

Caleros, yeseros y tuberculosis en el Campo de Montiel a inicios del siglo XX

MARÍA DEL CARMEN PALAO IBÁÑEZ

Investigadora independiente

mpalao@ucm.es

 <https://orcid.org/0000-0001-7688-0903>

Recibido: 2-XII-2022

Aceptado: 28-XII-2022

RESUMEN

Este trabajo se propone ofrecer una visión general sobre la profunda huella que la tuberculosis dejó en la España de principios del siglo XX, tanto desde una perspectiva sanitaria como social, en especial en relación con los estudios desarrollados en aquellos años por un ilustre médico daimieleño, Gaspar Fisac, sobre la inmunidad de caleros y yeseros frente a la enfermedad. Centraremos nuestra atención en el Campo de Montiel, a través de los datos recopilados por Fisac en distintas localidades del país.

PALABRAS CLAVE: Caleros, Yeseros, Tuberculosis, Campo de Montiel, Gaspar Fisac.

[en] Lime-kiln Workers, Plasterers Manufacturers and Tuberculosis in Campo de Montiel at the beginning of the 20th Century

ABSTRACT

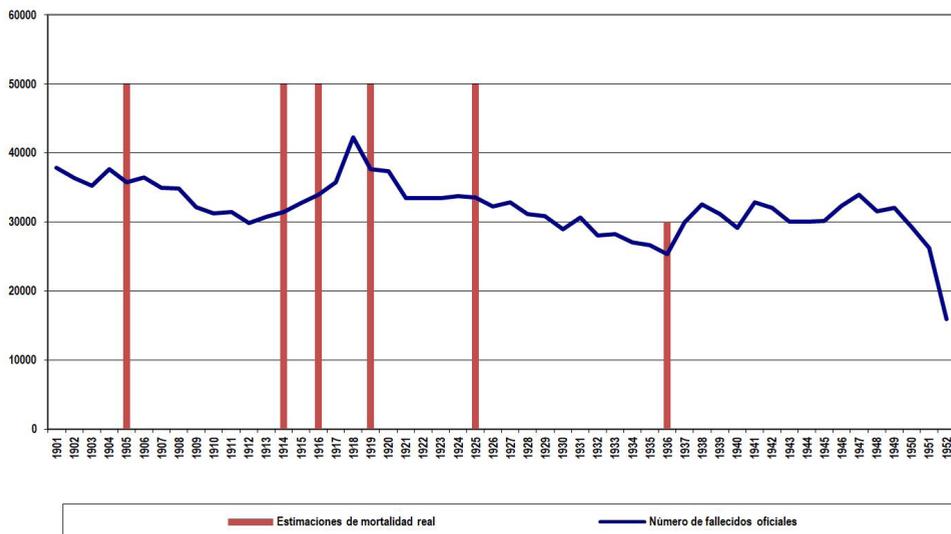
This paper aims to offer an overview of the deep mark that tuberculosis left in Spain at the beginning of the 20th century, both from a health and social perspective, specially through the studies developed in those years by an illustrious doctor from Daimiel, Gaspar Fisac, on the immunity of lime-kiln workers and plasterers against the disease. We will focus our attention on the Campo de Montiel, through the data collected by Fisac in different locations in the country.

KEYWORDS: Lime-kiln Workers, Plaster Manufacturers, Tuberculosis, Campo de Montiel, Gaspar Fisac.

1. INTRODUCCIÓN

Sin duda, la tuberculosis es una de las enfermedades que más han marcado a la humanidad. En la época contemporánea, este mal tuvo un gran impacto en nuestro país desde mediados del siglo XIX, figurando como la más mortal hasta mediados del siglo XX (Anaut, 1999: 220) y con una etiología estrechamente ligada a las precarias condiciones de vida de amplias capas de la sociedad. Por ello, nos encontramos ante una enfermedad eminentemente social (Molero, 1987: 20), cuando no el ejemplo más perfecto de enfermedad social en la época, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

Cuando Robert Koch descubrió en 1882 el bacilo causante de la tuberculosis, el *Mycobacterium Tuberculosis*, esta enfermedad era la patología de mayor letalidad no sólo en España, sino en todo el mundo, por delante de la sífilis y el cáncer (Sauret, 2001: 199). Europa sufría en aquel momento las consecuencias de los profundos cambios que la Revolución Industrial había inducido en los modelos productivos y sociales, con el desplazamiento masivo de población rural hacia los núcleos urbanos; habiendo experimentado el periodo álgido de la epidemia tuberculosa entre 1780 y 1880 (Báguena, 1992: 13). En este contexto la tuberculosis se convierte en la peste blanca, la enfermedad social que se ceba con la mano de obra de la naciente industria. No en vano, en nuestro país el 80% de los casos se decla-



Gráf. 1: Evolución oficial del número de fallecidos por tuberculosis durante el periodo 1901-1952 en España (Del Campo, 1954: 449s) y estimaciones de la mortalidad real según Fatás (1905: 25), Camino (1914: 5), Pulido (1916: 11), Malo de Poveda (1919: 2), Codina (1925: 10) y Abelló (1936: 39).

raba en obreros, con especial incidencia en los individuos de edades comprendidas entre los 15 y los 35 años, esto es, en su plena madurez laboral (Molero, 1989a: 1).

Según las estadísticas oficiales, la tasa de mortalidad en España no se situó por debajo de 100 muertes por 100.000 habitantes hasta 1951 (Gráf. 1). En las primeras décadas del siglo, los muertos por tuberculosis en toda España superaron con pocas excepciones la cifra de 30.000 anuales, y se llegaron a sobrepasar los 42.000 en 1918 como consecuencia de la grave epidemia de gripe que afectó a todo el país. Asimismo, la tasa de mortalidad raramente llegó a situarse por encima de 200 por 10.000, si bien se resistió a descender por debajo de 130 hasta 1931.

En cuanto a la distribución territorial de la enfermedad, tal y como se desprende de los datos de mortalidad contenidos en los Anuarios Estadísticos de España, las provincias más castigadas fueron tradicionalmente Barcelona, Madrid, Sevilla, Cádiz y Vizcaya y, en general, toda la cordillera cantábrica. Hacia 1914, la provincia de Ciudad Real se situaba como una de las que menos muertes por tuberculosis se producían (Figs. 1 y 2).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la estadística sanitaria adolecía en España de muchas carencias. En efecto, muchos casos no se diagnosticaban ni registraban correctamente (Navarro, 1933: 197; Sauret, 1990: 117; Molero, 1989: 23), y otros tantos se ocultaban intencionadamente para evitar el estigma de la enfermedad (Pulido, 1916s; Codina, 1916: 173s; Buylla, 1933: 98; Navarro, 1933: 197; Molero, 1989: 23; Villanueva, 1990: 5).

Por todo ello, hasta fechas muy avanzadas, las estimaciones de los tratadistas siempre elevaron estas cifras en proporciones muy significativas. Así, a principios del siglo XX, Fatás (1905: 25) aseguraba que en realidad morían 50.000 personas por tuberculosis al año. Este dato fue corroborado posteriormente por otros autores (Camino, 1914: 5; Pulido, 1916: 11; Malo de Poveda, 1919: 2 y Codina Castellví, 1925: 10), e incluso se elevó hasta las 70.000 víctimas (Molero, 1989: 1) (Gráf. 1). En cuanto a la morbilidad, el número de enfermos pudo oscilar entre 250.000 (Malo de Poveda, 1925: 10) –150.000 serían pobres (*Id.*, 1919: 2)– y 500.000 (Sauret, 1990: 117).

Hasta ahora hemos presentado cifras que atestiguan uno de los factores que hacen de la tuberculosis una enfermedad típicamente social: una elevada frecuencia que desemboca en tasas de mortalidad que ninguna otra patología es capaz de superar. A continuación, repasaremos brevemente todos los aspectos que caracterizan una etiología fuertemente ligada a las condiciones de vida.

En España, la tuberculosis comenzó a adquirir los rasgos de una enfermedad social coincidiendo con los profundos cambios que el incipiente proceso de industrialización producía en los ámbitos económico y social. Aunque la tuberculosis ha



Fig. 3: Interior de una subvivienda en la muralla de Lérida, 1928. Foto: Corella, Archivo del Ministerio de Fomento (Arias, 2009: 26).

lla-terreno: la semilla sería el bacilo que disemina la enfermedad y el terreno el organismo humano. Ante la inexistencia de quimioterapia eficaz o vacuna contra la tuberculosis, la única forma de evitar su propagación era fortalecer el terreno para que la semilla no lograra prender y, de igual modo, evitar todo aquello que pudiese debilitar al individuo (Codina, 1916: 173; Malo, 1920: 82). En la era preantibiótica, el factor que marcaba la diferencia en la batalla contra la tuberculosis era la fortaleza del individuo. La capacidad de resistencia del organismo dependía de un amplio espectro de factores, que se pueden dividir en tres grupos: los constitucionales a la constitución física o genética del individuo; los que venían dados por el entorno en el que este individuo se desarrollaba; y, finalmente, los que se derivaban de sus acciones.

El primero se basaba en la creencia de que las taras físicas y mentales provocadas por la propia tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis, se transmitían de padres a hijos en forma de debilidad congénita o predisposición a la tuberculosis (Malo de Poveda, 1912: 52ss; Camino, 1914: 6; Garrido-Lestache, 1933: 3).

