la mano de la Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, JAE, que, presidida por el sabio universal e imperecedero que fue Santiago Ramón y Cajal, abrió la medicina española al mundo, situándola a la par de las mejores como la alemana la francesa o la anglosajona, como nos hizo notar el maestro de la Historia de la Medicina Pedro Laín Entralgo.

3.- Aunque Hervada no hizo uso de las becas de la JAE, probablemente gracias a la considerable fortuna de su padre, se inscribe, por edad y talante científico, en la generación que dio nombres tan gloriosos a la ciencia española como: Marañón, Nóvoa Santos, Teófilo Hernando, Pi y Suñer, Goyanes, Lafora, Pittaluga, Tello, Achúcarro y tantos otros. Con algunos de ellos, como Marañón, mantuvo relación de por vida.

4.-En el aspecto materno-infantil le preocuparon grandemente los temas de la alimentación y la lactancia, entre ellos la selección de las nodrizas, así como la herencia y el contagio tuberculoso y sifilítico, y su repercusión en la

morbimortalidad infantil y maternal. Esto es así aunque casi no dejase escrita obra independiente en este ámbito, propiamente dicha, sino que estos aspectos están subsumidos pero muy presentes en el seno de su obra general.

5.- Es de destacar el enorme esfuerzo desarrollado por Hervada en la mejora de la formación sanitaria y el estado de salud de las clases trabajadoras, como clínico, divulgador, presidente de la Reunión de artesanos de A Coruña y conferenciante.

6.- En otro plano también fue un estudioso diario y orador frecuente en Congresos científicos y en las actividades de la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias, en la que se implicó siempre activamente y, largos años, como Secretario perpetuo.

7.-Desde una posición profesional relativamente modesta, basada casi por completo en la actividad privada, concitó el afecto y el respeto de sus colegas y del pueblo coruñés.

8.- No podemos decir, dada su actividad clínica individual que dejara escuela ni discípulos propiamente dichos, aunque sí marcó una impronta indeleble en los médicos coetáneos gallegos con su ejemplo, dedicación, y prestigio profesional en todos los aspectos referidos.

XI

BIBLIOGRAFÍA

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. A Hermandade en Santiago. (1916) *Vida Gallega*. Año VIII. Vol V. nº 77. 30 de octubre de 1916. p. 4.
2. **Álvarez Sierra, J.** (1963). *Diccionario de Autoridades Médicas*. Colección Mundo científico, Serie Médica. Editorial Nacional.
3. **Anónimo.** (1929). Dr. Enrique Hervada, *Boletín Oficial del Colegio de Practicantes de Santiago*, 8.
4. **Arnould, E.** (1922). La mortalite tuberculeuse du sexe feminin. *Revue de la Tuberculose* , núm 2.
5. **Aspe y Fullós, N.** (1915). *Memoria del Dispensario Antituberculoso de La Coruña*. Leída en la sesión general celebrada el 15 de mayo de 2015. La Coruña. Imprenta y Litografía de L. Lorman.
6. **Bandelier, B; Roepke, O.** (1911). *Tratado del diagnóstico y tratamiento específicos de la Tuberculosis*. 4ª Ed. Prólogo del Profesor Dr. R. Koch. Prefacio del Doctor José Verdes Montenegro. Barcelona. Ed. Manuel Marín. 360 págs.
7. **Bandelier, B; Roepke, O.** (Ca. 1915). *Clínica de la tuberculosis: tratado de todas las formas de tuberculosis para uso de médicos y estudiantes*. Madrid. Ed. Saturnino Calleja.

8. **Barreiro Fernández, J. R.** (1996). *Liberalismo y Ejército en Galicia en el siglo XIX*. 10 de octubre de 1996. [<http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8931/CC35art7ocr.pdf?sequence=1>]. Consultada el 20/03/2017.
9. **Barreiro Gil, J.** (2001). El atraso económico y el sistema terrestre en Galicia S.XIX (15/01/2001) *Revista Galega de Economía*, vol. 10, núm. 1 (2001), pp. 1-21.
10. **Bernard, L.** (1923). Les cures climatiques et hydro-mineralés chez les tuberculeux pulmonaires. *La Presse Médicale*.
11. **Besson, A.** (1915). Treponema de la Sífilis. En: *Técnica Microbiológica y Sueroterápica*. Madrid. Bailly-Bailliere. P.621-648.
12. **Besson, A.** (1915). Bacilo de la Tuberculosis. En: *Técnica Microbiológica y Sueroterápica*. Madrid. Bailly-Bailliere. P.649-698.
13. **Bugallo, A.** (2012a). "Enrique Hervada García-Sampedro", en *Álbum da Ciencia*. *Culturagalega.org.Consello da Cultura Galega*. [URL:<http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=251>]. (Consultada por última vez 19/03/2017).
14. **Bugallo, A.** (2012b). "Félix Domingo Estrada Catoira", en *Álbum da Ciencia*. *Culturagalega.org*. Consello da Cultura Galega. [Lectura: 04/03/2017] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=277>]. (Consultada por última vez 19/03/2017).
15. **Capelán Rey, A.** (1999). Contribucións a unha historia da Universidad Popular da Coruña, Sarmiento. *Anuario Galego de Historia da Educación*, 3, pp.25-64.
16. **Carro Otero, J.** (2002). *Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia*. A Coruña. Ed. RAMYCGA. 2ª Ed. pág.52.

