

La cura sanatorial de la tuberculosis

Jesús Sauret

Departamento
de Neumología
Hospital de la Santa
Creu i Sant Pau
Barcelona

Correspondencia:

J. Sauret
Hospital de la Santa Creu
i Sant Pau
Av. S. Antoni M^o Claret, 167
08025 Barcelona.
E-mail:
jsauret@hsp.santpau.es

Introducción

Los sanatorios antituberculosos, son hoy tan sólo un recuerdo lejano y difuminado por el paso del tiempo en la memoria de unos pocos supervivientes. Es decir, de las personas que vivieron la sin igual experiencia de trabajar o de ser asistidos en aquellas instituciones.

Muchos de ellos desaparecieron sin pena ni gloria al dejar de tener utilidad pública, otros se han reconvertido para un uso distinto al que en principio justificó un determinado tipo de diseño en la construcción, y algunos, abandonados y casi en ruinas, persisten aun en los bellos parajes de montaña en los que armoniosamente se integraban, como tristes vestigios de un pasado al que nadie desea volver.

Sin embargo, a pesar del olvido general, los sanatorios tuvieron durante décadas un papel importantísimo en las estrategias de la lucha contra la tuberculosis, gozaron de prestigio, y fueron además, sin lugar a dudas, los primeros centros médico-quirúrgicos especializados en el tratamiento de las enfermedades del tórax, contribuyendo así de manera decisiva al desarrollo de la Neumología y de la Cirugía torácica.

Con arreglo a estas premisas, intentaré revisar las causas, los fundamentos y las consecuencias de la denominada "cura sanatorial", en la que tantas esperanzas depositaron nuestros predecesores.

Los fundamentos de la cura sanatorial

Para comprender bien los motivos que dieron origen a la proliferación por toda Europa y América del Norte de los sanatorios, es preciso situarnos en la segunda mitad del siglo XIX. En aquella época, la tuberculosis era la enfermedad de mayor letalidad, por delante de la sífilis y del cáncer.

Aunque en 1882 Robert Koch había descubierto el bacilo causante, confirmándose por tanto el carácter infecto-contagioso, la absoluta carencia de un tratamiento eficaz, pese a los innumerables intentos realizados¹, posibilitó que se multiplicaran los esfuerzos por conseguir algún método que permitiera, si no la curación completa, sí al menos el control de la enfermedad; y fue la observación empírica de que en poblaciones situadas a alturas superiores a los 1.200 m de altura sobre el nivel del mar los casos de tuberculosis disminuían drásticamente, y de que incluso se producían a veces curaciones asombrosas, lo que hizo pensar a algunos investigadores en la posibilidad de una "inmunidad tísica de las alturas" que quizás pudiera ser aprovechable desde el punto de vista terapéutico.

Estas observaciones, fueron realizadas no sólo en Europa, sino también en África (cordillera de Abisinia), Armenia, la India (macizos del Indostán, Ceylán e Himalaya), América del Norte (Montañas Rocosas) y del Sur (Cordillera Andina) donde, por cierto, Alexander von Humboldt ya había observado en su expedición científica a hispanoamérica, entre 1799 y 1801, la rareza de la tuberculosis entre los indígenas en las grandes alturas, al contrario de lo que pasaba con las neumonías y las bronquitis². En este mismo sentido, Jourdanet (uno de los más entusiastas defensores de la hipótesis) aseguraba que en su práctica profesional en la ciudad de Méjico, situada a 2.100 m sobre el nivel del mar, en unos 30.000 enfermos, sólo diagnosticó seis casos de tisis, y el Dr. Jiménez, médico del hospital de Méjico, 143 tísicos de 11.963 enfermos visitados en su servicio³. Por la misma época (año 1864) Toner, en los Estados Unidos, encuentra una tasa de mortalidad por tuberculosis entre 3-10% en las regiones situadas a más de 1.500 m de altitud (Colorado, Nevada, Utah, etc.) mientras que en zonas bajas (New York, Maine, Columbia) oscilaban entre 20 y 27%. Diversas investigaciones trataron de delimitar con exactitud las cotas de la inmunidad tísica en los diversos sistemas montañosos, quedando es-

Figura.
Cura solar en un
sanatorio infantil de alta
montaña. Año 1928



tablecidas de la siguiente manera: Bolivia 2.850 m, Himalaya 2.500 m, Alpes 1.375 m, Pirineos 1.365 m y Andes de Patagonia 915 m.

