

HIGIENE Y TERAPEUTICA ANTICOLERICAS EN LA PRIMERA EPIDEMIA DE COLERA EN ESPAÑA, 1833-1835

Esteban Rodríguez Ocaña

El presente trabajo, realizado como parte de mi tesis doctoral *Enfermedad y sociedad en la Andalucía del siglo XIX: la epidemia de cólera de 1833-35* (Universidad de Granada, 1980), analiza una faceta de la historia social del cólera decimonónico: las relaciones existentes entre las propuestas profilácticas formuladas por los médicos españoles y el grado de cumplimiento que alcanzaron efectivamente en el seno de la colectividad. También se estudia el problema estrictamente médico de la terapéutica anticolérica, destacando el escaso eco que la incipiente terapia salina tuvo en la práctica profesional española de la época.

Antes de proceder al desarrollo de estos puntos, conviene presentar, de modo resumido, el estado de la cuestión en lo que hace referencia a la etiología del cólera. El pensamiento médico más tradicional distinguía, en la España de 1833¹, tres tipos de *causas* en la producción de una «enfermedad popular»: causa eficiente, causas predisponentes y causa inmediata. La primera era exterior al hombre y de naturaleza desconocida; las segundas (que comprendían tanto las predisposiciones de carácter local como individual) asentarían en el hombre o en su entorno inmediato, poseyendo una naturaleza física, química o moral; la causa inmediata era el «efecto próxi-

mo» de la relación entre las otras. Según esta línea de pensamiento, la predisposición individual (producto de factores como la edad, el temperamento, el régimen alimenticio y la situación social y profesional) es la fundamental en la aparición de la enfermedad.

Médicos más jóvenes, de formación o, al menos, de inquietudes más al día² reducían a dos este esquema, en forma de causa determinante, específica o «agente morbos» y causas predisponentes. El lugar de la «causa inmediata», obviamente, viene a ser ocupado por la *lesión*, según los supuestos anatomoclínicos.

La causa «eficiente» o «determinante» era de naturaleza desconocida, según los acercamientos más serios. Su modo de transmisión dividía a la opinión médica entre partidarios de su difusión por contacto (contagionistas) y opuestos a tal modalidad (defensores de la «constitución epidémica de la atmósfera» y defensores de la infección miasmática). Los motivos y consecuencias de dichas actitudes los he estudiado en otra parte³, por lo que haré abstracción de ellos en lo que sigue.

Las medidas de profilaxis general e individual, en cambio, fueron básicamente comunes para todas las tendencias en medicina, estando centradas en sofocar los distintos factores predisponentes. Por ello, la exposición queda dividida en tres apartados, correspondientes, respectivamente, a la higiene pública, higiene individual y terapéutica anticoléricas.

1. MEDIDAS DE HIGIENE PUBLICA CONTRA EL COLERA

Ya conocemos el lugar que las condiciones locales ocupaban en el esquema etiológico de las «enfermedades populares». Independientemente de cuáles fueran sus opiniones respecto de la «causa general» del cólera, todos los médicos recomendaban su cuidado como preservativo conveniente frente al mal exótico. No había más que diferencias de matiz: los contagionistas insistían en el cuidado de la salubridad pública una vez que las barreras cuarentenarias nacionales habían sido sobrepasadas; los anticontagionistas cifraban en dichas medidas higiénicas el arma principal de la profilaxis anticolérica.

Para la Academia médica granadina, plenamente identificada con los supuestos contagionistas en 1832, dos eran las medidas generales para evitar la difusión del cólera en el interior de España, a saber:

- Incomunicación con lugares y personas afectadas.
- Ataque de las disposiciones locales e individuales favorecedoras del contagio⁴.

En el otro extremo del arco teórico respecto a la propagación del cólera, Manuel Codornú (1788-1857) afirmaba, en 1831, que

«... los principales agentes de la salud son un aire puro y las buenas costumbres...»⁵

En medio, Mateo Seoane (1791-1870), el más destacado representante español de lo que en Inglaterra se llamó «contingent contagionism» (o sea, favorecedor de una difusión preferentemente no contagiosa del cólera, sin excluir la posibilidad ocasional del contagio), afirmó en su *Informe...* dirigido a las autoridades españolas:

«[Octava proposición]... El método más eficaz de contener su propagación es evitar las causas predisponentes locales e individuales»⁶.

Teniendo en cuenta el doble carácter de las predisposiciones —locales e individuales— las medidas preventivas estipuladas atendieron ambos frentes. El primero, con recomendaciones al gobierno o autoridades locales. El segundo, mediante instrucciones populares.

La profilaxis local debía tender, en opinión de los médicos, a procurar una correcta ventilación de casas y habitaciones, la mayor limpieza interior y exterior de las ciudades mediante una rigurosa «policía urbana» y al remedio de la situación miserable de una parte considerable de la población.

Codornú (*op. cit.*) exigía del gobierno

«... remediar la pobreza pública...»

Seoane insistía en que:

«... es un deber tanto como una medida de interés personal de las personas acomodadas el aliviar la miseria de los infelices, no sólo con consejos, sino con auxilios efectivos»⁷.

González Crespo, médico granadino titular de los Baños de Trillo en enero de 1834, recomendaba igualmente:

«... la disminución del número de indigentes, proporcionando trabajo o ayudas de caridad...»⁸

La Academia granadina sugirió en su informe de marzo de 1832 la máxima atención, dentro de las medidas preventivas contra el cólera que se presentase en España, a la situación:

«... de desnudez, desaseo y miseria en que yace una numerosísima clase del estado... no sólo del modo filantrópico con que siempre ha querido S. M. remediarla...»

La corporación médica sevillana, por su parte, ofreció a su Junta Superior de Sanidad la relación de las dieciséis medidas más imperiosas necesarias para prevenir la aparición del cólera-morbo. La segunda de ellas consistía:

«... en establecer Juntas Parroquiales de Beneficencia... para auxiliar a los indigentes...»⁹

Del mismo talante es el Reglamento de catorce artículos aprobado por la Academia gaditana¹⁰, sobre el que posteriormente se redactó el *Cuaderno comprensivo de los medios preservativos para el Cólera* por la Junta de Sanidad de aquella.

Amenazante el cólera en Portugal, la Academia sevillana dirigió un memorándum a las autoridades, señalando la necesidad de disponer con antelación de

«... los más necesarios recursos para su corrección y pronta curación de los individuos que sean afectados si aquella [enfermedad] se verifica..., [especialmente para] la gente menesterosa, más generalmente atacados de él y más frecuentes y terribles en esta clase los funestos resultados de mal tan desolador; debido indudablemente... a la penuria de los más necesarios auxilios para su curación»¹¹.

En Cádiz, cuando se comenzó a sospechar la aparición de un segundo brote colérico, en septiembre de 1834, para la presencia de casos aislados, los médicos de su Academia creyeron que:

«... se está ya en la necesidad de prestar socorro a los pobres»¹².

Como vemos, la sensibilidad de los médicos ante el problema social era grande y tenía distintas motivaciones, como también distintas manifestaciones. Las clases desposeídas eran entendidas, por una parte, como posibles fuentes de la enfermedad y la mejora de su situación no representaba sino la prevención más eficaz para el resto de la sociedad. Otra manera de considerar la misma situación se establecía en el plano conmisericordioso, y encarecía su atención por la «doble infelicidad» que representaban miseria y enfermedad.

Una vez presentado el cólera en España y acometidas unas ciudades y otras, sus médicos se esforzaron por hacer comprender a los poderes públicos y, en general, a los sectores acomodados, la necesidad de incrementar la atención a los pobres de la localidad, especialmente mediante medidas caritativo-asistenciales, como las propuestas por la Academia médica granadina en septiembre de 1833: hospitales provisionales para pobres enfermos, sectorización asistencial médica y boticaria, entierros pronto, etc.¹³.