17. **Castiglioni, A.** (1941) Dermatología y Sifilografía. EN: *Historia de la Medicina*. 1ª Ed. Española. Barcelona. Ed. Salvat. Pp. 788-791.
18. **Clavijo y Clavijo, S.** (1914). *Tuberculosis en la marina de guerra. (Nuevas orientaciones y reformas)*. Madrid; Imprenta del Ministerio de Marina.
19. **Codina Castellví, J.** Los recursos complementarios de los Sanatorios Antituberculosos. *El Ideal Gallego*. 25/07/1924. Pág. 13.
20. **Colbert. C.** (1930). Tuberculosis en general. Tomo I de la tuberculosis. En: Sergent, E: *Tratado de Patología Médica y Terapéutica aplicada*. Barcelona. Ed. Pubul.
21. **Coles F.B., Hipp S.S., Silberstein G.S., Chen J.H.** (1989-1992). Congenital Syphilis surveillance in upstate New York, implications for prevention and clinical management. *J Infect Dis* 1995.
22. **Cordero-Sánchez Lara, E.** (2015). *Galicia a principios del siglo XX*, 14/06/2015. *La memoria de los pasos*. Correspondencia sobre Colonias Escolares en Oza, 1929. Archivo Municipal de Ourense. Fondo Beneficencia.
23. **Cortejarena y Aldevó, F.** (1914). *Acción social moderna ante la tuberculosis*. En: III Congreso Español de la Tuberculosis. Segundo con carácter internacional celebrado en San Sebastián, 9-16 septiembre 1912. San Sebastián, Soc. Esp. Papelería, vol. 2, p. 498.
24. **Couceiro Freijomil, A.** (1952). *Diccionario Biobibliográfico de Escritores*. Vol II. Enciclopedia Gallega. Editorial de los Bibliófilos Gallegos. Santiago de Compostela.
25. **Cuadernos de Historia de la Pediatría Española** (2014). nº7. Primer Congreso español de pediatría. Palma de Mallorca. Abril de 1914.
26. **Cuadernos de Historia de la Pediatría Española** (2015). nº 8: Historia y significación de las Gotas de Leche en España.

27. **Daremborg, Ch.** (1923). *Le traitement de la Tuberculose pulmonaire en Clientéle par olbert. Marloine.*
28. **Dias Lema, A.** (2002). *Historia del Hospital de Pontevedra (1890-1955)* Pontevedra.Diputación. 649 págs.
29. **Diepgen, P.** (1932). *Historia de la Medicina.* Editorial Labor. Madrid. 2ª Ed.
30. **Donahue, P.** (1987). Las Enfermeras visitadoras. P.342 y siguientes. En *Historia de la Enfermería.* Vol III. Eds. Doyma. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, México,Santiago de Chile.
31. **Doz, E.; Manzaneque, M.; Llord y Gamboa, R.; Rodríguez Pinilla, H.; Camaleño,M.G.** (1922). *Clínica Hidrológica Española, con un estudio físico químico de las aguas minerales.* Ed. Calpe.
32. **Eiras Roel, A.; Rey Castelao, O.** (1992). *Los gallegos y América,* Madrid. Ed. MAPFRE.p.225.
33. **Espina y Capó, A.** (1906). *Alcohol y Tuberculosis.* Comunicación hecha al Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en Paris en octubre de 1905. Rev. Med. p. 129.
34. **Espina y Capó, A.** (1909). Congreso nacional da la tuberculosis celebrado en Zaragoza, del 2 al 6 de octubre de 1908. Madrid, Imp. Nicolás Moya, p. 21.
35. **Estrada Catoira, F.** (1930). *Contribución a la historia de La Coruña: la Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos en sus ochenta y tres años de vida y actuación 1853-1938.* La Coruña. Tip. El Ideal Gallego. 378 págs.
36. **Estrany.** (1915). *Crenoterapia española.* Biblioteca de la Terapéutica Gilbert y Carnot. Tomo VIII, bis (Salvat).
37. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) 2006. *Iniciativa al Parto Normal.*

