

EPIDEMIA DE COQUELUCHE EN YSABA (NAVARRA) (1891)

Recibido: 2010-09-23

Aceptado: 2011-01-16

FRANCISCO FEO PARRONDO

Departamento de Geografía
Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

Se analiza la epidemia de coqueluche (tos ferina) en Isaba (Navarra) en 1891, afectando fundamentalmente a los niños, existiendo notables discrepancias entre los médicos de la época sobre los medios adecuados para combatirla.

Palabras clave: Epidemia, tos ferina, Isaba, Geografía Médica.

ABSTRACT. – Epidemic of whooping cough in Ysaba (1891).

The epidemic of whooping cough in Isaba (Navarra) in 1891, which affected primarily children, is being analyzed. Notable discrepancies existed between the doctors of the time period about the appropriate measures to combat the disease.

Key words: Epidemic, pertussis, Isaba, Medical Geography.

RESUMÉ.- Une épidémie de coqueluche à Ysaba (1891)

On analyse l'épidémie de coqueluche (toux féline) à Isaba (Navarre) en 1891, qui affecta fondamentalement aux enfants; en existant des divergences entre les médecins de cette époque sur les moyens les plus adéquats pour le combattre.

Mots clés: Épidémie, coqueluche, Isaba, Géographie de la Médecine.

LABURPENA: 1891-ren Isaban (Nafarroa) "Coqueluche" epidemiari buruz lkerketa.

Gako Hitzak: Isaba, 1891, epidemia.

1. INTRODUCCION Y FUENTE

A lo largo del siglo XIX y primera mitad del XX proliferaron en España los estudios de Geografías médicas (Urteaga, 1980) y los de análisis de epidemias en lugares concretos a cargo de los médicos que habían intentado combatirlas. Ana Olivera ha definido la epidemia como “la acumulación de un número excesivo de casos de enfermedad con causa común, por encima de la frecuencia habitual en un lugar dado y en un cierto periodo” (Olivera, 1993, pp. 24). Estas obras son de indudable interés para los historiadores de la Medicina pero también para geógrafos, sociólogos, ecólogos, etc. Asimismo, su consulta puede aportar informaciones valiosas para los estudiosos de la vida local, en sus vertientes demográfica, agraria, social y urbana (Feo Parrondo, 2002, pp. 83). Las geografías o topografías médicas tenían un contenido, según Ana Olivera, de “una auténtica geografía regional clásica” (Olivera, 1993, pp. 9) y se completaban con numerosos estudios puntuales sobre epidemias que afectaban a determinadas localidades o comarcas como la que sirve de base a este artículo. La mayoría de estos estudios se enviaban a concursos organizados por las Academias de Medicina y, concretamente, a la de Madrid, institución (RAMM) que conserva un manuscrito (signatura 1-3ª Pasillo 16-4) de diez folios a mano por las dos caras escrito por Gabriel García y Orga (médico titular de Monreal de Ariza) y titulado “Memoria sobre la coqueluche con motivo de una epidemia de esta enfermedad ocurrida en Ysaba el año 1891” que su autor presentó, bajo el lema “la ignorancia y la miseria causan más víctimas que todas las epidemias juntas” al premio Calvo y Martín, que anualmente otorgaba este médico a través de la RAMM.

En la expansión de estas epidemias jugaba un papel decisivo el escaso nivel de vida de una población básicamente agrícola, de autosubsistencia, con bajo nivel cultural e higiénico, escasez de médicos y escasa demanda de sus servicios por una población que consideraba la mortalidad como un parámetro natural e ineludible (Pérez Moreda, 1980, pp. 51). Para Jordi Nadal, las enfermedades infecciosas en el siglo XIX en España hacen “estragos entre las clases bajas y deja bastante incólumes a los núcleos privilegiados” (Nadal, 1988, pp. 158-159).

Eduardo Martínez señala que este tipo de estudios es muy interesante porque “la mayoría de los libros de difuntos de Navarra a lo largo de todo el siglo XIX ofrecen una información muy escasa en lo que respecta a la causa de defunción” (Martínez Lacabe, 2004, pp. 77). Vicente Pérez ha justificado esta situación por las dificultades para comprender con exactitud algunas enfermedades ya que muchas “se definían a veces simplemente por sus síntomas más externos, que en ocasiones podían incluso ser comunes a afecciones diversas –los <carbuncos> o las <pintas>, por ejemplo” (Pérez Moreda, 1980, pp. 64).

2 LA ENFERMEDAD DE COQUELUCHE

En 1895, el médico francés Comby señalaba que era una enfermedad de niños contagiada por un microbio aún desconocido y en 1906, Bordet y Gengou descubrieron el bacilo *Hemophilus pertussis* que la causaba (Auchier, 1920, pp. 7; Pou Díaz, 1949, pp. 25). En diversas zonas francesas fueron frecuentes las epidemias de coqueluche (1867-1874, 1880-1890, 1895, 1896-1908 y 1910-1914) con una mortalidad importante en los niños

más pequeños y menos resistentes, causando peligros a través de la fiebre y desnutrición (Auchier, 1920, pp. 9-10).