En el segundo encontramos factores muy variados, como la salubridad de la vivienda y del puesto de trabajo; la naturaleza de ese trabajo, las condiciones en

que se realizaba, su dureza, la duración de las jornadas laborales, los jornales; la cantidad y calidad de los alimentos; el urbanismo armónico y planificado; el saneamiento y la higiene pública; el acceso al agua potable, etc. Entre todos estos factores, el de la vivienda es uno de los más estudiados. De hecho, la tuberculosis recibió, entre otros epítetos, el de “enfermedad de la vivienda” (Buendía, 1933: 34) por la relación directa entre la tuberculosis y las condiciones de habitabilidad del espacio doméstico (Fig. 3). Los tratadistas de la Restauración fueron probablemente los que con mayor profusión describieron las casas de los tuberculosos pobres, en las que reinaban el hacinamiento, la suciedad y la falta de ventilación (Guerra, 1903: 9; Fernández-Caro, 1909: XIII; Queraltó, 1910: 14).

El fenómeno de la malnutrición también gozó de gran atención en todo el periodo que nos ocupa. El encarecimiento de los productos de primera necesidad que se produjo a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, merced a las cada vez mayores posibilidades recaudatorias del impuesto de consumos (Vallejo, 1996: 348, nota 14 y 363, nota 54), incidió directamente sobre la población más débil –según los doctores Rodríguez Pinilla y Fisac (1911: 3), «*la abolición del impuesto de consumos es más interesante que cien sanatorios*»–. A pesar de que el impuesto de consumos se eliminó finalmente en 1911², las dificultades de las clases bajas urbanas, especialmente, para mantener una dieta que cubriera las necesidades nutricionales más básicas continuaron siendo una realidad cotidiana a causa de la carestía de los alimentos y la escasez de los jornales (Álvarez y Rodríguez-Villamil, [1912]: 164 y ss.; Ibarrola Suárez, 1933: 50).

En este contexto, es necesario dirigir nuestra atención a los factores relacionados con las acciones individuales. Aunque no faltaron quienes, en los primeros años del siglo XX, incluyeron en este grupo de causas íntimamente relacionadas con el contagio el tabaquismo y la prostitución (Fatás, 1905: 52; Ferrand, 1910: 7; Espina, 1912c: 396; Camino, 1914: 7; Codina, 1916: 177), la literatura antituberculosa señaló al alcoholismo como el principal y más pernicioso vicio del obrero.

De este modo, la taberna se convirtió en el centro de todos los odios. En ella, el mísero jornal se transformaba en alcohol (Cortejarena, 1912: 9), que, además, dañaba sin remisión las resistencias orgánicas del obrero y degradaba su moral e inteligencia (Fernández-Caro, 1909: XIV). También sustruía al trabajador del ocio higiénico, esto es, del contacto con la naturaleza y el aire puro en sus escasos momentos de asueto, y le impelía a un estado de abandono y a descuidar su alimentación e higiene personal (Cerviá, 1933b).

² Ley suprimiendo el impuesto de consumos, sal y alcoholes de 12-VI-1911, en *Gaceta de Madrid*, 14-VI-1911.

Concluimos esta parte inicial de nuestra exposición presentando el concepto de lucha antituberculosa en su sentido más amplio. En la época en la que Gaspar Fisac desarrollaba sus estudios sobre la inmunidad de caleros y yeseros frente a la tuberculosis, la palabra “lucha” se empleaba frecuentemente para englobar todas las acciones desarrolladas por administraciones, colectivos de muy diferente naturaleza y particulares contra enfermedades de amplia repercusión –bien por el número de afectados, bien por sus consecuencias individuales, sociales y económicas, bien por todo ello a un tiempo–, como la tuberculosis, el tifus, el paludismo, las venéreas, el tracoma... Estos usos se prolongaron durante varias décadas.

Tras varias iniciativas promovidas por particulares, con escaso éxito, en 1906, el Gobierno creó el primer organismo oficial antituberculoso de España, la Comisión Permanente contra la Tuberculosis³, que en 1909 contaba con un presupuesto anual de 100.000 pesetas (Espina y Capo, 1912c: 399), la mayor parte de las cuales se destinaba a los dispensarios antituberculosos que por aquel entonces existían en Madrid (Molero, 1989: 243s). Esta fue la organización que marcó las pautas de la lucha antituberculosa en España, prolongando su existencia hasta el Directorio Militar de Primo de Rivera. Pese a diversas reorganizaciones e incrementos de su presupuesto, su operatividad fue bastante limitada.

En cuanto a los medios que se emplearon para poner coto a la enfermedad, en primer lugar fijamos nuestra atención en los establecimientos sanitarios específicamente diseñados y destinados para atender a los tuberculosos o a individuos en serio riesgo de desarrollar la enfermedad. En una clasificación muy básica, podemos distinguir entre dispensarios, sanatorios y preventorios.

Los dispensarios antituberculosos ejercían funciones de despistaje o cribado de nuevos casos en un distrito o zona determinados, seguimiento y tratamiento ambulatorio de enfermos, recomendación de ingreso en otros centros –sanatorios, hospitales, preventorios...–, apoyo económico y material a pacientes sin recursos, sensibilización social y divulgación, etc. El primer dispensario antituberculoso de España iniciaba su andadura en Madrid en diciembre de 1901 (Molero, 1989: 206), gracias a la iniciativa particular del Dr. Verdes Montenegro⁴, autor de un cartel sobre las causas, efectos y formas de evitación de la tuberculosis que marca el inicio de la divulgación antituberculosa ‘moderna’ –uso combinado de texto e imágenes– en España y presenta las recetas higienistas contra la enfermedad (Fig. 4).

³ Real Decreto de 6-II-1906, en *Gaceta de Madrid*, 12-II-1906.

⁴ Así consta en una Orden de 30-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 3-X-1934.

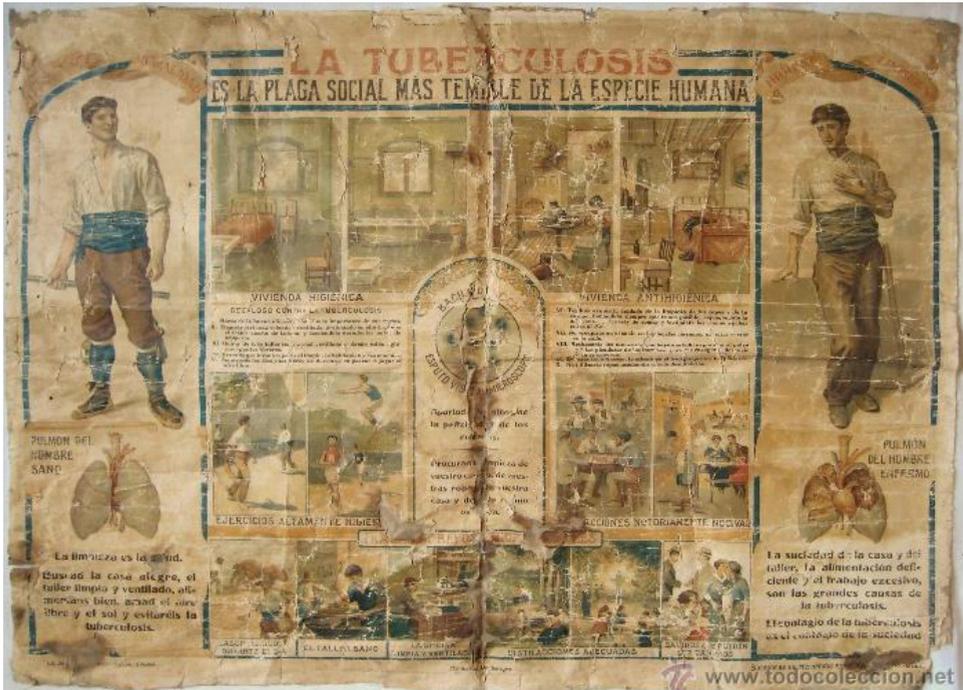


Fig. 4: Cartel antituberculoso creado por J. Verdes Montenegro. c.1900. En <http://cloud2.todocoleccion.net/carteles/tc/2013/11/02/19/39780579.jpg> (acceso: 4-X-2015).

Si a través del dispensario se ponen todos los medios posibles para tratar de que la infección tuberculosa no llegue a producirse, la figura del sanatorio representa la respuesta al fracaso de esa labor profiláctica. Otra diferencia fundamental entre ambos establecimientos es que el sanatorio, al contrario que el dispensario, cuya vocación es la atención a los menesterosos, se concibió originalmente para un público de elevados recursos económicos, que si bien era menos propenso al contagio por sus propias condiciones de vida, no estaba exento de él. Así, aunque los primeros sanatorios eran instituciones privadas con características de hoteles de lujo, esto no fue óbice para que, progresivamente, se fueran creando sanatorios ‘populares’ para aquellas personas que no pudieran costearse su internamiento (Sauret, 2001: 201), como el que el Dr. Moliner fundó en Valencia en 1899 (Fig. 5), siete años después de que el pediatra Manuel Tolosa Latour fundase el primer sanatorio de España en Chipiona.

