

La tuberculosis en Almendralejo en el siglo XIX

MIGUEL ÁNGEL AMADOR FERNÁNDEZ¹
DIEGO PERAL PACHECO²

*Grupo de Investigación en Humanidades Médicas.
Facultad de Medicina. UEx.*

RESUMEN

La tuberculosis, verdadero azote de la humanidad durante siglos, es el gran padecimiento del siglo XIX. La mortalidad por tuberculosis ha estado siempre muy influida por una serie de condicionantes socioeconómicos, industriales e higiénicos. Transmitida principalmente por vía aérea, el contacto íntimo y mantenido, el hacinamiento en habitaciones mal ventiladas, la deficiente alimentación y la vida miserable de buena parte de la población local, fueron el factor fundamental en la alta mortalidad de esta enfermedad infecciosa. La fácil difusión del bacilo tuberculoso, el Mycobacterium, hacen de la tuberculosis el prototipo de infección crónica, que incidió de manera cruel entre los adultos jóvenes de Almendralejo, que antes de la introducción de la terapéutica antimicrobiana tenía un carácter netamente mortal.

SUMMARY

Tuberculosis, the real scourge of the humanity for centuries, is the great suffering of the XIXth century. Mortality because of tuberculosis has always been influenced by a series of socio-economic, industrial and hygienic determinants. Transmitted mainly via air, the overcrowding in badly ventilated rooms, a poor diet and the miserable life of a big part of the local population were fundamental factors on the high mortality caused by this infectious disease. The easy dissemination of the tubercle bacillus, Mycobacterium, makes tuberculosis the prototype of a chronic infection, which influenced, in a cruel way, among the young adults of Almendralejo that, before the introduction of the antimicrobial therapy, had a clearly mortal characteristic.

¹ Doctor en Medicina. Médico de Familia perteneciente al Centro de Salud "Zafra I" de Zafra (Badajoz).

² Doctor en Medicina. Profesor de Biblioteconomía de la Universidad de Extremadura (Badajoz).

INTRODUCCIÓN

Poco más de un siglo después que fuera decretada su declaración obligatoria como enfermedad y algo más de una década de que fuera identificada como una emergencia de la salud mundial, la tuberculosis sigue siendo en la actualidad un grave problema de Salud Pública, una de las principales infecciones causante de la muerte en adultos, incluso en países desarrollados. Cerca de un tercio de la población mundial, o dos mil millones de personas, son portadores de la bacteria tuberculosa, a pesar de que la mayoría nunca la desarrollará en su forma activa. La enfermedad ha ido aumentando desde la década de 1980, en especial en el Sureste de Asia y el África Subsahariana. En gran medida, el resurgimiento de la tuberculosis se debe a la pandemia del VIH/SIDA, en especial en África, donde el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) constituye el factor principal de aumento de la tuberculosis. En el mundo, se estima que un tercio de los casi 40 millones de personas que viven con VIH/SIDA están, a su vez, infectados con el bacilo tuberculoso. El surgimiento de un tipo de tuberculosis resistente a los fármacos, particularmente en ámbitos donde hay numerosos pacientes que también padecen VIH, representa una seria amenaza para el control de aquella y confirma la necesidad de fortalecer los esfuerzos destinados a la prevención y el tratamiento.

Alguien ha dicho que de todos los millones de especies de organismos vivos de la tierra, existen dos sobre los que la literatura es más abundante: el hombre y... el bacilo de Koch³. Por consiguiente, no va ser fácil condensar en pocas líneas la importancia de la tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad cuya presencia ha sido constante en la historia de la humanidad. Su memoria es tan remota y tan larga, que su presencia puede testificarse con claridad en muchos de los restos humanos procedentes del Neolítico⁴ y es posible seguir su rastro en momias egipcias, en los escritos del Antiguo Testamento, en los textos clásicos de Hipócrates (siglo V a. de C.), así como en innumerables testimonios históricos a través de las curas por el llamado “toque real”⁵. El

³ Citado en BURNET, M. y WHITE, D. O.: “Historia natural de la enfermedad infecciosa”. Alianza Universal. Madrid. 1982, p. 269.

⁴ CAMPILLO, D.: “Paleopatología”. *Colección Histórica de Ciencias de la Salud* nº 4. Barcelona. Fundación Uriach. 1993, p. 83.

⁵ El Rey de Francia, Enrique IV, que si bien no fue tuberculoso pero merecía serlo por sus escasos hábitos de higiene ya que olía a ajo a la distancia, tocaba las pústulas escrofulosas de los tuberculosos ganglionares, los que por centenas concurrían al palacio real el día señalado y recibían el toque con las palabras sacramentales “el rey te toca, Dios te cura”.

médico de Cos, es el primero en emplear el término “*phthisis*” para definir a la forma pulmonar de esta enfermedad que, a partir de un absceso en el pulmón, termina “consumiendo” la vida de los jóvenes afectados⁶. Hipócrates -imposible dejar de citarlo- contribuyó enormemente al conocimiento de esta enfermedad, de forma que hasta nuestros días nos han llegado sus alcances semiológicos al describir “la facies hipocrática”, “el temperamento héctico”, la fiebre vespertina o “fiebre héctica”⁷. Al finalizar la Revolución Francesa, el médico Xavier Bichat (1771-1802), creador de la Patología General, sucumbía víctima de la meningitis tuberculosa. Luego, ya en pleno siglo XIX, encontramos la figura de Teófilo Jacinto Laënnec (1781-1826), el más ilustre de los clínicos de la tisiología que también moriría de tuberculosis pagando con la vida, su afán de estudio de la enfermedad; fue el padre de la auscultación mediata por intermedio del estetoscopio. Creó el método anatómico-clínico según el cual comprobaba en el cadáver los hallazgos auscultatorios en vida. Y así, examinando numerosos tuberculosos en el Hospital Necker, pudo describir la variedad de soplos pulmonares y los diferentes tipos de estertores. Todo este trabajo lo llevó a la muerte en plena juventud en 1826.

