

CONTROLAR LA CIUDAD PARA ELIMINAR LA ENDEMIAS: EL CASO DE LA PREVENCIÓN ANTITUBERCULOSA EN BARCELONA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

Cèlia Miralles Buil
Universitat Politècnica de Catalunya

Controlar la ciudad para eliminar la endemia: el caso de la prevención antituberculosa en Barcelona en el primer tercio del siglo XX (Resumen)

Con el descubrimiento del bacilo de Koch en 1882, la lucha antituberculosa en Europa se focaliza en la guerra al bacilo con el lema “más vale prevenir que curar”. En ese sentido, la ciudad se convierte en un contenedor del microbio por excelencia y para erradicar la enfermedad es preciso controlar el espacio en el cual se encuentra. Concretamente, se trata de actuar en los lugares considerados contagiosos para reducir la expansión de la endemia y eliminar puntualmente el germen. En Barcelona en el primer tercio del siglo XX, médicos, autoridades públicas o arquitectos establecen un control médico y espacial de la ciudad, precisando cada vez más la escala de actuación, desde unos barrios determinados, unas manzanas, unos inmuebles, casas, habitaciones y hasta camas.

Palabras claves: Tuberculosis, higiene, prevención, control médico.

Controlling the city to eliminate the disease: the case of antituberculosis prevention in Barcelona 1920-1936. (Abstract)

After Koch discovery in 1882, the fight against tuberculosis in Europe only focused on killing the germ with the motto “better safe than sorry”. In that perspective, the city became the main receptacle for the germ and, in order to eradicate the disease, it was compulsory to control the space in which it was located. In practical terms, the primary objective was to act on the places that were regarded as contagious in order to reduce the propagation of the disease and to eliminate the germ locally. In Barcelona, between 1920 and 1936, physicians, public authorities and architects established a medical and spatial control on the city, each time being more precise in the scale of their action, starting from targeted neighbourhoods to then deal with blocks, buildings, houses, rooms, and even beds.

Key words: Tuberculosis, hygiene, prevention, medical control.

El propósito de este trabajo es aclarar el vínculo existente entre control del espacio y lucha antituberculosa en el primer tercio del siglo XX. Con el descubrimiento del bacilo, la lucha antituberculosa oficial en Europa se focaliza sobre la “guerra al bacilo”¹, con el lema “más vale prevenir que curar”². La relación de las autoridades médicas con el espacio cambia ya que la ciudad se convierte en el contenedor del microbio, y así tenemos que entender las actuaciones médicas que pretenden controlar la ciudad para reducir la expansión de la endemia.

A partir del siglo XVIII³ y durante todo el siglo XIX, se desarrolla una intervención médica en el espacio urbano basada en la idea de sanear el ambiente para evitar los miasmas⁴. Con el nacimiento de la epidemiología el control de la salubridad general de la ciudad se hace aún más primordial⁵. La “revolución bacteriológica” da un nuevo impulso teórico al control médico de la ciudad y afecta también el estrago social por excelencia, la tuberculosis⁶. Con el descubrimiento del bacilo de Koch en 1882, el germen se impone como única causa real de la tuberculosis relegando la higiene y las condiciones sociales al mero estatuto de “predisposición” secundaria⁷. A partir de entonces, la lucha contra la tisis supone exterminar el microbio y por consiguiente, según los preceptos de la epidemiología moderna, incluye un control espacial reforzado⁸.

En Barcelona esta focalización sobre el germen conduce a establecer nuevos mecanismos de control del espacio para eliminar el microbio. Las autoridades catalanas, y en particular la Mancomunitat y la Generalitat de Catalunya ponen en marcha un proyecto de lucha antituberculosa para restringir y eliminar el impacto de la tuberculosis en los barrios⁹. En ese proyecto colaboran médicos y arquitectos del GATCPAC¹⁰. Este control del espacio en la lucha antituberculosa barcelonesa toma dos formas concretas: por un lado reformas urbanas que toman en cuenta preceptos médicos y que permiten en sí luchar contra la tuberculosis. Por otro lado existe un control médico espacial, que consiste en llevar la medicina moderna a todas partes de la ciudad. En nuestro trabajo mostraremos que ambos tipos de control del espacio van juntos en los proyectos de los diferentes actores.

A nivel epistemológico, esa comunicación se inscribe en una metodología mixta y pretende relacionar dos historiografías. La primera, la historiografía de la medicina, se interesó sobre todo por el proceso de construcción de la teoría bacteriológica mientras que por otra parte los historiadores y geógrafos urbanos se focalizaron más bien en los

¹ Barnes, D. 1984.

² Ese lema aparece por ejemplo en Mariani y Larrion, J-M, 1905.

³ Ver Jori, G, 2013.

⁴ Ver por ejemplo: Pinol, J-L (dir), 2003, pp121-137. Bourdelais, P (coord.), 2001. Fraile, P, Bonastra, Q (coord.), 2001. Urteaga, L, 1980. Para un análisis más detallado ver también, Assis da Costa, F, 2008, Frioux, S, 2009.

⁵ Ver por ejemplo la experiencia del doctor John Snow en Londres sobre la epidemia del cólera en 1848. En Pinol, J-L (dir), 2003, p127.

⁶ Molero Mesa, J, 1989.

⁷ Es la “teoría de bacteriología exclusiva” según Lugo Márquez, S, 2011.

⁸ « La ville en accusation », en Guillaume, P, 1986.

⁹ Ese proyecto se incluye en los proyectos de política sanitaria en general: Sabaté i Casellas, F, 1993. Hervás y Puyal, C, 2004.

¹⁰ Ver por ejemplo : Pizza, A, 1993, o Pizza A, Rovira J-M, 2007. Gatcpac: Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per al Progrés de l'Arquitectura Contemporània.

resultados producidos en el espacio. Metodológicamente, este trabajo se estriba en dos tipos de fuentes: literarias y archivísticas y permite una aproximación cualitativa. La literatura médica de la época permite diseñar las bases teóricas que conducen a considerar el control del espacio como primordial para encauzar la epidemia¹¹. Partiendo de esa base teórica, los documentos de trabajo de Lluís Sayé, médico responsable del Servei de Lluita Antituberculosa de la Generalitat¹², las fichas de visita del dispensario del Servei¹³ y los planos del GATCPAC¹⁴, dan una visión de las actuaciones concretas, proyectadas o realizadas durante los años 1920 y 1930.

Lo que queremos demostrar con ese trabajo es que el control espacial de la tuberculosis en Barcelona se realiza gracias a un sutil juego de escalas. Más específicamente, en los discursos de los médicos más influyentes como en las actuaciones planeadas o realizadas, la focalización sobre el microbio parece ser la base teórica para pasar de una escala general, la ciudad, a una escala más precisa, la casa. Siguiendo esa lógica, nos interesaremos en un primer momento por el control médico y espacial a escala de la ciudad y de los barrios, para ver cómo la teoría de bacteriología exclusiva conlleva a una concentración del interés y del control en un espacio geográfico cada vez más reducido. En un segundo momento, veremos que este control localizado se manifiesta sobre todo en la casa del enfermo, considerada como el espacio del microbio y del contagio por definición. Por fin, ya que el tuberculoso puede ser considerado como la última escala de actuación o último contenedor del microbio, intentaremos aproximarnos hacia el control de su cuerpo llevado a cabo por los médicos y las autoridades sanitarias, y en particular su aislamiento en espacios específicos.

Del control de “la ciudad común” al control del “casc antic”: Barcelona 1920-1930

Según el médico José Codina Castellvi en 1913, para luchar contra la tuberculosis, es necesario “cerrar todas las fuentes de contagio”¹⁵, o sea hacer desaparecer el microbio del mapa llevando a cabo una actuación médica puntual. En ese sentido, el control del espacio recobra importancia a la hora de concretar una estrategia de lucha antituberculosa y, más allá, el espacio quizá sea el elemento que cabe controlar para evitar que se propague la epidemia. Aquí pretendemos explicar los mecanismos bacteriológicos pero también sociales que conducen a precisar el espacio sobre el cual se realiza una actuación para luchar contra el contagio. De esa forma, pensamos que la teoría bacteriológica exclusiva permite redefinir la salud pública en lo que se refiere a la tuberculosis y eso de dos maneras distintas: Primero porque con la focalización en el germen los espacios pasan de ser focos insalubres a espacios contagiosos, y segundo porque aparecen en este sentido nuevos espacios por controlar que son cada vez más reducidos en torno al microbio. Concretamente, la actuación antituberculosa barcelonesa en los años 1920-1930, que se trate del control espacial como médico en la ciudad, se concentra en mayor parte en el Casc Antic y en los rincones polvorientos.

¹¹ Apoyado en un estudio detallado de más de 120 artículos de tisiólogos publicados entre 1880 y 1948 en España, para mi tesis doctoral sobre la tuberculosis y el espacio urbano barcelonés entre 1929 y 1936 empezada en 2008 (manuscrito en redacción).

¹² Fondo del Dr Lluís Sayé, Arxiu Nacional de Catalunya.

¹³ Fichas y encuestas sociales del “*Servei d’assistència social dels tuberculosos*”, 1921-1939, Depósito del « Centre d’Atenció Primària del Raval Sud, Drassanes ».

¹⁴ Fondo del GATCPAC, “Arxiu Històric del COAC” y Revista AC.