Los sanatorios antituberculosos basaron su efectividad en la aplicación de terapias –siempre en función de los avances de la investigación científica– y pautas de vida que se suponían beneficiosas para curar –o al menos detener– la tuberculosis,



Fig. 5: Enfermos de Porta Coeli haciendo cura al aire libre Foto: Archivo General de Palacio, Álbum del sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163110.

una vez que la infección ya se hubiese producido y extendido por el organismo del enfermo. Estas directrices respondían a los resultados de diversos estudios en los que se había constatado que la tuberculosis tenía una incidencia mucho menor en alturas superiores a los 1.200 metros sobre el nivel del mar; sin olvidar los preceptos de la climatoterapia, que hacía mayor hincapié en los beneficios de determinadas condiciones climáticas para la contención de la tuberculosis en los individuos afectados, sin conceder tanta importancia a la altitud (Sauret, 1990: 107ss.; y 2001: 199s). En este sentido, hay que aclarar que también existía la figura del sanatorio marítimo –como el de Chipiona, anteriormente mencionado–, especialmente indicado para la cura de tuberculosis óseas. En todos los casos, el tratamiento consistía, básicamente, en la realización de una cura de reposo, insolación (helioterapia) y aire libre, por un lado, y de una dieta abundante y variada, por otro. Más allá de su eficacia en el tratamiento de la enfermedad, la figura del sanatorio cumplió una importante función a la hora de detener, en cierto modo, el avance de la tuberculosis, al aislar a parte de los individuos enfermos y apartarlos de los sanos, evitando así muchos contagios (Sauret, 2001: 202).

Este régimen de vida típico de los sanatorios fue reproducido en los preventorios, centros dedicados a la prevenir la infección tuberculosa en niños que se considerasen propensos a contraer la enfermedad o presentasen algún signo de contacto con ella, pasado o incipiente, por convivir en su propio hogar o entorno cercano con tuberculosos. Su orientación no era sólo médica, sino también pedagógica, ya que en ellos se daba continuidad a la educación de los niños (Linares, 1933: 138ss.). También se pusieron en marcha colonias escolares, a las que, en determinadas fechas del año, acudían niños con problemas de crecimiento –retrasados en peso y talla–, anémicos, etc.

Según el Instituto Nacional de Estadística –INE–, en 1915 –primer año en que se registran estos datos–, existían en España 43 dispensarios antituberculosos –en los que se atendió a lo largo de ese año a cerca de 15.000 personas–, dos sanatorios antituberculosos de propiedad y administración estatal, siete centros denominados «*otros sanatorios antituberculosos*», cuatro sanatorios para niños raquíuticos escrofulosos y dos colonias antituberculosas.

En sus estadísticas, el INE no facilita el nombre ni localización de estos establecimientos hasta 1918-19. Aunque su número varía, a lo largo de los años se constata la inexistencia de cualquiera de ellos en la provincia de Ciudad Real. En el ámbito de Castilla-La Mancha, el Hospital Carlos III de Trillo, en Guadalajara, entra en la estadística oficial en 1919 al atender dentro de sus instalaciones a pacientes tuberculosos, aunque no en exclusividad. En los años siguientes, el INE registra la creación de nuevos centros en Castilla-La Mancha, pero la provincia de Ciudad Real queda permanentemente excluida. En 1949 –momento en el cual la lucha antituberculosa está en manos del Estado, a través del Patronato Nacional Antituberculoso (PNA)–, el INE constata al fin la existencia de cuatro dispensarios en la provincia: uno central, en la capital; y otros tres de carácter comarcal en Alcázar de San Juan, Valdepeñas y Puertollano. En 1954, las únicas provincias que no contaban con un sanatorio gestionado por la lucha antituberculosa oficial eran Ciudad Real, Soria y Teruel. Desconocemos si pudieron existir en estos territorios otros centros en los que se tratase la tuberculosis, ya fuesen de carácter público o privado; pero precisamente en 1954 se iniciaron las obras de construcción de un sanatorio del PNA en el barrio de La Atalaya de la capital ciudadrealeña, que se alargaron hasta 1970 tras diversas vicisitudes. El centro nunca llegó a atender a pacientes tuberculosos, ya que la generalización de antibióticos específicos, que además acortaron el plazo de curación en sus formulaciones más avanzadas, propició un pronunciado descenso de la mortalidad que lo hizo innecesario (Peris, 2018: 26s).

Como hemos indicado anteriormente, las tasas de mortalidad por tuberculosis no comenzaron a experimentar un descenso significativo hasta la década de los 50 del siglo XX. Este punto de inflexión no lo marca la instalación de sanatorios ni dispensarios –si bien no es nada desdeñable la función de aislamiento de los enfermos que ejercían los primeros, ni la de despistaje de los segundos– sino la generalización de los antibióticos específicos contra la enfermedad: primero la estreptomycin, con importantes efectos secundarios y eficacia limitada debido a la generación de resistencias bacterianas (Báguena, 1992: 102; Márquez, 1947: 146; Cerviá, 1947: 846s); y, posteriormente, el ácido para-amino-salicílico o PAS y las isoniazidas, que marcaron la diferencia y supusieron un punto de inflexión en la lucha contra la enfermedad (Báguena, 1992: 102ss; Blanco, 1954: 15). Hasta entonces, la medicina se había esforzado, con distinto éxito, por combatirla. Surgieron toda suerte de terapias, procedimientos y sustancias, recogidos por Báguena (1992), y, hacia los años 20 del pasado siglo, la farmacopea antituberculosa acumulaba un amplísimo catálogo de compuestos, algunos “increíbles”, que en ningún caso atacaban al causante de la enfermedad, el bacilo de Koch (Ledermann, 2003: 49). También se desarrollaron diversas vacunas contra la tuberculosis, aunque en general su éxito fue limitado (Álvarez, 1931: 58ss). La primera fue la del español Jaime Ferran (Sanz et alii, 1999: 43), si bien acabó triunfando e imponiéndose la BCG, creada por Calmette y Guérin en 1921. Asimismo, se empleó la colapsoterapia, un conjunto de técnicas destinadas a colapsar el pulmón tuberculoso y facilitar su curación. Por su parte, el calcio se empleaba en el tratamiento de la tuberculosis por sus efectos cáusticos y antisépticos en el tejido pulmonar afectado, sobre todo por vía intravenosa, aunque resultaba una terapia dolorosa y con efectos secundarios como necrosis y quemaduras en los tejidos adyacentes (Brasa y Landín, 2011: 187). En efecto, el uso del calcio se atestigua ya en el siglo XIX en la Europa meridional (Riva, 2014: 662), dado que la presencia de calcificaciones en las lesiones curadas y su ausencia en los focos activos era un hecho constatado, aunque tenemos que esperar a principios del siglo XX para que se produzcan las primeras observaciones clínicas de este fenómeno, vinculadas a oficios relacionados con la producción y manejo de cal y yeso.

2. GASPAR FISAC, PIONERO EN EL ESTUDIO DE LA INMUNIDAD DE CALEROS Y YESEROS FRENTE A LA TUBERCULOSIS

Gaspar Francisco Fisac y Orovio –1859-1937– nació en Daimiel en el seno de una familia acomodada (Fisac, 2016: 20s) (Fig. 6). Como tantos médicos en aquella época, su ciencia y su trato humano, su bonhomía, le granjearon el cariño y el respeto de sus vecinos (*Ibid.*: 22s y 54; García, 2015: 222). De igual modo, también como muchos de sus colegas –lo hemos analizado en la primera parte de

este artículo—, denunció la falta de saneamiento de las calles, la insalubridad de barrios enteros, la deficiente educación de la población y los altos índices de pobreza, que necesariamente desembocaban en la propagación de enfermedades. Así, diría que «*la clase jornalera se sostiene con oxígeno, ejercicio muscular, agua y vino*». Esta defensa de las clases sociales menos favorecidas tuvo su altavoz en el periódico El Eco de Daimiel, fundado por su hermano Deogracias en 1885 (Fisac, 2016: 23).

Pero sin lugar a dudas el mayor reconocimiento público le llegó por su actividad profesional. Estudió en la Universidad Central de Madrid entre 1877 y 1882, donde obtuvo el grado de doctor con su tesis Profilaxis pública y privada para evitar la propagación del cólera morbo. Su primer destino fue el de director de Sanidad Marítima de Alcudia, en las Islas Baleares, y el último, en el Hospital Provincial de Ciudad Real, en el que trabajó entre 1921 y 1937. El periodo intermedio entre ambos destinos transcurrió en Daimiel, donde Fisac ejerció desde 1884 como médico titular y forense. Quienes le conocieron afirmaron que en las escasas horas libres que le permitía su profesión, solía dedicarse a la investigación sobre distintas epidemias y enfermedades —su estudio sobre el sarampión en Daimiel de 1904 le valió el premio Calvo y Martín de la Real Academia de Medicina—, siendo el estudio de la tuberculosis, el que le reportó un mayor reconocimiento (Fisac, 2016: 221ss).

No hay duda de que la muerte por tuberculosis de su hermano Deogracias, en 1888 y a los 32 años de edad (García, 2015: 27 y 32), le marcó tanto en lo personal como en su trayectoria investigadora. Todo ello en una localidad, Daimiel, donde la peste blanca era la primera causa de mortalidad, tal y como constató el propio Fisac en 1905 en la Topografía Médica de Daimiel y su partido (*Ibid.*: 32, 223 y 227). Precisamente durante la elaboración de esta obra apreció la inexistencia de muertes por tuberculosis entre aquellos que se dedicaban a la producción de cal y yeso (*Ibid.*: 135).