En cuanto a las causas de la misteriosa inmunidad, se invocaban las siguientes⁴: la salubridad propia de las altas montañas; el clima seco, la pureza del aire, el frío, incrementarían la resistencia natural del organismo a las infecciones. La poligobulia, ya que el aumento de glóbulos rojos secundario a la anoxia de las alturas “inmunizaba” contra el bacilo de la tuberculosis; además, de hecho, todos los tísicos estaban invariablemente anémicos. El efecto de las nieves, en base a la observación de que la tuberculosis era muy infrecuente en las regiones cubiertas de nieve de forma continua. Por último, la escasez de bacilos en el aire, pues los experimentos de Pasteur demostraban una notable disminución del número de bacterias en el aire atmosférico, en cotas superiores a 1.000 m, en comparación con el nivel del mar. El asunto estaba tan claro que el Prof. Jaccoud dejó para la posteridad una frase lapidaria al respecto: “En la tisis los climas de montaña son agentes terapéuticos, mientras que los climas de la planicie son el testimonio”⁵.

De acuerdo con estas ideas, se habilitaron a mediados del siglo XIX las primeras estaciones o albergues para tísicos en elevadas cimas como, por ejemplo, el de La Furka (Alpes suizos) a 2.436 m, que fueron el precedente de los futuros sanatorios de alta montaña. Pero los primitivos medios de transporte, el clima riguroso y el mal estado de los caminos, eran una seria traba para el acceso a tan altas montañas y, por ello, se buscaron otras alternativas, alguna de ellas pintoresca, como es el caso de la propuesta del Dr. Riera y Villaret, en el año 1888, de construir viviendas aéreas para los tísicos, suspendidas a 3.000

m de altura por medio de globos aerostáticos sujetos a tierra por un cable⁶. Como puede suponerse dicha propuesta tuvo poca aceptación.

Por otra parte, además de las dificultades de desplazamiento, los enfermos tenían que sufrir los extremos rigores de las bajas temperaturas en las curas al aire libre, tanto de día como de noche, cosa que pocos, incluso los más fuertes, podían soportar. Tales problemas, junto al creciente interés de algunos investigadores por estudiar la influencia de los climas sobre las enfermedades humanas, y entre ellas la tuberculosis, tuvo como consecuencia la publicación de artículos y libros sobre *Climatoterapia*, en los que se defendía la tesis de que para curar a los tísicos lo más importante no era la altura, sino situarlos en las condiciones climáticas más adecuadas⁷. En consecuencia, el aspecto fundamental del tratamiento debía ser buscar en cada país los lugares y climas apropiados para construir residencias en las que los pacientes pudieran aislarse durante varios meses experimentando la acción curativa del aire puro, el reposo absoluto y la alimentación abundante y variada.

Los primeros sanatorios

El primer sanatorio propiamente dicho fue el de Görbersdorf en Silesia a 569 m de altura, inaugurado en 1854 por iniciativa de Hermann Brehmer⁸. Los principios de la cura de Brehmer se basaban en el supuesto de que en los primeros estadios la tuberculosis es siempre curable, y de que en las autopsias de los tísicos con enfermedad avanzada, además de las lesiones pulmonares, suele haber hipotrofia de las cavidades cardíacas, lo cual le hizo pensar que robusteciendo el corazón por medio del aire puro de las montañas, el ejercicio moderado y los baños se favorecía el proceso natural de la curación a expensas, eso sí, de estancias prolongadas durante meses o años. La cura de aire se consideraba tan necesaria que, en 1860, un ilustre fisiólogo afirmó lo siguiente: “El aire es primer alimento; en la tisis es también el primer medicamento”.