Respecto a las medidas generales de salubridad, las recomendaciones médicas¹⁴ fueron prácticamente idénticas en todas las localidades: aseo de calles y casas, vigilancia de los mercados, alejamiento de instalaciones industriales consideradas insalubres (tenerías, mataderos, fábricas de jabón), prohibición de enterramientos en las iglesias, expulsión de los pobres que no fuesen nativos de la localidad y visitas periódicas de inspección sanitaria de domicilios, hospitales y cárceles, entre las más notables.

Al acercarse la enfermedad, las recomendaciones se hicieron más incisivas en las cuestiones de limpieza, recomendándose el uso extensivo del *agua clorurada* como desinfectante.

Muestra de la extensión y popularidad del empleo de tales instrumentos de desinfección nos la ofrece el hecho de que sólo en Granada, y en un período de seis meses, aparecieran tres publicaciones de diferentes autores locales sobre el mismo tema: un *Discurso sobre la naturaleza del cloro...*, por el médico titular de Almuñécar, censurado por la Academia en septiembre de 1833; una *Instrucción sobre... los cloruros como desinfectantes...*, por un inquieto funcionario de la Delegación de Fomento, censurada en octubre¹⁵, y una

Idea... sobre la infección y la desinfección por el catedrático de química de la Universidad granadina Francisco Montells y Nadal (1813-1893) en el verano del año siguiente.

Esta importante influencia de la química en la consideración de las enfermedades transmisibles determinó la oposición de los médicos a medidas tradicionales como la quema de hierbas u otras sustancias aromáticas, a causa del deletéreo efecto de los gases de la combustión, especialmente el «ácido» [anhídrido] carbónico, reconocido como perjudicial para la salud.

Por esta razón, un farmacéutico de Vélez-Málaga, para quien una posible causa de la enfermedad radicaba en la desproporción entre los gases azoe y carbónico frente al oxígeno que se presentaba en determinadas áreas, preconizaba como profilaxis idónea exclusivamente el acabar con los focos productores de dichos gases, oponiéndose implícitamente, a la quema de sustancias¹⁶.

Y la Academia médica granadina, preguntada sobre «los medios de modificar el estado atmosférico», descartará expresamente las hogueras de hierbas aromáticas, entendiéndose:

«... que el aumento del Calórico que debían producir las hogueras y por el gran desprendimiento del ácido carbónico en la combustión, el que... se quedaría en las calles y edificios viciando más la atmósfera y se aumentaría la enfermedad...»¹⁷

En cambio, médicos menos atentos a los avances de la química y de la medicina —Aréjula, ya en 1795, había identificado los «miasmas de las calenturas intermitentes» con los gases «carbónico e inflamable»¹⁸—, seguían apegados a ese remedio tradicional. Así el médico de Moguer que, junto a las medidas de aseo público, se esforzaba en realizar

«... fumigaciones diarias por todo el vecindario de arbustos aromáticos de que abunda el País»¹⁹.

En el barrio de Triana se quemó estiércol de animales en los momentos más álgidos de la acometida colérica, con la oposición del subdelegado de la Academia, que resumía así su opinión para la misma:

«Aquí nos van a matar con el aire tan pestífero del humo de las boñigas... VS. no desconoce los pestífero de este combustible, la

gran cantidad de azoe que se desprende, el oxígeno que consume... en su lugar me parece más conveniente que en todas las casas sin excepción, y particularmente en las salas donde hubiese habido cadáveres, se hiciesen las fumigaciones constantemente por ocho o diez días, con el óxido de manganesa, el muriato de sosa y el ácido sulfúrico, o cualquier otra, que en lugar de consumir oxígeno lo aumente...»²⁰.

La experiencia de Triana advirtió definitivamente a la Academia sevillana, quien presionó sobre la Junta municipal de sanidad para que se declarase públicamente en contra de los «desinfectantes generales de la atmósfera», ensalzando en cambio el cumplimiento estricto de los preceptos higiénicos²¹.

Hasta este punto hemos conocido las recomendaciones que los facultativos y sus corporaciones dieron a las autoridades para la prevención de la enfermedad. Lo que de tales consejos se desprende, en negativo, acerca de la *habitual* situación higiénica de nuestras ciudades es un desolador panorama de desidia. Ni particulares ni ayuntamientos ni otros organismos de rango superior parecen haber sentido una especial preocupación por el ramo de limpieza. Sólo la amenaza de una enfermedad mortífera actuaría de acicate, mas ¿hasta qué punto? Las normas emanadas de la administración sanitaria (Juntas de Sanidad) estuvieron de acuerdo con las recomendaciones médicas; en bandos y edictos se insistió en el riguroso cumplimiento de tal normativa de «policía urbana», fijando sistemas de inspección y severas multas para los transgresores. Medidas como la expulsión de mendigos forasteros se hicieron efectivas en sitios como Cádiz y Madrid²²; diversas iniciativas urbanísticas (traslado de empresas supuestamente peligrosas; limpieza y acondicionamiento de calles, etc.) conocemos que fueron también ejecutadas (Cádiz, Sevilla, Granada²³). Sin embargo, nos queda la duda de que la receptividad de las autoridades municipales al meollo de las propuestas higiénicas sobrepasara el nuevo enunciado formal de disposiciones prohibitivas. En claro contraste, conviene decirlo, con la cabal compenetración de las mismas respecto a las medidas de incomunicación y su esfuerzo tenaz por cumplimentarlas pese a las propias resistencias sociales e incluso, finalmente, médicas.

Un médico de pueblo enjuiciaba así la actitud de las autoridades en 1832, una vez pasada la conmoción que significó el anuncio de cólera en Francia:

«El poder ejecutivo ha vuelto a caer en la indolencia en que estaba en todos los ramos de pública administración y particularmente en el que corresponde a la salud pública...»²⁴

Tanto en Málaga como en Granada, ciudades doblemente afectadas por el cólera en esta primera pandemia, encontramos en la prensa²⁵ quejas por el incumplimiento de lo prevenido para el aseo de la población. En la última de las ciudades citadas, además, se culpaba explícitamente al Ayuntamiento de no haber actuado para remediar los problemas en el suministro de aguas causados, año tras año, por las manipulaciones de «acequeros, cañeros y otros empleados» —auténticos reyezuelos de los riegos de la Vega, a cuyo servicio se disponían todos los medios.

Tal vez el hecho que indica con mayor fidelidad el escaso compromiso de las autoridades con la mejora de la salubridad ambiental se encuentra en los graves problemas de *enterramiento* suscitados a raíz de la epidemia, de modo casi general en la Península. Salvo Cádiz, que desde 1800 contaba con un amplio camposanto erigido en las afueras, la práctica totalidad de las poblaciones andaluzas en las que incidió el cólera por dos veces consecutivas (entre agosto de 1833 y diciembre de 1834) tuvieron una angustiosa escasez de terrenos para cementerios: los cementerios «provisionales» (algunos perduraron más de diez años) debían ser custodiados por guardias armados para impedir su saqueo por animales (Sevilla, Granada)²⁶. Y pese a que las órdenes para impedir las inhumaciones en poblado (iglesias, conventos, hospitales) se remontaban a finales del siglo anterior, en numerosas localidades —Málaga, La Campana, Jerez²⁷— hubo necesidad de volverlo a prohibir expresamente.