La hipótesis de Fisac era que el polvo de yeso o cal aspirado inmuniza contra la tuberculosis o incluso la cura, «*aun arrastrando miserable vida y viviendo*



Fig. 6: Gaspar Fisac y Orovio en 1916. En <https://palabrasinefables.blogspot.com/2016/01/fisac-citados-en-el-libro-una-lagrima.html> (acceso: 29-XI-2022).

La hipótesis de Fisac era que el polvo de yeso o cal aspirado inmuniza contra la tuberculosis o incluso la cura, «*aun arrastrando miserable vida y viviendo*



Fig. 7: Calera de la Mina, en Ruidera, en la actualidad. En <https://ruideratreasures.es/calera-tradicional-perfecta-alto-guadiana> (acceso: 1-XII-2022).

en íntimo contacto con las demás clases sociales, entre las que la aspiración de otras clases de polvos arrebatada [...] la vida de muchos operarios herreros, carpinteros, molineros, gañanes, jornaleros, etc.» (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 99). También dirá que «*los yeseros comen poco, viven mal y beben mucho*» y, a pesar de ello, su oficio les preserva de la enfermedad (*Ibid.*: 172). Esta creencia la sustentaba en su experiencia clínica en Daimiel como médico titular y libre, donde comprobó que los caleros no presentaban síntomas tuberculosos. Tampoco sufrían la enfermedad los yeseros que, procedentes de Villarrubia de los Ojos, afluían «*en gran número*» a Daimiel «*pregonando en voz robusta su mercancía*». Según Fisac, al inhalar el polvo de cal o yeso se producían en el organismo una serie de interacciones y transformaciones de carácter químico que facilitaban la infiltración calcárea de los tubérculos (*Ibid.*, 1911: 81ss) (Figs. 7 y 8).

Los estudios del Dr. Gaspar Fisac sobre la inmunidad frente a la tuberculosis inducida por la inhalación de polvos de cal y yeso son pioneros, y figuran como uno de los primeros en publicarse en un momento –principios del siglo XX– en el



Fig. 8: Diferentes momentos de la producción tradicional de la cal, en los que se aprecia el estrecho contacto de los artesanos con la sustancia. En <https://antonicuevas.blogspot.com/2017/09/exposicion-en-cal-viva-un-trabajo-de.html> (acceso: 1-XII-2022).

que se desarrollan investigaciones similares en diferentes países⁵. Aunque comienza a recopilar datos con anterioridad, es en 1905, en el Congreso Internacional de la Tuberculosis que se celebra en París, cuando da a conocer los primeros resultados (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 86ss). Estas observaciones subrayan los vínculos establecidos por algunos médicos europeos en la segunda mitad del siglo XIX (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 84s y 102). De este modo, se extendió el uso del calcio en el tratamiento de la tuberculosis, por varias vías y formulaciones: primero por vía oral y, tras comprobarse que su absorción a través del tubo digestivo era muy pobre, por vía intravenosa. La calcioterapia fue muy popular en Europa y se utilizó hasta el descubrimiento de las sulfamidas, en la década de los 30 del siglo XX (Báguena, 1992: 100s).

En su comunicación al congreso de París, Fisac anuncia los resultados de una encuesta realizada entre los médicos de doce municipios de las provincias de Madrid, Toledo, Ciudad Real, Jaén, Valencia y Alicante, a los que consulta acerca del número de personas vinculadas a la producción de cal y yeso fallecidas por tuberculosis entre sus pacientes, a lo largo de toda su experiencia profesional. Fisac constató 925 muertes por tuberculosis pulmonar en una población agregada de 78.840 personas. Asimismo, identificó 599 familias dedicadas a la fabricación de cal y yeso –según el criterio del autor, por cada familia podría haber cuatro personas dedicadas al oficio, lo que daría un total de 2.396 individuos (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 218)– y que sólo tres de los óbitos referidos estaban vinculados a la producción de cal –dos fallecidos– y yeso –un fallecido–. Todo ello en un periodo de tiempo marcado por la experiencia profesional de los informantes, que en la mayoría de los casos supera los veinte años.

De los siete municipios ciudadrealeños sobre los que figuran datos en la comunicación, únicamente uno pertenece a la comarca del Campo de Montiel: La Solana. Con una población de 10.000 habitantes, en esta localidad residen 50 familias dedicadas a la fabricación de cal y otras 150 a la producción de yeso, todas en hornos al aire libre. Los doctores Campillo, Maroto y Velasco indican que entre los 102 fallecidos por tuberculosis pulmonar a lo largo de su carrera no se encuentra ningún calero ni yesero.

En 1906, el Dr. Fisac asiste a un nuevo congreso sobre tuberculosis, esta vez en Lisboa, donde presentó nuevos datos que corroboran su teoría (Rodríguez Pinilla y

⁵ En 1906, el francés Louis Rénon comprobó que en una zona donde habían funcionado hornos de cal durante diez años no existía un solo caso de tuberculosis entre los 200 obreros que habían trabajado en ellos, a pesar de que la mayoría eran alcohólicos. Por su parte, W. Selkirk realizó en Edimburgo observaciones similares a las de Fisac sobre los caleros y yeseros en 1908. Y F. Tweddell realizó encuestas similares a las de Fisac en todas las fábricas de cal y yeso existentes en París y en el noreste de Estados Unidos, con idénticas conclusiones (Báguena, 1992: 100s).

Fisac, 1911: 95ss), que ya había sido apoyada por otros colegas tanto durante como con posterioridad al congreso de París (*Ibid.*: 165ss, 170ss y 195ss). Mediante una comunicación dirigida a todos los inspectores provinciales de Sanidad –figura de autoridad en la administración sanitaria creada en 1892 (Molero y Jiménez, 2000: 50)–, Fisac solicitó su colaboración para recabar más y cubrir así un mayor número de municipios. En este caso Fisac aclaraba, además, que no sólo apelaba a los años de experiencia de sus colegas, sino también a la memoria de sus antecesores y de los vecinos más ancianos de cada localidad (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 102).

Esta nueva encuesta, mucho más ambiciosa que la anterior, recogió los datos correspondientes a 7.933 familias –que totalizan 31.732 individuos, según los cálculos de Fisac– de las 49 provincias en las que se dividía España en aquel momento, aglutinando las de Ciudad Real y Albacete, que contaban entonces con más de 264.000 habitantes, a 724 de esas familias –2.896 personas–. Además, nos brinda algún detalle relevante que nos ayuda a caracterizar la forma en que caleros y yeseros desempeñan su oficio. Así, el galeno daimieleño revela que, en los pueblos pequeños, la elaboración de cal y yeso era una actividad que normalmente no se realizaba en exclusividad, sino que se compatibilizaba con otras; de lo que se deduce que, en una población con una baja demanda de cal y yeso, la producción de estos materiales no era suficiente para sustentar a una familia (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 95). Es el caso, por ejemplo, de Corral de Calatrava –2.128 habitantes–, donde el calero ejercía su labor “a temporadas” (*Ibid.*: 103). Del mismo modo, participan en el proceso productivo todos los miembros de la unidad familiar, independientemente de su sexo (*Ibid.*: 95 y 97). El cabeza de familia se dedica a la elaboración del material propiamente dicha –a veces hasta bien entrados los 70 años de edad, como en el caso de Consuegra (*Ibid.*: 105)–, mientras que la madre y los hijos –como mínimo, acompañan al yesero o calero en sus quehaceres tres o cuatro personas– realizan «*faenas de molienda y cernido del yeso, descarga de la calera, etc.*» (*Ibid.*: 95s). En cuanto al horno en el que se ‘cocinan’ la cal y el yeso, responden al modelo de producción tradicional de estos materiales, instalándose en el campo, al aire libre, y empleándose material de origen vegetal para su combustión (*Ibid.*: 96 y 101).

En la comunicación de Fisac se incluyen varios pueblos del Campo de Montiel: Almedina, Castellar de Santiago, Ossa de Montiel, Puebla del Príncipe, Villanueva de los Infantes y, nuevamente, La Solana (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 109 y 124s). Los dos últimos son, con 8.000 habitantes cada uno –llama la atención que en la comunicación al congreso de París, tan sólo un año antes, se atribuyesen 2.000 habitantes más a La Solana–, los municipios más poblados del Campo de Montiel de los citados en esta ocasión por Fisac, a una distancia notable de Castellar de Santiago –2.128 habitantes–, Ossa de Montiel –1.353 habitantes–, Almedina –995

habitantes— y Puebla del Príncipe —722 habitantes—. En la provincia de Ciudad Real, y siempre dentro de los márgenes del estudio realizado por Fisac, la localidad de entidad más próxima a la comarca es Valdepeñas, con 25.000 habitantes.

Dentro del Campo de Montiel, sólo se producía cal y yeso en La Solana, Villanueva de los Infantes, Puebla del Príncipe y Ossa de Montiel. En La Solana, al igual que en su comunicación de 1905, Fisac constató una mayor producción de yeso en hornos al aire libre, a la que se dedicaban 100 familias, que a la producción de cal, con 30 familias. Todos realizaban esa actividad de forma permanente. Sin embargo, los datos son sensiblemente inferiores, ya que en su comunicación al congreso de París hablaba de 150 y 100 familias, respectivamente. Los médicos informantes en 1906 eran los doctores Campillo y Velasco, que ya habían facilitado los datos para la comunicación de 1905 junto al doctor Maroto. Esta diferencia podría deberse a varios motivos. Por un lado, cabe la posibilidad de que en la comunicación de 1905 se recojan datos de años precedentes. Por otro lado, podría pensarse en la posibilidad de reajustes en la producción, motivados por una menor demanda. No podemos descartar, asimismo, un recuento más afinado que el que vio la luz en 1905. Todo ello nos hace pensar en que los datos ofrecidos por Fisac no pueden considerarse absolutamente precisos, pero sí al menos aproximados.