Uno de los discípulos de Brehmer, llamado Peter Dettweiler, inauguró otro famoso sanatorio en 1876 en Falkenstein (Alemania) a tan solo 440 m de altura, cuyo esquema de tratamiento difería en algunos puntos no esenciales del modelo practicado en Görbersdorf, pues otorgaba mucha más importancia a las curas de reposo al aire libre en amplias terrazas, abiertas bien soleadas y protegidas del viento y de la nieve, donde los enfermos permanecían, recostados en *chaise longues* o tumbonas, la mayor

parte de la jornada⁹. Por cierto, que a Dettweiler se debe la denominación de “sanatorio” para este tipo de establecimientos (del latín *sanare*, curar).

A partir de estas dos experiencias los sanatorios, junto a los preventorios y a los dispensarios especializados, se constituyen en uno de los elementos básicos de la lucha antituberculosa y todos los países europeos, especialmente Alemania y Suiza, invirtieron muchos recursos económicos con la idea de crear una amplia red que abasteciera las necesidades de los ciudadanos. En los Estados Unidos, el impulsor del movimiento sanatorial fue Edward L. Trudeau, con su *Adirondack Cottage Sanitarium*, puesto en funcionamiento en 1884, siendo también uno de los co-fundadores de la American Sanatorium Association en 1905¹⁰. Los primeros sanatorios eran instituciones privadas con características de hoteles de lujo, pero al generalizarse este nuevo sistema de tratamiento de la tuberculosis, los gobiernos tuvieron que construir otro tipo de residencias populares, que sin ningún rubor se denominaban “sanatorios de pobres”, cuyo prototipo fue el sanatorio de Ruppertshain situado cerca del de Falkenstein. No obstante, la gran obra social de instauración de un modelo público, subvencionado por el estado, no era cosa fácil y se buscaban otras alternativas, como se desprende del siguiente comentario del Dr. Ribas y Perdígó en 1898¹¹.

“...De aquí que, en mi concepto, se imponga la idea de los sanatorios populares para los pneumofímicos pobres. Sí, porque por más barata que se quiera suponer la cura en una casa de campo utilizando todos los posibles y todos los resortes individuales, por más que se simplifiquen los sanatorios de pago, siempre quedará un enorme remanente de enfermos desválidos e incapacitados de subvenir con el trabajo a sus necesidades, a quienes será imposible, de todo punto, servirse de dichos medios terapéuticos por falta de recursos”.

Los fundamentos de la cura eran en ambos tipos de sanatorios los mismos: reposo, cura de aire y alimentación abundante y variada, pero no así las condiciones de hostelería (habitaciones y terrazas de reposo individuales en un caso y colectivas en otro) ni la comida, ya que en algunos sanatorios privados llegaron a administrarse dietas de 6.000 calorías diarias. La base del régimen dietético consistía en administrar alimentos con alto contenido en nitrógeno, ricos en grasas de fácil digestión y en hidratos de carbono, y con un complemento de legumbres, ensaladas y frutas¹².

De cualquier modo, todos los sanatorios, ya fueran de ricos o de pobres, debían cumplir una serie de requisitos generales¹³, tales como: elección idónea del em-

plazamiento, en medio del campo, rodeado de un paisaje armonioso, bien soleado y protegido de los fríos vientos del norte. Construcción de los espacios comunes (galerías, salas, sistemas de evacuación de aguas residuales y detritus, etc.) según normas internacionales. Asepsia permanente de todas las dependencias. Fácil acceso, mediante carreteras o caminos que además servían para asegurar el habituellamiento. Correcta organización de los servicios generales (administrativos y sanitarios), etc.