¹⁵ Codina Castellvi, J., 1913, citado en Molero Mesa, J., 1989, p. 37.

De los focos insalubres a los espacios de contagio: evolución de los espacios que cabe controlar según la teoría bacteriológica

En el primer tercio del siglo XX, la teoría hegemónica que considera al microbio como única causa de la tuberculosis supone una redefinición de la higiene, y hace que evolucionen los espacios que tienen que ser controlados por las autoridades públicas o la lucha antituberculosa. Se pasa de la identificación de focos insalubres a espacios circunscritos, bien definidos por ser contagiosos.

Desde el final del siglo XIX, los higienistas se preocupan por controlar los puntos negros de la ciudad que contaminan el resto del espacio urbano. En España, Philip Hauser se centra en particular en Madrid y Sevilla¹⁶. En 1882 propone un plan sanitario demográfico de la ciudad de Sevilla, conocida por los estragos que hacen las enfermedades digestivas. Se preocupa por las redes de alcantarillado de las cuales carece la ciudad, pero también localiza puntualmente los focos insalubres que tienen que ser saneados para tener una ciudad más salubre en su conjunto. Se trata de lugares insalubres clásicos, mataderos, cementerios, etc., a los cuales añade también jabonerías presentes en la ciudad problemáticas por su localización en el centro ciudad. Esos lugares según él son peligrosos para toda la población ya que contaminan el aire de todos, a causa de los miasmas. Apunta en particular la nocividad de las tenerías, que suponen el transporte de pieles contaminadas en toda la ciudad. Así, vemos que si el higienista se dedica a localizar los lugares infecciosos, también se preocupa por la movilidad y las redes de conexiones que ayudan a la difusión. La tuberculosis, en su discurso, aparece como una enfermedad que también está relacionada con los aires o miasmas. Pero unos años más tarde, en 1898, en una obra dedicada a la tisis pulmonar, el médico es obligado a incorporar la teoría bacteriológica a sus reflexiones¹⁷. En efecto, con el descubrimiento de Koch en 1882, la teoría bacteriológica parece volverse ineludible en los círculos médicos en boga. En todo caso, si Philip Hauser precisa expresamente que la causa de la tuberculosis es el microbio, añade de inmediato que esa información no permite solucionar el problema. Para él, ese descubrimiento y la identificación del germen no conducen en proporcionar una solución directa para detener la tuberculosis. Los únicos medios de contención y de control de la enfermedad siguen siendo los de siempre, el saneamiento de la ciudad y la mejora de las condiciones de vida materiales de los individuos más débiles físicamente. Así, cabe centrarse en sanear el terreno para controlar la expansión del germen. Pero como lo explicó Jorge Molero Mesa en su tesis sobre la Historia social de la tuberculosis, la mayoría de los médicos no toman esa decisión¹⁸. Con el descubrimiento del microbio se centran más bien en eliminar directamente el germen, dejando de lado el terreno que ya aparece como un factor secundario, relativamente poco presente en los discursos de los médicos. Más precisamente, se establece una teoría bacteriológica exclusiva que reduce aún más la visión y que, como lo explica también Sara Lugo Márquez, elude la posible variabilidad del microbio que era sostenida por algunos médicos, para centrarse en un

¹⁶ Hauser, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, Tomás Sanz, Séville, 1882 Hauser, Philip, *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, Madrid, Est. Tip. Sucesores de Rivadeneyra, 1902, p. 488.

¹⁷ Hauser, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 69

p.

¹⁸ Molero Mesa, J., 1989.

único e íntegro agente de contagio¹⁹. Según esa lógica, el control de la enfermedad pasa por la búsqueda, o caza, del bacilo en la ciudad, y su destrucción.

Por otra parte, para el científico Ackerknecht, la revolución pasteuriana en su conjunto, y aquí digamos más específicamente la teoría bacteriológica, permite consagrar la victoria de los contagionistas sobre los infeccionistas²⁰. Pero para muchos historiadores, y entre ellos Sandra Caponi por ejemplo, la práctica real de los higienistas pone de relieve la mezcla de concepciones infeccionistas y contagionistas. Nosotros pensamos que si bien es cierto que la práctica concreta de la lucha antituberculosa se pueda observar una real complementariedad entre medidas a favor del terreno y en contra del germen, en los discursos esa focalización en el germen supone otra visión que conduce a preocuparse por otros tipos de espacios. Concretamente, el problema ya no son los talleres insalubres o actividades que de por sí implican manipular productos nocivos, son los lugares en los cuales se encuentra el microbio. Los espacios se convierten en una metonimia del bacilo, son lugares tuberculosos, contagiosos más que infecciosos. Ya que se concentra la atención en el contagio personal, los espacios peligrosos vienen a ser los espacios densos en población. Además, como el bacilo se encuentra también a gusto en la oscuridad y en el polvo, los lugares insalubres tienen que ser vigilados también por contener microbios, ya no por ser terrenos favorables. Por fin, el simple hecho de centrarse e identificar el microbio, conduce a querer precisar la escala al máximo, para cazar mejor el bacilo.

Una evolución en los espacios en los cuales se ejerce la vigilancia médica es visible, y se relaciona con la evolución de la teoría, de las preocupaciones de los médicos, pero también de la concepción de la ciudad. Así, si analizamos los discursos de los médicos españoles durante el primer tercio del siglo XX, vemos primero la reivindicación de una ciudad salubre en su conjunto. Hay que controlar todos los espacios de las ciudades, ya que el tuberculoso, al desplazarse, deja gérmenes en todas partes. De esa forma lo explica Luis Comenge, ya en 1892 en Barcelona:

“los tuberculosos acuden a los colegios, fábricas, talleres, gimnasios y oficinas y en todas partes van dejando millares de gérmenes que, al encontrar abonado terreno, causarán nuevas hecatombes.”²¹

La preocupación de los médicos por el contagio les conduce a prestar atención prioritaria en los lugares densos, y en un primer momento los espacios de circulación, en los cuales las ocasiones de contagio se multiplican ya que se cruzan muchas personas. Luis Comenge exige medidas de control por parte de la municipalidad en las calles, como el establecimiento de escupideras públicas para evitar la contaminación de las calles por el microbio²². José Verdes Montenegro en Madrid en 1906, o más tarde en 1912 en Barcelona Gaspard Costa y Bufi concentran sus esfuerzos en educar al tuberculoso, enseñándole que tiene que escupir en una escupidera portátil, en un pañuelo, o en el arroyo²³. El objetivo es entonces evitar que el tuberculoso siembre la enfermedad en todas parte de la ciudad y para eso se controlan sus gestos y prácticas con preocupaciones higienistas centradas en la prevención del contagio. Además, la

¹⁹ Lugo Márquez, S., 2011.

²⁰ Ackerknecht, H. E., 1982. Citado en Caponi, S., 2004.

²¹ Comenge y Ferrer, L, 1892.

²² Comenge y Ferrer, L, 1892.

²³ Verdes Montenegro, J. 1906. Costa i Bufi, G, 1912.

municipalidad tiene que limpiar las calles con agua y no con una simple escoba, para no levantar el polvo cargado de bacilo.

A las calles como espacios privilegiados para vigilar se añaden otros lugares también vinculados con el transporte, el tranvía o los “carruajes de alquiler” por ejemplo, pero también todos los espacios en los cuales la población puede cruzarse y mezclarse, tales como los mercados o los puertos²⁴. A partir de los años 1900-1910, las calles ya no son tan citadas como contagiosas por parte de los médicos, poco a poco vemos una concentración del interés en los lugares concretos, ya no tan vinculados con la movilidad. En efecto, en la mente de los médicos, el espacio peligroso pasa de ser la calle por su concentración relativa de población a los lugares circunscritos, donde la concentración es absoluta. El contagio está ya más vinculado a la promiscuidad y al hacinamiento. De esa forma, al tranvía y al mercado se sustituyen las oficinas públicas, y se insisten en los cines o las tabernas, todos los tipos de espacios cerrados que ven afluir a mucha población de golpe, o bien espacios caracterizados por el hacinamiento como lo veremos más adelante. ¿Cómo explicar esta evolución? Por un lado puede ser vinculada a una redefinición de la concepción médica, y en efecto poco a poco se comprueba el tipo de contagio que caracteriza la tuberculosis. Es necesario tener un contacto prolongado e intenso para realmente enfermarse. Por otro lado otra hipótesis puede ser la de una evolución contemplada del espacio urbano. Los médicos consideran el espacio público ya saneado, y se concentran más bien en los focos de contagios puntuales que quedan para sanear, es decir destruir el germen, dado que se observa una evolución del término en este sentido. Por fin, podemos sugerir que frente a la segregación social constatada en la ciudad de Barcelona²⁵ en particular, el miedo al contagio que permitía explicar las exigencias de control urbano de los espacios comunes se reduce, o por lo menos cambia de forma. El contagio se mantiene, pero en algunos lugares concretos, y en particular en algunas partes precisas de la ciudad, los barrios más humildes.

Así, la identificación de puntos precisos en los cuales se encuentran los microbios implica una teoría de control del espacio distinta de la que proponen los higienistas, pero también de la concentración en unos espacios más precisos. “Cerrar las fuentes de contagio”, expresión clave para entender el vínculo entre espacio y nueva teoría bacteriológica permite ver un nuevo higienismo antituberculoso.