Aunque es la responsable de una cuarta parte de las muertes de personas adultas en Europa durante los siglos XVII y XVIII, la explosión epidemiológica de la tuberculosis va a producirse de forma paralela a la primera revolución industrial del siglo XIX. Referirnos a esta centuria nos conduce inevitablemente hablar de la tuberculosis. La tuberculosis es la enfermedad que mejor refleja la mentalidad de la época⁸. Las condiciones de habitabilidad de los ciudadanos favorecen el crecimiento de la misma. La población vive en condiciones de insalubridad, pues apenas ha cambiado el hábitat de siglos anteriores y los vecinos viven en habitaciones excesivamente pequeñas, mal ventila-

⁶ En realidad los antiguos utilizaban el vocablo griego “*phthisis*” para designar el aniquilamiento llevado hasta la consunción, cualquiera que fuese la causa orgánica de la misma.

⁷ En el siglo XIX, e incluso a principios del siglo XX, la enfermedad era denominada consunción. Sin embargo, en el siglo XVII, el anatomopatólogo francés Jacques Dubois Sylvius había utilizado por primera vez el término “tubérculo” para describir las lesiones nodulares descubiertas en los pulmones de las personas fallecidas a causa de la enfermedad que consume.

⁸ SENDRAIL, M.: *Civilisation et maladies*. Paris. 1948, p. 24.

das y sin sol. La ausencia de toda higiene, tanto individual como colectiva, añade los daños que causa a las condiciones físicas deplorables de la población.

Aunque el origen de la enfermedad era desconocido y muy discutido, no será hasta finales del siglo XIX cuando se logre un buen conocimiento de esta enfermedad. En la sesión celebrada el 24 de Marzo de 1882, el científico alemán Robert Koch anunció a la Sociedad Fisiológica de Berlín el descubrimiento del germen causal de la enfermedad, el *Mycobacterium tuberculosis* y posteriormente, en 1890, un proteína a la que llamó tuberculina⁹. Sin embargo, a pesar de estos descubrimientos, los avances terapéuticos fueron lentos y no se reconoció un remedio verdaderamente eficaz hasta bien entrado el siglo XX, cuando en 1944 el ucraniano Selman A. Waksman, sintetizó la estreptomycinina “primer medicamento capaz de actuar directamente contra el bacilo tuberculoso”¹⁰. Con anterioridad, durante el reinado de Alfonso XIII, que no conoció a su padre por culpa de la tuberculosis, se dedicaron numerosos esfuerzos institucionales a la lucha contra esta enfermedad mediante la creación de la “Liga Nacional contra la tuberculosis y socorro a los tísicos pobres”, la “Asociación Antituberculosa” y los “Dispensarios antituberculosos” que, lamentablemente, no tendrán repercusión en nuestra localidad hasta la segunda década del siglo XX.

ESTADÍSTICAS SANITARIAS

En Almendralejo, durante el ochocientos, casi mil quinientas personas murieron víctima de la tuberculosis¹¹. Aunque con anterioridad, en el siglo XVIII, el diagnóstico de “tisis” aparece anotado excepcionalmente en algunas defunciones almendralejenses, no será hasta 1828, cuando comienza a registrarse el verdadero incremento en la aparición de los mismos, a medida que en las partidas de defunción se asientan las causas del fallecimiento. De todas formas, creemos que estas cifras no son muy exactas por insuficientes y deben

⁹ Aún más tarde se utilizó la Cutirreacción de Von Pirquet y los Rayos X que permitieron confirmar los datos exploratorios obtenidos mediante la auscultación y, aunque desconocemos desde cuando se utilizaron estas reacciones, no cabe duda que los diagnósticos fueron cada vez más precisos.

¹⁰ WINAU, R.: “Ascensión y crisis de la medicina moderna: 1900-1945”, en *Crónica de la Medicina*. Tomo II. Plaza&Janés Editores, S.A. 1986, p. 474.

¹¹ AMADOR FERNÁNDEZ, M. A.: “La Salud Pública y la Medicina en Almendralejo en el siglo XIX”. Tesis Doctoral inédita, pp. 382-398. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Badajoz, 2006.

ser tenidas en cuenta con ciertas reservas por el frecuente subregistro de esta enfermedad como causa de muerte¹². Al revisar los diagnósticos de las causas de muerte en nuestra localidad, encontramos numerosos términos que podrían enmascarar esta enfermedad. Expresiones como enfermedad interna y algunos relacionados con las afecciones respiratorias crónicas, como el catarro pulmonar, dolor de costado o la hemoptisis, y algunas otras enfermedades infecciosas, son ejemplos de ellos¹³.

Como podemos comprobar en el Cuadro 1, en Almendralejo, el valor promedio de la tasa bruta de mortalidad para el quinquenio 1871-1875 es el 1,5 ‰, mientras que para el lustro 1891-1895 el dato encontrado es ligeramente más alto, el 1,7 ‰¹⁴. Sin embargo, estos valores registrados son menores que los de la media española. En 1915, Román García Durán desde su condición de Jefe Provincial de Sanidad de Valladolid, al comentar las altas cifras de mortalidad vallisoletana por tuberculosis asegura que son menores que las reales. Entre otras razones, argumenta la dificultad para poder efectuar un diagnóstico diferencial de los cuadros clínicos de tuberculosis con otras enfermedades como pleuritis, bronquitis crónicas, neumonías y congestión pulmonar, amén de otros cuadros de localización no respiratoria como meningitis, peritonitis y enteritis, con lo cual muchas de las afecciones de origen tuberculoso no figuraban como tales. Por otra parte, existen igualmente otras patologías que "...aceleran la

¹² LENDERMAN, S.: "La répartition de décès de cause "indéterminée". *Revue de l'Institut International de Statistique*, 1955, Vol. 23, n° 1-3. Relativo a Francia, este autor pone manifiesto que en 1925, las causas de muertes por "Mortalidad Mal Especificadas" suponen un 12 % de tuberculosis y en las incluidas dentro de "Senilidad", un 16 % son tuberculosis. De igual manera estos datos pueden ratificarse en BIRABEN, J. N.: "La tuberculose et la dissimulation des causes de décès", p. 184-198, en BARDET y otros: *Peurs et terreurs face à la contagion*. Editorial Fayard, Paris. 1988.