En los años finales del siglo XIX, Blas Torreló detectó epidemias de coqueluche o tos ferina (además de otras de sarampión, gripe y difteria) en Villarta de los Montes, localidad ubicada en el noreste de la provincia de Badajoz (Feo Parrondo, en prensa). Ya en 1878, Federico Gómez había constatado enormes discrepancias sobre su origen espacial y a lo largo de la historia (Gómez de la Mata, 1878, pp. 7-10). Para este mismo autor, “la naturaleza de esta enfermedad ha sido considerada de modos tan diversos, que puede decirse que cada autor la considera diferente. Unos dicen que es un catarro; otros que es una neurose; algunos que es una especie de tifa bronquial producida por causa específica” (Gómez de la Mata, 1878, pp. 28). A finales del XIX, Dionisio García califica la coqueluche como una enfermedad casi exclusiva de la infancia, contagiosa, epidémica y verosíblemente infecciosa” (García Alonso, 1897, pp. 42).

En 1907, Isidoro Martínez Roig, profesor de Electroterapia en la Facultad de Medicina de Barcelona, publicó un resumen de su tesis doctoral defendida en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid sobre la ozonoterapia en la coqueluche, señalando que las primeras referencias a la tos ferina se producen cuando esta epidemia ataca en 1578 en París y en 1658 en Londres (Martínez Roig, 1907, pp. 9). Posteriormente, “parece que la tos ferina ha ido perdiendo en intensidad a medida que ha extendido sus dominios, pues mientras en Inglaterra y en el País de Gales sucumbieron por coqueluche en los años de 1848 y 1855 unas 72.000 personas, y de 1858 a 1867, sobre unas 120.000 y en Prusia en los años 1875 a 1880 fallecieron unos 85.000 ferinosos, actualmente no observamos una mortalidad exagerada, debida a este padecimiento, no yendo acompañada de complicaciones, especialmente torácicas, aún cuando sea una afección temible por las consecuencias que acarrea y por las complicaciones más o menos frecuentes que la acompañan, si aparece en tiempo frío y húmedo” (Martínez Roig, 1907, pp. 10). Según Jerónimo Pou, desde 1414 se utiliza en Francia “el epíteto coqueluche por el bonete en forma de capuchón (coqueluchon) que usaban los atacados” (Pou Díaz, 1949, pp. 15). Hubo esta epidemia en París en 1578, 1679, 1682 y 1695; en Inglaterra en 1724, en Suecia entre 1745 y 1748, en Suiza en 1755, en Brunswick en 1770 y en Milán y Alemania en 1815 (Pou Díaz, 1949, pp. 15).

Se debe tener presente que “las enfermedades infecto-contagiosas tuvieron un papel preponderante en la morbilidad y en la mortalidad ordinaria por lo menos hasta los últimos decenios del siglo XIX en toda Europa” (Pérez Moreda, 1980, pp. 66-67). En España, a comienzos del siglo XX, aún suponían casi la cuarta parte de las defunciones (Revenga, 1904, pp. 85), porcentaje elevado pero muy inferior al 52% de los fallecimientos que seguían causando a nivel mundial (Rodríguez Cabezas y Rodríguez Idígoras, 1996, pp. 108). En 1907, Isidoro Martínez Roig señala en su tesis doctoral que “en Barcelona fallecieron de coqueluche en los años de 1894 a 1898, 203 niños; y en el quinquenio de 1898 a 1902, o sea después de la agregación de los pueblos del llano a la capital unos 394, siendo en el primer periodo el 1’32% de la mortalidad infantil y en el segundo de 1’50%” (Martínez Roig, 1907, pp. 10). En Villardefrades (Valladolid), la edad de los afectados varió desde los 2 meses a 31 años, predominando entre uno y cuatro años (39 del total de 67) (Feo Parrondo, 2010, pp. 332).

En 1925, había sido padecida en casi todos los países y, como constata el doctor granadino Rafael García-Duarte Salcedo, recibía nombres distintos: kenchhusten en alemán, coqueluche en francés, tosse camina en italiano, whooping cough en inglés y tos convulsiva en América del Sur (García-Duarte, 1925, pp. 3). Este mismo autor señala que “la tos ferina es endémica en las grandes poblaciones de España y, con frecuencia, epidémica en pueblos y provincias. Como no se cumple debidamente la higiene profiláctica, los brotes epidémicos hacen verdaderas razzias difundiéndose pródigamente por las escuelas, las familias numerosas y los barrios populosos” (García-Duarte, 1925, pp. 3). Causó en España la muerte de 4.386 personas en 1905, 2.491 en 1910, 2.508 en 1915 y 3.502 en 1920, sin contar las muertes por tuberculosis que origina a la larga (García-Duarte, 1925, pp. 3). Este mismo autor señala que “la tos ferina es posible en todas las estaciones del año, pero en el invierno y primavera aumenta con frecuencia, y suelen aparecer brotes epidémicos” (García-Duarte, 1925, pp. 6) y “categóricamente puede afirmarse que la tos ferina es más intensa, más grave y más propicia a complicaciones en los niños pobres, en los raquíuticos, en los linfáticos, en los tuberculosos ganglionares, en los que padecen afecciones respiratorias crónicas y en los espasmofílicos; es decir, en todos aquellos de tara orgánica por vida antihigiénica, alimentación insuficiente o toxiinfecciones crónicas” (García-Duarte, 1925, pp. 6).