Por su parte, Villanueva de los Infantes albergaba 14 familias que producían cal en hornos al aire libre de forma permanente, y otras 20 que se dedicaban al yeso por temporadas. El médico informante, Ángel Migallón, aseguraba que en un año de experiencia profesional en el pueblo había constatado una única muerte por tuberculosis, ajena al oficio de calero o yesero. En Puebla del Príncipe, Agustín Conto —que también había ejercido la medicina en la localidad durante un año—, daba cuenta de veinte familias dedicadas a la fabricación de yeso, de manera intermitente. Finalmente, Julio Martínez informaba en Ossa de Montiel de cuatro familias que se dedicaban a la producción de cal y otras tres a la de yeso.

Se trata de cifras relevantes, en tanto en cuanto en Valdepeñas, el municipio más poblado de la provincia de Ciudad Real en el listado de Fisac —su población triplicaba la de La Solana y Villanueva de los Infantes—, residían únicamente doce familias dedicadas a la producción de cal y yeso, aunque lo hacían de forma continuada. La Solana era, con diferencia, la población con más familias dedicadas a este oficio en la provincia de Ciudad Real. Sólo Carrión, fuera del Campo de Montiel, se le acercaba con 75 familias que fabricaban yeso, aunque por temporadas.

En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, la comunicación de Fisac da cuenta de un total de 7.894 fallecimientos sobre una población observada de 3,7 millones de personas, de los que sólo seis se producían entre caleros, yeseros y sus respectivas familias. La Solana es la única localidad del Campo de Montiel en la

que se producían muertes por tuberculosis, un total de siete en un periodo de un año, y todas ellas ajenas al negocio de la cal y el yeso. Los informantes del resto de municipios del Campo de Montiel usaban el mismo marco temporal para sus referencias; al igual que en Valdepeñas –la ciudad de referencia más cercana a la comarca–, donde se producen 26 muertes por tuberculosis.

Tras el éxito internacional cosechado en un nuevo congreso internacional celebrado en París en 1907, en el que presentó los datos expuestos en Lisboa ese mismo año (Fisac, 2016: 136), Gaspar Fisac aportó al primer Congreso Nacional de la Tuberculosis de Zaragoza, celebrado en 1908, nuevos datos recopilados en 1907 (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 169ss). En esta ocasión, se investigaba a 1.674 familias, esto es, 6.696 personas. Los muertos por tuberculosis se elevaban a 5.818, de los que sólo ocho eran yeseros y caleros.

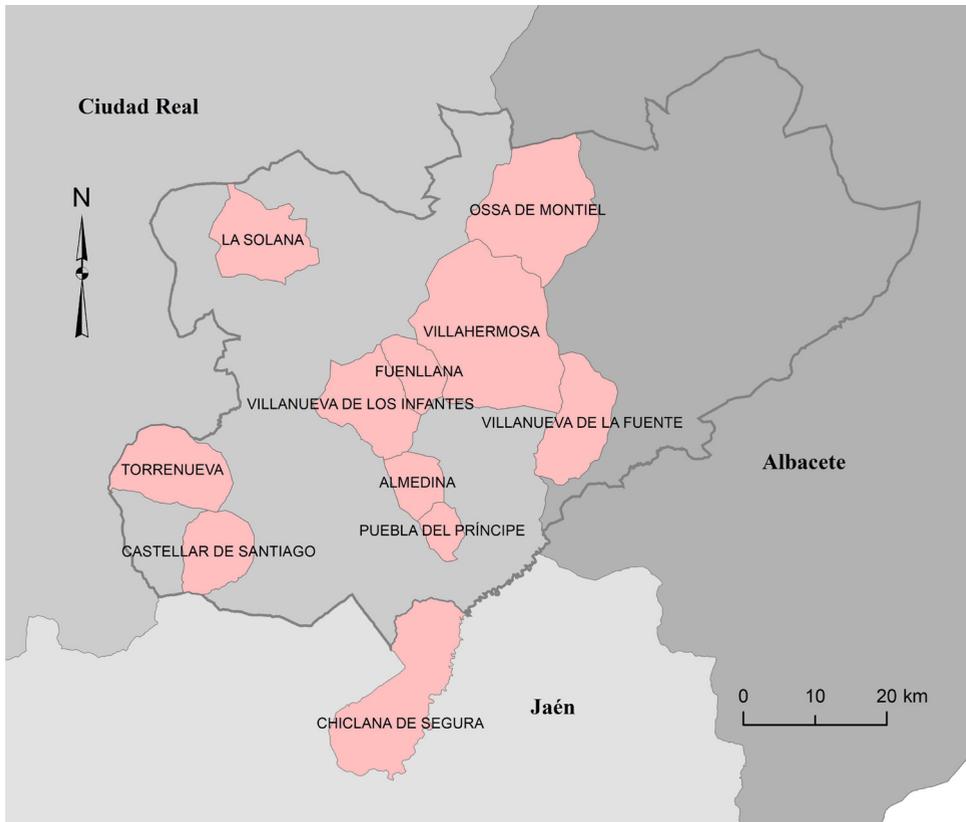


Fig. 9: Municipios actuales de la comarca geográfica e histórica recogidos en el estudio de G. Fisac.

El Campo de Montiel se encuentra representado por Fuenllana, Torrenueva, Villahermosa, Villanueva de la Fuente, Villanueva de los Infantes y, si atendemos a su configuración histórica, a Chiclana de Segura, en Jaén (Fig. 9). Las alusiones a la población de cada localidad son puntuales, no siguiéndose el modelo empleado en las dos comunicaciones anteriores, en las que se figura el número de habitantes de todos los municipios referenciados.

Según la encuesta, en la provincia de Ciudad Real existían 172 familias que explotaban hornos de cal y otras 220 que se dedicaban al yeso, y se producían 872 muertos por tuberculosis, de los que tan sólo uno estaba relacionado con la producción de la cal (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 192). En la provincia de Jaén eran 28 las familias que fabrican cal en hornos al aire libre y 41 las que producían yeso por el mismo procedimiento, y se contabilizaban 278 fallecidos por tuberculosis, de los cuales dos eran caleros y otros dos, yeseros (*Ibid.*: 193). En toda España existían 767 familias que fabricaban cal en hornos al aire libre y otras 900 que obtenían yeso, mientras que la producción industrial se limitaba al yeso y únicamente empleaba a siete familias en fábricas de yeso, ninguna ubicada en las provincias de Ciudad Real y Jaén. La provincia de Ciudad Real era, con mucho, la que más hornos de cal y yeso concentraba, con más del 23,5% del total nacional; si bien debemos recordar la propensión del autor a la recolección de datos de la provincia de la que es originario y en la que desempeña su trabajo (Fig. 10).

Adentrándonos ya en los detalles que se facilitan sobre el Campo de Montiel, no se evidencia ninguna muerte por tuberculosis en las familias de caleros y yeseros.

Concretamente, en Torrenueva, Mateo Moreno, médico titular, afirmaba que los caleros «*no son catarrosos y disfrutan de buena salud*» (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 181).

En Villahermosa, el médico titular, Ramón Rodríguez, informaba de la muerte de 23 tuberculosos de varias profesiones en diez años. En cuanto a yeseros y caleros, los diez fallecimientos registrados se debían a la gripe, por cardiopatías y enteritis.

Los datos de Villanueva de los Infantes y Fuenllana se ofrecían de forma conjunta, a través de R.L. Arenas, forense, que aseguraba que en más de 25 años de ejercicio profesional en estas poblaciones, «*en las que la tuberculosis es relativamente frecuente, y a pesar de la escasa alimentación de los yeseros y caleros*» había observado su inmunidad frente a la tuberculosis pulmonar (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 181).