38. **Fernández, C.** (2002). Historias de A Coruña. Cincuenta y cinco hombres y una sola mujer en la presidencia de Artesanos .*La Voz de Galicia* (26 / 01 / 2002).
39. **Fernández Fernández, C. M.** (2011). El Sanatorio de Cesuras en la lucha contra la tuberculosis en Galicia a principios del siglo XX. *Anuario Brigantino* 2011. nº 34.
40. **Fernández Santarén, J.A.** (2014). *Santiago Ramón y Cajal. Epistolario*. Madrid. La Esfera de los libros. Fundación Ignacio Larramendi. 1396 págs.
41. **Findlay, G.M.** (1932a). Quimioterapia de la Sífilis. En: *Recientes adquisiciones en Quimioterapia*. Madrid. Ed. Javier Morata. Pp.384-497.
42. **Findlay, G.M.** (1932b). Quimioterapia de la Tuberculosis. En: *Recientes adquisiciones en Quimioterapia*. Madrid. Ed. Javier Morata. Pp.569-581.
43. **Fraga Lago, E.** (1915). Algo de lucha antituberculosa. *Medicina Social*. Año V. Núm. 57. Barcelona. Octubre p.130.
44. **Fraga Lago, E.** (1916a). Una conferencia sobre tuberculosis. *Medicina Social* Año VI. nº 61. Barcelona. Febrero. Pp.1-6.
45. **Fraga Lago, E.** (1916b). ¿Acción Social? *Medicina Social* Año VI. Nº 65. Barcelona. Junio. pp. 60-63.
46. **Fuster Siebert, M.; Bugallo Rodríguez, A.** (1993). Hervada García-Sampedro, Enrique. En: *Diccionario Histórico das ciencias e das técnicas de Galicia*. T. I. Autores (1868-1936). Publicacións do Seminario de Estudos Galegos. Sada. Edicións do Castro. pp. 179-181.
47. **Galdo Fernández, F.** (2007): *El Sanatorio Marítimo de Oza*. Editorial Grupo 76. Capítulo 2. Pp. 80 – 155.

48. **García del Real, E.** (1921). Dermatología y Sifiliografía. EN: *Historia de la Medicina en España*. Biblioteca Médica de Autores Españoles y extranjeros. Vol. XXIII. Madrid. Ed. Reus. Pp.1100-1106.
49. **García del Real, E.** (1934). *Historia Contemporánea de la Medicina*. Madrid. Espasa-Calpe.
50. **Garrison, F.H.** (1922). *Introducción a la Historia de la Medicina*. T. II. Madrid. Calpe.
51. **Gil Casares, M.** (1905). La Toja y sus productos. *Galicia*. Revista Semanal Ilustrada. La Habana. Año 4, Núm. 35. Pág.1-2.
52. **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.
53. **Gil Casares, M.** (1912a). *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.
54. **Gil Casares, M.** (1912b). Sobre el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar. *Revista ibero-americana de ciencias médicas*.
55. **Gil Casares, M.** (1913a). *El clima de las Costas Gallegas como recurso Terapéutico y especialmente el de La Toja*. Bilbao. Imprenta Lit. y Enc. De Eléxpuru Hermanos.
56. **Gil Casares, M.** (1913b). La tuberculosis en Galicia. *Suevia*. Pág. 13.
57. **Gil Casares, M.** (1918). *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.

58. **Gil Casares, M.** (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.*
59. **Gil Casares, M.** (1929a). Aspectos de la lucha antileprosa. En: *Libro Homenaje a Marañón*. Madrid. Editorial Paracelso. Pág. 513-521.
60. **Gil Casares, M.** (1929b) *El Neumotórax Artificial en la tuberculosis pulmonar*. Barcelona. Col. Marañón. Ed. Manuel Marín.
61. **González Catoyra, A.** (1990). *Biografías coruñesas*. Gráf. Galaico. Pág 303 308.
62. Gran Enciclopedia Gallega, T. 17, p.105. Ed. Silverio Cañada. Santiago de Compostela. 1974.
63. **Guerra, F.** (2007). *Historia de la Medicina*. 3ª Eds. Norma-Capitel. Madrid.
64. **Gutiérrez Moyano, A.** (1930). El problema de la tuberculosis en Galicia. Al Excmo. Sr. Martínez Anido. *Galicia Clínica*. Año II-Núm.10.
65. **Gutiérrez Moyano, A.** (1933a). Los problemas sanitarios de la emigración. *Galicia Clínica*. Núm.5. Pág. 179.
66. **Gutiérrez Moyano, A.** (1933b). El problema de la tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. Núm.10. Pág. 4.
67. **Gutiérrez Moyano, A.** (1953). Sesión Necrológica al Doctor Hervada. *Galicia Clínica*. Núm 6.
68. **Hervada García-Sampedro, E.** (1906). *La sífiis ignorada*. Tesis doctoral. Madrid.