Del control médico del espacio barcelonés a la concentración de los esfuerzos de control en el Casc Antic

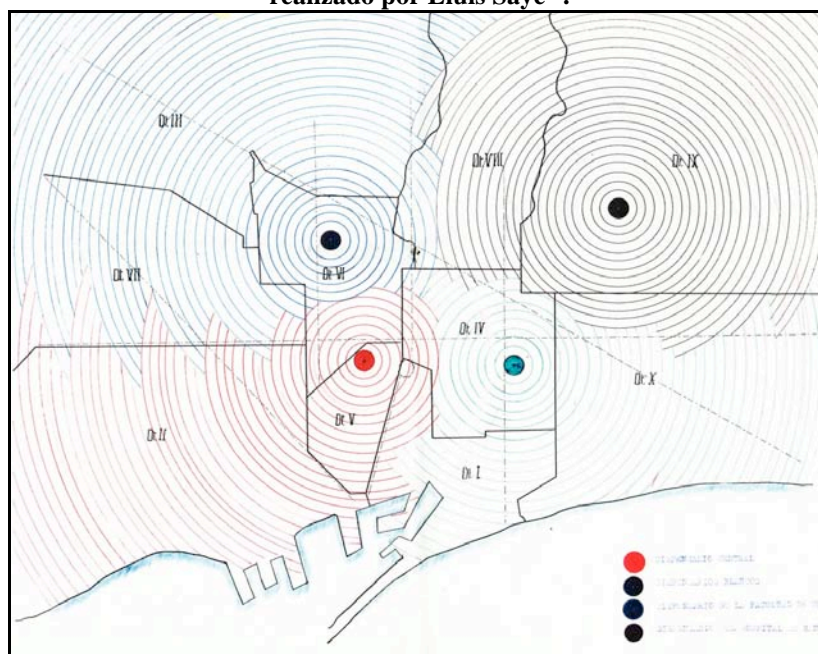
Siguiendo esa lógica de “cerrar todas las fuentes de contagio”, las actuaciones concretas planeadas o realizadas en Barcelona a partir de los años 1920 por las autoridades públicas y médicas se concentran en los espacios contagiosos concretos situados por la mayor parte en el Casc Antic de la ciudad. Precisemos, antes que nada, que el control del espacio se hace por dos vías, por un lado un control médico localizado en el espacio hecho por médicos, por otro lado un control espacial llevado a cabo por arquitectos.

²⁴ Ver por ejemplo: Costa i Buñi, G, 1912. O Peña Novo, P. 1930.

²⁵ Guardia-Bassols, M.G., Monclús, F.J. y Oyon, J.L (dir.), 1994.

Los años 1920-1930 se caracterizan por una acción voluntarista de los poderes públicos catalanes, la Mancomunitat y luego la Generalitat de Catalunya en el ámbito de la salud pública, y en particular en la lucha antituberculosa²⁶. Lluís Sayé es el encargado en 1918 de establecer un plan de acción para detener la expansión de la endemia, que esté adaptado a la situación particular de los distintos espacios de Cataluña. De un estudio detallado basado en estadísticas y localización de casos, el médico establece una teoría de fases de tuberculización que permite construir el marco general²⁷. Distingue diferentes momentos en la expansión de la endemia, que concretamente corresponden a distintos espacios en la región. Así el control de la enfermedad depende del lugar, y las actuaciones planeadas no son las mismas en una ciudad como Girona, en fase 2 que necesita primero sanear la ciudad en su conjunto, y Barcelona, situada en la fase 3, en la cual la tuberculosis empieza a decaer y donde se tiene que aplicar medidas más localizadas para eliminar la presencia del bacilo, así como prestar atención prioritaria hacia los enfermos, focos de contagio. Lluís Sayé establece después un plan bien estructurado para la ciudad de Barcelona, conectando todos los lugares de prevención y de asistencia antituberculosa ya existentes bajo la autoridad del Servei antituberculoso de la Generalitat. Más precisamente, el Servei se preocupa de la prevención y de poner toda la ciudad bajo vigilancia médica. Establece un plan de la ciudad con las áreas de influencia de los dispensarios con el objetivo de no dejar ni una sola parte del territorio sin control médico.

Figura 1.
Zonas de influencias de los diferentes dispensarios barceloneses en los años 1930. Esquema realizado por Lluís Sayé²⁸.



Fuente: Fondo del Dr. Lluís Sayé, ANC.

²⁶ Sabate i Casellas, F, 1993. Hervás i Puyal, C, 2004.

²⁷ Fondo del Dr Lluís Sayé, ANC. Sayé Sempere, Ll, 1933, 1934.

²⁸ Los cuatro dispensarios representados son : el dispensario central, situado en la calle Torres Amat en el distrito V (en construcción), el dispensario Blanco de la Caixa de Pensions situado en el Passeig de Sant Joan distrito IV, el dispensario del Hospital de Sant Pau, distrito IX, el dispensario de la facultad de medicina, distrito VI. En el documento original, es visible que el dispensario central de la Generalitat tiene una zona de influencia que se extiende más allá de los distritos II y V, y cubre todo el territorio municipal.

En la teoría, el dispensario central, cuya construcción está prevista en el Raval de Ponent tiene un área de influencia que cubre toda la ciudad, pero en la práctica la labor efectiva de prevención y de control realizada por el dispensario central y el Servei se focaliza en el Casc Antic. Efectivamente, la localización del dispensario central queda vinculada a unas conclusiones de Lluís Sayé basadas en un análisis preciso de la localización de casos de enfermedad y del ambiente en el cual viven. Según él, los barrios antiguos son los que se tienen que controlar, ya que la densidad de construcción y la antigüedad de los pisos contribuyen a la insalubridad y la producción de polvo en el cual se encuentra el microbio. Pero sobre todo, se trata de barrios, calles, inmuebles muy densificados, lo cual supone por consiguiente una concentración del bacilo.

El interés por el control de la higiene en el Casc Antic es también una preocupación de los arquitectos, que se dedican a localizar el microbio para eliminarlo mejor. Así, en París se identifican los inmuebles más afectados por la tuberculosis para clasificar “manzanas” que cabe destruir y establecer un “cordon sanitaire”²⁹. Yankel Fijalkow describió en su libro el proceso de construcción del peligro sanitario vinculado al contagio y demostró el establecimiento de mecanismos de control espaciales de la enfermedad³⁰. En Barcelona, los arquitectos del GATCPAC también se implican en la higiene, y se concentran en el Casc Antic, utilizando para sus proyectos cifras de mortalidad por fiebre tifoidea y por tuberculosis. En sus informes de higiene, el GATCPAC conservaba entre muchas cosas unas listas de direcciones tuberculosas publicadas en la revista de Catalunya Radio. Si comparamos la localización de esas casas tuberculosas con las actuaciones planeadas en el plan de Sanejament publicado unos años más tarde en la revista AC, observamos cierta concordancia.

Figura 2.
Concordancia entre las direcciones de los tuberculosos ayudados por Catalunya Radio y los bloques de inmuebles identificados por el GATCPAC.



Fuente: listas de donativos de Catalunya Radio, Pla de Sanejament del Casc Antic, GATCPAC, AC n°25, 1937, p. 28.)

²⁹ Barnes David S., 1984, p 112.

³⁰ Fijalkow Yankel, 1997, 1996.

Es posible que la operación de cirugía del espacio planeada por los arquitectos utilice esos datos de tuberculosis en el proceso de identificación de los puntos negros que cabe “extirpar”. También es muy probable que simplemente se traten de los lugares considerados como más insalubres, y correspondan con los pisos de los tuberculosos. La pregunta principal que cabe destacar es si esa actuación espacial es contemplada por los médicos de la tuberculosis y las autoridades públicas como una solución en sí para controlar la expansión del bacilo como era el caso en París. Aunque no se exprese explícitamente, la colaboración entre Lluís Sayé y los arquitectos del GATCPAC encargado de construir el nuevo dispensario central puede orientarnos hacia una posible respuesta positiva. En todo caso cabe precisar que la acción del GATCPAC también se centra en unos espacios específicos, y ya no en las conexiones urbanas como era el caso antes. De hecho, aquí la preocupación trasciende los espacios contagiosos para entrar en la lógica del higienista Philip Hauser: para luchar contra la enfermedad y reducir el peso del microbio, cabe sanear todos los lugares. Así se mezclan la lucha para fortalecer el terreno y el control del germen. El control espacial y en particular en el barrio chino de Barcelona parece una manera de detener el germen.