¹³ Dr. FABRE: *Diccionario de los diccionarios de medicina franceses y extranjeros, o Tratado completo de Medicina y Cirugía prácticos*. Tomo VIII. Imprenta y Estereotipia Española de los Señores Nieto y Cía. Madrid. 1866, p. 124. La hemoptisis es un síntoma que "...sin ser constante está unido las más veces a la existencia de tubérculos pulmonares; desde que aparece una hemoptisis, debe temerse, en general, que vaya seguida de todos los fenómenos funcionales de la tisis; pero felizmente no sucede siempre, pues se encuentran personas que han expectorado muchas veces sangre sin que haya sobrevenido la tisis".

¹⁴ En los primeros años del siglo XX, el valor es incluso algo más elevado, el 1,9 ‰.

muerte de los tuberculosos (grippe, pneumonía, congestión pulmonar, etc.)”, siendo estas últimas las que aparecen en los certificados de defunción¹⁵.

CUADRO I
Tasas brutas de mortalidad (%) comparada
para la Tuberculosis en el siglo XIX

Período	Almendralejo	Valladolid	España
1871-1875	1,5	-	2,3
1881-1885	1,8	6,9	2,3
1891-1895	1,7	5,3	2,2

Fuentes: Almendralejo: **A.P.A.**: *Libros de Difuntos, 1871-1895*. Valladolid: GARCÍA DURÁN, R. (1914). España: VILLAR SALINAS, R. (1947)

De acuerdo con la evolución experimentada por los valores y tasas nacionales, el descenso de la tasa bruta de mortalidad tiene lugar a partir de la primera década del siglo XX¹⁶. Es en estos años cuando comienza a fraguarse la lucha institucional contra la tuberculosis¹⁷. En el año 1901 es decretada la declaración obligatoria de la enfermedad y en 1903 se funda la Asociación

¹⁵ GARCÍA DURÁN, R.: “Estadística de mortalidad general y especial por tuberculosis registrada en Valladolid durante 1880 a 1914 (Segundo Congreso Español Internacional de Tuberculosis, Valladolid, 1914)”, en RIERA PALMERO, J.: *Epidemiología y medicina social vallisoletana. La obra de Román G. Durán*. Universidad de Valladolid, Acta Histórico-Médica vallisoletana, 30. Valladolid, 1990. Otra de las razones pudiera ser la ocultación voluntaria del diagnóstico de tuberculosis por parte del médico, obligado por múltiples consideraciones a “disfrazar el verdadero nombre”, con lo cual hay cambios deliberados de diagnóstico.

¹⁶ VILLAR SALINAS, R.: “Evolución de la mortalidad por tuberculosis en Santander”. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 21, 1947, pp. 655-677.

¹⁷ BÁGUENA CERVELLERA, M. J.: “La incidencia de la lucha antituberculosa en la mortalidad de la población valenciana (1882-1914)”. *II Congreso de la ADEH*, Alicante, Tomo V. 1991. (Bernabeu, Coord.), pp. 193-199.

Antituberculosa Española, de la que partirán las futuras ligas provinciales y locales contra la tuberculosis, pero cuyos efectos aún tardarán en hacerse sentir¹⁸. A través de la tos, la enfermedad es transmitida habitualmente por la diseminación a través del aire de pequeñas gotas respiratorias producidas por los pacientes con tuberculosis pulmonar infecciosa¹⁹.

“La tuberculosis es una enfermedad que viene a ser como una especie de sedimento social que recoge en los organismos empobrecidos por mil circunstancias una causa de enfermedad, la cual viene a ser a la postre, la condensación de un estado de pobreza”²⁰. Con este tipo de intervenciones se planteaba en el Senado Español el debate sobre la tuberculosis²¹. Manifestaciones que sobre todo, en el último tercio del XIX y principios del XX, mantuvieron en diferentes colectivos del país, una agria polémica social sobre los terribles efectos de la tuberculosis en los sectores más deprimidos de la población²².

¹⁸ BARDET y otros: *Peurs et terreurs face à la contagion*. Editorial Fayard, Paris. 1988, p. 381. Según este autor, las campañas antituberculosas implicaron a toda la nación por el gran número de enfermos y por la cuantía de las inversiones necesarias y prefiguraban el futuro de la Seguridad Social al desarrollar la solidaridad y el derecho a la protección médica. De forma similar puede confirmarse en Italia, según COSMACINI, G.; DE FILIPPIS, M. y SANSEVERINO, P.: *La peste bianca. Milano e la lotta antituberculare (1882-1945)*. Editorial Franco Angeli. Milán. 2004, pp. 38-42.

¹⁹ RAVIGLIONE, M. C. y O'BRIEN, R. J.: “Tuberculosis”, en Harrison, *Principios de Medicina Interna*. Vol. I, 14ª Edición. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. Madrid. 1998, p. 1150.

²⁰ Informe del Dr. Pulido ante el Senado Español en la sesión del 24 de junio de 1903 (citado por RICARDO REVENGA: *La muerte en España*. Editorial de Madrid. 1904, p. 133).

²¹ Como ejemplos pueden señalarse diferentes escritos: HERGUETA, S.: *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*. Madrid. 1895; GUERRA Y CORTÉS, S.: “La tuberculosis del proletariado en Madrid”. Madrid. 1903. Por otra parte, la “Liga Nacional contra la tuberculosis y Socorro a los tísicos Pobres” (1899), la “Asociación antituberculosa” (1903) y la “Comisión permanente contra la tuberculosis” (1906), no son más que pequeñas muestras del clima de preocupación existente en el país y que se anticipó en muchos años a las medidas específicamente legislativas.

²² CHAPMAN, J. S. y DYERY, M. D.: “Social and other familial factors in intrafamilial transmisión of tuberculosis”. *Aur. Rev. Dis.*, 90, 1964; pp. 48-60.