69. **Hervada García-Sampedro, E.** (1908). *La alimentación*. Conferencia dada en la Sociedad de Carpinteros el 8 de diciembre de 1907. A Coruña: Lit. e Imp. de L. Lorman.
70. **Hervada García-Sampedro, E.** (1909). *Las enfermedades venéreas*. Conferencia dada durante el curso 1908 - 1909, A Coruña: Lit. e Imp. de L. Lorman.
71. **Hervada García-Sampedro, E.** (1914). *La alimentación del sano y del enfermo*. Biblioteca de la Universidad Popular. Imp. Roel. La Coruña.
72. **Hervada García-Sampedro, E.** (1916). La sífilis ignorada, *Galicia Médica*, 4: 103-110; 5:134- 143.
73. **Hervada García-Sampedro, E.** (1920). *La tuberculosis oscura*. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.
74. **Hervada García-Sampedro, E.** (1920). *Un caso de miasis cutánea*. Siglo Médico, núm. 3.454.
75. **Hervada García-Sampedro, E.** (1921). *Indicaciones del neumotórax artificial en las hemoptisis tuberculosas*. Litografía e imprenta Roel.
76. **Hervada García-Sampedro, E.** (1922a). El problema social de la tuberculosis. Vida escolar. *Acción Coruñesa*. Nº62.
77. **Hervada García-Sampedro, E.** (1922b). *Recetario farmacológico, único formulario de bolsillo*. Ed. Revista Médica Gallega.
78. **Hervada García-Sampedro, E.** (1922c). *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.
79. **Hervada García-Sampedro, E.** (1922d). Reumatismo tuberculoso articular y abarticular. *Revista General de Medicina y Cirugía*. Vol I, 126- 129.

-
80. **Hervada García-Sampedro, E.** (1923). *La lucha antituberculosa en Galicia*. A Coruña, Tip. El Noroeste.
81. **Hervada García-Sampedro, E.** (s.a). *La tuberculosis en Galicia*. A Coruña; Imp. Artística.
82. **Hervada García-Sampedro, E.** (1925). 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. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja. Octubre 1925. *Revista Médica Gallega*. Año 5. Nº 12.
83. **Hervada García-Sampedro, E.** (1926a). 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. (continuación). Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja. Octubre 1925. *Revista Médica Gallega*. Año 6. Nº 1.
84. **Hervada García-Sampedro, E.** (1926b). 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. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja. Octubre 1925. *Revista Médica Gallega*. Año 6. Nº 2.
85. **Hervada García-Sampedro, E.** (1926c). 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. (continuación). Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja. Octubre 1925. *Revista Médica Gallega*. Año 6. Nº 3.

86. **Hervada García-Sampedro, E.** (1926d). 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. (continuación). Ponencia presentada en el Primer Congreso de Lucha Antituberculosa de La Toja. Octubre 1925. *Revista Médica Gallega. Año 6. Nº 10.*
87. **Hervada García-Sampedro, E.** (1927). Mi primera visita, Fiestas de Verano. *Domecq en Galicia.* nº extraordinario 2, p. 18. A Coruña: Imp. Roel.
88. **Hervada García-Sampedro, E.** (1928). *Consultas médicas frecuentes.* La Coruña. Imp. Moret.
89. **Hervada García-Sampedro, E.** (1929a). *Pseudo-tuberculosis de origen cardíaca.* I Jornadas Médicas Gallegas, agosto. A Coruña: Imp. Obrera.
90. **Hervada García-Sampedro, E.** (1929b). *Los dolores braquiales de origen cerebral.* A Coruña: Imp. Moret.
91. **Hervada García-Sampedro, E.** (1929c). Diagnóstico de las bronquitis sífilicas. *Galicia Clínica.* N 4. pág 4.
92. **Hervada García-Sampedro, E.** (1930a). *Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente.* Conferencia impartida en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias.
93. **Hervada García-Sampedro, E.** (1930b). *La alimentación del diabético.* Revista iberoamericana de salud. pág 35.
94. **Hervada García-Sampedro, E.** (1930c). Actinomicosis pulmonar. *Galicia Clínica, núm 18.* 489-490.
95. **Hervada García-Sampedro, E.** (1931a). *Eventración diafragmática.* *Galicia Clínica. núm 10,* 547-549.