Llevar la medicina hacia los enfermos

El control médico de la ciudad también implica acercar la lucha hacia los enfermos y el bacilo. En efecto, la decisión de localizar el Dispensario central en la calle Torres Amat a partir de 1934 se explica por la voluntad de controlar más eficazmente el espacio y la población que constituyen el riesgo sanitario. Pero también se trata, según los cálculos de Lluís Sayé, del barrio donde viven efectivamente la población ya tuberculosa y *a fortiori* el microbio. En ese sentido el control del espacio reside en la extensión espacial de una lucha médica del Dispensario y tras él el Servei de la Generalitat. Se trata de llevar la atención médica hasta al enfermo, portador del germen. En la labor del dispensario la asistencia a los enfermos se junta con la prevención dado que se consideran como complementarias. En un primer momento el dispensario tiene la labor de divulgar la higiene, en un espacio particular, hacia una población a riesgo. Así, los médicos del primer tercio del siglo XX publicaban cartillas de divulgación popular, para difundir las costumbres de la higiene antituberculosa en estos barrios. En el caso de Barcelona, en 1919 Tomás Seix, futuro médico del dispensario central y Joan Batista Darder, colaborador de Lluís Sayé publican una cartilla para dar consejos a los enfermos pero también a los llamados pretuberculosos³¹. La empresa de divulgación popular es una labor primordial en el dispensario central, situado en la calle Radas hasta 1936 antes de ser transferido en el nuevo edificio de la calle Torres Amat. Otra labor esencial del dispensario central, es la del diagnóstico, y su localización próxima a los enfermos permite también facilitar ese trabajo. En última estancia el dispensario sirve para distribuir medicinas con la idea de curar o por lo menos mejorar la salud de los individuos diagnosticados como tuberculosos. Hay que decir que en una lógica únicamente preventiva, la asistencia al enfermo también permite hacer desaparecer la enfermedad del espacio. Otro elemento que muestra esta voluntad de acercar el control médico a los enfermos o a la población a riesgo es la creación del dispensario ambulante, planeado por la Generalitat a partir de 1934. En efecto, esa autoridad pública, representada en aquel momento por Josep Dencàs, Conseller de Sanitat, pretende establecer una red de prevención y asistencia antituberculosa pública eficaz,

³¹ Darder-Rodes, J B, Seix, T, 1919.

basada en el dispensario central y camiones que tienen como propósito difundir la salud en el corazón de los barrios señalados contagiosos³². El objetivo de esos camiones es múltiple, dar a conocer los principios de la higiene antituberculosa, diagnosticar, pero también llevar la medicina, o sea relevar la función de control del dispensario a otra escala más precisa, más cercana. Siguiendo la misma línea directriz, el Servei de la Generalitat también se aplica a vigilar todos los lugares a riesgo de manera específica. De esta manera, los médicos visitan sistemáticamente los hospicios públicos, la Casa de Caritat en particular, o la Cárcel Modelo, lugares considerados como insalubres pero sobre todo muy hacinados³³. A parte, la población hacinada en cuestión es considerada vulnerable y necesita una atención médica específica y asistencia pública.

A partir de los años 1932-1933, los médicos del Servei añaden otro método de lucha o prevención contra el germen que también intentan llevar lo más cerca posible de la población concernida según ellos. Lluís Sayé es en efecto un ferviente defensor del BCG, vacuna desarrollada por Calmette y Guérin en los años 1920. Claramente, en esa segunda fase, el médico influencia mucho un giro en la política preventiva del Servei y del dispensario central hacia la difusión de esa vacuna, considerada como una manera eficaz de controlar el microbio, ya que permite crear una barrera a su expansión, en el cuerpo humano y de allí en la ciudad³⁴. Desde un punto de vista teórico, no se centra a propiamente dicho en erradicar el microbio sino en limitar el contagio. La necesidad de difundir la vacuna supone una localización cada vez más cercana a la población y concretamente el dispensario ambulante, tal como lo imaginan las autoridades públicas y en particular este médico, se convierte en un instrumento para vacunar a un número máximo de personas. Por otra parte, se desarrolla una campaña de vacunación, que concentra la atención prioritaria en nuevos espacios, las escuelas, pero también sobre los mismos espacios, ya que la idea es proteger a los niños viviendo en estos ámbitos contagiosos.

Así podemos hablar de una verdadera empresa de difusión de la salud en el espacio para cortar el camino del microbio o hacerlo desaparecer. Esa lucha pensada o realizada se materializa con dos tipos de control: un control médico “espacializado”, que consiste en vigilar de manera médica el espacio y un control espacial “medicalizado” que supone actuaciones en el espacio para solucionar el problema del contagio. Estos dos tipos de control descomponen la acción preventiva tal como se concibe en Barcelona en esa época. También cabe precisar que la acción curativa, llevada a cabo por el dispensario público de la Generalitat se puede inscribir en una lógica complementaria ya que permite prevenir la enfermedad para los demás. Además, si el control del espacio se ejerce en un perímetro cada vez más reducido, es porque se trata de ir lo más cerca posible del agente contaminador. Siguiendo esa lógica, los médicos se centran cada vez más en las casas de los enfermos, como espacio privilegiado para observar el germen.

El control de las casas

Para los médicos, los espacios contagiosos por excelencia son los espacios donde viven los enfermos. Así, ese cambio paulatino de escala hacia una reducción de perímetro de

³² A propósito de la polémica en torno al dispensario central y al camión: *La Publicitat*, “Qué penseu dels projectes sanitaris del Dr. Dencàs?”.

³³ Fondo del Dr Lluís Sayé, ANC.

³⁴ Sayé Sempere, Ll, 1933.

control supone ir hacia la casa y al interior, casi como una finalidad. Más allá, si analizamos la concepción de la ciudad de Lluís Sayé por ejemplo, nos damos cuenta de que concibe un barrio como una acumulación de casas. Efectivamente, el simple hecho de evocar barrios tuberculosos a partir de datos estadísticos hace referencia a un cierto número de enfermos, o de casas infectadas por el microbio. Como lo mostró Yankel Fijalkow con el caso de París y de los inmuebles tuberculosos, es a partir de la escala de la casa que se caracteriza el espacio como contagioso. Siguiendo esa lógica, el control de la enfermedad, en los dos aspectos anteriormente citados, se realiza cada vez más en el espacio privado, primero, en la vivienda, después.

Del espacio cerrado público al espacio privado y las casas

En un primer momento entendemos explicar cómo las exigencias de control urbano y médico por parte de los tisiólogos se desplazan desde los lugares públicos hasta espacios interiores, privados, y más allá las casas.

En Barcelona en los años 1900-1920, pero también en el resto de España de manera bastante generalizada, asistimos a una precisión del espacio que cabe sanear desde el espacio exterior hasta el espacio interior. Así, los puertos, si son obviamente lugares más propicios a la enfermedad, se citan cada vez menos en los escritos de los médicos o en las cartillas de divulgación popular. Esa concentración del interés en los espacios interiores, que ya era sensible al final del siglo XIX pero que se refuerza con la desaparición de las referencias a los espacios exteriores como las calles, se explica por una lógica médica, que se centra en la densidad inmediata y en la promiscuidad, como en una visión de la insalubridad vinculada al polvo. Además, esa evolución entra también en la lógica de reducción del perímetro de control en torno al bacilo. Algunos espacios interiores contagiosos que necesitan ser controlados según los médicos son edificios públicos. Por “públicos” entendemos, en sentido amplio, los establecimientos gestionados por autoridades públicas pero también edificios privados financiados en parte o en totalidad por organismos públicos. Los médicos hablan en hospitales, escuelas, cárceles o casernas, como lugares de actuación prioritaria³⁵. Como lo vimos más arriba, la preocupación por esos espacios se mantiene efectiva durante los años 1930, en las prácticas de las autoridades públicas sanitarias, tal como lo reivindicaban los médicos desde el final del siglo XIX. Cabe precisar que se trata de establecimientos que dependen totalmente de la acción pública, en los cuales las autoridades pueden y deben establecer su control. En cambio, otros espacios como las administraciones públicas, consideradas por los médicos del siglo XIX como espacios contagiosos por tener una densidad relativa importante y una falta de salubridad crónica, ya desaparecen de los discursos. De hecho, leemos cada vez menos llamamientos a la actuación pública por parte de los médicos, en lo que se refiere al saneamiento público. De manera general, se concentra cada vez más la atención en los espacios interiores, privados.

Por espacios privados entendemos primero los espacios privativos, es decir espacios de tenencia privada, cerrados pero accesibles a todos o por lo menos a un número elevado de personas al mismo tiempo. A partir de un análisis detallado de los discursos médicos entre 1890 y 1936, observamos tres espacios que siempre se ponen de realce como

³⁵ Ver por ejemplo en Barcelona: Comenge y Ferrer, L, 1892, Sugrañes y Bardagí, F., 1911, Barjau, J M, 1932.

lugares que cabe controlar: el café, el taller, y en menor medida el cine. Si esos espacios ya eran muy citados desde el siglo XIX, siguen apareciendo en el siglo XX, mientras otros citados anteriormente desaparecen de los discursos. La lógica explicitada más arriba se aplica totalmente aquí: se trata de los espacios densos, favoreciendo una promiscuidad extrema y facilitando el contagio directo. También son lugares insalubres, por falta de sol, de aire, y de limpieza en los cuales se conserva fácilmente el bacilo. Las exigencias de control de los médicos se expresan de distintas maneras. Primero, en la ya tradicional divulgación popular, alentando a no penetrar en estos lugares en particular el cine o café³⁶. También piden a los propietarios hacer un verdadero trabajo de limpieza pero dando recomendaciones precisas, sobre cómo barrer en los talleres por ejemplo, para no contagiar a los obreros³⁷. También animan a fomentar una atención particular en el ámbito de la fábrica para vigilar y descifrar cualquier signo de contagio, a fin de aplicar unas medidas inmediatas. Algunos intuyen que esa concienciación debe ser la labor de los poderes públicos, sobreentendiendo la necesidad de normativas y de control público más incisivo sobre el espacio privado. Es el caso de Luis Comenge, ya al final del siglo XIX, a propósito de los hoteles y casas de dormir, con una lógica que finalmente se parece bastante a un control de las viviendas. Así, según el médico cabía establecer una “vigilancia exquisita en los mesones, fondas, hospederías, a cargo del personal de Higiene”³⁸.