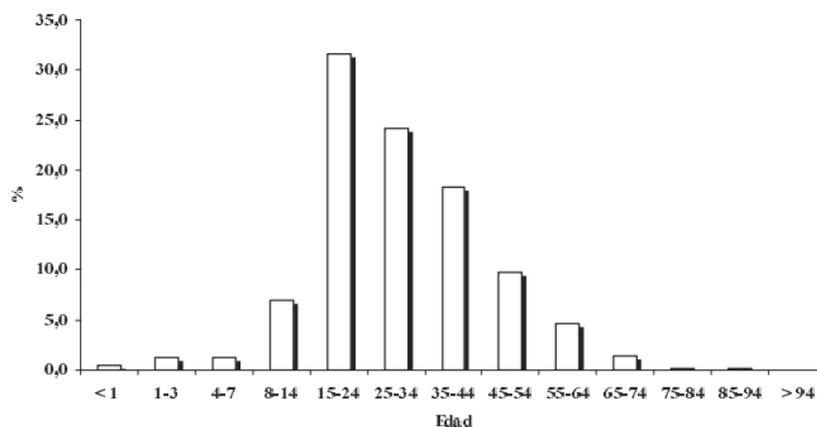
La mejora de las condiciones de vida de la población, sobre todo en sus condiciones alimenticias, y el posterior apoyo institucional en la lucha contra la enfermedad durante el siglo XX fueron determinantes en la disminución de las tasas brutas de mortalidad. De todos los fallecimientos por tuberculosis registrados en Almendralejo durante el siglo XIX, casi el 94 % eran jornaleros, obreros o hijos de éstos. Sin embargo, también uno de nuestros Médicos Titulares más queridos, el alمندralejense, Francisco Romero Marzulo (1833-1869), fue víctima de la enfermedad apenas cumplido los 36 años de edad²³. Desde su consulta de la calle del Pilar, reconoce que el tratamiento de la misma es prácticamente inexistente. La principal cura propuesta por la época consistía en un clima suave y soleado, únicamente al alcance de la nobleza.

La tuberculosis es el mejor ejemplo de infección crónica²⁴. Sin embargo, a pesar de su cronicidad y de la lentitud de sus síntomas, incide esencialmente en adultos jóvenes. Los mayores porcentajes reconocidos ocurren en fallecidos cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 15 y 24 años -423 registros, el 31,7 %- y los 25 y 34 años -321 registros, el 24,2 %- . Desde aquí se inicia un lento retroceso en el número de casos, de tal forma que más del 55 % de los difuntos tenían una edad comprendida entre los 15 y 34 años y que más del 90 % de los mismos se desarrollan en personas que no han cumplido los 50 años de edad (Gráfico 1).

²³ Archivo Parroquial de Almendralejo (en adelante A.P.A.): *Libro de Difuntos* n° 22 (1874-1875). 24-IX-1874, p. 162.

²⁴ BURNET, M. y WHITE, D. O. (1982), p. 268. Comparativamente con el bacilo diftérico o el de la fiebre tifoidea, el bacilo de Koch es un germen muy inactivo. Mientras que el bacilo tífico tarda media hora en doblar su tamaño original, el *Mycobacterium tuberculosis* invierte aproximadamente un día en terminar este proceso. Lógicamente este hecho condicionará la lentitud de la aparición de sus síntomas.

GRÁFICO 1

Distribución de la mortalidad por edades de fallecidos por causa de la Tuberculosis en Almendralejo durante el siglo XIX

Fuente: A.P.A.: Libros de Difuntos, 1801-1900

Por otra parte, la localización de la enfermedad tiene también un cierto reparto por edades: en los párvulos la tuberculosis peritoneal y la tuberculosis meníngea son más frecuentes; la tuberculosis generalizada, las diferentes formas orgánicas y, sobre todo, la tuberculosis pulmonar predominan en las edades adultas.

Además, pueden hacerse algunas puntualizaciones respecto de esta distribución por edades cuando el total de casos encontrados es analizado en los tres últimos cuartos de siglo en los que se disponen de datos referentes a la edad de los fallecidos. En cualquiera de los tres períodos, la distribución de la curva de mortalidad sigue parámetros similares, con una mayor participación

de casos encontrados entre los 15 y 24 años de edad, pero con unos datos porcentuales que varían significativamente de unas etapas a otras²⁵. Para el período de 1876-1900, coincidiendo con un mayor desarrollo local y comarcal, aunque el número de casos diagnosticados fue mayor, sin embargo, se registra una notable tendencia a igualarse los porcentajes encontrados entre los diferentes grupos de edad (Cuadro 2 y Gráfico 2). Con toda probabilidad, este hecho fue debido a la mejora en los niveles de vida de la población durante esta época. Fundamentalmente la clase trabajadora comía más y mejor y las casas mejor acondicionadas gozaron de niveles de higiene más elevados.

Respecto de la mortalidad estacional, ésta es bastante similar entre todos los meses del año, aunque superior en los meses del invierno y de la primavera -822 casos, el 55,9 %-, como desde siempre se había reconocido. En realidad lo que los datos ponen de manifiesto es la influencia que en desarrollo de la tuberculosis pulmonar tienen la convivencia en lugares cerrados y poco ventilados típicas de los meses fríos, unida a la carencia de trabajos asalariados en el campo y a una alimentación insuficiente, principalmente en las edades infantiles y juveniles. Todo ello unido a la continua ineficacia de los métodos puestos sucesivamente en uso hacía de ésta una enfermedad temida:

“Si hay algún medio de combatir la disposición a los tubérculos, a la tisis pulmonar, que tantos estragos hace en las clases pobres y mal nutridas de nuestras grandes poblaciones, es a no dudar lo y en toda edad la alimentación abundante y sustanciosa. Las privaciones no se han hecho para la infancia”²⁶.