El propio García-Duarte señala que “en las grandes poblaciones la tos ferina es endémica, y es el punto de partida de exacerbaciones que se convierten en epidemias que pronto se irradian a los pueblos y aldeas. No existe, como algunos han pretendido, periodicidad en este recrudecimiento, lo que sí es un hecho de observación es la frecuente coexistencia de las epidemias de tos ferina con las epidemias de sarampión y de gripe especialmente” (García-Duarte, 1925, pp. 6). Las recientes investigaciones etiológicas hacen que ya “está plenamente demostrado que la tos ferina es especialmente contagiosa en el periodo catarral y de invasión, y a medida que la enfermedad avanza, las posibilidades de contagio disminuyen. Las dificultades diagnósticas del principio obstaculizan, sobremanera, las medidas profilácticas” (García-Duarte, 1925, pp. 6). Este mismo autor señala que “las fuentes de contagio de la tos ferina son: los colegios, los jardines, parques y sitios donde los niños juegan colectivamente, el propio hogar, en donde abundan los ya infectados, aún sin diagnosticar, y los portadores de gérmenes” (García-Duarte, 1925, pp. 7). En este año, “por la facilidad del contagio, por la imposibilidad del diagnóstico precoz precisamente en el periodo de su mayor difusión, la profilaxis de la tos ferina es difícil de llevar a la práctica. Los nuevos conocimientos epidemiológicos enseñan que es suficiente mantener el aislamiento durante veinte días después de la aparición de las quintas” (García-Duarte, 1925, pp. 35). Sin embargo, este periodo era mayor en algunos países europeos: “En el Reglamento de Sanidad francés no se permite volver a los ferinosos a la escuela hasta cincuenta días después de la desaparición de las quintas, lo cual es verdaderamente excesivo. El Reglamento danés permite la vuelta a la escuela un mes después de la aparición de las quintas” (García-Duarte, 1925, pp. 35).

Aún en 1932, Guillermo Arce, doctor y médico-director del Jardín de la Infancia en Santander, en el que recientemente había asistido a los afectados de tos ferina, señala que “los tuberculosos cuyas lesiones han llegado a un periodo muy avanzado rara vez contraen la tos ferina (...). La influencia que la tuberculosis ejerce sobre la infección coqueluchosa suele ser escasa. No ocurre lo mismo en el caso contrario. La tos ferina influye indudablemente no

sólo sobre la evolución de la tuberculosis, activando una forma latente o agravando una forma evolutiva, sino que en muchos casos el pulmón, bronquios y ganglios de los coqueluchos quedan en condiciones excelentes para que en ellos se injerte una tuberculosis. No faltan, sin embargo, criterios distintos, que llegan a negar rotundamente esta influencia nociva de la tos ferina sobre la tuberculosis" (Arce Alonso, 1932, pp. 3-4). Para Guillermo Arce, la mayoría de los estudios "se inclinan a pensar que, efectivamente, la tos ferina ejerce, aunque no siempre, una acción dañosa sobre las lesiones tuberculosas. El que no en todos los casos se pueda demostrar dicha nocividad no es motivo suficiente para desdeñar, como hacen algunos autores, tal influencia" (Arce Alonso, 1932, pp. 11) y el propio Guillermo Arce señala que esa es la situación apuntada por Willis, Heubner, Lereboullet, Nobecourt, Ferr, Weil Pehu, Redeker y Simón, Constantino (Arce Alonso, 1932, pp. 11) y la constatada por él en 10 de los 19 niños que habían tenido tos ferina previamente.

Aún en 1949, Jerónimo Pou señalaba que "es un hecho universalmente observado y admitido que la tos ferina es extraordinariamente contagiosa" (Pou Díaz, 1949, pp. 37) y "la transmisión se efectúa casi exclusivamente por contagio directo, del individuo enfermo al receptivo, por las gotas minúsculas proyectadas por la boca y nariz en el momento de la tos, o mediante los esputos. Estos son, sobre todo, enormemente infectantes, bastando la permanencia de muy pocos minutos junto a un ferinoso para adquirir la enfermedad" (Pou Díaz, 1949, pp. 37). Para Jerónimo Pou, "la tos ferina es contagiosa desde el principio del periodo catarral hasta cuatro o seis semanas después, habiéndose fijado el término medio en un mes" (Pou Díaz, 1949, pp. 39). Para Pou, "la tos ferina es endémica en las grandes ciudades o núcleos urbanos, de población muy hacinada, y no existe como tal en los pueblos pequeños, aldeas, ni en el campo, que solo son afectados por ondas epidémicas" (Pou Díaz, 1949, pp. 40). Según Pou, la tos ferina causó 53.325 muertos en 1940, 37.894 en 1941, 62.438 en 1942, 77.140 en 1943 y 41.500 en 1944 (Pou Díaz, 1949, pp. 41). Según una encuesta realizada por Pou en Sevilla, "a los 5 años han pasado la coqueluche el 69'8% del total de población infantil asistida y el 76'2% al llegar a la edad adulta" (Pou Díaz, 1949, pp. 41). Este mismo autor señala que va muy ligada al hacinamiento y que en Estados Unidos, un 58% de los 7.000 afectados tenían menos de un año (Pou Díaz, 1949, pp. 45 y 48).