Complemento indispensable de la cura al aire libre era la *Helioterapia*, es decir, el tratamiento mediante la exposición directa del cuerpo a la luz del sol¹⁴. Sus principales indicaciones las constituían las laringitis, peritonitis y osteoartritis tuberculosas, especialmente el Mal de Pott, pues a expensas de permanecer largas temporadas recostados en decúbito prono, recibiendo sobre la columna los benéficos rayos solares, algunos enfermos conseguían curarse. Por el contrario, en las tuberculosis pulmonares exudativas estaba contraindicada. Asociando la helioterapia con la *Talasoterapia* (tratamiento por el clima y baños de mar) los resultados eran mejores¹⁵ y este fue el fundamento para la creación de sanatorios marítimos.

Así pues, en las primeras décadas del siglo XX los sanatorios podían clasificarse, según su ubicación, de la manera que se expresa en la Tabla 1. Los sanatorios periféricos surgieron ante la imposibilidad de que todos los enfermos pudieran trasladarse lejos de su residencia habitual. Situándolos en el extrarradio de las grandes urbes, o aprovechando hospitales de éstas características el problema quedaba resuelto.

El continuo avance en la metodología de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, hizo necesario que los sanatorios evolucionaran para transformarse paulatinamente, de las residencias u hoteles de lujo que fueron en un principio, en hospitales dotados con modernos gabinetes de radiología, laboratorios y quirófanos donde poder practicar las técnicas de colapsoterapia (toracoplastias, Jacobaeus, frenicectomías, plombajes, etc.) y de esta manera muchos de ellos se acabaron convirtiendo en grandes centros especializados, no sólo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, sino de todas las enfermedades

-
- De alta montaña (1.200 - 2.000 m)
 - De altitud media (400- 800 m)
 - Marítimos
 - Periféricos o suburbanos
-

Tabla 1.
Modelos generales
de sanatorios

Tabla 2.
Sanatorios en Suiza y
Alemania (Año 1928)

- Suiza:	29 de adultos (2.904 camas) 3 quirúrgicos (204 camas)
- Alemania:	188 de adultos (22.800 camas) 102 infantiles (3.088 camas) 36 quirúrgicos (2.312 camas)

del tórax¹⁶. Otra novedad que incorporaron algunos sanatorios, fue la llamada "cura de trabajo" que los enfermos realizaban, según su estado general, en la cama o en talleres instalados en edificios adjuntos para de alguna manera paliar, en la medida de lo posible, los perniciosos efectos psíquicos de la inactividad prolongada. El prototipo de esta forma de tratamiento estuvo en la aldea-colonia de Papworth (Inglaterra) que funcionaba como una pequeña comunidad, y que con el paso del tiempo llegó a ser un prestigioso centro hospitalario.

Además del aspecto curativo, los sanatorios tuvieron otra importante función en la lucha contra la tuberculosis: el control de las fuentes de contagio; al separar del resto de la comunidad, durante largos periodos de tiempo, a los enfermos bacilíferos. En las primeras décadas del siglo XX la cura sanatorial había alcanzado una enorme difusión; prueba de ello es que Alemania y Suiza, los dos países europeos con mayor cantidad de recursos económicos invertidos, disponían en 1928 de más de 30.000 camas en sanatorios antituberculosos (Tabla 2).

Las repercusiones de la cura sanatorial en España

Como ya ha quedado señalado, las corrientes renovadoras del tratamiento de la tuberculosis traspasaron todas las fronteras, y dentro del estado español Cataluña fue pionera en la incorporación de estas nuevas ideas. En 1888 se celebró en Barcelona un Congreso de Ciencias Médicas, en el que ya se puso de manifiesto la necesidad de implantar el modelo sanatorial en España¹⁷, y en ese mismo año el Dr. Bassols y Prim, médico del hospital de la Santa Creu de Barcelona, publicó un precioso libro titulado: *Climatoterapia española en la tisis pulmonar*¹⁸. En realidad, el libro era la memoria ganadora del premio Dr. Garí, otorgado por la Real Academia de Medicina de Barcelona al mejor trabajo sobre posibles ubicaciones de sanatorios para tísicos en la península ibérica, Baleares y Canarias, lo que demuestra el temprano interés de la Academia en promocionar

la creación de sanatorios; aunque, por desgracia, el concienzudo estudio del Dr. Bassols no fue demasiado tomado en cuenta por las autoridades competentes a la hora de planificar, puesto que la construcción de los primeros sanatorios se debió fundamentalmente a iniciativas personales. De hecho, hasta 1920, en la mayor parte de España los enfermos tuberculosos eran asistidos en las salas generales de Medicina Interna de los hospitales, sin medidas especiales de control del contagio¹⁹.