²⁵ LARA GARCÍA, L.: “La tuberculosis como problema de salud”, en Martínez Navarro y colaboradores: *Salud pública*. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid, 1999, p. 738. Aunque la capacidad de transmisión tuberculosa no es muy elevada, se puede hablar que, en conjunto, la infección no llega a producirse ni en el 50 % de los expuestos, la edad de expuesto es un factor determinante, siendo máximo el riesgo de infección hasta los 4 años, disminuyendo entre los 5 y la pubertad, y siendo muy reducido a partir de los 25 años.

²⁶ DONNÉ, M.: *Consejos a las madres*. (Traducido de la cuarta edición por D. José Alonso y Rodríguez). Imprenta de D. C. Frontaura, Madrid. 1870, p. 150.

El total de diagnósticos aparece reflejado en el Cuadro 3. El bacilo de Koch, tanto en su forma humana como bovina pueden afectar al hombre, aunque en nuestro medio, las infecciones pulmonares por el bacilo humano de la tuberculosis son predominantes como podemos apreciar. La tuberculosis humana por bacilo *bovis*, aunque infrecuente, ocasionó un buen número de casos de tuberculosis abdominal. Transmitido por vía oral, al ingerir leche contaminada, aparece bajo la habitual denominación de “tabes mesentérica”²⁷. Actualmente, como consecuencia del consumo casi general de leche pasteurizada, estas infecciones han desaparecido. En nuestro medio esta forma de tuberculosis es típica de la juventud, de manera que la edad promedio de aparición de la tabes mesentérica es de 15 años, mientras que la edad media para el total de las infecciones tuberculosas es de 30 años.

²⁷ BOUCHUT, E. y DESPRES, A.: *Diccionario de Medicina y Terapéutica Médica y Quirúrgica*. Editorial de Carlos Bailly-Bailliere. Madrid. 1878, p.1.449. “La existencia en el vientre de tumores formados por la degeneración tuberculosa de los ganglios linfáticos mesentéricos, constituye la tabes mesentérica [...]. Es una enfermedad incurable y mortal [...], producida por la perforación del intestino [...]. En algunos casos la muerte se verifica principalmente por efectos de tubérculos pulmonares consecutivos, o por defecto de la extenuación en su más alto grado de desarrollo”.

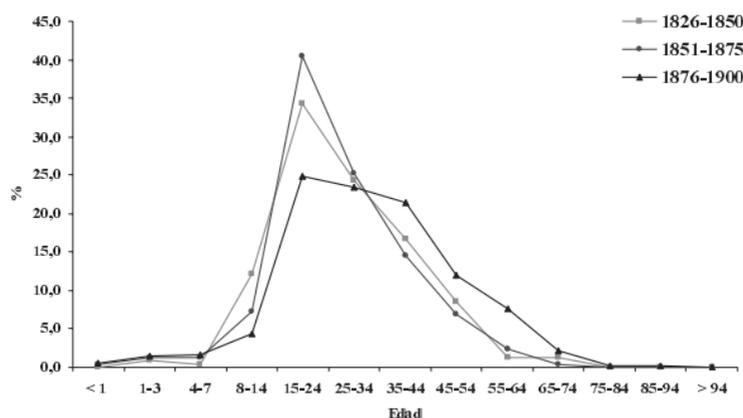
CUADRO2**Distribución de la mortalidad por edades de fallecidos por causa de la
Tuberculosis en Almendralejo durante el siglo XIX**

Edad (Años)	1826-1850		1851-1875		1876-1900	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1	-	-	1	0,3	4	0,6
1-3	3	0,9	5	1,3	10	1,5
4-7	1	0,5	5	1,3	11	1,7
8-14	36	12,2	29	7,3	28	4,4
15-24	101	34,2	162	40,4	158	24,9
25-34	71	24,3	101	25,2	149	23,5
35-44	49	16,7	58	14,6	136	21,4
45-54	25	8,6	28	7,0	76	11,9
55-64	4	1,4	9	2,3	48	7,5
65-74	4	1,4	1	0,3	13	2,1
75-84	-	-	-	-	1	0,2
85-94	-	-	-	-	1	0,2
> 94	-	-	-	-	-	-
Totales	294	100,0	399	100,0	635	100,0

Fuente: A.P.A.: *Libros de Difuntos, 1801-1900*

GRÁFICO 2

Evolución de la mortalidad por edades de fallecidos por causa de la Tuberculosis en Almendralejo durante los últimos tercios del siglo XIX



Fuente: A.P.A.: Libros de Difuntos, 1801-1900.

Aunque los términos “tisis” y “tuberculosis” coexisten pacíficamente durante buena parte del siglo XIX, la calificación de “tisis pulmonar” como causa de muerte es el término más frecuentemente encontrado y no será sino muy lentamente sustituido por el de “tuberculosis pulmonar”, empleado por primera vez en nuestra localidad en 1862 por el médico local, Guillermo García Fernández²⁸. La enfermedad producida por la inhalación del bacilo tuberculoso

²⁸ Ya en el siglo XVII -pródigo en trabajos sobre la tisis o mejor aún sobre la escrófula, ya que en aquel entonces se consideraba una enfermedad similar a la tisis-, R. Morton, en su libro *Phisiologia, sui exercitationes de phitis*, crea el término “tuberculosis pulmonar” y pretende consagrar el nombre moderno para sustituir el antiguo de tisis. Pretensión que no pasa del intento. Puede consultarse *Diccionario Español de Textos Médicos Antiguos. Tomo II*, dirigido por M^a Teresa Herrera. Editorial Arco/Libros, S. L. Madrid, 1996, p. 1.556.

produce una infección pulmonar inespecífica desencadenante de una respuesta inmunitaria, que en el 90 % de los infectados es suficiente para impedir el desarrollo de esta primoinfección²⁹. Por tanto, todas aquellas circunstancias socioeconómicas que atenúan o disminuyen la respuesta inmunológica, pueden influir en el desarrollo de la enfermedad³⁰.

²⁹ La respuesta inmunitaria se manifiesta por la aparición de una reacción tuberculín-positiva (técnica de de la cutirreacción de Von Pirquet; reacción de Mendel-Mantoux). Para prevenir la tuberculosis intestinal en los lactantes tenía gran predicamento la vacuna de B.C.G., administrada por vía oral. En varios estudios se puso de manifiesto que los niños vacunados con B.C.G. resistían mejor que los no vacunados a otras enfermedades como el sarampión o la gripe, así como otras afecciones gastrointestinales.