96. **Hervada García-Sampedro, E.** (1931b). *Prontuario farmacológico. Verdadero formulario de bolsillo*. Edit. Emile Boizot.
97. **Hervada García-Sampedro, E.** (1931c). *Estigmas somáticos de origen tuberculoso. El Infantilismo*. A Coruña: Imp. Moret.
98. **Hervada García-Sampedro, E.** (1932a). El tratamiento del asma por la tuberculina. *Galicia Clínica*, núm 10 ,564-566.
99. **Hervada García-Sampedro, E.** (1932b). Sobre la etiología sífilítica de la esclerosis. *Galicia Clínica*. N 6 Pág.287-93.
100. **Hervada García-Sampedro, E.; Souto Beavis J.; Alonso Hortas; Freijanes Malingre** (1933a). Problemas sanitarios que plantea la emigración e inmigración de Galicia. *Galicia Clínica*, núm 8, 365-391.
101. **Hervada García-Sampedro, E.; Souto Beavis J.; Alonso Hortas; Freijanes Malingre** (1933b). Jornadas Médicas Gallegas. *Galicia Clínica*. núm 3.pág 151-3.
102. **Hervada García-Sampedro, E.** (1933c). *Los síntomas que molestan al tuberculoso*. Imprenta Moret. La Coruña.
103. **Hervada García-Sampedro, E.** (1934). Tratamiento sintomático de la tuberculosis pulmonar. *Galicia Clínica*. núm 2, 65-72.
104. **Hervada García-Sampedro, E.** (1935). *Los síntomas que molestan al tuberculoso*. *Regeneración médica*. núm 1, pág 6-8.
105. **Hervada García-Sampedro, E.** (1940a). Perturbaciones extrapulmonares no tuberculosas en el curso de la infección tuberculosa .Tuberculosis orgánica extrapulmonares: renal, laríngea e intestinal. *Galicia Clínica 1940 N.4 Pág.147 57*.
106. **Hervada García-Sampedro, E.** (1940b). Perturbaciones extrapulmonares no tuberculosas en el curso de la infección tuberculosa. Tuberculosis

orgánica extrapulmonares: renal, laríngea e intestinal II Parte. *Galicia Clínica* 1940 N.5-6 Pág.189-95.

107. **Hervada García-Sampedro, E.** (1948). Fiebre y febrícula de etiología tuberculosa. *Galicia Clínica*. Núm. 11,785-789.
108. **Hervada García-Sampedro, E.** (1949). La vacunación antituberculosa con el B.C.G. *Hoja Oficial del lunes*. Año IX, núm 489.
109. **Hervada García-Sampedro, E.** (1953). Epidemias silenciosas. *Galicia clínica*. Num 2, 111-122.
110. **Hervada Iglesias, E.** (1983). La tuberculosis en Galicia. *Galicia Clínica*. N° 6, 14-16. .
111. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (CSIC-Universidad de Valencia), España, 2003. .
112. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2016. Inventario de operaciones estadísticas de la Administración General del Estado.
113. Instituto provincial de higiene de La Coruña. Memoria de 1933.
114. **Jares Hervella, M.; Felpeto Braña, C.; Fernández Cebral, C.; Gutierrez Pita, M.J.** (2010/2011). *La Reunión Recreativa e Instructiva de Artesanos de La Coruña. Sociedad Centenaria*. Universidad Senior A Coruña.
115. Jornadas Médicas Gallegas celebradas en Lugo. *España Médica*. 1 de septiembre de 1933.
116. **Joseph, M.** (1914). *Tratado de las enfermedades Sifilíticas y Venéreas*. Barcelona. Manuel Marín Ed. 745 págs.
117. **Riera Palmero, J.** (1974). La Urología. EN: Laín Entralgo, P (Coord) *Historia Universal de la Medicina*. Ed. Salvat. Barcelona. T. VI. P. 345-353.