Según Jerónimo Pou, "la mortalidad por tos ferina, durante los años 1900 a 1930, ha sido máxima en España y mínima en Francia. Cifras similares a las nuestras acusa Hungría y en orden decreciente Alemania, Checoslovaquia, Inglaterra, Holanda, Italia, Suiza y los Estados Unidos. La curva letal de tos ferina muestra una disminución progresiva en todo el mundo, habiendo descendido en algunos países a la cuarta o quinta parte (Pou Díaz, 1949, pp. 51). Este mismo autor señala que los muertos menores de un año en España por coqueluche, entre 1903 y 1942, alcanzaron el máximo en 1908 con 2610 fallecidos y el mínimo en 1941 con 360 muertos (Pou Díaz, 1949, pp. 51-52), superando habitualmente al número de fallecidos por sarampión, difteria y escarlatina.

Según Pou, "el bacilo ferinoso descubierto por Bordet y Gengou en 1906 y aceptado hoy como el agente específico de la coqueluche, se designa también con el nombre de *Hemophilus pertussis*, por tener ciertas características comunes" (Pou Díaz, 1949, pp. 25). El propio Pou apunta que "el estudio epidemiológico de la tos ferina es de un interés apasionante, no tan sólo porque en las estadísticas de todos los países se acusa una mayor mortalidad que por las restantes enfermedades infecciosas propiamente infantiles, sino porque para ella no reza la llamada por Much inmunidad de reserva, que hace al recién nacido invulnerable

a casi todas aquellas” (Pou Díaz, 1949, pp. 37). Este mismo autor señala que “el principal problema de la tos ferina desde el punto de vista de su contagiosidad, parece girar, sin embargo, alrededor de fijar en qué momento o periodo comienza y termina aquella, prelude indispensable en el que descansa el establecimiento de una profilaxis eficaz. Aunque negado por la mayoría de los investigadores, ya existe posibilidad de contagio en el periodo de incubación” (Pou Díaz, 1949, pp. 38).

En 1969, Juan Bosch y Luis Lescure señalaban que “la tos ferina es una enfermedad infecciosa, provocada por el bacilo Bordet-Gengou, epidémica y extremadamente contagiosa, que afecta especialmente a los niños menores. Las mayores incidencias suelen presentarse en los meses fríos y en la primavera. Está calificada entre las enfermedades infecciosas que con mayor facilidad producen complicaciones, a veces muy graves y su sintomatología desciende gradualmente hasta adquirir el aspecto catarral de principio, transcurridas varias semanas” (Bosch Marín y Lescure del Río, 1969, pp. 8). Estos mismos autores señalan que “la vacunación activa contra la tos ferina es muy valiosa, pero sólo cuando se lleva a cabo algún tiempo antes de la exposición” (Bosch Marín y Lescure del Río, 1969, pp. 10).

En 1991, en la Gran Enciclopedia Larousse, se define la tos ferina como “enfermedad infecto-contagiosa, frecuente en la infancia, cuyo agente etiológico es el *Hemophilus pertussis*. Se caracteriza por catarro de vías respiratorias, con accesos paroxísticos de tos, durante los cuales aparece cianosis en la cara e ingurgitación de las venas del cuello; cuando cura deja inmunidad permanente” (Gran Enciclopedia Larousse, 1991, t. 23, pp. 10.921).

A comienzos del siglo XXI, Jefferson, Rudin y Dipie Trantonj señalan que “la vacunación frente a la tos ferina (pertusis) se utiliza ampliamente y la cobertura con DTP (tos ferina combinada con toxoides diftérico y tetánico) es casi universal en Europa. Las vacunas de célula completa frente a tos ferina (pc) se desarrollaron en los años cuarenta, pero la preocupación existente respecto a posibles asociaciones con los espasmos infantiles, convulsiones y epilepsia, condujo al desarrollo de vacunas acelulares (Pa) en los años setenta” (Jefferson, Rudin y Dipie Trantonj, 2003, pp. 2003). Estos mismos autores, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que si la tos ferina es suave implica tos más de una semana, si es moderada más de dos y si es fuerte más de tres semanas (Jefferson, Rudin y Dipie Trantonj, 2003, pp. 2004).

La realidad reciente de la tos ferina es descrita en la Nueva Enciclopedia Universal: “Aunque la tos ferina aparece en todas las edades, cerca del 78% de los casos se dan en niños menores de 6 años, de los cuales casi la mitad tienen menos de 6 meses; la mayor mortalidad (2%) corresponde a los lactantes de edad inferior a un año. La inmunización eficaz consiste en la vacunación entre 6 y 12 primeros meses de vida. Sugieren la tos ferina los antecedentes de una exposición al frío, una tos de varias semanas de duración y un aumento del número de glóbulos blancos. El diagnóstico resulta difícil en los casos atípicos y en el primer estadio antes de sufrir la crisis de tos paroxística. La confirmación diagnóstica se obtiene por el aislamiento de *B. Pertussis*” (Nueva Enciclopedia Universal, 2005, volumen 25, pp. 10.195-10.196). Esta misma fuente señala que “la eritromicina y la cloromicetina han resultado eficaces. El paciente debe ser aislado, guardar reposo y evitar las corrientes de aire para reducir la incidencia de la tos. Si vomita después de las quintas de tos, debe realimentarse después de las mismas a fin de mantener en lo posible su estado general” (Nueva Enciclopedia Universal, volumen 25, pp. 10.196).