Sin embargo, en los años 1920-1930, si la responsabilidad general de la municipalidad o del Estado es reivindicada por muchos, no vemos a menudo alusiones más concretas a una intervención pública en este sentido. Como lo explicó Jorge Molero Mesa, cuando se refiere a estos espacios, se alude más bien a concepciones moralizadoras centradas en el enfermo³⁹.

Obviamente la concentración de la atención en el espacio más cercano al microbio permite culpabilizar al enfermo pero sobre todo conduce los médicos a interesarse prioritariamente en las viviendas. Las casas de los enfermos eran lugares contagiosos prioritarios desde el siglo XIX, pero a partir del siglo XX, se convierten en el objeto de atención casi exclusivo en los discursos de los médicos. Esa focalización del control médico en la vivienda llega a su paroxismo en los discursos y propuestas de Lluís Sayé en los años 1920-1930. En efecto, su análisis de la ciudad tuberculosa se apoya en un primer momento en cifras de densidad. El médico demuestra que en cuanto se reduce el perímetro de estudio, la densidad queda cada vez más vinculada a la tuberculosis. Pasa entonces del contagio en el inmueble al contagio en casas, habitaciones y hasta camas⁴⁰. El espacio que cabe controlar se centra más y más en el espacio privado, personal, y los médicos entran en las viviendas para llevar a cabo una operación de control.

Curar las casas de los enfermos en los años 1920-1930

“Todo tuberculoso contagioso es el testigo de un ambiente infectado”⁴¹. Esta frase clave de Lluís Sayé muestra bien que la preocupación primera por parte de los médicos, en la

³⁶ Mariani y Larrion, J M, 1905, Ayuntamiento de Piedrahita (Ávila), 1904.

³⁷ Verdes Montenegro, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, 1906

³⁸ Comenge, L, 1892.

³⁹ Molero Mesa, J, 1989, 1999.

⁴⁰ Sayé Sempere, Ll, 1924.

⁴¹ Sayé Sempere, L, 1924, 1934.

óptica preventiva, es antes que nada “curar casas”. Más aún, el médico responsable del Servei de la Generalitat precisa explícitamente que la lucha contra la enfermedad debe ser extendida al “campo enemigo”, o sea la vivienda tuberculosa. En efecto, en la práctica como en la teoría, la intervención médica en la ciudad supone una verdadera guerra al bacilo llevada a cabo en las casas, mezclando a veces lucha para fortalecer el terreno y lucha para eliminar el microbio.

En sus escritos, los médicos pretenden ya entrar en las casas de los enfermos para controlar su espacio cotidiano. En 1912, el médico Llorens i Gallard condena fuertemente las casas de los tuberculosos responsabilizándolos por el estado desastroso de sus viviendas por aceptar vivir en un lugar insalubre y tener prácticas que lo empeoran:

“sucio, inmoral, tonto y pobre, el alcohólico vive en esas pocilgas que sirven de habitación a los fracasados, viviendo en sitios más densos de población y hacinados en los estrechos tugurios”. Y más tarde “esas habitaciones, húmedas, faltas de luz, de aire y de capacidad, infectadas por todos los hedores, se hallan contaminadas por los esputos bacilares que los tísicos escupen en el suelo, paredes, camastros y muebles, y los individuos alcohólicos que en ellas habitan deben, forzosamente, ser víctimas de la tuberculosis por reunir todas las condiciones orgánicas apropiadas para la fácil germinación del bacilo tisiógeno”⁴².

En las cartillas populares la mayor parte de las recomendaciones del siglo XX tratan de la vivienda, y precisan primero las bases de la higiene: la casa debe ser limpiada diariamente, y no de cualquier manera. Se prohíbe barrer a seco ya que levanta el polvo contagioso. De la misma manera, dejar las ventanas abiertas es una buena idea de momento que no haya también polvo en la calle⁴³. Pero las cartillas son aún más precisas y explican cómo hay que reorganizar la casa del tuberculoso para evitar el contagio, así Tomás Seix y Joan Batista Darder quieren prohibir los braseros, que según ellos sólo sirven para la producción de polvo de carbón⁴⁴. Ya en 1910 en Cuenca un médico explica la necesidad de reorganizar la habitación del tuberculoso para facilitar la limpieza:

“Todo tísico ocupará una habitación espaciosa, aislada, seca, sin alfombra, cortina ni cuadros, con los muebles más indispensables y de fácil limpieza y desinfección, que pueda directo y ampliamente ser ventilada día y noche y que reciba la acción de los rayos del sol”⁴⁵.

Más aún, Tomás Seix y Joan Batista Darder preconizan también una reducción de los muebles y de todo lo que no es imprescindible, pero aconsejan el mantenimiento de plantas y flores en las habitaciones de los tuberculosos para purificar el aire y alegrar el ambiente. Acercándose cada vez más al espacio cercano del enfermo estos médicos se interesan más en su habitación que en la totalidad de la vivienda. Preocupados por el contagio directo o por el polvo, denuncian la mala costumbre de compartir camas haciendo referencia a la necesidad de cambiar y limpiar las sábanas.

En el dispensario central de Radas en los años 1920-1930 la acción preventiva está totalmente vinculada al control de las casas. Se envían a las enfermeras visitadoras para

⁴² Llorens y Gallard, I, de, 1912.

⁴³ Pesado Blanco, S., 1916.

⁴⁴ Darder-Rodes, J B, Seix, T, 1919.

⁴⁵ Ferrand López, C. 1910.

controlar el estado de las casas de los enfermos visitados en el dispensario con encuestas sociales detalladas⁴⁶. Penetran en las viviendas y observan detenidamente, controlando la limpieza, las instalaciones higiénicas, el tamaño, la densidad, así como la organización del espacio personal. Así en 1921 entran en una casa situada en la calle del Siti en el Poble Sec y describen la situación de una primera planta, originariamente local comercial en el cual duermen en el mismo suelo unas diez personas. Denuncian dando muchos detalles condiciones de higiene pésimas, hasta catastróficas: “*Tot es molt brut i humit, tant que entre la porqueria i humitat sembla que a terra hi hagi fanc.*”⁴⁷

Estos detalles descritos son registrados como causas de enfermedad una vez controlada la casa. Precisemos que este control parece a veces ser una realidad importante en el cotidiano de los enfermos ya que tenemos constancia por ejemplo de un piso visitado como mínimo tres veces en un año. Más allá de una simple vigilancia del interior hay una injerencia real en las viviendas ya que los médicos y las enfermeras también buscan controlar efectivamente el espacio del enfermo. Así, orientan a las familias en cómo limpiar pero también reorganizar sus viviendas para evitar el contagio, mezclando así actuaciones contra el germen y a favor de un terreno más salubre. En 1921 otra enfermera describe una organización de la vivienda que le parece nociva a la salud y aconsejar desplazar muebles para dejar que penetre el sol en la casa, haciendo efectivo el control del espacio:

*“Dos quartos tenen finestra amb sol, i un es interior, en un dels que té sol hi ha la màquinaria de cosir i altres mobles, i en l’interior hi dorm una nena, els hi he dit que ho canviessin i diu que ho farán ara la nena tindrà aire i sol”.*⁴⁸

Más allá, el control de la vivienda llevado a cabo por las enfermeras visitadoras del Servei se centra en las habitaciones de los enfermos, y en las camas. Controlan quién duerme con quién, como lo muestran los planos con las camas dibujados con detalles reproducidos más abajo. A partir de eso, exigen ver y auscultar a todos los que comparten cama, habitación y a veces vivienda con los enfermos, como lo precisa Lluís Sayé: “Hasta que no hayan reconocido en el Servei las personas que con él conviven, no consideramos acabada nuestra función”⁴⁹.

Así, el control del espacio se ejerce en el ámbito cotidiano del enfermo, en el espacio privado pero también a la escala más cercana, llevando la acción directamente en las casas con el objetivo de reducir la presencia del microbio pero también ocasiones de contagio. Pero quizás hablar de casas tuberculosas pueda ser considerado también como una manera neutral de hablar sin apuntar directamente al enfermo, que como portador último del microbio también tiene que ser controlado.

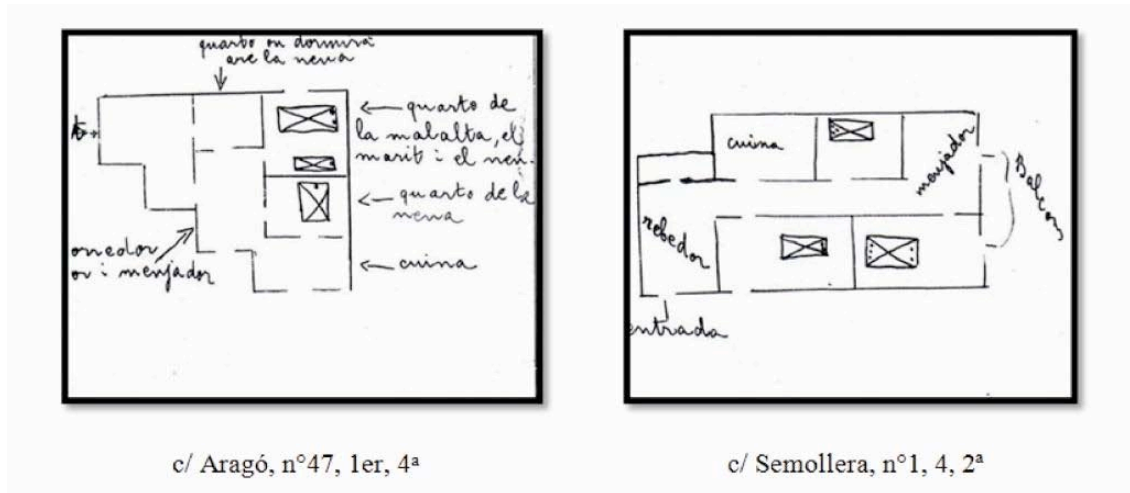
⁴⁶ Fondo Lluís Sayé, ANC, y fichas y encuestas sociales del “*Servei d’assistència social dels tuberculosos*”.