En 1892, se colocó la primera piedra del sanatorio marítimo de Santa Clara, en Chipiona (Cádiz), por iniciativa del Dr. Tolosa Latour, quien fue también artífice de que se formara la *Asociación Nacional para la fundación de Sanatorios y Hospitales marinos*¹⁵ habilitándose para este fin, por Real Orden de 14 de mayo de 1910, los lazaretos de Oza (Coruña) y Pedrosa (Santander).

El primer sanatorio propiamente dicho fue el de Porta-Coeli en Valencia, con capacidad para 14 enfermos, inaugurado en 1887 gracias al tesón del Dr. Francisco Moliner y Nicolás, donde en 1901 ya se habían tratado á más de trescientos enfermos, con un modelo mixto de asistencia pública y privada²⁰. Ese mismo año Moliner presentó una proposición de ley al Congreso de los Diputados en la que solicitaba la creación de sanatorios populares para el tratamiento de los tísicos pobres en España. Sin embargo, sus ideas fueron, posiblemente, demasiado avanzadas para la época y surgieron detractores que hicieron fracasar el proyecto. En 1900 el Ministerio ordenó una inspección del sanatorio de Porta-Coeli al director general de Sanidad Francisco de Cortejarana, el cual hizo un informe favorable, pero poco después aparecía un artículo en el *Siglo Médico*, firmado con las siglas R.B.T., denunciando la falta de galerías y de los requisitos indispensables. La respuesta del Dr. Moliner en la misma revista no se hizo esperar²¹. Veamos algunas de sus alegaciones:

"Se me hace difícil comprender cual ha sido la finalidad de dicho artículo ¿Enmendarle la plana al Dr. Cortejarana cuyo informe es favorable a Porta-Coeli? ¿Darme a mí una lección sobre sanatorios? ¿Echar la primera piedra de una nueva campaña técnica en contra del sanatorio de pobres para darle argumentos y excusas a un ministro que ya no tiene razón legal, ni dificultad posible con que oponerse a la fuerza de la razón y de la justicia? (...)

iPocos millones no daría Dettweiler por llevarse a su Falkenstein la galería natural de Porta-Coeli con su aire, su sol, su luz, su soberbio anfiteatro de montañas cubiertas de frondoso pinar, y su valle inmenso de naranjas, olivos y palmeras!

Pero los españoles somos así, y leemos así, y discutimos así. Dettweiler daría todo el oro del mundo y rompería todos los cristales de sus lujosas galerías por un pedazo de nuestro incomparable Porta-Coeli, y nosotros criticamos Porta-Coeli porque no tiene las terrazas y galerías de Falkenstein.”

Estos comentarios dejan patente las dificultades y trabas de aquellos tiempos al nuevo concepto de tratamiento de la tuberculosis, del que mucho se hablaba y escribía, pero con poca experiencia personal²². Otro meritorio intento fallido fue el del sanatorio de Gorbea (País Vasco), por iniciativa del Dr. José de Medinabeitia, que funcionó parcialmente entre 1899-1903²³. No olvidemos que por aquella época la mortalidad por tuberculosis en Vizcaya era altísima; el doble que la de Madrid y Barcelona²⁴. Pese a ello, el proyecto fracasó por falta de suficientes apoyos oficiales.