Volviendo a la situación de Ysaba en 1891, Gabriel García señala en la introducción que “la coqueluche ha recibido los nombres de tos convulsiva, tos ferina, tos azul, espasmo bronquial, etc. Se manifiesta por una tos convulsiva, notable por sus ataques y la suspensión de la respiración, por el espasmo bronquial, y que termina muchas veces por una larga inspiración” (pp. 3a). Asimismo, describe el sufrimiento de los padres cuando ven enfermos a sus hijos de esta epidemia y como “todo lo espera del médico a él acude, pero este infatigable obrero de la salud pública se encuentra sin un medicamento de acción abortiva ni específica. Los prácticos más versados en la patología infantil saben muy bien que no solo se aborta este padecimiento por los recursos del arte sino que tampoco se efectúa espontáneamente por las fuerzas del organismo” (pp. 3a). García y Orga señala que coqueluche es una enfermedad parasitaria y eminentemente contagiosa, reina con carácter epidémico, localizándose en la mucosa laríngea y puede propagarse a las inmediatas. No puede incluirse entre las afecciones febriles, cuanto que la piresia es un fenómeno inconstante y no característico de este proceso. Aún cuando ataca con preferencia a la niñez, no es exclusiva de esta edad, pues pueden padecerla los adultos.

Gabriel García se inclina por aceptar que debe su origen a una infección provocada por un microorganismo y señala que “la atmósfera húmeda alternando con calor y, sobre todo, los cambios bruscos de temperatura durante un mismo día, favorecen el desarrollo de la enfermedad, y parecen ser condiciones abonadas para que el germen patógeno haga sentir sus efectos, que son más marcados en los sujetos débiles, escrofulosos y linfáticos” (pp. 3b).

Aunque algunos doctores (Billet y Barthez, Blache y Bouchut) citan tres casos de niños que al nacer tenían tos ferina por herencia materna pero solo se mencionan estos casos entre los miles de afectados.

García y Orga señala que “respecto a la inmunidad, si bien es cierto que no suele repetirse la enfermedad en un mismo individuo, tampoco es menos exacto que la coqueluche es más rara conforme los individuos tienen edad más avanzada, hasta tal punto, que se ve rara vez en los adultos, y cuando la adquieren es ligera y benigna. Además hay otras razones para no admitir la tos ferina como enfermedad general, por ser una afección apirética por lo común, y aún si en el periodo prodómico se ha presentado un poco de fiebre, esta desaparece así que los ataques se hacen más intensos. En los intervalos de los accesos, los niños se encuentran bien y se entregan a sus juegos ordinarios hasta que un nuevo ataque de tos convulsiva les venga a interrumpir” (pp. 4a).

Para Gabriel García, “muchos son los prácticos que han llamado la atención sobre la aparición y desarrollo de la coqueluche coincidiendo con el sarampión, lo cual indica las íntimas conexiones de procedencia casual que algunos autores han establecido entre ambas enfermedades. Esta coincidencia la he observado varias veces” (pp.4b-5a) por lo que duda que no los provoque el mismo microbio. El propio García y Orga comparte con P.H.Pye-Smith que la tos ferina es peligrosa durante la infancia y benigna después de los cinco años (pp. 5a).

3 COQUELUCHE EN YSABA

En las décadas finales del siglo XIX, varias epidemias (viruela, cólera, tifa, difteria, sífilis, sarampión, gripe, etc.) afectaron a los habitantes de Navarra, destacando, en 1891, la fiebre tifoidea en Erasu y Alsasua, y viruela y difteria en Pamplona y Villava (Viñes, 2006, pp. 594, 599, 603 y 604).

A mediados del siglo XIX, Madoz define Isaba como una villa del partido judicial de Aoiz, situada en un llano algo elevado al que rodean grandes montes, con clima frío y húmedo, siendo sus enfermedades más comunes los catarros, pleuresías, hidropesías y perlesías. Contaba con 178 casas, cárcel, escuela concurrida por 100 niños y dotada con 2.000 reales. Entre otras fuentes contaba con la termal Minchate que curaba reumas y dolores de estómago tanto si se bebía el agua como si se usaba en baños. El terreno era excelente para pastos y mediano para el trigo. Cultivaban trigo, cebada, avena y patatas; criaban ganado lanar, vacuno, mular y caballar; cazaban liebres, ardillas, erizos, cabras monteses, osos, lobos y zorros, y pescaban truchas, anguilas y chipas. Contaba con dos molinos harineros, un batán y una fábrica de peines, otra de paños ordinarios y una sierra-molino para maderas y tablas. Contaba con 178 vecinos y 931 personas, exportaba madera por el río Ezca, lana, pan, queso, sal y salvado e importaba vino, aceite, aguardiente, legumbres y lino (Madoz, 1850, pp. 453). Una valoración sobre la evolución demográfica de Navarra, su fuerte emigración, el empleo, natalidad y mortalidad, epidemias, etc., ha sido realizada ya (Feo Parrondo, 2008, pp. 67-70), pudiendo servir Lodosa de contraste y complemento del actual análisis sobre Ysaba.