⁴⁷ Encuesta social correspondiente con la ficha familiar n° 380, del “*Servei d’assistència social dels tuberculosos*”, 1921.

⁴⁸ Encuesta social correspondiente con la ficha familiar n° 453 del *Servei d’assistència social dels tuberculosos*”, 1921.

⁴⁹ SAYE SEMPERE, LI, 1924.

Figura 3:
Planos de las viviendas en las encuestas sociales del Servei d'assistència social dels tuberculosos, 1921



Fuente: encuestas sociales del “Servei d’assistència social dels tuberculosos”, 1921-1939, Depósito del “Centre d’Atenció Primària del Raval Sud, Drassanes”.

Aproximación hacia el control del enfermo

Observar mecanismos de control ejercidos en el mismo enfermo por distintos actores supone un trabajo en sí. Influenciados por la teoría de los sociólogos, y en particular de Michel Foucault, algunos historiadores de la medicina pensaron la medicalización como una manera de controlar el enfermo⁵⁰. Aquí tenemos la intención de simplemente aproximarnos hacia estas cuestiones de control del enfermo, considerado como la última escala de acción médica y espacial, vinculada a la focalización en el microbio. En efecto, recordemos que a principio del siglo XX el tuberculoso es el responsable de la propagación de la endemia en la ciudad por ser designado como el “sembrador de la muerte”. En ese sentido, controlar sus movimientos contribuye a sanear el ambiente. Como lo dijimos, en los años 1930, un médico como Lluís Sayé ya no se refiere tanto al enfermo sino que más bien evoca el contagio de casas, aunque quizá sea una manera neutral de referirse al tuberculoso. En todo caso, para “cerrar todas las fuentes de contagio” es necesario reducir la nocividad del enfermo lo que implica ejercer varias formas de control sobre su persona entre ellas la asistencia médica. Esa última escala de control, entendida desde el punto de vista de la focalización en el microbio, también tiene un aspecto espacial doble. Veremos primero que se trata de aislar geográficamente a los enfermos, para luego observar cómo se estructuran rutinas para curar la enfermedad, que también supone unas formas de control personal, ejercido en establecimientos específicos que se convierten en espacios de control en sí.

El aislamiento social y geográfico del cuerpo tuberculoso

Desde el siglo XIX los médicos explican la necesidad de alejar al enfermo, para que sea curado pero también para que no contamine a los demás⁵¹. Así la lucha antituberculosa toma una vertiente más personal, queriendo controlar al enfermo, lo que supone también

⁵⁰ Foucault, M (coord.), 1979. Para una crítica actualizada de estas tesis: Bourdelais, P, Faure, O, 2005.

⁵¹ Estudiado por historiadores de la medicina en: Faure, O, Dessertine, D, « Malades et sanatorium dans l’entre-deux-guerres », en Bardet J-P, Bourdelais P, Guillaume, P, Lebrun, F, Quétel, C (dir), 1997.

un control médico localizado, ya que se trata de alejar geográficamente al tuberculoso/foco de contagio y eso a varias escalas.

En la casa primero, el aislamiento del enfermo es patente en los discursos de los médicos como en las encuestas sociales del dispensario. Es importante que el tuberculoso pueda dormir solo, para estar más a su gusto pero sobre todo para que no contagie a los demás. Este aislamiento obligatorio es exigido por los médicos, y permite explicar la soledad y el aburrimiento vividos por los enfermos, y contados en la literatura, Joan Salvat Papasseit, asistido en el dispensario de Radas en los años 1920 evocaba así en sus poemas la necesidad de quedarse en la cama solo, sin moverse⁵². En las cartillas de divulgación se explica que el enfermo tiene que ser responsable, y saber aislarse el mismo de los demás. Así, en 1906, una cartilla, redactada por un tuberculoso, Julián Gil Perela⁵³, recomienda un cambio de vida completo, incluyendo aspectos morales en las recomendaciones higiénicas. Los colaboradores de Lluís Sayé, Tomás Seix y Joan Batista Darder también consideran la responsabilidad del enfermo que también tiene que contribuir a la divulgación de los principios de higiene antituberculosa en sus círculos de sociabilidad⁵⁴. En las fichas de visitas del dispensario, los médicos dan recomendaciones para aislar al enfermo del resto de la familia. Así, la idea es reservar una habitación exclusivamente para el enfermo, y no dejar entrar a los niños por ejemplo, también limpiar todos los objetos utilizados por el tuberculoso para evitar al máximo el contagio.

Pero el aislamiento es aún más fuerte cuando se pretende mandar al enfermo en un sanatorio más o menos lejano. En un primer momento el objetivo es alejar al enfermo de las tentaciones de la ciudad o del ambiente nocivo en el cual vive, para enseñarle de nuevo las preocupaciones higiénicas, y, como lo veremos más adelante, reformarlo. Pero luego, si se manda al enfermo a un sanatorio, es también para aislarlo, y así proteger a sus familiares, o a las personas que viven cerca de él.

En nuestra tesis doctoral hemos explicado que mientras que los enfermos curados en casa vivían en los barrios más humildes de la ciudad, los enfermos acogidos en el sanatorio del Esperit Sant, un sanatorio suburbano muy importante en Barcelona en aquella época, vivían en barrios más asentados. Además, esos últimos vivían en casas más densificadas que los demás. De allí nace la hipótesis que se intenta aislar fuentes de contagio, ya que son a veces acciones caritativas individuales las que hacen entrar a los enfermos en el establecimiento curativo. Además, el número proporcionalmente importante de domésticos asistidos en este sanatorio puede dar a pensar que son los mismos patrones los que financian la cura⁵⁵. El mismo médico Lluís Sayé, cuando recibe pacientes enviados por colegas médicos en los años 1930 preconiza en general un tratamiento ambulatorio, por ser consciente de las lagunas del sistema hospitalario⁵⁶. Pero a menudo precisa en sus cartas que una estancia de descanso en el campo puede ser una buena idea. De la misma manera, la voluntad de recibir siempre a los familiares de los enfermos muestra la preocupación por el contagio directo, ya la voluntad de

⁵² “Es tot fosc i Jo al llit”, Salvat Papasseit, J, 1919.

⁵³ Gil Perela, J, 1926.

⁵⁴ Darder-Rodes, J B, Seix, T, 1919.

⁵⁵ Ver tesis doctoral Celia Miralles Buil *La tuberculosis en el espacio social barcelonés entre 1929 y 1936*, dirigida por José Luis Oyón y Jean-Luc Pinol, en realización.

⁵⁶ Sayé Sempere, Ll, 1933. Fondo Lluís Sayé, ANC.

proteger a los niños en particular puede ser una razón importante para entender el aislamiento del padre o de la madre tuberculosa en un sanatorio, un tipo de establecimiento que por otra parte es criticado por el mismo médico.

En 1932, el doctor Barjau, médico responsable del sanatorio del Esperit Sant apuntaba el acto de lesa humanidad que consistía en crear hospitales para tuberculosos incurables, reconociendo implícitamente su necesidad en el mismo discurso⁵⁷. El aislamiento en hospitales o sanatorios como manera de controlar la fuente de contagio que representa el enfermo no suele decirse de manera explícita en los discursos en los años 1930. En cambio, a menudo queda contemplado de manera implícita, ya que se asocia el aspecto curativo de la cura de reposo al aire puro con la idea de aislamiento. En 1930 en Galicia, el médico Peña Novo se expresa de manera más explícita considerando que el hospital, además de aportar soluciones de tipo operación de cirugía, debe también servir para suprimir el peligro que representa el tuberculoso para el resto de la sociedad:

“En los hospitales ingresarán aquellos tuberculosos cuyo proceso de menos probabilidades de curación nos prometa y que, por ser muy bacilíferos, mayor peligro ofrezcan para la sociedad.”⁵⁸

Aunque no se suele expresar de manera explícita en los discursos de los médicos, pensamos que la voluntad de aislar al enfermo también es una causa de su ingreso en el hospital, y quizás mucho más en los sanatorios, de montaña o suburbanos como se desarrollan en los años 1930. En efecto los sanatorios ya no corresponden a la lógica moderna tal como la conciben los médicos influyentes de la época, y a pesar de ello, esos mismos siguen mandando enfermos para cura de reposo en esos establecimientos.