Como vemos, todas estas iniciativas fueron posibles gracias al entusiasmo y a la iniciativa personal de algunos médicos pioneros. Faltaban estructuras y decisiones políticas que dieran soporte a una verdadera campaña de lucha contra la tuberculosis. En Cataluña se constituye en 1904 el *Patronat de Catalunya per la lluita contra la tuberculosi*, inaugurándose en 1911 el sanatorio de la Virgen de Montserrat en Torrebónica (Tarrasa) con capacidad para 35 enfermos^{25,26} que fue el primero del estado español con verdadera continuidad; pero ya desde 1867 en el Hospital de Sant Joan de Deu de Barcelona se realizaban curas solares al aire libre, en las terrazas del hospital, a niños con tuberculosis óseas y raquitismo. La misma Orden hospitalaria de San Juan de Dios construyó más tarde el sanatorio de Manresa y el sanatorio marítimo de Calafell, para el tratamiento, este último, de las tuberculosis osteo-articulares.

A nivel estatal, en 1903 se constituye la *Asociación Antituberculosa Española*, y en 1907, el *Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones antituberculosas*, bajo la presidencia de la reina Victoria Eugenia. Esta institución, cuyos recursos económicos principales eran los ingresos de la llamada “Fiesta de la Flor”, construyó en Madrid el Real sanatorio de Victoria Eugenia, inaugurado en 1917 bajo la dirección del Dr. Codina Castellví²⁷. Por esa misma época se inauguraron los sanatorios de Nuestra Señora de las Mercedes de Húmera, dirigido por el Dr. Verdes Montenegro, y el de Guadarrama, de tipo privado. Pero todavía se continuaba discutiendo en la prensa médica sobre las ventajas e inconvenientes de ubicar, a mediana o a gran altitud, los sanatorios²⁸.

En la década 1920-30 el Gobierno procuró ofrecer a todas las zonas geográficas del país la cura sanatorial.

No obstante, el número de camas disponibles, contando también las de los sanatorios privados, no se acercaba, ni de lejos, al de Suiza, Francia o Alemania; de manera que, en 1925, había en España sólo 17 sanatorios en funcionamiento, cuya distribución puede observarse en la Tabla 3.

En el quinquenio 1927-1931, Cataluña llevó a cabo un considerable esfuerzo para incrementar el número de camas destinadas a enfermos tuberculosos. La mortalidad era tan alta, que se llegó a decir que el número de muertos por tuberculosis en la ciudad de Barcelona durante veinte años equivalía a perder una ciudad como Sabadell, Mataró o Manresa²⁹, destacando a este respecto la tasa de mortalidad de Gerona capital (350/100.000), más del doble que la de Barcelona (159/100.000). Esta política tuvo como consecuencia que, en 1933, Barcelona contaba con 511 camas, entre hospitales y sanatorios, en la ciudad y 248 en la provincia.

Después de la Guerra Civil, a partir de 1943, la responsabilidad del control y lucha contra la tuberculosis la asumió el *Patronato Nacional Antituberculoso*, organismo que impulsó la construcción de nuevos sanatorios con el objetivo de disponer de 25.000 camas en el conjunto del país. Entre 1950-52 se construyeron los sanatorios de Salamanca con 500 camas, el de Huesca con 300 y el de Liencres (Santander) con 400. Uno de los últimos, destacable por la importancia y grandiosidad que se le quiso otorgar, fue la Ciudad Sanatorial de Tarrasa (Barcelona), inaugurada por el general Franco en

– Barcelona:	Torrebónica (Tarrasa) Espíritu Santo (Santa Coloma)
– Cádiz:	Santa Clara (Chipiona)
– Coruña:	Oza
– Gerona:	Santa María de Olot
– Guadalajara:	Nuestra Sra. del Pilar (Trillo)
– Guipúzcoa:	Nuestra Sra. de las Mercedes
– Madrid:	Fuentefría Nuestra Sra. de las Mercedes Victoria Eugenia Guadarrama
– Santander:	Pedrosa Infanta Luisa
– Sevilla:	Dos Hermanas
– Valencia:	Malvarrosa
– Vizcaya:	Gorlitz
– Zaragoza:	Nuestra Sra. del Pilar