³⁰ SÁENZ GONZÁLEZ, M. C. y GÓMEZ GARCÍA, A. C.: "Tuberculosis", en *Medicina Preventiva*. 9ª Edición. Salvat Medicina. Barcelona. 1994, p. 536. Se sabe que el riesgo de desarrollar enfermedad clínica es elevado durante el primer año tras la infección (1 de cada 30 infectados, es decir el 3,3 %) y que un total del 5 al 15 % de los infectados presentan clínica tuberculosa en los 5 primeros años tras la infección, y entre el 3 y 5 % enferman durante el resto de su vida.

CUADRO3**Formas diagnósticas de Tuberculosis en Almendralejo en el siglo XIX (Tercera Nomenclatura de J. Bertillon 1899)**

Grupo	Subgrupo	Nº casos
Tuberculosis pulmonar: 925	Tuberculosis pulmonar	350
	Fulminante	6
	Tisis Pulmonar	517
	Adinámica	4
	Caseosa	6
	Catarral	5
	Escrofulosa	10
	Galopante	3
	Gutural	6
	Casificación	18
Tuberculosis meníngea: 63	Tuberculosis meníngea	63
Tuberculosis peritoneal: 78	Peritonitis tuberculosa	14
	Tuberculosis intestinal	9
	Enteritis tuberculosa	7
	Tisis intestinal	5
	Tabes mesentérica	43
Tuberculosis de otros órganos: 44	Laringitis tuberculosa	8
	Tisis laríngea	27
	Tuberculosis vesical	5
	Úlcera tuberculosa	4
Tuberculosis generalizada: 341	Tuberculosis (s/e)	121
	Tisis (s/e)	153
	Tisis tuberculosa	48
	Degeneración tuberculosa de los ganglios linfáticos	19
	Total	

Fuente: **A.P.A.** *Libros de Difuntos, 1801-1900*

También existen localizaciones extrapulmonares de la enfermedad consecuencia de la diseminación hematógena del bacilo tuberculoso. En orden de frecuencia, encontramos tuberculosis peritoneales, meníngeas, de las vías respiratorias superiores y del sistema urinario, además de la tuberculosis miliar generalizada. La tuberculosis intestinal, es la forma más habitual de tuberculosis extrapulmonar -63 casos, el 34,1 %- . Como anteriormente reflejamos era conocida como “tabes mesentérica”; estaba ocasionada por la deglución de leche procedente de vacas con tuberculosis bovina. Un emplazamiento igualmente encontrado en las localizaciones extrapulmonares es la tisis laríngea -35 casos, el 18,9 %. Con una típica sintomatología de ronquera y disfagia, en ocasiones fueron motivo de confusión con procesos catarrales laríngeos que nuestros médicos debieron distinguir con gran dificultad³¹. La tuberculosis meníngea, todas ellas diagnosticadas entre 1885 y 1900, así como del aparato genitourinario, especificada como “tuberculosis vesical” son formas más excepcionales.

Designadas con la denominación de “escrófula” se incluían un conjunto de alteraciones genéricas de los ganglios linfáticos, de la piel, mucosas, etc., de carácter tórpido que reconocen casi constantemente un origen tuberculoso³². El diagnóstico de las afecciones escrofulosas estaba basado en los caracteres que la revisten, en las alteraciones del estado general de la economía, en las manifestaciones generales del marasmo progresivo característico de la tuberculosis miliar generalizada, la llamada clínicamente “diátesis escrofulosa”, que recogieron nuestros sanitarios locales y que vienen de nuevo a poner de manifiesto las relaciones de la enfermedad tuberculosa con las crisis de subsistencias de los siglos anteriores³³.

³¹ Más adelante podemos comprobar las argumentaciones presentadas por el soldado Manuel Silva Saavedra, quien alegó padecer tuberculosis laríngea que nuestros médicos, a raíz de la pertinente exploración, no consideraron válida para eludir sus obligaciones militares.

³² Dr. FABRE: *Diccionario de los diccionarios... Tomo III*, p. 382. Se designa con el nombre de escrófulas, “una enfermedad o mejor un conjunto de fenómenos morbosos, consistente en una alteración general de la nutrición [...]. Viniéndose a desarrollar todos los síntomas, las glándulas del cuello supuran [...], se forman úlceras en las articulaciones, la tos y la fiebre toman también parte; el enflaquecimiento, el marasmo y la diarrea preceden a la muerte de los que sucumben.

³³ ELORZA, A.: *Artículos madrileños de Salvador Seguí*. Editorial Cuadernos para el Diálogo, Madrid, 1976, p. 15 y textos.

LA TUBERCULOSIS COMO CAUSA DE EXTINCIÓN ENTRE LOS SOLDADOS DE REEMPLAZO DE ALMENDRALEJO

La tuberculosis fue frecuente motivo de alegación para eludir las obligaciones militares entre los jóvenes de Almendralejo. Los expedientes de reconocimientos médicos a militares de reemplazo reflejan la importancia en la sociedad del momento de la enfermedad. Los soldados invocaron el “*estar enfermo del pecho*”, en un número muy elevado de casos durante dichas exploraciones. Sin embargo, según las normas reglamentarias, para declarar su exención los facultativos debían comprobar en el acto mismo del reconocimiento la enfermedad alegada³⁴. Veamos algunos ejemplos:

En las actas de revisión de los mozos que fueron excluidos temporalmente en 1890, el soldado Ángel Blanco Alvarado arguyó para eludir su incorporación militar, su ya antigua afección de pecho. Reconocido por los facultativos, “*...por la auscultación y la percusión en el acto del reconocimiento no se comprueba la enfermedad alegada, conceptuándolo útil para el servicio*”³⁵. Otras veces, “*...si bien existe cierta deformidad en dicha cavidad no es lo suficiente para considerarlo excluido, por lo que lo consideran útil para el mismo*”³⁶.