El control médico y social del enfermo en los “espacios de control”

A pesar de que este trabajo tenga como principal propósito la prevención espacial de la tuberculosis, también queremos abordar esa última forma de control personal como una continuidad lógica de los procesos de control médico centrados en la destrucción del germen. El control del enfermo aparece como un elemento obligatorio en esa época para evitar el contagio y la agravación de la enfermedad por ser poco atento a las normas antituberculosas. Muchos médicos hacen referencia a pacientes poco obedientes en sus discursos, que, por ser ignorantes de las bases higiénicas y de las obligaciones médicas no toman en serio su enfermedad ni tampoco su curación⁵⁹. En Barcelona, los médicos del dispensario central pero también del Hospital Sant Pau hacen referencia a menudo en las fichas de visita a comportamientos inadecuados de enfermos diagnosticados o no⁶⁰. Muchos no toman en cuenta las prohibiciones médicas y siguen fumando, haciendo vida nocturna o trabajando demasiado en vez de quedarse en la cama por ejemplo. El hecho de encerrar al enfermo en un hospital o en un sanatorio parece ser una manera de obligarlo a respetar tales directivas. Cabe decir que las rutinas de los enfermos son particularmente exigentes, que se traten de las recomendaciones médicas del tratamiento ambulatorio como sobre todo del tratamiento recibido en los establecimientos específicos. Según los médicos, nada debe ser más importante para el tuberculoso que cuidar de su salud. De esa forma, toda su vida se reorganiza en función

⁵⁷ Barjau, JM, 1932.

⁵⁸ Peña Novo, P, 1930.

⁵⁹ Por ejemplo: Llorens y Gallard, I, 1912.

⁶⁰ Fichas clínicas del Hospital de Sant Pau, 1929-1936, ANC.

de las exigencias médicas. En el dispensario las múltiples recomendaciones y las visitas frecuentes permiten un control relativamente importante del enfermo, pero además los establecimientos específicos también pueden ser considerados como verdaderos espacios de control en sí. En efecto, la organización de la jornada en un establecimiento como el sanatorio del Esperit Sant en Santa Coloma de Gramanet o de Torrebónica en Terrassa es particularmente precisa. En 1921 Lluís Sayé manda a un enfermo al sanatorio de Torrebónica precisando en una carta la rutina que tiene que seguir el enfermo cada hora⁶¹. En los reglamentos interiores de los establecimientos muchas veces queda precisado con detalles todo el día del enfermo, desde la hora de levantarse hasta la vuelta a su cama. A cada horario corresponde una “actividad” y en el sanatorio sobre todo la idea es hacer cura de reposo, de aire, y de sol. Muchos testimonios literarios hacen referencia a esa rutina monótona que tienen que soportar los enfermos, pero también subrayan la rigidez de las prácticas⁶². El enfermo tiene que permanecer inmóvil durante horas, en el balcón acostado en la famosa tumbona. En 1932 un médico de Valladolid denunciaba algunas exageraciones puestas en prácticas en algunos centros que pretendían obligar a los enfermos a una “cura de reposo del cadáver”:

“se llega a prohibir, en este grado de reposo, [...] no solamente el hablar y reír; pero hasta el sonreír, y los movimientos amplios de espiración, y los cambios de posturas en la cama, y todo ello durante mucho tiempo [...]. Tales exigencias, en verdad, [serían] una exageración cómica y risible si no fuera cruel”⁶³

Por otra parte, este mismo médico reafirma la necesidad de seguir pautas precisas y estrictas para la cura de reposo. Efectivamente, en los sanatorios se listan unas series de comportamientos prohibidos en nombre de la salud del enfermo. Así, el hecho de beber alcohol pero sobre todo de fumar queda formalmente prohibido, y de hecho infringir la regla es motivo a un alta disciplinaria, es decir un despido. El enfermo tiene que seguir obligatoriamente todas las pautas impuestas por la rutina del establecimiento pero también se controla atentamente de que tome medicinas.

Hay que precisar que la misma arquitectura del establecimiento es una manera de controlar al enfermo o por lo menos vigilar su salud. Concretamente, los edificios de salud tal como quedan planeados en los años 1930 siguen directrices particulares de los médicos. Así Lluís Sayé, quien orientará la acción de los arquitectos del GATCPAC para la construcción del dispensario central se desplaza a Europa, y en particular a Italia en el Instituto Benito Mussolini para observar los nuevos establecimientos dedicados al cuidado de los enfermos tuberculosos⁶⁴. De manera general los sanatorios en particular están orientados hacia la cura de reposo al aire libre, y se estructuran en torno a patios y balcones ya que la principal actividad consiste en tomar el sol⁶⁵. La construcción de los edificios de salud está sobre todo sometida a la necesidad de hacer penetrar el sol y el aire, destruyendo así el bacilo. El nuevo dispensario de Torres Amat construido por el GATCPAC entra en esa lógica, privilegiando las ventanas amplias y numerosas para el sol y la ventilación⁶⁶ y la división de los espacios, en particular los que deben recibir a los enfermos. Precisemos que el dispensario tal como lo concibe Lluís Sayé en sus escritos puede también acoger a enfermos si es necesario. El GATCPAC también planea

⁶¹ Ver ficha n° 489, “*Servei d’assistència social dels tuberculosos*”, 1921.

⁶² Ver por ejemplo: Cela, C J, 1951.

⁶³ Bañuelos García, M, 1932.

⁶⁴ Sayé Sempere, Ll, 1933.

⁶⁵ Martínez Medina, Andrés, 2012.

⁶⁶ Pizza, A, 1993.

la construcción de otros establecimientos de salud, bajo las directrices de los médicos, que nunca se realizarán pero que pretenden sanear el ambiente por la misma organización espacial que suponen.

Por fin, el control del enfermo en estos establecimientos de salud parece ir más allá de un simple control vinculado a su enfermedad. En efecto, las normativas asociadas a la necesidad de higiene se cruzan con elementos más bien vinculados a un control social. En efecto, la prohibición (de fumar y beber alcohol en particular) son justificadas por razones sanitarias pero en la práctica también pueden ser considerados, por historiadores, como métodos de alienación del individuo. En Barcelona en los años 1930 pero también después, muchos enfermos se quejan de métodos de control que no tienen nada que ver con prerrogativas médicas. Así, se ponen de relieve las obligaciones de ir a misa y de rezar en los distintos hospitales de Barcelona según Jorge Molero Mesa e Isabel Jiménez⁶⁷. La separación de los sexos es también una obligación que los enfermos no deben traspasar. En un libro que retoma testimonios de tuberculosos del sanatorio de Torrebónica publicado en los años 1970, el Dr. Eduald Xalabarder hace alusión también a disciplinas excesivas, que hace decir a los enfermos que el establecimiento “no es ninguna cárcel”⁶⁸. De manera general la disciplina militar se critica como inútil e ineficaz, ya que no se trata tanto de una exigencia médica, sino más bien de reformación social. Así, Jorge Molero Mesa explica cómo la lucha antituberculosa, de manera general, también tiene como propósito neutralizar las malas costumbres de los más humildes. Para darle la razón, un médico como José Verdes Montenegro, de Madrid no duda en explicar que su trabajo de médico es el de sanear cuerpos y mentes, así como “modelar la masa social”:

“Claro que la propaganda es un arte y que el artista no se ve nunca satisfecho de su obra. Preguntádselo a todos y ellos os dirán que media un abismo entre la belleza tal como el artista la concibe y aquella que puede trasladar al barro con que trabaja, o al lienzo, o al pentagrama. *Nosotros que aspirábamos a modelar la masa social, según nuestras ideas, ¿cómo podíamos esperar que esa masa social compleja y viva tuviese para nosotros flexibilidades de que carece el barro, de que carece cosas tan sutiles como las notas o los colores, y que al conjuro de nuestra voz plasmasen en el pueblo nuestros ideales sanitarios?*”⁶⁹

Más aún, en el mismo discurso el médico madrileño añade que el seguro de enfermedad, que juzga esencial desde un punto de vista médico, tiene también una utilidad esencial en otro sentido: permitiría apaciguar a la muchedumbre, alejarla de las ideas revolucionarias, y seguir manteniendo el orden público. Precisemos que tales afirmaciones tan crudas no se leen en los textos de Lluís Sayé por ejemplo, pero el ideal de control del enfermo, por lo menos en el marco de los establecimientos de salud parece realmente presente, en particular cuando nos centramos en las fichas de visitas y las recomendaciones muy precisas dadas por el médico.

“Cerrar las fuentes de contagio tuberculoso” es una preocupación esencial en el primer tercio del siglo XX. Para controlar la epidemia es necesario sanear el espacio, pero ya no para fortalecer el terreno sino más bien para destruir el germen. La concentración del interés en el bacilo, considerado como único agente de la enfermedad, permite explicar el hecho de que el control de la enfermedad sea espacial y puntual: se localizan los

⁶⁷ « El Hospital Clínico no ha de ser una iglesia » *Solidaridad Obrera* 1932, citado en Jimenez Lucena, I, Molero Mesa, J, 2003.

⁶⁸ Xalabarder, E, 2011.