Tabla 3
Sanatorios en España
(año 1925)

persona en junio de 1952, rodeado de ministros y con un amplio despliegue informativo en la prensa del régimen. Se trataba de una obra colosal de nueve pisos y 47 m de altura, con capacidad para más de 1.000 enfermos con la que se pretendía culminar la idea de la sanidad franquista de lucha contra la enfermedad: “una cama de sanatorio para cada tuberculoso muerto”, según palabras del Presidente del P.N.A en el acto inaugural (La Vanguardia Española 10 de junio de 1952). Lo paradójico del caso es que estas instituciones nacían justo en el momento histórico en que se iniciaba el comienzo del fin de la cura sanatorial.

Epílogo

En 1952 los enfermos tuberculosos y los médicos disponían por primera vez en la historia de la humanidad de tres fármacos activos y eficaces (estreptomina, P.A.S. e hidracida); por tanto, los sanatorios y la colapsoterapia dejaban de tener sentido, aunque durante algunos años siguieron utilizándose. El golpe definitivo se produjo en 1960, cuando un estudio efectuado por el *British Medical Research Council* en Madrás (India) demostró que con quimioterapia ambulatoria controlada los enfermos se curan sin necesidad de permanecer hospitalizados. Había llegado la hora del cierre o de la reconversión para los vetustos sanatorios, alguno de ellos inmenso, como por ejemplo, el de Eppendorf (Alemania) que llegó a albergar 3.000 enfermos, laboratorio de investigación e instituto de Tisiología.

De todas formas, antes de acabar el tema, queda una importante cuestión por resolver. ¿Cuáles fueron en realidad los resultados de la cura sanatorial? La respuesta es difícil, pues la mayoría de las estadísticas de la época son poco fiables, o bien porque no queda claro el tipo de enfermos tratados (no es lo mismo formas iniciales que tuberculosis avanzadas) o bien por la escasa rigurosidad de los criterios de curación. Sin embargo, un estudio de Saugman y Gravesan publicado en 1932 sobre 3.119 enfermos ingresados en sanatorios en estadio III de tuberculosis pulmonar, es decir, formas graves, puede ser bastante ilustrativo. En el quinquenio 1901-1905 el porcentaje de curaciones, utilizando como criterio la negativización del esputo, fue del 16%, mientras que en el quinquenio 1926-1930 llegó hasta el 34%. ¿Cuál pudo ser la causa de tan espectacular incremento? Muy sencillo: mientras que en el primer periodo considerado se aplicaba tan sólo la cura sanatorial pura y dura (reposo, aireación y dieta), en el segundo se habían incorporado las técnicas de

colapsoterapia (neumotórax terapéutico y toracoplastias). Este hecho marcó las diferencias.

El epitafio de la cura sanatorial lo realizó en 1932 el gran tisiólogo Luís Sayé, adelantándose notablemente a las ideas de su tiempo, al escribir lo siguiente³⁰:

“¿Los resultados de la cura sanatorial valen lo que cuestan? Si se entiende por sanatorio una institución donde se practica exclusivamente el tratamiento higiénico, hoy podemos decir que no. Cuando se examinan los resultados lejanos obtenidos desde el comienzo del siglo hasta 1920-23, o sea cuando la colapsoterapia no se había aplicado con la frecuencia que se hace ahora, la conclusión no puede ser más desalentadora”.

Desgraciadamente, aquellas lejanas montañas mágicas no pudieron ser la anhelada solución de la tuberculosis en la que tantos creyeron, pero todavía hoy, casi borradas ya de la memoria colectiva, constituyen un magnífico ejemplo de la voluntad y de la constancia del hombre en su continua lucha contra la adversidad.