En Villanueva de la Fuente, V. Díaz Peñalver, inspector municipal de Sanidad, informaba de que el municipio tenía 3.746 habitantes, 23 familias caleras y 15 yeseras, trabajando 15 o más casi siempre. Los fallecidos por tuberculosis

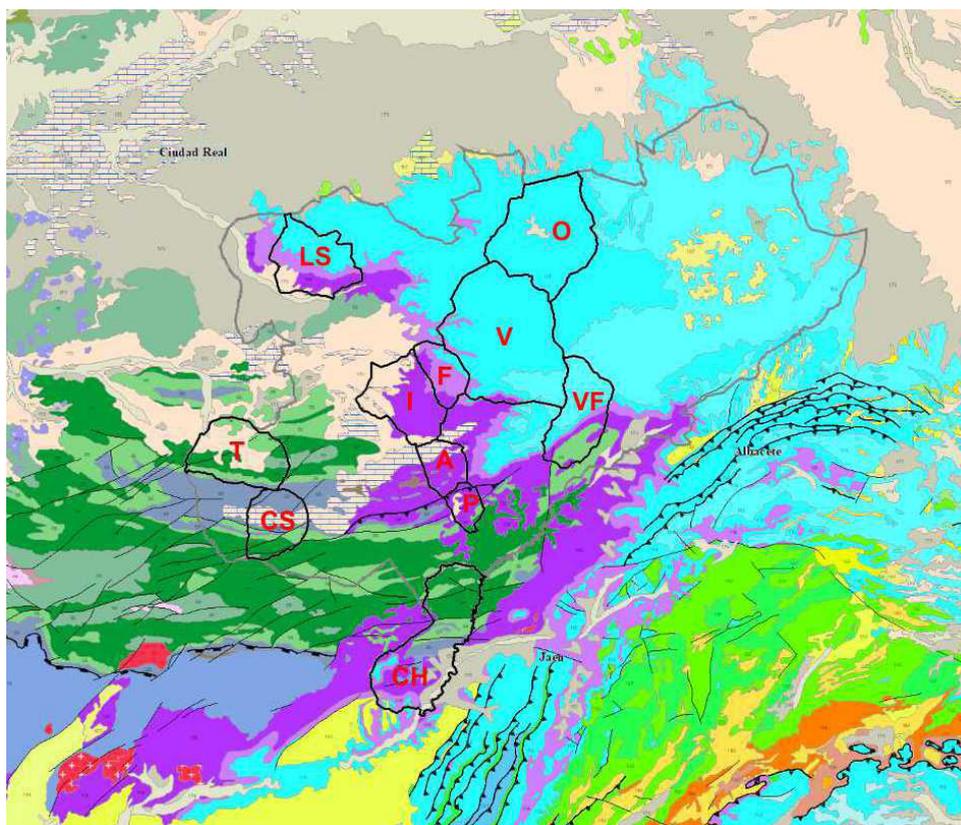


Fig. 10: Correlación entre sustrato geológico y municipios del Campo de Montiel mencionados en el estudio del Dr. Fisac. En azul y beige, áreas calizas; en púrpura, las de predominancia de areniscas; en verde, otras cuarcíticas. Mapa propio sobre cartografía MAGNA del IGME (2022).

en dos años ascendían a cuatro, y ninguno era calero ni yesero. En este periodo, entre los caleros y yeseros se produjeron tres muertes: un hombre de 50 años por uremia y dos mujeres de 30 y 35 años por accidentes puerperales. Una vez más, se evidencian las duras condiciones de vida de los que ejercían estos oficios, como atestiguaba el informante: «*Es de notar en los industriales de este género, así como en sus familias, que también a estos trabajos contribuye una gran resistencia orgánica a pesar de su mala alimentación y excesivo trabajo*» (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 181).

Finalmente, en Chiclana de Segura –2.500 habitantes–, el médico titular, Tendiselo Lobo Martínez, acreditaba la existencia de tres familias que trabajaban en cal y yeso seis meses al año. En un periodo de seis años, se produjeron cinco muertes por tuberculosis, ninguna entre caleros o yeseros.

LOCALIDAD	POBLACIÓN FISAC	POBLACIÓN OFICIAL	FAMILIAS DEDICADAS PRODUCCIÓN DE CAL	FAMILIAS DEDICADAS PRODUCCIÓN DE YESO	FAMILIAS DEDICADAS PRODUCCIÓN DE CAL TODO EL AÑO	FAMILIAS DEDICADAS PRODUCCIÓN DE CAL POR TEMPORADAS	FAMILIAS DEDICADAS PRODUCCIÓN DE YESO TODO EL AÑO	FAMILIAS DEDICADAS PRODUCCIÓN DE YESO POR TEMPORADAS	MUERTOS POR TB	MUERTOS POR TB: CALEROS Y YESEROS
Almedina	995	1200	0	0	0	0	0	0	0	0
Castellar de Santiago	2128	2128	0	0	0	0	0	0	0	0
Chiclana de Segura	2500		3*	3*	0	3*	0	3*	5	0
Infantes	8000	10100	14	20	14	-	-	20	1	0
Infantes y Fuenllana (1907)		10100 +600	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	0
La Solana (1905)	10000	8000	50	150	-	-	-	-	102	0
La Solana (1906)	8000		30	100	30	-	100	-	7	0
Ossa de Montiel	1353		4	3	4	0	3	0	0	0
Puebla del Príncipe	722	1000	0	20	0	0	0	20	0	0
Torrenueva	Sin datos	3500	Indet.	0	Indet.	Indet.	0	0	Indet.	0
Villahermosa	Sin datos	4552	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	Indet.	23	0
Villanueva de la Fuente (1907)	3746	3357	23	15	15*	15*	Indet.	Indet.	4	0

Tabla 1: Síntesis de los datos presentados por el Dr. Fisac sobre caleros, yeseros y tuberculosis en municipios del Campo de Montiel a diferentes congresos científicos entre 1905 y 1908.

En conclusión, si atendemos a los datos aportados por el Dr. Fisac en los tres congresos referidos, se obtiene una mortalidad muy reducida, del 0,41x1.000, entre los caleros y yeseros estudiados, esto es, siete muertos en un universo de 40.824 individuos (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 218) (Tabla 1).

En paralelo a sus observaciones y como consecuencia de las conclusiones extraídas, el Dr. Fisac prescribió el uso terapéutico de las inhalaciones de cal y yeso entre 1905 y 1909 en diversos pacientes –muchos de ellos residentes en Daimiel, con diferentes ocupaciones y edades–, refiriendo resultados positivos, aunque es prudente en sus afirmaciones (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 218ss). A partir de 1910, empleó el ‘pulvi-inhalador Fisac’ (Fig. 11), un aparato desarrollado y patentado, con su colaboración, por su primo el farmacéutico «*de desbordante*

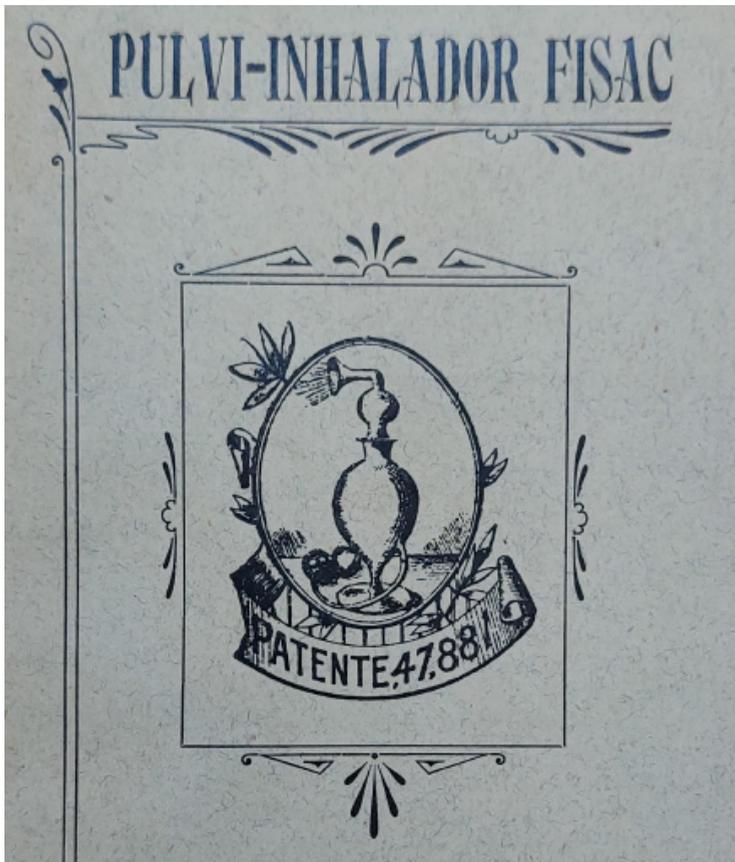


Fig. 11: Portada del opusculo Pulvi-inhalador Fisac, en la que se reproduce una imagen del aparato (Fisac, 1911).

imaginación» (García, 2015: 217) Joaquín Fisac, también daimieleño (Fisac, J., 1911). Basado en la difusión de polvos calcáreos, especialmente preparados, que penetraban en el organismo a través del aparato respiratorio, llegó a gozar de notable relevancia, especialmente desde su invención y hasta los años veinte; momento en el cual Joaquín Fisac decidió darlo de alta como especialidad farmacéutica, manteniéndose como tal hasta su jubilación en el año 1940 (García, 2015: 217).