Ysaba (Izaba en euskera y oficialmente) era una villa de la provincia de Navarra con 1.297 habitantes en 1891, situada al pie de los Pirineos a una altitud de 850 metros sobre el nivel del mar, con temperaturas muy bajas en invierno (habiéndose alcanzado -27 grados de temperatura mínima) y precipitaciones superiores a los 1.500 milímetros anuales, siendo frecuentes las nieves entre noviembre y abril y las heladas invernales (es.wikipedia.org), y cercada de altísimos bosques de hayas, pinos, abetos y otras producciones de un <desordenado lujo de vegetación> (pp. 5a). Limita al Norte con Francia, al Este con Ansó (Huesca), al Oeste con Uztároz y al sur con Garde, Roncal y Urzainqui. Es municipio desde 1846. La evolución de la población de Ysaba ha sido la siguiente: 982 habitantes en 1897, 992 en 1900, 1008 en 1910, 1000 en 1920, 925 en 1930, 795 en 1940, 915 en 1950, 806 en 1960, 664 en 1970, 642 en 1975, 558 en 1981, 551 en 1991, 533 en 1999, 529 en 2002 y 492 en 2010 (MAPA, 1986; Gorriá Ipas, 1987, pp. 45, y <es.wikipedia.org>). El constante descenso demográfico ha ido acompañado de otro aspecto de gran importancia: el continuo envejecimiento, lo que no impide que sea la villa con más población de las siete que forman el Valle del Roncal (<es.wikipedia.org>). Casi un siglo después, en 1986, las 14.546 hectáreas rústicas de Ysaba se destinaban oficialmente como sigue: 6.081 hectáreas a coníferas, 3.657 a frutales de secano, 2.133 a pastizal, 353 a matorral, 251 a prados, 203 a robles, 169 a labor intensiva y 1626 hectáreas estaban catalogadas como improductivas (MAPA, 1986, pp. 102-104).

Gabriel García constata que estaba “temeroso Ysaba de que se repitieran los casos como en la próxima villa de Uztároz de 200 vecinos, en la que en muy poco tiempo fallecieron 41 niños a causa de esta epidemia, se tomaron las medidas y precauciones convenientes en estos casos para evitar que la enfermedad castigara con tal rigor” (pp. 5a).

García y Orga señala que “no fueron infundados nuestros temores: a mediados del mes de agosto se manifestó la epidemia que duró cuatro meses. El primer periodo que algunos denominan catarral, duró por término medio diez días, para entrar en el segundo llamado convulsivo, espasmódico y nervioso cuya duración fue de veinte días, observando que los accesos de tos ferina fueron más frecuentes de noche que durante el día. El tercer periodo o de declinación puede calcularse como el primero en otros diez días” (pp. 5a y 5b). Aunque la opinión general era que la enfermedad tenía veinte días de ascenso y otros veinte de descenso, Gabriel García opina que dura un mínimo de quince días y un máximo de 120, concluyendo normalmente al mes si se cura y prolongándose en curaciones incompletas, si se completa con neumonía catarral, trastornos cerebrales, convulsiones, etc. Por ejemplo, en la localidad vallisoletana de Villardefrades, en 1910, la duración de la coqueluche fue de un mes como término medio aunque hubo tres casos que duraron tres meses mientras cuatro afectados fueron curados en quince días (Feo Parrondo, 2010, pp. 332).

Al mes de presentarse la epidemia de coqueluche en Ysaba aparecieron algunos casos de sarampión y de varicela que fueron benignos todos y que pasaron rápidamente y solo provocaron complicaciones con diarreas.

De los 36 menores de un año fueron invadidos 22, de los 145 entre 1 y 5 años fueron invadidos 81 y de los 169 entre 5 y 10 años fueron atacados 31. De estos 134, 68 eran niños y 66 niñas, habiendo unas diferencias muy reducidas en función de la edad. Asimismo, se vieron afectados seis varones y tres mujeres de más de diez años (pp. 6a). De los 143 totales afectados fallecieron once, cuatro varones y siete hembras, todos de menos de 4 años (pp. 6a). En Villardefrades (Valladolid), en 1910 falleció un niño de los 67 afectados al complicarse la coqueluche con eclampsia que solo duró doce horas. La tasa de mortalidad fue del 1'5% (Feo Parrondo, 2010, pp. 332) cuando la tos ferina, pese a su breve duración, supuso un 4'5% de los fallecidos en el municipio asturiano de Tineo entre 1902 y 1911 (Feo Parrondo, 1996, pp. 163 y 168).

García y Orga señala que “en la anterior epidemia del año 1886, según consta en el Registro Civil, murieron seis de coqueluche, todas hembras, lo que viene a demostrar la importancia que tiene la edad y especialmente el sexo, para el pronóstico de esta enfermedad” (pp. 6a).

En Ysaba hubo un 12'7% de defunciones de los 86 invadidos menores de cuatro años y un 7'6% del total de invadidos, porcentajes muy similares a los apuntados por Hagenbach para el imperio austro-húngaro y por Kiermer para el imperio germánico, las zonas más castigadas. Gabriel García señala la sorpresa que le producen estos altos porcentajes en un espacio con una vegetación tan variada, aire puro, etc., y achaca los problemas a “la falta de cultura y educación en los pueblos, que hace les cueste gran trabajo sacudir el yugo de estúpidas costumbres, que ponen al médico en graves apuros y en peligro constante la vida de esos pequeños ángeles organismos débiles” (pp. 6b y 7a). El propio García y Orga apunta que en los primeros días de la vida los niños son aprisionados con ligaduras y alimentados, antes de tiempo, con sopas, patatas, tocino, vino, etc. (pp. 7a).