Bibliografía

1. Sauret Valet J. El tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar durante el siglo XIX. *Arch Bronconeumol* 1998;34:95-8.
2. Humboldt A. *Del Orinoco al Amazonas*. Barcelona: Ed. Labor S.A., 1962.
3. Dujardin-Beaumez. *Leçons de Clinique Thérapeutique*. París: Octave Dion Ed., 1881.
4. Regnard P. *La cure d'altitude*. París: Masson et Cie. Editeurs, 1898.
5. Jaccoud S. *Lecciones de Clínica Médica*. Madrid: El Cosmos Editorial., 1885.
6. Riera y Villaret A. Tratamiento de la infección tuberculosa del pulmón. *Actas del Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona* 1888;251-9.
7. Weber H. *Climatoterapia*. Madrid: Biblioteca Económica de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 1886.
8. Guillaume P. *Du désespoir au salut: Les tuberculeux aux 19 et 20 siècles*. París: Aubier, 1986.
9. Sauret Valet J. *La tuberculosis a través de la historia*. Madrid: Rayma Ed., 1990.
10. Wilson JL. History of the American Thoracic Society. Part 1. The American Sanatorium Association. *Am Rev Respir Dis* 1979;119:177-84.
11. Ribas y Perdígó M. *Tratamiento curativo de la tuberculosis pulmonar*. Barcelona: Establecimiento tipográfico de Federico Sánchez, 1898.

12. Sabourin Ch. *Traitement rationnel de la Phtisie*. París: Masson Ed., 1913.
13. Gilbert A, Carnot P. *Terapéutica de las Enfermedades Respiratorias y de la Tuberculosis Pulmonar*. Barcelona: Salvat y Cía. Eds., 1924.
14. Chuquet A. *L'Hygiène des tuberculeux*. París: Masson Ed., 1899.
15. Ormilla E. *Talasoterapia. Colonias marinas*. Bilbao: Imprenta Editorial Moderna, 1945.
16. Jiménez Ontiveros F. *La organización actual de la lucha antituberculosa*. Sevilla: Librería Internacional de Lorenzo Blanco, 1933.
17. Valenzuela J. Tratamiento atmiátrico de la tuberculosi pulmonar. *Actas del Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona* 1888;244-51.
18. Bassols y Prim A. *Climatoterapia española de la tisis pulmonar*. Barcelona: J. Seix Ed., 1888.
19. Sagaz Zubelu L. *Breve historia de la lucha contra las enfermedades respiratorias en la provincia de Jaén y de sus instituciones*. Jaén: Instituto de estudios giennenses, 1978.
20. Sanz Valero M, Bueno Cañigral FJ, Pérez Gozalvo M, Llinares Picó M. *Los dispensarios antituberculosos en la comunidad valenciana*. Valencia: Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana, 1999.
21. Moliner F. El sanatorio de Porta-Coeli. *El Siglo Médico* 1900;2423:344-5.
22. Correa A. De los sanatorios. *El Siglo Médico*. 1904; 2622:184-7.
23. Villanueva Edo A. *Historia social de la tuberculosi en Bizcaia (1882-1958)*. Diputación Foral de Bizkaia, 1996.
24. Zumárraga R. El problema de la tuberculosi en Vizcaya. *Rev Clin de Bilbao* 1931;8:397-416.
25. Cornudella J. *La Pneumologia a Catalunya i els seus homes*. Barcelona: Ed. Ariel, 1973.
26. Cornudella R. Història de la Pneumologia a Catalunya. Barcelona: Hacer Ed., 1999.
27. Arias Carvajal P. *Tuberculosis. Como se puede evitar y curar esta enfermedad*. Barcelona: Casa Editorial Maucci, 1925.
28. García Treviño A. Los climas de altura en el tratamiento de la tuberculosi pulmonar. *El Siglo Médico* 1918; 3355:248-9.
29. Caylá JA. Tuberculosis a la ciutat de Barcelona (1986-1988) Factors predictors de la SIDA en malalts tuberculosos i del incompliment del tractament antituberculos. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, 1990.
30. Sayé L. Les noves orientacions de la lluita antituberculosa i la seva aplicació a Catalunya. Barcelona. *Monografies Mèdiques* 1933;68-9.