Que la actuación higiénico-preventiva de la autoridad era absolutamente puntual y en concordancia con la aparición de la enfermedad colérica se evidencia en el apartado del auxilio a los desfavorecidos, como vimos uno de los principales componentes de la acción profiláctica para los médicos. Dicho aspecto preventivo sólo fue abordado por los poderes públicos al iniciarse aquella en cada población concreta. Fundamentalmente consistió en medidas de auxilio directo, en forma de pago de medicamentos, gratuidad de asistencia médica, a veces traslado a lugares más salubres, reparto de «sopas económicas», etc., así como en la promoción de obras públicas en las que encontraron empleo y jornal un amplio número de menesterosos²⁸. Para ello era norma

«... economizar el salario al *mínimum*...»²⁹

Las obras así emprendidas tenían la lógica consideración entre los regidores de ser «las más útiles»³⁰ a sus proyectos urbanísticos y siempre se vieron influenciadas por la amenaza de agitación social a cargo de los trabajadores en paro. Por ello se tomaron medidas urgentísimas en Sevilla desde el 12 de septiembre de 1833 y en Granada desde el 15 de febrero de 1834³¹. Para intentar reducir al máximo el alboroto y controlar las masas de depauperados se recurrió, en Cádiz y en Granada, a establecer listas de parados o pobres en disposición de trabajar, levantadas por los cabos de policía de barrio conjuntamente con los curas párrocos. Sólo los inscritos en dichas listas tenían opción a ser empleados³².

Resumiendo, podemos comprobar que la manera cómo la autoridad gubernamental afrontó la prevención de las llamadas «causas locales de predisposición» —fundamentalmente, la insalubridad del medio— así como el origen social de la predisposición individual —la miseria— fue mucho menos decidida que su empleo de las normas de incomunicación y cuarentena. Cuando éstas quedaron desairadas, negada su fundamentación por los científicos de su tiempo y contestada su praxis por todas las fuerzas sociales, no por ello se recurrió a aumentar el énfasis preventivo en el saneamiento y la mejora de las condiciones de vida de la comunidad.

Las medidas que, en ese sentido, se adoptaron, fueron transitorias y sometidas exclusivamente al impacto directo de la epidemia. Acabada ésta —o acabados los fondos, que era mucho más pronto—, dejaban de llevarse a cabo los auxilios y obras sociales. Este era uno de los factores que los contemporáneos reconocían como causante de la larga duración de la enfermedad en puntos concretos, por ejemplo en Granada:

«La falta de socorros domiciliarios, que concluyeron antes de la enfermedad...»³³

A nuestro entender, el principal motivo ideológico de este comportamiento se sustentaba en la consideración del cólera como «la enfermedad de pobres»:

«No quiero decir —escribía José Caballero desde Jerez de la Frontera—³⁴ que respete a las clases medias y a las personas más elevadas:

pero siempre es fácil, establecida una escala, palpar las diferencias que envuelve el prodigioso número de enfermos coléricos entre las masas proletarias, comparado con el mucho menor de las clases privilegiadas.»

2. PROFILAXIS INDIVIDUAL CONTRA EL COLERA

Junto a las «causas predisponentes locales» hemos conocido que obraban las «individuales», para algunos las de mayor importancia en la aparición de la enfermedad epidémica. Y si las recomendaciones preventivas sobre las primeras iban dirigidas a las autoridades, la profilaxis individual sugerida por los médicos fue básicamente vehiculada a través de *Instrucciones populares*³⁵, edictos y bandos de sanidad³⁶ y, lógicamente, las propias recomendaciones orales que los facultativos impartían a sus enfermos. La abundante literatura extra o paracientífica producida por el cólera no dejó tampoco de incorporar estos extremos, como igualmente la prensa no médica, donde tuvieron cierto predicamento *coplillas higiénicas*: versificaciones más o menos agraciadas de tales medidas individuales.

Por todo ello es fácilmente comprensible que los principales destinatarios *teóricos* de tales manejos (esa enorme masa de la sociedad que malvivía en condiciones miserables siendo en su práctica totalidad analfabetos) no tuviese otra información que la que le proporcionara la «difusión oral» de novedades. Es decir, un difuso conjunto de medidas tradicionalmente seguidas en caso de enfermedad, donde se irían incrustando distintos métodos de procedencia más o menos científica, básicamente en virtud de su accesibilidad (gratuidad, simpleza de empleo, etc.). Desgraciadamente es un aspecto imposible de documentar, al menos hasta donde yo conozco.

¿Cuáles debían ser, pues, las medidas profilácticas individuales?

Según Codorníu:

«... no deben descuidarse los contenidos en las seis cosas llamadas impropriamente *no naturales*... Siendo el uso arreglado y conforme de dichos seis artículos la base de la Higiene...»³⁷

La Academia médica granadina aconsejaba igualmente:

«... el buen uso de las cosas no naturales...»³⁸

La evolución del pensamiento etiológico ya había conducido a disolver las causas «no naturales» galénicas en el nuevo marco de causas específicas y causas predisponentes. La atmósfera había sido considerada, y lo era en gran medida todavía, como la causa específica de las epidemias a través de una alteración desconocida que los avances de la ciencia química iban intentando individualizar analíticamente; el resto de las seis pasaron a formar parte de la «predisposición individual», uniéndose de hecho a la tradición higiénica del concepto, que será la que perviva hasta las últimas décadas del siglo en su formulación clásica.

Si los contagionistas reconocieron la necesidad de esta profilaxis individual no es menos cierto que, en sus razonamientos, la posponen a las medidas primarias: aislamiento o alejamiento. Los defensores de la transmisión del cólera por el aire, en cambio, persuadidos de la imposibilidad de presentar barreras a la enfermedad, harán hincapié en ella y la contrapondrán, como alternativa, a la emigración:

«Que los únicos mejores medios de precaución no consisten, como algunos juzgan, en la huida, sino sí en la moderación y buen uso de las seis cosas no naturales...»³⁹

Las medidas profilácticas recomendadas giraron en torno a tres ejes: alimentación, aseo y buen ánimo⁴⁰. Este último punto merece una atención más detenida.

El buen ánimo fue unánime y universalmente alabado como profiláctico, por médicos y profanos. Hubo quien achacó al miedo los estragos de la enfermedad⁴¹, particularmente identificado como «terror a las medidas de incomunicación». Por eso, la Academia médica de Cádiz:

«... no puede menos de aconsejar a todos los habitantes de la provincia que si desgraciadamente apareciese el cólera en algún pueblo de ella, sus vecinos sufran con resignación las privaciones que traen consigo los cordones y las cuarentenas por ser esto un bien común.

La experiencia ha enseñado que en aquellos pueblos en los cuales al aparecer el cólera o cualquiera otra epidemia ha habido desórdenes, la enfermedad ha atacado a un número mayor de personas, los auxilios no han podido darse con tanta exactitud y la mortandad ha aumentado»⁴².

El miedo a la incomunicación funcionaría, pues, como coadyuvante en la producción de la enfermedad a través de la desorganización social que comportaban sus manifestaciones. Pero el miedo genuinamente patógeno a nivel individual es el miedo a la enfermedad, por la intranquilidad íntima que provoca, convirtiéndose en predisposición. Con él, todas las «grandes emociones», ira, tristeza, etc.⁴³. Su influjo se explicaba analógicamente:

«... pues sucede lo mismo en estas afecciones que en campo de batalla con los militares, que muchas veces la muerte huye de los valientes»⁴⁴.

Una causa de miedo, para muchos, había sido la propagación de noticias sobre la enfermedad:

«... aterrados sus ánimos (de los gaditanos) más de tres años con las horribles descripciones que han ofrecido los papeles públicos del Reino sobre este mal...»⁴⁵

Otra, más inmediata, era la proximidad de la enfermedad, normalmente coincidente con la aparición de los primeros casos en una localidad:

«... las visitas de inspección... provocaron que espíritus apocados, aterrados cruelmente por la proximidad del cólera, no vieron en todos los males sino cólera asiático, y este mismo terror desfundado, produciendo la emigración de los más ricos, atrajo necesariamente la miseria y las pasiones deprimentes de los más pobres..., exaltando sus ánimos... [hasta sumirlos] en el colapso y terminaban su vida miserable con rapidez»⁴⁶.