Animado por esta experiencia terapéutica, así como por las felicitaciones recibidas por sus colegas –algunas de ellas se aprecian, no obstante, más cercanas a la corrección y al reconocimiento del esfuerzo realizado, que al verdadero apoyo científico de sus tesis–; la opinión del Dr. Castafié, jefe del Cuerpo de Sanidad Militar en aquel momento –estimaba que el yeso y la cal a elevada dosis podía llegar a prevenir o, en su caso, curar la tuberculosis (García, 2015: 230); y el uso de inhalaciones calcáreas por parte del Dr. J. Petit en París (Pinilla y Fisac, 1911: 229), Fisac pidió a los participantes en el Segundo Congreso de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias, al que asistió en Valencia entre 1909 y 1910, que se adoptase un acuerdo para recomendar a hospitales, dispensarios, laboratorios, etc. que contrastaran el uso de las inhalaciones de cal y yeso en el tratamiento y prevención de la tuberculosis mediante estudios clínicos e investigaciones (*Ibid.*: 228). Fisac sólo tenía en aquel momento constancia de la realización de estudios, en España, en la Universidad de Salamanca, a cargo del Dr. Hipólito Rodríguez Pinilla– catedrático de Medicina (García, 2015: 26) y coautor de su principal obra acerca de los efectos de la cal y el yeso sobre la afección tuberculosa–; y también en París, promovidos por el ex jefe del Laboratorio de la Escuela Superior de Farmacia (*Ibid.*: 215). En cualquier caso, no podemos perder de vista que las tesis de Fisac también contaron con detractores, que alegaban que una posible aplicación de estas sustancias de manera directa en el individuo enfermo podía no resultar del todo segura (*Ibid.*: 230). Fisac no fue ajeno a las críticas y les dio respuesta en diversas publicaciones (Rodríguez Pinilla y Fisac, 1911: 215), y continuó defendiendo sus tesis en el I Congreso Español Internacional de Tuberculosis, celebrado en Barcelona en 1912, en el que fue premiado y presentó las comunicaciones “Profesiones en relación con la tuberculosis” –que contenía datos recopilados en otros países– y “Tratamientos de la tuberculosis e inmunidad de los yeseros y caleros”. También obtuvo, un año después, un reconocimiento en el II Congreso Internacional de San Sebastián, donde presentó su trabajo “Recalcificación y tuberculosis”, en el que exponía los beneficios del pulvi-inhalador Fisac (Fisac, 2016: 60 y 139s). Fue con su participación en este encuentro científico como el ilustre médico daimieleño cerró el ciclo de publicaciones sobre la inmunidad de caleros y yeseros frente a la tuberculosis, distinguiéndose por ello en el plano nacional e internacional.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÓ, J. (1936): “Resumen de la labor efectuada durante el año 1934-35 en el Dispensario Antituberculoso de la provincia de Toledo”. *Revista Española de Tuberculosis*, 53: 35-47.
- ÁLVAREZ SIERRA, J. (1931): *La vacunación antituberculosa en general. Cómo se practica. Fundamentos científicos de sus diversos sistemas*. Labor. Barcelona.
- ÁLVAREZ Y RODRÍGUEZ-VILLAMIL, V. [1912] (1987): “Madrid y la tuberculosis”. En J. Molero: *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*: 133-174. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- ANAUT BRAVO, S. (1999): “Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en Pamplona (siglo XX)”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22 (2): 219-231.
- ANÓNIMO (1954): “Relación de centros del Patronato Nacional Antituberculoso y personal médico adscrito a los mismos”. *Enfermedades del tórax*, 9: 136-148.
- ARIAS GONZÁLEZ, L. (2009): “Las “Casas Baratas” (1911-1937), primer gran ensayo de vivienda social en España”. En C. Sambricio y R. Sánchez Lampreave (eds.): *La vivienda protegida. Historia de una necesidad*. Ministerio de Vivienda. Madrid.
- BÁGUENA CERVELLERA, M^a.J. (1992): *La tuberculosis y su historia*. Fundación Uriach 1838. Barcelona.
- BLANCO RODRÍGUEZ, F. (1954): *XIII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. Tercera ponencia. Cuestión social. Modificaciones de la lucha antituberculosa determinadas por el empleo de los antibióticos y de la quimioterapia*. Compañía Española de Penicilina. Madrid.
- BRASA ARIAS, B y LANDÍN PÉREZ, M. (2011): “El trabajo de las mujeres voluntarias en el Laboratorio de Farmacia Militar de Santiago de Compostela (1936-1939)”. *Sanidad Militar*, 67 (sup. I): 131-154.
- BUENDÍA, R. (1933): “La vivienda higiénica, factor importantísimo en la profilaxis antituberculosa”. En Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*: 34-38. Plus-Ultra. Madrid.
- BUYLLA, ? (1933): “Importancia del médico general en la lucha antituberculosa”. En Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*: 98-99. Plus-Ultra. Madrid.
- CAMINO GALICIA, J. (1914): *Conferencia sobre higiene y profilaxis tuberculosa en el Ejército, dada en Regimiento de Infantería de Asturias n^o 31 el día 30 de mayo de 1914 por el Doctor D. Julio Camino Galicia*. Imprenta del Regimiento. Madrid.
- CAMPO CARDONA, A. del (1954): “Mortalidad por tuberculosis pulmonar en España. Años 1921-1950”. *Enfermedades del tórax*, 11: 447-465.
- CERVIÁ CABRERA, T. (1933b): “Alcoholismo”. En Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*: 44-47. Plus-Ultra. Madrid.
- CERVIÁ CABRERA, T. (1947): “En torno a las drogas «mágicas»: la estreptomycinina en la tuberculosis”. *Revista Española de Tuberculosis*, 152: 845-848.

- CODINA CASTELLVÍ, J. (1916): *El problema social de la Tuberculosis en Madrid*. Imp. Enrique Teodoro. Madrid.
- CODINA CASTELLVÍ, J. (1925): *Pro Sanatorio Antituberculoso de Cesuras. Ponencia Imaginaria*. Papelería y Talleres de Imprenta Garcybarra. La Coruña.
- CORTEJARENA Y ALDEBÓ, F. de (1912): *Acción social moderna ante la tuberculosis*. Imprenta de los Sucesores de Enrique Teodoro. Madrid.
- DOMÍNGUEZ MORENO, J.M. (2000a): “Etnomedicina respiratoria en Extremadura (I)”. *Revista de Folklore*, 229: 3-11.
- DOMÍNGUEZ MORENO, J.M. (2000b): “Etnomedicina respiratoria en Extremadura (II)”. *Revista de Folklore*, 230: 39-45.
- ESCUADERO GUTIÉRREZ, A. y NICOLAU NOS, R. (2014): “Urban penalty: nuevas hipótesis y caso español (1860-1920)”. *Historia Social*, 80: 9-33.
- ESPINA Y CAPO, A. (1912): “Memoria leída en la solemne inauguración del Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, el 28 de Diciembre de 1908, por el Director Jefe del mismo, Excelentísimo Sr. Dr. D. Antonio Espina y Capó, Vicepresidente de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis”, Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*: 395-409. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- FATÁS Y MONTES, L. (1905): *Defensa contra la tuberculosis*. Imprenta de Bailly-Bailliere e Hijos. Madrid.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1985): *Epidemias y sociedad en Madrid*. Vicens Vives. Barcelona.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1987): “Niveles de vida del proletariado madrileño (1883-1903)”. En VV.AA.: *Actas de los IV Coloquios de Historia. El reformismo social en España: la Comisión de Reformas Sociales*: 163-180. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. Jaén.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1989): “La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico”. En A. Bahamonde y L.E. Otero (eds.): *La sociedad madrileña durante la Restauración: 1876-1931. Vol. 2*: 29-76. Comunidad de Madrid. Madrid.
- FERNÁNDEZ-CARO Y NOUVILAS, A. (1909): “Prólogo”. En N. Fernández-Cuesta: *La vida del obrero en España desde el punto de vista higiénico*: VII-XXIII. Est. tip. de V. Tordesillas. Madrid.
- FERRAND LÓPEZ, C. (1910): *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*. Imprenta Provincial. Cuenca.
- FISAC RAMO, J.A. (1911): *Pulvi-inhalador Fisac*. Imprenta provincial de Ciudad Real. Ciudad Real.
- FISAC RODRÍGUEZ, V. (2016): *Una lágrima es un beso. Gaspar Fisac Orovio (1859-1937), médico, periodista y poeta*. Bubok. Madrid.
- GARCÍA GÓMEZ, J.J. y SALORT I VIVES, S. (2014): “La reforma sanitaria en Alcoi (1836-1914): industrialización, urbanización, fallos de mercado e intervención pública”. *Historia Social*, 80: 95-112.
- GARCÍA VELA, E. (2015): *La farmacia en el entorno de La Mancha*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

- GARRIDO-LESTACHE, R. (1933): *Cartilla Popular Profiláctica contra la Tuberculosis*. J. Chulilla. Madrid.
- GUERRA Y CORTÉS, V. (1903): *La tuberculosis del proletariado en Madrid*. Baena Hermanos Impresores. Madrid.
- IBARROLA SUÁREZ, F. (1933): “Alimentación”. En Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*: 48-52.PlusUltra. Madrid.
- LEDERMANN, W. (2003): “La tuberculosis antes del descubrimiento de Koch”. *Revista chilena de infectología*, 20: 46-47.
- LINARES DÍAZ, ? (1933): “Preventorios y escuelas al aire libre”. En Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*: 137-143. Plus-Ultra. Madrid.
- MALO DE POVEDA ÉCIJA, B. (1912): *Alcance social de los sanatorios. Tuberculosis y matrimonio. De cuti-reacción diagnóstica*. Imprenta y librería de Nicolás Moya. Madrid.
- MALO DE POVEDA ÉCIJA, B. (1919): *La lucha contra la tuberculosis en España*. Imprenta de “Alrededor del Mundo”. Madrid.
- MALO DE POVEDA ÉCIJA, B. (1920): *Manual de fisiología popular*. Imprenta y librería de Nicolás Moya. Madrid.
- MÁRQUEZ BLASCO, J. (1947): “La estreptomycin. Estado actual del problema de sus aplicaciones terapéuticas, especialmente en la tuberculosis”. *Revista Española de Tuberculosis*, 143: 145-158.
- MARTÍNEZ-CARRIÓN, J.M., PÉREZ-CASTROVIEJO, P.M., PUCHE GIL, J. y RAMÓN-MUÑOZ, J.M. (2014): “La brecha rural-urbana de la estatura y el nivel de vida al comienzo de la industrialización española”. *Historia Social*, 80: 35-57.
- MOLERO MESA, J. (1987): *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- MOLERO MESA, J. (1989): *Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada.
- MOLERO MESA, J. y JIMÉNEZ WANA, I. (2000): “Salud y burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad nacional (1855-1951)”. *Revista Española de Salud Pública*, 74: 45-79.
- NAVARRO BLASCO, A. (1933): “Estadísticas”. En Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*: 197. Plus-Ultra. Madrid.
- PERIS SÁNCHEZ, D. (2018): “Ciudad Real: el hospital y la ciudad. Dos siglos de historia”. *Revista de la CECEL*, 18: 285-328.
- PULIDO FERNÁNDEZ, Á. (1916): *La tuberculosis y su profilaxia social*. Imprenta del Asilo de Huérfanos. Madrid.
- QUERALTÓ I ROS, J. (1910): *Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis*. Tipografía La Académica, de Serra Hnos. y Russell. Barcelona.
- REAL PATRONATO ANTITUBERCULOSO DE ESPAÑA [RPADE] (1925): *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924 a 1925. Año primero*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid.