118. **Lalesque, F.** (1904). *La Mer et les Tuberculeux. Physiotherapie Marine.* Masson.
119. **Lancina Martin, J.A.** (2005). Enrique Hervada García-Sampedro, (1883 1953): primer socio gallego y socio fundador de la Asociación Española de Urología en 1911. *Notas de la Urología en Galicia.* p. 185-195.
120. **Larsen** (1999). *La sífilis en el momento actual.* En: Picazo JJ, Bouza E (eds). *Infección.* Servisistem 2000 SL, Bilbao, pp 177-216.
121. **León B.** (1923). Les cures climatiques et hydro-mineralés chez les tuberculeux pulmonaires (*La Presse Médicale*).
122. **Lesta Meis, X.** (1917). De mi tierra: El Doctor Enrique Hervada, *La Habana,* 9(304), 12-13.
123. **Lesta Meis, X.** (1927). De mi tierra: *La tuberculosis en Galicia y el Dr. Enrique Hervada.* *La Habana,* 11 (322), 14-15.
124. **López-Hontangas, J.L.; Frasquet Artes, J.:** Sífilis una revisión actual. Servicio De Microbiología. Hospital La Fe. Valencia.
[<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf>] (Consultada por última vez 17/03/2017).
125. **Löwenstein E.** (1923). *Bacteriología, inmunidad y diagnóstico y terapéutica específicos de la tuberculosis.* 2ª tirada. Editor Manuel Marín .Provenza. Barcelona.
126. **Maganto Pavón, E.** (2002). Leonardo de la Peña Díaz (1875-1957) y la fundación de la primera Cátedra de Urología en España. *Arch. Esp. Urol.,* 55, 1 (9-23).
127. **Malo de Poveda, B.** (1926). *Actualidad permanente contra la tuberculosis.* (Dispensarios, Sanatorios Colonias infantiles). Madrid; Imprenta de E. Giménez.

128. **Martín Salazar, M.** (1912). *La lucha contra la tuberculosis en España*. Congreso Internacional de Roma contra la Tuberculosis. Ministerio de la Gobernación.
129. **Martínez López C.** (1928). *El Neumotórax artificial: Técnica e indicaciones*. Valladolid. Tall. Tip. Cuesta.
130. **Martínez Morás, A.** (1930). *Semblanzas raciales*. Editorial Espasa Calpe. Epílogo de Enrique Hervada García-Sampedro.
131. **Menéndez de la Puente, L.** (1955). *La influencia de la colaboración social en el pronóstico actual de la tuberculosis*. Conferencia pronunciada el 21 de marzo de 1955 en el Aula Magna del Instituto Nacional de Enseñanza Media de Huesca.
132. **Millán Suárez, J.E.** (2001). *Historia de la Radiología en Galicia*. Tesis doctoral. Santiago de Compostela. Universidad.
133. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *La salud y el Sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras España*.
134. **Molero Mesa, J.** (1989a). *Historia social de la tuberculosis en España (1889 1936)*. Tesis doctoral. Univ. de Granada.
135. **Molero Mesa, J.** (1989b). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Rev. Dynamis Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 9, pp. 185- 223.
136. **Mouriz, J.** (1922). Modo de vencer una dificultad técnica en la reacción Wassermann. EN: *Libro en honor de D. S. Ramón y Cajal*. Fundaciones de la junta para el homenaje a Cajal. Madrid. T. II. P. 569.
137. **Navarro García, R.** (2002). Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX. Trabajo de investigación aprobado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (99/0208).

138. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS, 1996.
139. Organización Mundial de la Salud (2008). Eliminación mundial de la sífilis congénita. Fundamentos y estrategia para la acción.
140. **Peña Díaz, L.** (1945). *Historia de la Urología Española*. (<http://historia.aeu.es/semb.asp?indice=4>). (Consultada por última vez 19/03/2017).
141. **Peña Novo, P.** (1925). *La tuberculosis pulmonar. Cómo se evita. Cómo se cura*. La Coruña; Tipografía del Noroeste.
142. **Peña Novo, P.** (1930). *El problema tuberculoso en Galicia*. La Coruña; Imprenta Moret.
143. **Pereira Poza, A.** (1999). *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia. (1900-1950)*. Edición do Castro. A Coruña.
144. **Pérez Hervada, E.** (1932). La sífilis en la Medicina. *Revista Galicia Clínica*. Año 4 Núm 11. Pág 587-590.
145. **Pérez Hervada, E.** (1984). Un hombre de ciencia médica: Enrique Hervada García Sampedro.3 (8), 16-17. *Galicia en Madrid*.
146. **Ponte Hernando, F.** (2011). Los Rayos X en Santiago. *El Correo Gallego* 10 de octubre.
147. **Ponte Hernando, F.J.; 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. pp.259-262.
148. **Ponte Hernando, F.** (2012). Más sobre Rayos X. *El Correo Gallego* 2 de marzo.