De manera que, si entre los acomodados predominaba lo que podemos llamar la vertiente social del miedo a enfermar, los menos favorecidos sumaban ambos componentes con su situación «natural», de por sí predispuesta, constituyendo el grueso de los enfermos y muertos.

Y si, mientras la enfermedad discurría por fronteras lejanas, la profilaxis era:

«... el sostén de la imaginación de los habitantes en un estado de calma y de distracción...»⁴⁷

al presentarse en la localidad propia empezaban a funcionar mecanismos coercitivos de la libertad de diagnóstico que lo mismo funcionaron como autocensura (la actitud de las Academias de Granada y Cádiz, al no aceptar como cólera lo que así reconocían en privado) que como amenaza contra los profesionales por parte de sus convecinos.

Entre los medios de conservar la tranquilidad se pidió la celebración de espectáculos populares⁴⁸, entre ellos servicios litúrgicos solemnes, con excepción de los de difuntos, por no causar el efecto contrario⁴⁹. En tiempo de epidemia se redujeron al máximo los signos externos del cortejo mortuorio, desde los toques de campana a la procesión tras el cadáver, llegando a ser práctica tan extendida que fue recogida por una Real Orden de 24 de agosto de 1834.

No puede desecharse el papel atemorizador que jugaron, a nivel popular, las interpretaciones religiosas del cólera como

«... enfermedad desoladora con que el Señor nos castiga...»⁵⁰

Los médicos, sin embargo, no recogieron *nunca* en sus escritos esta vertiente religiosa de la enfermedad: simplemente la ignoraron.

Esta concepción del miedo como factor patógeno directo era una posición ya caduca. El mismo Aréjula (1806) la rebatía en su Tratado:

«No han faltado autores de fama que nieguen toda especie de contagio, atribuyendo la multitud de enfermos a la fuerza de la imaginación, o al terror y al miedo...»⁵¹

En el momento concreto del cólera, curiosamente, tanto los defensores del contagio como sus oponentes concedieron el mismo papel central al miedo en la formación de la predisposición individual.

Por esta razón se consideraron beneficiosas las medidas de gobierno que denotaban preocupación por el estado de salud de sus súbditos, *independientemente de su efectividad real* en consonancia con los conocimientos científicos. Cualquier acto era mejor que ninguno, por su fuerza «de curación moral»:

«... las disposiciones benéficas de los Gobiernos, contribuyen mucho para modificar el miedo y sus efectos, y establecer la esperanza... los hombres se animan, y los médicos tienen menos dificultades que vencer para curar»⁵².

Esta súbita «resurrección» conceptual puede explicarse por el profundo desconcierto en que quedó sumida la profesión médica ante la avalancha de datos contradictorios recogidos en la observación del cólera, que colocaban a esta enfermedad fuera del paradigma clásico del contagio, y la hacían difícilmente entendible y explicable. De ahí el recurso a factores incontrolables e intangibles que, por otra parte, pudieran servir como justificación del escaso poder resolutivo de la terapéutica⁵³.

La presencia del cólera, su curso impredecible y los grandes estragos causados terminaron por confundir absolutamente las opiniones médicas, conllevando una feroz crítica de toda la profilaxis recomendada, tachada como «vana»: ni las cuarentenas, ni las fumigaciones, ventilaciones y espurgos, ni la desinfección por agua clorurada, ni el uso de abrigo, ni la moderación en la alimentación o la bebida, etc., en nada aprovecharon. Sólo quedó en pie una evidencia; en palabras de los médicos gaditanos:

«Una experiencia constante ha probado ya que el verdadero medio de preservarse del cólera y atenuar sus efectos consiste en acudir con prontitud a la clase menesterosa, proporcionándole buenos alimentos, abrigo, aseo, tranquilidad de ánimo, confianza y valor... Para conseguir este resultado es necesario que reine la abundancia y la alegría...»⁵⁴.

3. TERAPEUTICA ANTICOLERICA

Motivo nada desdeñable del impacto psicológico del anuncio de la existencia de cólera en España fue la escasa concordia observada entre los médicos europeos respecto de la terapia más idónea, así como el escaso resultado obtenido por todas ellas.

Como señalaba el aventurero Falp, desde Polonia:

«Esta fue verdaderamente una época de anarquía para la terapéutica, en que cada uno recetaba lo primero que le pasaba por la imaginación.»⁵⁵

Falta de acuerdo, pues, por un lado: el número de planes o métodos curativos prácticamente igualó al de facultativos que atendieron la enfermedad. Uso extensivo de remedios, por otro, hasta el punto que:

«... fuera preciso la enumeración de toda la materia médica para contar los medios empleados contra esta enfermedad...»⁵⁶

Como característica común a todo el período que se ha dado en llamar de la «medicina heroica», asistimos a un estimable avance de la clínica, de los métodos fisicoquímicos de análisis y anatomoclínicos de inspección necrópsica, mientras que la terapéutica quedó rezagada en el desarrollo científico. En pocas ocasiones está más justificado decir, con Ackerknecht (1973)⁵⁷, que la relación entre la teoría y la práctica terapéuticas obedeció más que nada a una *racionalización* de medidas empíricas preexistentes y aun antiqüísimas, como es el caso de la sangría.

Para demostrar este aserto recurriremos, en primer lugar, a exponer las teorías fisiopatológicas imperantes en la época de la primera pandemia cólerica, para relacionar a continuación las medidas terapéuticas.

3.1. FISIOPATOLOGÍA DEL CÓLERA

Durante la primera pandemia cólerica coexistieron en Europa y en España, tres principales teorías patogénicas del cólera, que podemos denominar nerviosa, humoral y gastroentérica, respectivamente⁵⁸.

Los partidarios de la *teoría nerviosa, o espasmódica*, afirmaban que la lesión central y primitiva del cólera radicaba en el sistema nervioso; para unos en el «sistema espinal», para otros en el «gangliónico o simpático». Dicha lesión ocasionaría una falta de inervación de la economía, con una rápida disminución del tono vital y cese de la circulación sanguínea en la periferia. Un defensor notorio de esta teoría en nuestro país fue Mateo Seoane.

Los *humoralistas* encontraban en la alteración circulatoria, sanguínea, la sede originaria de los fenómenos patógenos, bien como resultado de un «envenenamiento miasmático», bien por la constitución de una «diátesis cólerica» producida por la causa general epidémica que podía traducirse incluso por una «debilidad de los ventrículos cardíacos». El resultado, de cualquier manera, sería el estancamiento sanguíneo y la pérdida de sus características por la sangre arterial, que se haría semejante en todo a la venosa. No hemos encontrado defensores explícitos de esta teoría entre los médicos españoles, salvo la obra de un oscuro licenciado madrileño, José Lanzarot⁵⁹, si bien es verdad que todas las teorías patogénicas acabaron por

encontrarse coincidentes en el reconocimiento de la alteración circulatoria, aunque fuese como el primer efecto secundario de la causa esencial del cólera.

La *teoría gastroentérica, o inflamatoria*, suponía la lesión primaria del cólera de carácter inflamatorio, afectando al tracto gastrointestinal. Sus partidarios se reclutaron especialmente entre los médicos seguidores de la «medicina fisiológica» de F. J. V. Broussais (1772-1838), notablemente numerosos en la España de 1833. Por citar un vocero importante, la redacción en pleno del *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* (Delgrás, Codorníu, Ortiz de Traspeña). La discusión mantenida en la Academia de Medicina y Cirugía del distrito de Granada, con motivo de la encuesta circulada por la RJSG en febrero de 1832, se pretendió zanjar con una votación entre los partidarios de la teoría nerviosa y los partidarios de la teoría inflamatoria⁶⁰, que resultaron empatados a cinco votos.