⁶⁹ Verdes Montenegro, J, 1935.

microbios, y se intenta acercarse de él lo mejor posible, para llevar una solución concreta, adaptada y precisa. Esas soluciones pueden ser de dos tipos: espaciales, con el objetivo de cambiar el espacio para eliminar el germen, o médico, pretendiendo llevar la medicina a todos los lugares. En todo caso estas preocupaciones implican claramente un cambio de escala en la percepción geográfica del problema. Así, en las teorías médicas de los tisiólogos vemos una evolución desde el final del siglo XIX, cuando pedían reformas estructurales y generales de la ciudad, hasta una concentración del interés en unos barrios precisos, unas manzanas, unos inmuebles, casas, habitaciones y hasta camas. En Barcelona en los años 1920 y 1930, con la acción de la Mancomunidad y luego de la Generalitat de Catalunya, se intenta establecer una red amplia de dispensarios, para controlar toda la ciudad desde un punto de vista médico. Pero en la práctica, las actuaciones se centran principalmente en sanear casas, ya que la ciudad se entiende como una acumulación de viviendas. Las enfermeras visitadoras inspeccionan las casas, controlan la insalubridad y el hacinamiento, exigiendo cambios efectivos en la manera de organizar el espacio privado. Esa nueva concepción del control espacial de la enfermedad quizás tenga que ver con la evolución de las teorías bacteriológicas y de la medicina, pero también de la ciudad y quizás de los progresos urbanos realizados en la capital catalana. Pero este control del espacio privado y más cercano al enfermo conduce también a una reflexión sobre el control social como objetivo inconfesable de los médicos. Esa cuestión, muy estudiada y criticada en la historiografía supone también interrogar la actuación dentro de los establecimientos antituberculosos, que constituyen espacios de control del enfermo, último portador del microbio. El tuberculoso queda aislado en espacios organizados en torno a su enfermedad, en el cual su libertad queda supeditada a la mejora de su salud.

Precisemos que en la actualidad, el control de la tuberculosis sigue siendo un control espacial. Así, el dispensario central se desplazó del Norte al Sur del Raval, para acercarse lo más posible a la población a riesgo, y llevar la medicina hasta su casa. Estas últimas semanas, se notició en los diarios el brote de tuberculosis del cual sufre Barcelona y otras capitales europeas. Un recién reportaje fotográfico de Alexander Glyadyelov en unas cárceles ucranianas de la provincia de Donetsk reproducido en *El País* digital muestra el aislamiento de presos afectados por tuberculosis ultra-resistente en la Colonia 13 de la cárcel, para evitar el contagio con los demás prisioneros y asegurarse de que los enfermos tomen el tratamiento⁷⁰.

Bibliografía

ACKERKNECHT, H. E., *A Short History of Medecine*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1982.

ASSIS DA COSTA, Francisco de “La ordenación de los flujos indeseables, Barcelona, 1849-1917”, in *Perspectivas Urbanas*, UPC ESTAV, Barcelona, 2008.

AYUNTAMIENTO DE PIEDRAHITA (AVILA), *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis. Año 1904*, José Perales y Martínez, Madrid, 1904, 16 p.

⁷⁰ Glyadyelov, A, Prisioneros de la tuberculosis, *El País*, 21/03/2014. http://elpais.com/elpais/2014/03/21/album/1395402628_890425.html#1395402628_890425_1395403460

BAÑUELOS GARCIA, Misael, *La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, Ed. Baldacci, Barcelona, 1932, 71 p.

BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion. Choléra, Tuberculose, Syphilis, XIXème XXème siècle*. Fayard, 1997.

BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*. En: Pascual Briffa, Gerard. *Societat Medico-Farmaceutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelona, 1932, pp. 13-95.

BARNES David S., *The Making of the Social Disease. Tuberculosis in nineteenth-century France*. University of California Press, London, 1984.

BOURDELAIS, Patrice (dir.), *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIIIème-XXème siècle)*, Belin, Paris, 2001.

BOURDELAIS, Patrice, FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de la santé: XVIII-XX^{ème} siècle*. Editions Belin, Paris, 2005, p. 13.

CAPONI, Sandra, "Hygiénisme et réorganisation urbaine au Brésil et en Argentine", dans *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, Varia, 33, 2004

COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, Imp. de Amat y Martínez, Barcelona, 1892, 16 p.

COSTA Y BUFI, Gaspar, *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de primera enseñanza*, Imp. La Catalana, Barcelona, 1912, 31 p.

DARDER-RODES, Joan Batista, SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, Imp. J. Horta, Barcelona, 1919, 13 p.

FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, Imp. Provincial, Cuenca, 1910, 20 p.

FIJALKOW, Yankel, « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », en *Morbidity, Mortality, Santé, ADH*, EHESS, 1996, Paris.

FIJALKOW Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, L'Harmattan collection habitat et société, Paris, 1997, 274p.

FONDO DEL DR LLUIS SAYE, del « *Departament de Sanitat i centre de prevenció i control de la tuberculosi "Lluís Sayé"* », Arxiu Nacional de Catalunya.

FONDO DEL HOSPITAL DE SANT PAU, Arxiu Nacional de Catalunya.

FONDO DEL GATCPAC, "Arxiu Històric del COAC" y Revista AC.

FOUCAULT Michel, et al., *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, coll Architecture, Mardaga, Bruxelles, 1979.

FICHAS Y ENCUESTAS SOCIALES del “*Servei d'assistència social dels tuberculosos*”, 1921-1939, Depósito del “Centre d'Atenció Primària del Raval Sud, Drassanes”.

FRAILE, Pedro, BONASTRA, Quim, (coord.), *Modelar para Gobernar. El control de la población y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva histórica*. Publicacions Universitat de Barcelona, 2001.

FRIOUX, Stéphane, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIXème siècle - années 1950)*, tesis dirigida por PINOL Jean-Luc, Université Lumière Lyon 2, 2009.

GIL PERELA, Julián, *Lucha contra la tuberculosis pulmonar. Estés sano, predispuesto o tuberculoso. Cartilla de vulgarización*, La Mercantil Barcelonesa, Barcelona, 1926, 64 p.

GLYADYELOV, A, “Prisioneros de la tuberculosis” (reportaje fotográfico), *El País*, 21/03/2014.

GUARDIA-BASSOLS, M.G., MONCLÚS, F.J. y OYON, J.L (dir.), *Atlas histórico de ciudades europeas*, vol. 1: Península Ibérica, CCCB-Salvat, Barcelona, 1994, pp. 64-93.

GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIXème et XXème siècle*. Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986.

HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, Tomás Sanz, Sevilla, 1882.

HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 69 p.

HAUSER, Philip, *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, Madrid, Est. Tip. Sucesores de Rivadeneyra, 1902, p. 488.

HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, tesis dirigida por TERMES I ARDÈVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelona, 2004

JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », *Gimbernat*, n°39, Barcelona, 2003.

JORI, Gerard, La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII. *Scripta Nova. Revista Electrónica de*

Geografía y Ciencias Sociales. [En línea], vol. XVII, nº 431, Universidad de Barcelona, 2013.

LLORENS Y GALLARD, Ignacio de, *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, Imp. Casa Prov. Caridad, Barcelone, 1912, 35 p.

LUGO MARQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, tesis de doctorado dirigida por Jorge Molero Mesa, Centre d'Història de la Ciència, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2011.

MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, Imp. Nicolás Moya, Madrid, 1905, 32 p.

MARTINEZ MEDINA, Andrés, "Del hospital al balneario: arquitecturas para tratar y prevenir las enfermedades", dans ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia, PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, TRESCASTRO LÓPEZ, Eva, BERNABEU-MESTRE, Josep (dir.) *Turisme, Gastronomia, Oci i Salut als municipis valencians: una perspectiva històrica*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Sant Vicent del Raspeig, 2012. pp. 57-104.

MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, Tesis dirigida por E. Rodriguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Granada, 1989.

MOLERO MESA, Jorge, "Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español", en *Trabajo Social y Salud*, nº 32, p 19-59, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Zaragoza, 1999.

PEÑA NOVO, Plácido, *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, 120 p.

PESADO BLANCO, Sergio, *Cartilla higiénica popular contra la tuberculosis y el alcoholismo. Libro para uso de los niños...de las escuelas y de sus familias*, Vda. de J. Sagrera, Plasence, 1916, 28 p.

PINOL, Jean-luc (dir), *Histoire de l'Europe urbaine*, tome 2, Seuil, Paris, 2003.

PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*. J.Ll Sert, J.B Subirana y J. Torres Clavé, col. Archivos de Arquitectura, España Siglo XX, Colegio de Arquitectos de Almería, 1993.

PIZZA Antonio, ROVIRA Josep María, *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat 1929-1939*, COAC Publicacions, Barcelona, 2007

REVISTA CATALUNYA RADIO, *La Publicitat*, "Arxiu Històric de la Ciutat", Casa de L'Ardiaca.

SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, tesis dirigida por CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993.

SALVAT PAPASSEIT, Joan, “Es tot fosc i jo al llit”, *Columna de Foc*, n°5, Barcelone, 1919.

SAYE SEMPERE, Luis, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, 71 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona. Conferencia donada a l'Ajuntament de Girona el dia 25 d'Abril de 1934*, s.i., s.l., 1934, 14 p.

SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, Imp. Valentín Tordesillas, Madrid, 1912.

SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, Barcelona, 1911.

URTEAGA Luis, “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, *Cuadernos Críticos de Geografía Humana* n° 29, Universidad de Barcelona, 1980.

VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. de E. Teodoro, Madrid, 1906, 14 p.

VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, Fundación Obra Cultural, Barcelona, 2011.