- 149. Ponte Hernando, F. et al.** (2014a). *Tal como éramos. En el centenario del Primer Congreso Español de Pediatría de Palma de Mallorca (1914-2014)*. Anales de Pediatría. 80 (6) 404e1-404e8.
- 150. Ponte Hernando, F.J.; Pascual Bueno, J.; González Castroagudín, S.** (2014b). “Juan José Barcia Goyanes”, en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*. [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=499>][2016] (Consultada por última vez 19/03/2017).
- 151. Ponte Hernando, F.J.; González Castroagudín, S.; Manresa López, M^a C.; Pascual Bueno, J.; Ezara Agulleiro, M.** (2014c). La Escuela de Matronas en las Filipinas Españolas: Plan de estudios y Reglamento de los mismos. *Cadernos de Atención Primaria. Volumen 20. Nº 3. Pág 205-208*.
- 152. Ponte Hernando, F.J.; González Castroagudín, S.; Pascual Bueno, J.; Ezara Agulleiro, M.** (2014d). Las Matronas en las Filipinas Españolas (Parte II) El ejercicio profesional. *Cadernos de Atención Primaria. Volumen 20. Nº 4. Pág 256-259*.
- 153. Ponte Hernando, F.J.; Rego Lijó, I.; González Castroagudín, S.** (2015a). Los inicios de la Radiología en el Hospital de la Facultad de Medicina de Santiago. En: Pereira, J; Nájera, A; Arenas, M; García-Talavera, P. (Coords) *Actuaciones de Innovación Educativa en la docencia universitaria de Radiología y Medicina Física*. Eds. Asociación de Profesores Universitarios en Radiología y Medicina Física. APURF. A Coruña. Pp.99-109.
- 154. Ponte Hernando, F.J.; González Castroagudín, S.** (2015b). “Ricardo Varela y Varela”, en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*. [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=1025>] (Consultada por última vez 15/03/2017)

155. **Ponte Hernando, F. J.; Posse Vidal, L.** (2016a). *Hojas para el recuerdo. En el primer centenario del Manual de Patología General. Roberto Nóvoa Santos. (1885-1933)*. USC. Cátedra de Balnearios de Galicia. Editorial Bolanda.
156. **Ponte Hernando, F. J.; González Castroagudín, S.; Rego Lijó, I.** (2016b). "Marcelino Ramírez García", en *Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega*.
[URL:<http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php>] (Consultada por última vez 19/03/2017).
157. **Ponte Hernando, F. J.** (2017a). *El concepto, un mundo, una salud, en los inicios del siglo XX: El Dr. D. Marcelino Ramírez García (1864-1940). Veterinario militar y Médico*. Tesis doctoral Facultad de Veterinaria. Universidad de Extremadura. Cáceres (en prensa).
158. **Ponte Hernando, F. J; Pandelo Louro, C.; García Esmorís, A.** (2017b). Los Inicios de la cátedra de Pediatría en Santiago de Compostela. *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española*. Nº 13. Madrid. Asociación Española de Pediatría. Febrero. Pp. 6-21.
159. *Prophylacie de la tuberculose* 1920. Gimbert, capítulo V, vol XVIII. Tomo I del *Traité de Phatologie Medicale et de Therapéutique appliquée de Sergent-Ribadeau*. Dumas et Babonneix. Maloine. Paris.
160. **Protocolo de Sifilis**. Servicio Aragonés de Salud. Consultado en [http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Profesionales/Salud%20publica/Vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica/Enfermedades%20Declaraci%C3%B3n%20Obligatoria%20otros%20procesos/Protocolos/30_Sifilis.pdf. PDF] (Consultada por última vez 19/03/2017).
161. **Ramírez García, M.** (1925). *La labor del dispensario Antituberculoso de La Coruña*. Conferencia pronunciada en la Reunión Recreativa de Artesanos. Imp. Garcybarra. Pág 4-9.

162. **Ramón y Cajal, S.** (1970). *El mundo visto a los 80 años: Impresiones de un arteriosclerótico*. Madrid. Col. Austral. Nº 214. Espasa-Calpe.
163. **Ramón y Cajal, S.** (1981). *Recuerdos de mi vida: Historia de mi labor científica*. Madrid. Alianza Universidad 2ª Ed.
164. **Ramón y Cajal Junquera, S.** (2006). *Ramón y Cajal, la voluntad de un sabio*. Ed. Bristol-Myers Squibb. Pp.284-286.
165. Real Academia de Medicina y cirugía de Galicia. Historia de la Academia http://www.ramycga.org/index.php/contenidocorporativo/detalle/1_origen_territorio_atribuciones_y_estructura/.(Consultada por última vez 19/03/2017).
166. Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Historia de las reales academias. <http://www.rampra.org/contenidos/institucion/historia.aspx>. (Consultada por última vez 19/03/2017).
167. Reglamento del Sanatorio Marítimo de Oza, 1910. Citado en Galdo, 2007, p.109.
168. **Rego Lijó, I.** (2015). *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931) obra médica y doctrina fisiológica*. A Coruña. Universidade. Tesis doctoral.
169. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles.Informe anual. Año 2014. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Instituto de Salud Carlos III*.
170. Revista España Médica (1911). Academia Médico Quirúrgica Española. Información dedicada al estudio del salvarsán. («606»). Año I. pág. 12-13.
171. **Rist** (1922). Tuberculose et alcoolisme. *Reveu de la Tuberculose*, núm 7. Pág 145. Janvier.