En Europa, tanto la teoría nerviosa como la gastroentérica fueron discutidas desde la interpretación de los hallazgos necrópsicos. Sus partidarios se achacaron mutuamente la no correspondencia de los mismos con los principios básicos que sustentaban cada opinión, mientras que afirmaban solemnemente tener las pruebas lesionales precisas para confirmar su propia opción.

En España, la discusión se situó más en el terreno de lo libresco, a tenor de las simpatías despertadas en cada cual según sus lecturas de observadores extranjeros: en Granada, durante los ocho meses que duró más o menos abiertamente la epidemia, sólo se realizó una autopsia, mientras que en Cádiz, durante la primera y más grave acometida, se efectuaron siete. Sólo Madrid parece haber albergado mayor inquietud anatomoclínica, puesto que únicamente en su Hospital General se realizaron más de noventa⁶¹.

Si el acuerdo anduvo ausente en lo referido al asiento de la lesión primaria determinante del cólera, hubo en cambio conformidad en interpretar la alteración de la circulación como un elemento fundamental en la patogenia de esta enfermedad, ya se provocara directamente, ya a través de la falta de inervación primaria (para los partidarios de la lesión nerviosa), o secundaria (para los seguidores de Broussais).

Existió unanimidad en considerar:

«que la alteración de la sangre que se observa en el cólera es una consecuencia necesaria de las extraordinarias evacuaciones serosas que durante él se verifican...»⁶²

Las alteraciones circulatorias presentaban dos aspectos principales: el desarreglo de la hematosi y la composición desordenada. El estudio de dichas alteraciones se afrontó con los métodos de la física y de la química, y es de resaltar la prontitud con que en nuestro país se tuvo noticia de dichos estudios. En efecto, entre junio y julio de 1832 se leían ante la Academia médica madrileña las siguientes traducciones efectuadas por Ortiz de Traspeña: *Análisis química de la sangre de los coléricos por el doctor Thompson, profesor de Química en la Universidad de Glasgow; Examen comparativo del aire espirado por sujetos sanos y coléricos, respectivamente al oxígeno absorbido por Rayer y Persoon; Estudio de la sangre respecto de su aptitud para combinarse con el oxígeno del aire, por los profesores Rayer y Young*⁶³. Falp (1832) recogió las experiencias del francés François Foy (1793-1867), con quien coincidió en Polonia. Lanzarot (1832) expuso las aportaciones del inglés O'Shaughnessy (fl. 1832). La revista *Repertorio Médico Extranjero*, vol. 3, dio también cabida entre sus páginas a comentarios franceses (Delpech, Masuyer, Moreau de Jonnés) sobre la obra química de los ingleses Thompson y O'Shaughnessy en este campo. Mateo Seoane informó igualmente de dichos trabajos durante su correspondencia, por lo menos en la nota enviada el 6 de agosto de 1832⁶⁴.

Sucintamente, esta serie de trabajos demostraban que la sangre de los coléricos contenía menor proporción de agua, mayor proporción de albúmina y mucha menor cantidad de sales minerales que la de sujetos no coléricos, que se encontraban, en cambio en cantidad notable en las deyecciones. De ello deducían la menor aptitud para el transporte de oxígeno:

«... (la sangre de los coléricos) contiene menos suero y menos sales que la sangre no colérica, y por esta razón es menos oxigenable»⁶⁵.

Todo ello explicaba a la perfección el estado de extremada pastosidad y la negra coloración de la sangre arterial, obtenida por sangría o en la autopsia:

«El líquido... que compone la diarrea colérica no es otra cosa que el suero o la parte acuosa de la sangre.

El suero es un fluido salino y, a proporción que es arrojado del torrente circulatorio, la sangre no sólo se vuelve negra, sino que se espesa, por la pérdida de su agua y se desvirtúa por la de sus sales.»⁶⁶

De manera que la sed inextinguible presente en los enfermos de cólera se explicaba igualmente por la progresiva pérdida de líquidos⁶⁷.

En España no parece que estas prácticas científicas despertaran ni siquiera el mínimo eco que las investigaciones anatomopatológicas habían conseguido. El mismo *Informe general...* de la comisión médica enviada al extranjero dio escasa relevancia al problema humoral frente al lesional, excepto en la consideración de la fisiología general de la circulación, pero sin detenerse en analizar las investigaciones químicas sobre la sangre y las evacuaciones coléricas, que no se consideraron en absoluto en la patogenia de la enfermedad.

Existen, por otra parte, indicios para considerar que la influencia de aquellas doctrinas humoralistas, amplificadas por la peculiar clínica del cólera, crearon de algún modo entre los médicos hispanos convencimiento en la trascendencia que los fenómenos circulatorios revestían en el curso de la enfermedad asiática. Así se expresaba el médico gaditano Antonio Uceda, titular de la villa de El Bosque durante la epidemia del verano de 1834⁶⁸ y ése es también el sentir de González Sámano (1858). La explicación del grueso de la aparatosa sintomatología del cólera morbo mediante el recurso a los fenómenos circulatorios fue también una consecuencia común para todos los médicos europeos que observaron la enfermedad, y como tal se recogió en posteriores revisiones⁶⁹.

3.2. MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Ya hemos señalado la «anarquía» imperante en este aspecto, en el que es difícil trazar un paralelismo entre procedimientos curativos y pensamiento patogénico por la peculiar manera de entender la terapéutica correspondiente a este período.

Supuesto que la causa primera del cólera era desconocida, no podían oponerse más que medidas genéricas, ya comentadas al discutir la profilaxis. Parece lógico pensar que entonces se discurriera sobre el modo de obstaculizar el curso de la enfermedad, actuando contra el mecanismo de producción de la misma. En este punto se plantearon dos cuestiones, primero la imposibilidad de determinar con exactitud el asiento de la enfermedad y, en segundo lugar, la incapacidad de los remedios terapéuticos existentes para cumplir las indicaciones previstas por el médico.

Por lo que respecta a la discusión sobre la patogenia, hemos visto que existieron numerosas observaciones de todos los hechos significativos en el cólera, a los que se aplicaron los recursos técnicos existentes: la investigación anatomoclínica y el análisis químico. Parece paradójico que, no resolviéndose la primera en acuerdos unánimes y no encontrando oposición prácticamente el segundo, el mecanismo humoralista de la enfermedad no se impulsara clara y universalmente como referencia justificativa del tratamiento, y que aún donde lo hiciera, diese lugar a medidas contradictorias e incluso aberrantes frente a su propia fundamentación teórica.

Creo que la explicación básica de esta paradoja estribó en el peso que lo que podemos denominar paradigma lesional alcanzó en la mentalidad médica de la época, tan reacia a admitir la existencia de alteraciones patógenas no objetivables a la exploración anatómica. Por esto, los discípulos de Broussais, los más férreos defensores de la mentalidad anatomoclínica, puesto que llegaron al extremo de identificar en una misma lesión orgánica (gastroenteritis) el asiento primario de toda enfermedad general, ni siquiera tomaron en consideración los datos provenientes del estudio fisico-químico como un síntoma que pudiera mitigarse; así que recetaron

«... únicamente hielo en pequeña cantidad... el peligro está en llenar de líquido los intestinos»⁷⁰.

Esta defensa de la identidad esencial —lesional— de todas las enfermedades generales entre los partidarios de la «medicina fisiológica» tuvo un antecedente próximo, por lo que se refiere al abandono del concepto de especificidad nosológica, en los médicos ingleses de los primeros años del siglo, protagonistas de lo que se ha denominado «la revolución inglesa de la sangría»⁷¹. Como ellos, igualmente, los seguidores de Broussais favorecieron el empleo de *evacuaciones sanguíneas*, generales o tópicas:

«... para evitar la plasticidez que va adquiriendo la sangre...»⁷²

La sangría local, mediante sanguijuelas aplicadas al epigastrio o/y al ano, era el remedio de elección contra esa inflamación gastroentérica.