Asimismo, señala que “es muy común también la creencia de que las enfermedades de los niños o no tienen tratamiento o de tenerlo es sencillo e insignificante y, a la vez, tienen los padres la necia suposición de que el médico no comprende bien los padecimientos de la infancia, porque los niños no saben explicarse, preocupación humillante para el médico

y perjudicial a los enfermos, por la sencilla razón de que induce a descuidos imprudentes y a toda clase de improvisaciones. Pero esto no evita para que acudan al consejo de un curandero, de un apóstol, saludador y sea más creído y respetado que el médico. He aquí una de las principales causas de la gravedad y mortalidad en esta epidemia de coqueluche al abusar las familias del jarabe de Pagliano, medicamento recomendado por un industrial sin conciencia, que hacía ver a los miopes de inteligencia que dicho jarabe (activo purgante) era un refrescante, el mejor depurativo de la sangre, en una palabra un <cúralo todo>, no faltando charlatanes del vulgo ilustrado que lo tienen como una panacea. Esta clase de vulgo es la más temible en los pueblos, son incompatibles con la clásica gravedad de la medicina científica, son esclavos en su inmensa mayoría de prácticas y rutinas que les ciega la razón” (pp. 7b).

Gabriel García no duda en afirmar que “en 20 años de mi práctica rural he tenido ocasión de observar los más variados disparates” (pp. 8a). A continuación reproducimos un ejemplo que costaría creer si no lo citase un médico de manera crítica: “ciertas madres cuando un recién nacido está amenazado de asfixia, en vez de practicar la respiración artificial o las tracciones acompasadas de la lengua, cogen una gallina negra y por el ano del niño introducen el pico de esta. Usan variedad de amuletos que cuelgan al cuello de la criatura, como rosarios de ajos contra las lombrices, y bolsitas conteniendo patas de lagarto contra los accidentes de la dentición, y otras con una lagartija para evitar el mal de ojos. He visto usar como purgante el excremento de perro negro, pulverizado. Se niegan a tomar quinina, porque hincha la tripa y comen ratones fritos y toman la cáscara de caracol pulverizada, y polvos hechos con hueso humano. En la ictericia tragan piojos. En fin, me haría interminable si diera a conocer la multitud de medicaciones extravagantes propias de inteligencias delirantes” (pp. 8a).

Gabriel García apunta que “lo más triste es que a la pobreza intelectual acompaña la pobreza material. Recorred esos pueblos y al entrar en ellos tapar vuestras narices y retirar vuestra vista de esos fétidos muladares; las calles mal empedradas (si lo están) se ven llenas de inmundicias y de fango; casas de abigarrada construcción, constituyen verdaderas madrigueras humanas en su interior por la promiscuidad terrible de los cuerpos. Junto a la familia gruñe el cerdo, rebuzna el asno, ahulla el perro y mafulla el gato; al lado de la mujer y de la niña, cohabita el conejo y el impulsivo gallo con la roja cresta erizada...” (pp. 8a y 8b).

Y, “agréguese a toda esta miseria, que los padres de estos niños son pequeños agricultores que en lucha continua con las lujurias del tiempo, trabajando incesantemente, mal alimentados por no poder reunir lo suficiente para el sustento de la familia, se ven en la necesidad de que sus mujeres tengan que ayudarle en los rudos trabajos del campo, abandonando a sus pequeñuelos al cuidado de una vecina o amiga” (pp. 8b).

Para combatir la coqueluche “se han empleado todas las sustancias de que disponía el médico, con esto queda dicho que no poseemos ninguno que merezca el nombre de específico” (pp. 9a). La mejor medida para disminuir la coqueluche era el aislamiento de los niños enfermos y la utilización de recursos higiénicos, muy útiles pero poco usados, aunque se suelen trasladar los niños enfermos y sus ropas a otras habitaciones (pp. 9a y 9b). Gabriel García propuso poner en la cabeza del enfermo un pañuelo mojado con petróleo para aumentar la secreción mucosa, tomar cada una o dos horas agua cocida con tomillo (treinta gramos por cada litro de agua), jarabe de amapola (usado desde la antigüedad

para combatir la tos ferina), agua con romero si no había tomillo, jarabe de violeta, etc. El propio doctor García y Orga señala que “al hacer uso de medicación tan vulgar, diremos con el docto naturalista Cazín: si en la ciudad el médico puede proporcionar medicinas de balde gracias a establecimientos de caridad, no sucede lo mismo en la práctica rural, en esta el facultativo se vale las más de las veces de lo que la naturaleza le ofrece con esa generosidad y esa profusión emanadas de una bondad providencial que ha querido poner al alcance de todo el mundo lo que es verdadera y generalmente útil” (pp. 10a y 10b).

Para el doctor García, “suele bastar el anterior tratamiento en la mayor parte de los casos, pero si la tos persistiera no hay inconveniente en usar la antipirina en particular la fórmula presente: antipirina 1 gramo, vino generoso y agua destilada 30 gramos y jarabe de claveles 50 gramos” (pp. 10b). Pero, “al usar la antipirina no hay que olvidar que es un medicamento peligroso, por lo que debe administrarse tantos centigramos como meses tenga el niño o tantos decigramos como años, no pasando en un niño de 8 años de la cantidad de 50 centigramos, tres o cuatro veces al día. Es conveniente seguir el tratamiento largo tiempo, continuando su empleo una o dos semanas después de la cesación de los accesos, a pequeñas dosis, y conforme estas disminuyen, se aumentan los intervalos. El apetito aumenta, las digestiones son fáciles, los accesos se disminuyen en frecuencia e intensidad, siendo la duración de la enfermedad menor” (pp. 10b).