172. **Rodríguez Díaz, A.** (2014). El Sanatorio Marítimo de Oza: institución pionera en la atención de la infancia enferma española. *Anuario Brigantino*, núm 37.
173. **Rodríguez Hervada, A.** (2003). *Arte y tuberculosis. Compositores, pintores, escultores, filósofos, dramaturgos y novelistas, víctimas de la enfermedad tuberculosa*. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis doctoral.
174. **Rodríguez Hervada, A.** (2009). *Del tiempo de los odios y las iras. La educación de un niño de la guerra civil. (1936-1956)*. Ed. Bubok. Pág 35-122.
175. **Rodríguez Martínez, J.** (1908). *El clima de La Coruña*. Conferencia dada en el Teatro Emilia Pardo Bazán. La Coruña. Imprenta Roel.
176. **Rof Codina, J.** (1925). Los animales propagadores de la tuberculosis en Galicia. *El Ideal Gallego*. 25 de julio de 1925.
177. **Romero Vázquez, D.** (1977). *Galería de médicos gallegos ilustres*. 1ª serie. 1977. La Coruña. Ed. Moret.
178. **Roussel, P.** (1922). *La tuberculose Conjugale. Contagion et mariage. Etude Medico- Sociale*. Maloine. Edit. París.
179. **Sal Lence** (1907). Herencia tuberculosa y profilaxis de la tuberculosis hereditaria [Manuscrito]: memoria del doctorado presentada por Jeronimo Sal Lence, médico militar. 4 de abril de 1907. UCM.
180. **Sánchez Quintero, C.; Martínez García, L.; Díaz Vázquez, B.**(1991). *El sanatorio marítimo nacional de Oza: Estudio de siete fondos documentales...41, nº1, p.7-20*.
181. **Sánchez Salorio, M.** (2003). Mi primera consulta médica. En recuerdo de Enrique Hervada *La Voz de Galicia* 03/05/2003.

- 182. Sayé Sempere, L.** (1925). Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar. En: *Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón*. Madrid. 2ª Ed. T I. P.266.
- 183. Schumburg, G.** (1911). *La Tuberculosis: Medios de evitarla y curarla*. Barcelona. Ed. Manuel Marín. 202 páginas.
- 184. 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.
- 185. Tolosa Latour, M.** (1909). Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños. Ponencia del Congreso Nacional de Tuberculosis en Zaragoza.
- 186. Valentín, M.** (1946a). Bacilo Tuberculoso. En: *Manual de Microbiología Médica T. II*. Ed. Científico-Médica. Barcelona-Madrid-Valencia-Lisboa. Pp.340-388.
- 187. Valentín, M.** (1946b). Treponema de la Sífilis. En: *Manual de Microbiología Médica T. II*. Ed. Científico-Médica. Barcelona-Madrid-Valencia-Lisboa. Pp.473 475.
- 188. Vallejo Nágera, A.** (1929). *El Tratamiento de la Parálisis general y otras neurosífilis*. Ed. Labor S.A. 155 págs.
- 189. Verdes Montenegro, J.** (1912). Tuberculinización y sus condiciones. Diez mil Casos de tuberculosis. En: *Trabajos del Real Dispensario antituberculoso María Cristina de Madrid*. Madrid, Liga Popular contra la Tuberculosis., pp. 4- 5.
- 190. Verdes Montenegro, J.** (1923). La lucha contra la tuberculosis. *El Sol* de 30 noviembre y 5 de diciembre de 1923.
- 191. Verdes Montenegro, J.** (1925). *¿Quiere usted tener sano el aparato respiratorio?* Burgos; Imprenta Hijos de Santiago Rodríguez.

192. Vida gallega. 1923. El retrato del Dr. Hervada / Manuel Abelenda. Nº 223.

193. **Villabrilie Abella, A.** (1905). Actualidad médica. La tuberculosis. *Coruña Moderna* Año I. Núm. 3. Pág. 5-6.