El hielo al interior y la sangría al exterior se complementaban, en la terapéutica «fisiológica» con la aplicación de calor a las extremidades

(mediante fricciones, cataplasmas, etc.), manteniendo una dieta severa y utilizando discrecionalmente el láudano, en particular como lavativa.

Un plan opuesto teóricamente al «fisiológico» era el denominado *estimulante*, por corresponder a la idea de falta de inervación o tono vital. Se fundamentaba con el empleo de medios revulsivos enérgicos, al exterior tanto como al interior del organismo. Sobre la superficie corporal obraba por

«... la aplicación del agua hirviendo hasta la vejigación, la urticación, fricciones secas y baños calientes sinapisados...»⁷³

Sobre el interior pretendía alcanzar sus efectos mediante bebidas fuertes, espirituosas, junto con narcóticos y purgantes.

De gran predicamento fue también el método considerado *ecléctico*⁷⁴ que empleaba, sucesivamente, la sangría, los vomitivos y purgantes, los diaforéticos, los estimulantes externos y los narcóticos.

Todos ellos, pues, recurrían a las evacuaciones sanguíneas en mayor o menor grado. No deja de ser paradójico que fuera Ortiz de Traspeña, redactor del *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* —la publicación más claramente partidaria del método antiflogístico—, el traductor al castellano de la obra de Thompson, en cuya introducción se señalaba que dicho trabajo tenía como fruto

«... el abandono progresivo de tan fatal preocupación en favor de un medio (la flebotomía = sangría general) que puede ser perjudicial en el tratamiento del cólera...»

Su periódico publicó numerosos alegatos *en favor* de la sangría, y se enorgulleció de que el tratamiento aplicado por los médicos madrileños concordase ampliamente con sus posiciones⁷⁵.

Un indicador social de la extensión que alcanzó el uso de la sangría, especialmente local, mediante sanguijuelas, lo tenemos en la intervención de los poderes públicos en la regulación del comercio del preciado animalito. Así, la Real Orden de 8 de agosto de 1833 prohibía la importación de sanguijuelas a la península⁷⁶, mientras que en Granada, en el verano de 1834, hubo de efectuarse un concurso público patrocinado por el capitán general para abastecer la ciudad del escaso remedio⁷⁷.

El otro componente del tratamiento antiflogístico, el hielo, vio también regulada su venta de manera tendente a facilitar su empleo: la ciudad de Sevilla disminuyó de 64 a 16 reales el impuesto sobre «la carga mayor» de hielo de Constantina en septiembre de 1833, y la intendencia de Granada suprimió el arbitrio extraordinario que lo gravaba en julio de 1834⁷⁸. Los arrieros del pueblo alpujarreño de Orgiva se hubieron de quejar ante la autoridad militar del mal trato que recibían por parte de los guardias de los ventisqueros de Sierra Nevada al ir a coger «nieve para la curación de los enfermos», en mayo de 1834⁷⁹.

El gráfico núm. 1 recoge el consumo de sanguijuelas y nieve durante dos años consecutivos en el Hospital del Cardenal (Córdoba). Los máximos gastos se superponen a los dos brotes del cólera en dicha ciudad, junio-julio y septiembre-noviembre de 1834. Este último dato, incluso, abona la tesis de la existencia del segundo brote, prácticamente desconocido en la literatura posterior.

Hasta aquí hemos expuesto los «planes terapéuticos» más recomendados por los facultativos, de acuerdo con sus interpretaciones fisiopatológicas de la enfermedad. Como hemos podido comprobar, se trataba de un rígido binomio «contra inflamación-sangría» o «contra atonicidad-estímulo» que se ejercía sin evaluación ninguna de sus resultados y con nulo espíritu crítico. No es, pues, de extrañar que florecieran multitud de pautas de orígenes extraprofesionales y justificaciones peregrinas, algunas de las cuales tuvieron gran predicamento popular. Tal fue el caso del «método de Vázquez», médico sevillano que ejercía de platero, o el empleo de la «aristoloquia o viborera» como antídoto, preconizado en Sevilla, Murcia y Madrid por algunos botánicos y farmacéuticos⁸⁰. Muestra de esta notable proliferación, al mismo tiempo que del sentimiento terrorífico que precedía a la enfermedad, es este curioso inventario del botiquín de un particular previosoriamente pertrechado frente al cólera:

«... en la provisión que has hecho de doce botellas de aguardiente alcanforado, mil sanguijuelas, una armadura entera de cuerno de ciervo, dos libras de goma arábica, dos de polvos de viboreras, media arroba de almidón, seis libras de mostaza, cuarenta y ocho ladrillos, cuatro jeringas, un saco de flor de malva, una tinaja de cloruro, una carga de vinagre y dos mil otras cosas...»⁸¹

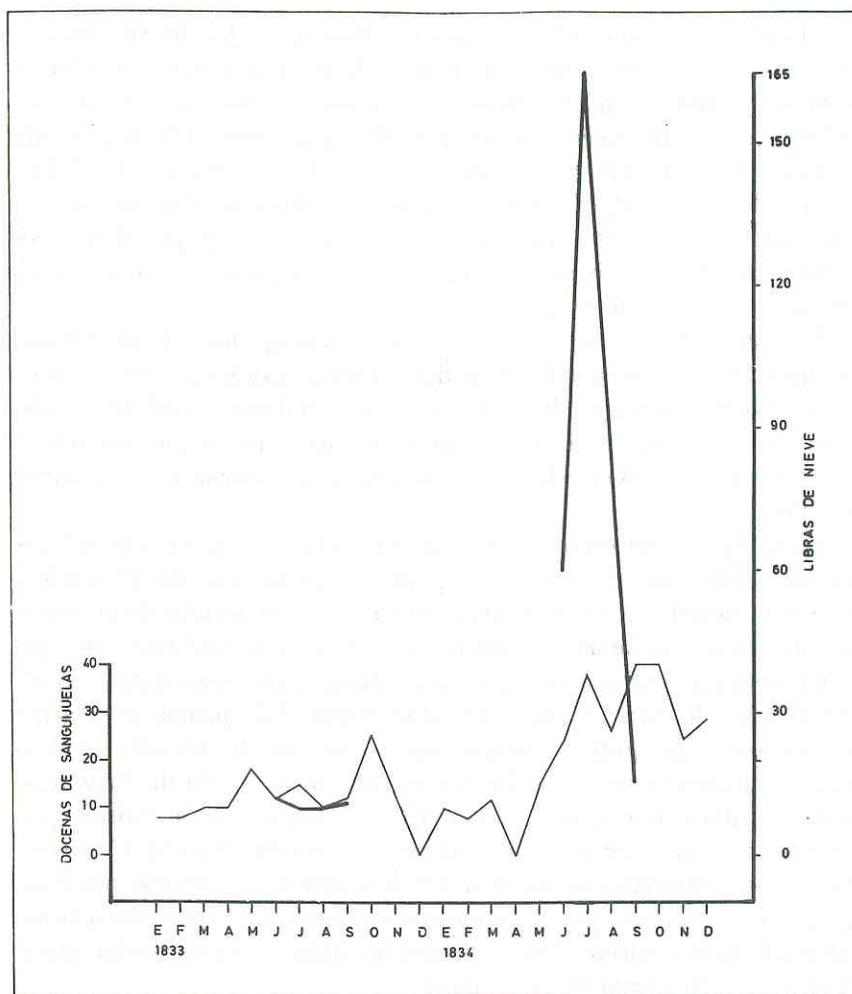


Gráfico 1. Consumo de sanguijuelas y nieve en el Hospital del Cardenal (Córdoba), 1833-1834.