Tampoco fue considerado de suficiente importancia la alegación de “*hemoptisis*” presentada por Fernando Gómez del Castillo en las revisiones realizadas en 1897³⁷. También en este año, una afección de pecho, es igualmente el motivo alegado por el mozo Francisco Blanco Vargas. Los médicos locales

³⁴ MATA, P.: *Tratado de Medicina y Cirugía Legal*. Segunda Edición. Tomo II. Imprenta de Suárez. Madrid. 1846, p. 424. En el llamado “Reglamento aprobado por S. A. el Regente del reino para la declaración de exenciones físicas del servicio militar”, aparecen todas las exenciones legales para no realizar el servicio militar.

³⁵ Archivo Histórico Municipal de Almendralejo (en adelante A.H.M.A.): “Gobierno Municipal. *Libros de Acuerdos*. 8-III-1897 (Leg. 18, Carp. 1, Fol. 100)”. Actas de revisiones de los mozos del reemplazo de 1890 excluidos temporalmente. Alegaciones presentadas por el recluta Ángel Blanco Alvarado.

³⁶ A.H.M.A.: “Gobierno Municipal. *Libros de Acuerdos*. 6-III-1898 (Leg. 18, Carp. 1, Fols. 18-40v)”. Actas de clasificación y declaración de los mozos del reemplazo de 1898. Alegaciones presentadas por el recluta Federico Manuel Clemente Joven, quien también alega “padecer del pecho”.

³⁷ A.H.M.A.: “Gobierno Municipal. *Libros de Acuerdos*. 7-III-1898 (Leg. 18, Carp. 2, Fols. 29-59)”. Actas de clasificación y declaración de soldados del presente año de 1897. Alegaciones presentadas por el recluta Fernando Gómez del Castillo Delgado.

observan, ahora sí, los rasgos característicos de un cuadro tuberculosis pulmonar y declaran:

“...padece una tuberculosis pulmonar que se manifiesta por la percusión y auscultación de los fenómenos característicos a dicho padecimiento, comprobándose por la simple inspección una disminución considerable de los diámetros de la cavidad torácica, conceptuándolo inútil para el servicio”³⁸.

En cualquiera de sus presentaciones, la tuberculosis es una de las enfermedades más terribles que han existido, porque deja una herencia cruel y permanente de deformidad. De hecho, muchos de los jorobados almendralejenses de las antiguas épocas fueron víctima de la tuberculosis de la columna vertebral, mientras que los niños epilépticos y retrasados mentales que tenían la “suerte” de sobrevivir a las meningitis tuberculosas, por lo general vivían el resto de sus vidas como vegetales en sus casas.

Sin embargo, el descenso de la mortalidad por tuberculosis es anterior al establecimiento de medidas terapéuticas efectivas como la introducción en el mercado de los tuberculostáticos específicos e incluso a que se instaurasen métodos profilácticos para evitar su difusión como el aislamiento de los enfermos en hospitales de tísicos o el sacrificio de reses infectadas. El descenso en la mortalidad tuberculosa, depende fundamentalmente del llamado riesgo anual de infección (R.A.I.). Una mejora de este índice es el resultado del mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos. En este hecho ha sido esencial, como asegura McKeown, la mejora en las condiciones alimenticias de la población³⁹. Una nutrición deficiente y unas condiciones de vida y de trabajo miserable fueron el factor fundamental de la alta mortalidad por esta enfermedad.

A pesar de los avances experimentados por la medicina decimonónica, a mediados del siglo XIX “...el médico continuaba como en plena Edad Media”⁴⁰. En zonas rurales como la nuestra, el diagnóstico de la tuberculosis se

³⁸ A.H.M.A. “Gobierno Municipal. *Libros de Acuerdos*. 7-III-1898 (Leg. 18, Carp. 2, Fols. 41-48)”. Actas de revisiones de los mozos del reemplazo de 1897 excluidos temporalmente. Alegaciones presentadas por el recluta Francisco Blanco Vargas.

³⁹ MCKEOWN, T.: *El crecimiento moderno de la población*. Antoni Bosch Editor. 1978, p. 173.

⁴⁰ ORIOL ANGUERA, J. y A. (1944):. Los autores recogen el mayor número de síntomas posibles para luego recomendar un medicamento empírico que llevaba consigo el *Spiritus curantor*, p. 202.

basaba en la experiencia clínica de los propios facultativos, sin que pudiera confirmarse con ningún tipo de prueba o exploración complementaria. Aunque en la mayor parte de los casos -la tisis-, era fácil de reconocer no puede descartarse, como ya anteriormente quedó advertido, que la misma esté subestimada y que algunas defunciones causadas por la tuberculosis aparezcan bajo diferentes diagnósticos, sobre todo englobadas en afecciones pulmonares o en un amplio grupo de enfermedades mal definidas: consunción general, fiebre hética, hemoptisis, etc., términos que en ocasiones -aunque no siempre- aluden a un debilitamiento causado por la enfermedad. Algunos años más tarde, en 1905, otros médicos almendralejenses, D. Felipe Luengo Martínez y D. Francisco Cortés Villa, envían a sus enfermos tuberculosos al Hospital Provincial “San Sebastián” de Badajoz para la práctica de placas radiográficas que confirmen el diagnóstico del proceso tuberculoso.

CONCLUSIONES

La tuberculosis, una de las enfermedades más antiguas que afectan a la especie humana, es una enfermedad infectocontagiosa grave originada por el *Mycobacterium tuberculosis*, descrito por Robert Koch en 1882, que a lo largo de los últimos siglos ha causado millones de muertos en todo el mundo. En la localidad de Almendralejo, a lo largo de todo el siglo XIX, casi un millar y medio de adultos jóvenes fueron víctimas de la enfermedad, principalmente en su forma pulmonar.