- RIVA, M.A. (2014): "From milk to rifampicin and back again: history of failures and successes in the treatment for tuberculosis". *The Journal of Antibiotics*, 67: 661-665.
- RODRÍGUEZ PINILLA, H. y FISAC, G. (1911): *Tratamientos de la tuberculosis e inmunidad de los yeseros y caleros*. Establecimiento Tip. del Hospicio Provincial. Ciudad Real.
- SANZ VALERO, M., BUENO CAÑIGRAL, F.J., PÉREZ GOZALVO, M. y LLINARES PICÓ, M. (1999): *Los Dispensarios Antituberculosos en la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana. Valencia.
- SAURET VALET, J. (1990): *La tuberculosis a través de la historia*. Rayma. Madrid.
- SAURET VALET, J. (2001): "La cura sanatorial de la tuberculosis". *Enfermedades Emergentes*, 3 (4): 199-205.
- USEROS FERNÁNDEZ, J.L. y ZAPATERO VILLALONGA, E. (1986): *La tuberculosis pulmonar en Valladolid. Estudio de la influencia de los factores sociales, políticos, económicos y sanitarios en su evolución. 1900-1984*. Ayuntamiento de Valladolid. Valladolid.
- VALLEJO POUSADA, R. (1996): "El impuesto de consumos y la resistencia antifiscal en la España de la segunda mitad del siglo XIX: un impuesto no exclusivamente urbano". *Revista de Historia Económica*, 14 (2): 339-370.
- VILLANUEVA EDO, A. (1990): *75 aniversario del dispensario Ledo-Arteche*. Bilbao Bizkaia Kutxa. Bilbao.
- VILLAR ESPARZA, C. (1993): "El folklore del gato". *Revista de Folklore*, 150: 211-216.

**EPIDEMIAS Y CALAMIDADES EN LA MANCHA
Y EL CAMPO DE MONTIEL**



FICHA CATALOGRÁFICA

Epidemias y calamidades en La Mancha y el Campo de Montiel

Bernardo Sevillano Martín, Concepción Moya García, Pedro R. Moya-Maleno y Francisco Javier Moya Maleno (eds.)

Revista de Estudios del Campo de Montiel / Vol. 4 Extra (2022).–

Almedina: Centro de Estudios del Campo de Montiel, 2022.

170 x 230 mm.

311 pp.

Volumen Extra, 4

ISSN electrónico: 1989-595X

ISSN papel: 2172-2633

III. Centro de Estudios del Campo de Montiel

© De los contenidos: los autores.

© De la edición:

Centro de Estudios del Campo de Montiel -CECM

Plaza Mayor, 1

13328 - Almedina

Ciudad Real, España

contacto@cecampomontiel.es

Este libro ha sido editado para ser distribuido. La intención del CECM es que sea utilizado lo más ampliamente posible y que, de reproducirlo por partes, se haga constar el título, la autoría y la edición.

El CECM no comparte necesariamente las opiniones expresadas por los autores de los contenidos.

Portada: “Pobre madre”. Dibujo de Pellicer. *La Ilustración Española y Americana*, 22 de enero de 1877, p. 52 (en Maldonado, 2022: fig. 7).

MAQUETACIÓN

Pedro R. Moya-Maleno

Epidemias y calamidades en La Mancha y el Campo de Montiel

**Bernardo Sevillano Martín
Concepción Moya García
Pedro R. Moya-Maleno
Francisco Javier Moya Maleno
(eds.)**

REVISTA DE ESTUDIOS DEL CAMPO DE MONTIEL Extra 4



Índice

	<i>Págs.</i>
PRESENTACIÓN	11
ÁNGEL SATURNINO MARTÍN-FONTECHA GUIJARRO <i>Epidemias, plagas y otras calamidades en Herencia. Siglos XIII-XXI</i>	17
JUAN ANTONIO GONZÁLEZ MARTÍN, CONCEPCIÓN FIDALGO HIJANO, MARIO CORRAL RIBERA, ISABEL PRIETO JIMÉNEZ y JUAN CARLOS MARÍN MAGAZ <i>Inundaciones y calamidades en los ríos de la cuenca del Alto Guadiana durante la Pequeña Edad de Hielo</i>	51
JAVIER CALAMARDO MURAT <i>Los efectos del terremoto de Lisboa en el Campo de Montiel</i>	107
BERNARDO SEVILLANO MARTÍN <i>Epidemias de tercianas y cuartanas padecidas por los trabajadores de las obras de la fábrica de pólvora de Ruidera (1783-1785)</i>	133
EVA M ^a JESÚS MORALES <i>Mentalidad y vivencia de la enfermedad en Villanueva de los Infantes: de la peste a la primera vacuna</i>	161
FÉLIX PATIÑO GALÁN <i>La epidemia, un viejo fantasma de Villafranca. Sus huellas en los archivos</i>	179
F. MIGUEL GÓMEZ GARCÍA DE MARINA <i>El caso del cirujano titular Felipe Jiménez. La realidad de un cirujano del siglo XVIII en Torralba de Calatrava</i>	205
MIGUEL ANTONIO MALDONADO FELIPE <i>Epidemias y calamidades en el siglo XIX y su impacto en los cementerios manchegos</i>	223
MIGUEL ÁNGEL MAESO BUENASMAÑANAS <i>Guerra y cólera en la provincia de Ciudad Real (1834)</i>	247
CONCEPCIÓN MOYA GARCÍA y CARLOS FERNÁNDEZ-PACHECO SÁNCHEZ-GIL <i>La epidemia de cólera de 1885 en los límites del Campo de Montiel: Membrilla, Manzanares y Valdepeñas</i>	263
M ^a DEL CARMEN PALAO IBÁÑEZ <i>Caleros, yeseros y tuberculosis en el Campo de Montiel a inicios del siglo XX</i>	283

Summary

	<i>Págs.</i>
INTRODUCTION	11
ÁNGEL SATURNINO MARTÍN-FONTECHA GUIJARRO <i>Epidemics, Plagues and other Calamities in Herencia. XIII-XXI Centuries</i>	17
JUAN ANTONIO GONZÁLEZ MARTÍN, CONCEPCIÓN FIDALGO HIJANO, MARIO CORRAL RIBERA, ISABEL PRIETO JIMÉNEZ & JUAN CARLOS MARÍN MAGAZ <i>Floods and Calamities in the Rivers of the Upper Guadiana Basin during the Little Ice Age</i>	51
JAVIER CALAMARDO MURAT <i>The effects of the 1755 Lisbon Earthquake in Campo de Montiel</i>	107
BERNARDO SEVILLANO MARTÍN <i>Epidemics of Tertian and Quartan Fevers suffered by Construction Workers of the Ruidera Gunpowder Factory (1783-1785)</i>	133
EVA M ^a JESÚS MORALES <i>Mindset and Experience of Disease in Villanueva de los Infantes: from Plague to the first Vaccination</i>	161
FÉLIX PATIÑO GALÁN <i>The Epidemic, an old Ghost of Villafranca. His traces in the Archives</i>	179
F. MIGUEL GÓMEZ GARCÍA DE MARINA <i>The case of principal Surgeon Felipe Jiménez. The Reality of an 18th Century Surgeon in Torralba de Calatrava</i>	205
MIGUEL ANTONIO MALDONADO FELIPE <i>Epidemics and Calamities in the XIX Century and its Impact on Manchego Cemeteries</i>	223
MIGUEL ÁNGEL MAESO BUENASMAÑANAS <i>War and Cholera in the Province of Ciudad Real (1834)</i>	247
CONCEPCIÓN MOYA GARCÍA & CARLOS FERNÁNDEZ-PACHECO SÁNCHEZ-GIL <i>The Cholera Epidemic of 1885 in the Limits of Campo de Montiel: Membrilla, Manzanares and Valdepeñas</i>	263
M ^a DEL CARMEN PALAO IBÁÑEZ <i>Caleros, yeseros y tuberculosis en el Campo de Montiel a inicios del siglo XX</i>	283

RECM

EXTRA

4

Bernardo Sevillano Martín et al.
(eds.)

Epidemias y calamidades en La Mancha y el Campo de Montiel