Fuente: Archivo de la Catedral de Córdoba, sección Obras Pías, Cuadernos mensuales de gasto ordinario y extraordinario, caja 861.

Mas existió también una proyección terapéutica de la fisiopatología humoral del cólera, aunque no llegara a alcanzar la popularidad de las pautas anteriores. Es la que sus contemporáneos conocieron como «tratamiento salino».

Existía, al parecer, entre la población campesina rusa el empleo de la sal común como específico contra el cólera, y los médicos de aquel país alabaron su utilidad como *vomitivo*, en disolución de agua tibia. Sin embargo, como rectamente observó el médico francés Moreau de Jonnés (n. 1778), tras los estudios de O'Shaughnessy,

«... este remedio vulgar [lejos de ser empírico], era perfectamente racional; pues... las partes acuosas y salinas se hallaban en unas proporciones mucho menores que las que tiene la sangre en el estado natural de la salud... [lo cual] indicaba que la curación debía consistir en el reintegro de estos elementos esenciales a la vida...»⁸²

En el mismo artículo, reproducido el menos dos veces en publicaciones médicas españolas de 1834, en plena epidemia colérica, se describe la aplicación terapéutica *consciente* de dichas consecuencias, hecha por el doctor Thomas Latta, de Edimburgo:

«... abre la vena del enfermo como si quisiera hacer una sangría, y sirviéndose de una jeringuilla de tubo flexible, inyecta en el vaso venoso una disolución de sal común y de carbonato de sosa; a este líquido le da la temperatura de la sangre, y no inyecta más de una o dos onzas por la misma abertura; pero renueva la operación bastantes veces para introducir en la circulación cantidades enormes, como de doscientas ochenta y cuatro onzas y aún más»⁸³.

La comparación entre el contenido en electrólitos de lo perfundido por O'Shaughnessy y Latta en 1831 con las pautas actuales carecería de significado clínico siempre que a los enfermos perfundidos se les permitiera beber agua a discreción⁸⁴.

¿Qué se opuso a su generalización? Ya hemos indicado antes el papel del paradigma lesional. Junto con dicho obstáculo otro no menos importante: una técnica tradicionalmente desacreditada⁸⁵. El exiliado ex presidente de

la Academia de Medicina de Salamanca, Hordas, escribía desde Inglaterra que dicho tratamiento sólo impresionaba:

«... al pequeño círculo de algunos crédulos, que... a pesar de la *fisiología*, quieren introducir otra vez la olvidadísima y proscrita transfusión de la sangre...»⁸⁶

En efecto, la introducción de fluidos salinos en el organismo humano se preconizó mediante la vía endovenosa, como el modo más eficaz de asegurar su incorporación a un organismo sometido a continuos vómitos y deposiciones, pero se trataba de una operación con:

«... un grave inconveniente... y es el que no pueden emplearle sino personas de mucha destreza»⁸⁷.

Aunque la vía endovenosa había sido recomendada por Percy (1764-1825) y Laurent (1807-1855) para el tratamiento del tétanos mediante opio en 1797, en los años treinta del siglo XIX estaba reducida al empleo en experimentación por un reducido núcleo de científicos, como Magendie (1783-1855) en Francia o Dieffenbach (1794-1847) en Alemania. No es extraño que estos mismos ensayasen el tratamiento salino, apenas tuvieron conocimiento de él⁸⁸.

Para obviar los graves problemas técnicos (embolismo, septicemia...) de la inyección endovenosa, algunos preconizaron la rehidratación oral, previa contención de los vómitos. Así el mencionado Moreau, en su artículo citado, recomendaba:

«... el que sienta los primeros ataques del cólera-morbo puede encontrar a mano algunos puñados de sal y agua para disolverla...»

En España no tenemos noticias de que se practicara nada similar, siendo como era tan fuerte el predominio de los «fisiologistas», empeñados en su racionalismo terapéutico a base de sangrías, hielo y revulsivos externos, hasta el punto que, reconociendo en las alteraciones físicas de la sangre uno de los más graves componentes de la enfermedad, insistieron en la sangría «para evitar la plasticidad que va adquiriendo la sangre».

Teniendo en cuenta que dicho tratamiento se recomendaba que fuese

«... tan enérgico como lo es la intensidad del mal...»⁸⁹

no podemos menos que asentir ante las observaciones del médico platero que decía para justificar su peregrino tratamiento:

«... así que los atacados han tenido que luchar contra dos enemigos poderosos, a saber: el mal mismo y las medicinas...»⁹⁰

Es muy posible que la experiencia del cólera de 1830-1837 en Europa estimulase grandemente la corriente «escéptica» en terapéutica que venía fraguándose desde finales del siglo XVIII y cuyo exponente final se encuentra en el nihilismo terapéutico de la escuela de Viena, aunque este factor —la enfermedad colérica— se halle ausente tanto de los análisis de E. Lesky como de Ackerknecht⁹¹. A nivel práctico, en la actuación diaria de los profesionales médicos españoles, parece obvia dicha influencia en la perplejidad que nos muestra el siguiente extracto del informe de la Academia médica granadina sobre el tratamiento más adecuado para combatir el cólera⁹²:

«... resulta de las observaciones, que con todos los métodos, aun los más empíricos e irracionales, y aun sin método alguno, se han conseguido curaciones...»

En ausencia de un tratamiento que se hubiese mostrado realmente eficaz mediante la única verificación objetiva posible en aquellos momentos, a saber, la impresión positiva en tal sentido de un número considerable de facultativos, la principal conclusión que obtenían los médicos que más contacto habían tenido con el cólera en España —los médicos andaluces— era el peso de los factores socioeconómicos en la génesis y desarrollo de la enfermedad:

«... que los más que se desgracian es por falta de recursos...»⁹³

NOTAS

¹ Ejemplificado en el discurso que Miguel Tortosa, vicepresidente de la Academia médica granadina jubilado en 1834, pronunció en enero de dicho año, titulado *Análisis de las causas de las enfermedades y el exacto conocimiento de su naturaleza y curación*, Granada, imp. J. Puchol, 50 pp.

² Como M. González Sámano —recién licenciado en 1832—, cuya importante monografía sobre el cólera apareció en 1858, o los médicos de la Comisión de Investigación enviada en 1832-33 al extranjero, L. Sánchez Núñez, P. M.^a Rubio y F. Folch, cuyo *Informe general* salió de la imprenta en noviembre de 1834.

³ Cf. mi artículo «La dependencia social de un comportamiento científico: los médicos españoles y el cólera de 1833-35», *Dynamis*, 1 (1981)

⁴ *Expediente formado para contestar a... la superioridad sobre el cólera... año de 1832*, Archivo de la Academia de Medicina de Granada (AAMG), R 15.

⁵ *Aviso preventivo contra el cólera-morbo o sea medios de librar a los pueblos de España de esta enfermedad*, ms., Archivo de la Academia Nacional de Medicina (Madrid) (AANM), carp. 40.

⁶ *Informe acerca de los principales fenómenos observados en la propagación del cólera indiano por Inglaterra y Escocia...*, Londres, 1832, p. 45.

⁷ *Instrucciones generales para el modo de preservarse del cólera morbo epidémico, con indicaciones de su método curativo* (Madrid, 1834), p. 56.

⁸ *Reflexiones sobre el cólera-morbo asiático...*, Madrid, 1834, p. 20.

⁹ Oficio de 16 de mayo de 1832, Archivo de la Academia de Medicina de Sevilla (AAMS), legajo 1.832, carp. «Junta Superior de Andalucía».