En el XIX, las míseras condiciones de vida de la población, que apenas ha cambiado el entorno de siglos anteriores, favorecen el desarrollo de la enfermedad. Las inexistentes medidas de higiene pública y privada facilitan la probabilidad de contacto con un caso de infección por *Mycobacterium*. El grado de intimidad y la duración del mismo son determinantes para su transmisión. El hacinamiento de la población en habitaciones pequeñas y mal aireadas es uno de los factores más importantes en el desarrollo de la enfermedad. Por otra parte, desde la antigüedad se pensaba en la cura de descanso, en un ambiente de aire puro y buena alimentación, como únicas medidas terapéuticas, exclusivamente al alcance de unos pocos privilegiados.

Aunque, a primera vista, la tuberculosis siga pareciendo la enfermedad por excelencia del siglo XIX, aún a pesar de la mejora en la condiciones de vida de la población mundial, la tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de muerte en los adultos, en gran medida, como consecuencia de la pandemia del VIH/SIDA. En la actualidad la erradicación de la tuberculosis es

considerada por las autoridades sanitarias mundiales como una prioridad sanitaria en la que la mayor parte de los países desarrollados han invertido, y siguen invirtiendo, importantes recursos económicos desde hace muchos años.

FUENTES DOCUMENTALES

Archivo Histórico Municipal de Almendralejo (A.H.M.A.):

Sección: Gobierno Municipal. Libros de Acuerdos:

1897: Legajo 18, Carpeta 1.

1898: Legajo 18, Carpeta 1 y 2.

Archivo Histórico Municipal de Almendralejo (A.P.A.):

Libro de Difuntos (1801-1900).

FUENTES IMPRESAS

BOUCHUT E. y DESPRES, A. (1878): *Diccionario de Medicina y Terapéutica Médica y Quirúrgica*. Editorial de Carlos Bailly-Bailliere. Madrid.

DONNÉ, M. (1870): *Consejos a las madres*". (Traducido de la cuarta edición por D. José Alonso y Rodríguez). Imprenta de D. C. Frontaura, Madrid.

FABRE, Dr. (1857-1864): *Diccionario de los diccionarios de medicina franceses y extranjeros, o Tratado completo de Medicina y Cirugía prácticos*. Tomo III y VIII. Imprenta y Estereotipia Española de los Señores Nieto y Compañía. Madrid. 1866.

HERGUETA, S. (1895): *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*. Madrid.

MATA, P. (1857): *Tratado de Medicina y Cirugía Legal. Teoría y Práctica*. Segunda Edición. Tomo II. Imprenta de Suárez. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- AMADOR FERNÁNDEZ, M. A.: “La Salud Pública y la Medicina en Almendralejo en el siglo XIX. Tesis Doctoral Inédita. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Badajoz, 2006.
- BÁGUENA CERVELLERA, M. J. (1991): “La incidencia de la lucha antituberculosa en la mortalidad de la población valenciana (1882-1914)”. II Congreso de la ADEH, Alicante, Tomo V. 1991. (Bernabeu, Coord.).
- BARDET y otros (1988): *Peurs et terreurs face à la contagion*. Editorial Fayard, Paris.
- BIRABEN, J. N. (1988): “La tuberculose et la dissimulation des causes de décès”, en BARDET, J. P. y otros: *Peurs et terreurs face à la contagion*. Editorial Fayard, Paris. 1988.
- BURNET, M. y WHITE, D. O. (1982): *Historia natural de la enfermedad infecciosa*. Alianza Universal. Madrid.
- CAMPILLO, D. (1993): *Paleopatología*. Colección Histórica de Ciencias de la Salud nº 4. Barcelona. Fundación Uriach.
- COSMACINI, G.; DE FILIPPIS, M. y SANSEVERINO, P. (2004): *La peste bianca. Milano e la lotta antituberculare (1882-1945)*. Editorial Franco Angeli. Milán.
- CHAPMAN J. S. y DYERY M. D. (1964): Social and other familial factors in intrafamiliar transmisión of tuberculosis”. *Aur. Rev. Dis.*, 90.
- ELORZA, A. (1976): *Artículos madrileños de Salvador Seguí*. Editorial Cuadernos para el Diálogo, Madrid.
- GARCÍA DURÁN, R. (1990): “Estadística de mortalidad general y especial por tuberculosis registrada en Valladolid durante 1880 a 1914 (Segundo Congreso Español Internacional de Tuberculosis, Valladolid, 1914)”, en RIERA PALMERO, J.: *Epidemiología y medicina social vallisoletana. La obra de Román G. Durán*. Universidad de Valladolid, Acta Histórico-Médica vallisoletana, 30. Valladolid, 1990.
- GUERRA Y CORTÉS, S. (1903): *La tuberculosis del proletariado en Madrid*. Madrid.
- LARA GARCÍA, L. (1999): “La tuberculosis como problema de salud”, en Martínez Navarro y colaboradores: *Salud pública*. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid.

- LENDERMAN, S. (1955): *La répartition de décès de cause "indéterminée. Revue de l'Institut International de Statistique*, 1955, Vol. 23, n° 1-3.
- MCKEOWN, T. (1978): *El crecimiento moderno de la población*. Antoni Bosch Editor.
- ORIOLANGUERA, J. y A. (1955): *Historia de la tuberculosis*. Salvat Editores. Barcelona.
- RAVIGLIONE, M. C. y O'BRIEN, R. J. (1988): "Tuberculosis", en Harrison, *Principios de Medicina Interna*. Vol. I, 14ª Edición. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. Madrid.
- REVENGA, R. (1904): *La muerte en Madrid. Un estudio estadístico sobre la mortalidad de Madrid*. Editorial Prensa de Madrid.
- SÁENZ GONZÁLEZ, M. C. y GÓMEZ GARCÍA, A. C. (1994): "Tuberculosis", en *Medicina Preventiva*. 9ª Edición. Salvat Medicina. Barcelona. 1994.
- SENDRAIL, M. (1948): *Civilisation et maladies*. Paris. 1948.
- VILLAR SALINAS, R. (1947): "Evolución de la mortalidad por tuberculosis en Santander". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 21.
- WINAU, R. (1986): "Ascensión y crisis de la medicina moderna: 1900-1945", en *Crónica de la Medicina*. Tomo II. Plaza&Janés Editores, S.A.