Como colofón, Gabriel García señala que “este fue mi tratamiento que recomiendo a mis compañeros lo sometan al crisol de la experiencia. Lo soportan tan bien los niños y les es tan agradable que ellos mismos solicitan la medicación después de tomar algunas dosis. Nunca he visto un efecto secundario desagradable en cuantos hicieron uso de estas medicaciones”.

En 1907, según Isidoro Martínez, se combatía con profilaxis (aislamiento del individuo atacado), dietética, seroterapia y farmacoterapia. La ozonoterapia permitía obtener resultados verdaderamente notables a la hora de combatir la tos ferina (MARTINEZ ROIG, 1907, pp. 59) como constatan casos en diversos países, en los que se aplican en el periodo convulsivo durante unos quince días con inhalaciones diarias durante 10-12 minutos, acortando notable y visiblemente la duración de la enfermedad (Martínez Roig, 1907, pp. 73).

4 BIBLIOGRAFIA:

ANONIMO (1991): “Tos ferina” en *Gran Enciclopedia Larousse*, Barcelona, Planeta, t. 23, pp. 10.921.

ANONIMO (2005): “Tos ferina” en *Nueva Enciclopedia Universal*, Madrid, Durvan, volumen 25, pp. 10.195-10.196.

ARCE ALONSO, G. (1932): *Tos ferina y tuberculosis*, Madrid, Cosano, 20 págs.

AUCHIER, G. (1920): *Contribution a l'etude du traitement de la coqueluche*, Paris, Le François, 40 págs.

BOSCH MARIN, J. y LESCURE DEL RIO, L. (1969): *Tos ferina. Contribución a su profilaxis y tratamiento*, Barcelona, Hubber, 13 págs.

FEO PARRONDO, F. (1996): *Geografías médicas de Tineo en 1886, 1907 y 1913*, Oviedo, Principado de Asturias, 176 págs.

FEO PARRONDO, F. (2002): "Las epidemias de viruela de Carcelén (1897) y de gripe de Casas de Ves (1900)", *Al-Basit. Revista de Estudios Albacetenses*, 46, pp. 83-100.

FEO PARRONDO, F. (2008): "La epidemia de difteria en Lodosa (1895)", en *Lurralde. Investigación y espacio*, 31, pp. 65-82.

FEO PARRONDO, F. (2010): "Epidemia de coqueluche (tos ferina) en 1910 en Villardefrades (Valladolid)", *Papeles de Geografía*, 51-52, pp. 329-336.

FEO PARRONDO, F. (en prensa): "Geografía médica y epidemias en Villarta de los Montes (Badajoz) (1904-1912)".

GARCIA ALONSO, D. (1897): *Estudio histórico-clínico de la doble epidemia de sarampión y coqueluche ocurrida en Villavieja (Salamanca) en el año 1895-96*, Salamanca, Calatrava, 120 págs.

GARCIA-DUARTE SALCEDO, Rafael (1925): *Tos ferina*, Madrid, Plus Ultra, 35 págs.

GOMEZ DE LA MATA, F. (1878): *La tos ferina o coqueluche y su tratamiento*, Madrid, Gregorio Yuste, 80 págs.

GORRIA IPAS, A.J. (1987): *Evolución y crisis demográfica de la organización social. El Valle de Ansó*, Huesca, Diputación Provincial, 216 págs.

HAGGETT, P. (2000): *The geographical structure of epidemics*, Oxford, University Press, 150 págs.

JEFFERSON, T., RUDIN, M. y DIPIE TRANTONJ, C. (2003): "Systematic review of the effects of pertussis vaccines in children", *Vaccine*, 21, pp. 2003-2014.

MADOZ, P. (1850): "Isaba" en *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, Madrid, t. IX, pp. 453.

MAPA (1986): *Mapa de cultivos y aprovechamientos de la provincia de Navarra*, Madrid, MAPA, 144 págs.

MARTIN ARQUELLADA, A. (1910): *Tratamiento higiénico y farmacológico de la coqueluche*, Madrid, Enrique Teodoro y Alonso, 29 págs.

MARTINEZ LACABE, E. (2004): *Violencia y muerte en Navarra. Guerras, epidemias y escasez de subsistencias en el siglo XIX*, Pamplona, Universidad Pública de Navarra, 460 págs.

MARTINEZ ROIG, I. (1907): *La ozonoterapia en la coqueluche*, Barcelona, Asmarats, 82 págs.

OLIVERA, A. (1993): *Geografía de la salud*, Madrid, Síntesis, 160 págs.

PEREZ MOREDA, V. (1980): *Las crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX*, Madrid, Siglo XXI, 526 págs.

POU DIAZ, J. (1949): *Tos ferina*, Zaragoza, Publicaciones de Revista Española de Pediatría, 294 págs.

REVENGA, A. (1904): *La muerte en España. Estudio estadístico sobre la mortalidad*, Madrid.

RODRIGUEZ CABEZAS, A. y RODRIGUEZ IDIGORAS, M.I. (1996): *Historia ilustrada de la medicina*, Málaga, Algazara, 142 págs.

URTEAGA, L. (1980): "Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX", *Geocrítica*, 29, 52 págs.

VIÑES, J. J. (2006): *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*, Pamplona, Gobierno de Navarra, 766 págs.

VIRTO IBAÑEZ, J.J. (19991): "La emigración de navarros hacia América en la segunda mitad del siglo XIX", *Estudios de Ciencias Sociales*, 4, pp. 109-122.