¹⁰ Sesión de 25 de abril de 1832, *Actas extraordinarias, 1831-1835*, Archivo de la Academia de Medicina de Cádiz (AAMC), libro 4, y oficio de 23 de agosto de 1833 al Ayuntamiento de Cádiz, en *Libro copiator de oficios. Junta de Sanidad de Cádiz (1831-1835)*, Delegación Provincial de Sanidad de Cádiz (DPSC); en adelante, este copiator será denominado DPSC-1.

¹¹ *Borrador de recomendaciones al gobierno ante el cólera (julio de 1833)*, ms., AAMS, leg. 1.833-1.

¹² Oficio de 19 de septiembre de 1834 a la Junta de Sanidad de Jerez de la Frontera, DPSC-1.

¹³ *Dictamen... dado a esta Junta Superior de Sanidad... sobre las precauciones y método curativo que debe adoptarse para el cólera-morbo indiano*, Granada, Imp. del Ejército, 12 pp.

¹⁴ Cf. *Expediente... cólera, 1832; Dictamen... (1833) y Expediente sobre estado de salud... (1834)* (AAMG R 61) para Granada; diversos oficios en AAMS, legs. 1832, 1833-1, 1833-2, 1833-3 para Sevilla, así como un *Extracto de los trabajos relativos al cólera...*, publicado por su Academia en 1834. Sobre diversos pueblos de la demarcación sevillana, información dispersa contenida en los legajos de AAMS citados anteriormente. Sobre Cádiz y comarca, DPSC-1, *passim*, junto con unas *Instrucciones relativas al cólera morbo...*, publicadas por la Academia en 1833. En Navarra, diversos *Bandos e Instrucciones de Sanidad*, recogidos en Papeles de Salvá, leg. Cólera, Facultad de Medicina de Madrid-Complutense.

¹⁵ Sánchez Biazzy, M. (1833), *Discurso...*, AAMG, leg. 2, núm. 52; Ruiz Pérez, J. M. (1833), *Instrucción...*, AAMG, leg. 2, núm. 47.

¹⁶ Serrano, J. M. (1834), *Disertación con motivo de la proximidad del cólera-morbo, acerca del aire de la atmósfera y agentes que la alteran y causan perjuicios a la salud pública*, ms., AAMC, leg. 16, núm. 9.

¹⁷ *Observaciones de las enfermedades reinantes y afecciones meteorológicas desde 1.º de diciembre de 1833 hasta 30 de noviembre de 1834*, ms., AAMG, leg. 1, núm. 37.

¹⁸ Cf. *Discurso sobre la necesidad de la Química en la teoría y práctica de la Medicina*, Cádiz.

¹⁹ Oficio del licenciado J. M. Raso, de Moguer, a 25 de agosto de 1833, AAMS, leg. 1833-1, carpeta «Partes de Sanidad de fuera de Sevilla».

²⁰ Oficio de 14 de septiembre de 1833, AAMS, leg. 1833-2, carp. «Triana».

²¹ *Boletín Oficial de la Provincia de Granada (BOPG)*, núm. 54, del 23 de septiembre de 1833. Existía un proyecto de la mencionada Junta para disparar salvas de pólvora de artillería sobre la ciudad para purificar la atmósfera, *BOPG*, núm. 49.

²² DPSC-1, *passim*; Puerto Sarmiento, «Boticas y casas de socorro durante la primera epidemia de cólera en Madrid (1834)», *Bol. Soc. Esp. His. Far.*, 30 (1979), pp. 271-94.

²³ Cf. el capítulo correspondiente al impacto social del cólera en Andalucía, especialmente páginas 212-24, de mi tesis doctoral.

²⁴ Oficio del titular de La Rambla, 29 de septiembre de 1832, AAMS, leg. 1832.

²⁵ *Boletín Oficial de la Provincia de Málaga (BOPM)*, 1, núm. 47; *El telégrafo de Sierra Nevada*, reproducido en *El Vapor*, núm. 100 Barcelona, 1834; *BOPG*, núms. 53, 54 y 55.

²⁶ Oficio del gobierno civil de Sevilla, AAMS, leg. 1834-3, carp. «Varios tribunales»; oficio del Ayuntamiento de Granada, AAMG, leg. 5, carps. 9-10, núm. 57.

²⁷ Oficio de los médicos titulares de La Campana, 15 de junio de 1832, AAMS, leg. 1832; *Actas capitulares del Ayuntamiento de Málaga*, libro 233, f. 232; DPSC, *Libro de órdenes y demás particularidades de la Junta de Sanidad de Cádiz* (DPSC-2), fols. 201-203.

²⁸ *Actas capitulares del Ayuntamiento de Málaga*, libro 232, fol. 276 v.; *El Vapor*, núm. 84 (1833), y núm. 80 (1834); DPSC-2, fols. 533-535; DPSC-1, oficios de 27 de noviembre a las comisiones de salubridad de barrios y al subdelegado principal de Policía, de 9 de diciembre de 1833, a la Junta de Enlosados, y de 17 de diciembre, al subdelegado de Policía.

²⁹ *Actas... Málaga*, libro 232, fol. 307 v.

³⁰ Expediente sobre obras públicas para empleo de jornaleros, 1833, Archivo municipal de Sevilla (AMS), sec. 6.^a, vol. 79, núm. 25.

³¹ *Ibidem*; *Actas del Cabildo*, libro 173, fol. 31, Archivo Municipal de Granada (AMG).

³² Carta de Diego de Lora, 22 de marzo, y oficio del subdelegado de Fomento, 23 de marzo de 1834, en AMG, leg. 187, «Comunicaciones, beneficencia y sanidad»; oficio de 27 de octubre al Ayuntamiento de Cádiz, DPSC-1.

³³ *El telégrafo de Sierra Nevada*, de 22 de julio de 1834, citado por *El Vapor*, núm. 100 (1834).

³⁴ *Informe que presenta... sobre la enfermedad epidémica que se padece en esta ciudad desde el 1 de junio anterior...* ms., AAMC, leg. 16, núm. 19.

³⁵ Varias ediciones gozó la *Instrucción popular formada por... el Consejo de Sanidad... de París...* (Madrid, 1832; Granada, 1833); en Cádiz su Academia publicó unas *Instrucciones relativas al cólera-morbo dirigidas a los habitantes de ella* (1833), como hizo la de Castilla la Vieja al año siguiente. En esta categoría pueden incluirse contribuciones individuales como las de M. Codorniu (1833), *No hay que temer al cólera morbo*, y M. Seoane (1834), *Instrucciones generales sobre el modo de preservarse del cólera-morbo epidémico*, ambas editadas en Madrid.

³⁶ Los publicados en Granada, por ejemplo, son analizados en mi libro *Enfermedad catastrófica y crisis social: el cólera de 1834 en Granada*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada: en prensa.

- ³⁷ *Aviso preventivo...*, AANM, loc. cit.
- ³⁸ *Expediente... cólera 1832*, AAMG, loc. cit.
- ³⁹ González Samano, M., *Memoria histórica del cólera morbo epidémico*, Madrid, 1834, p. 95.
- ⁴⁰ *Instrucciones...* (1833), Cádiz; oficio de 17 de septiembre de 1833, AAMS, leg. 1833-2, carpeta «Triana»; *Dictamen...*, Granada, 1833; *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia (BMCF)*, 1, páginas 39-40 y 43-46; González Sámano, M. (1834).
- ⁴¹ González Crespo, *op. cit.*
- ⁴² *Instrucciones...*, Cádiz, 1833, p. 9. Para *El Vapor*, núm. 83 (1833), el miedo y las medidas coercitivas van estrechamente unidos en la amenaza del cólera.
- ⁴³ *Instrucciones...*, Cádiz, 1833, p. 9; *Instrucción popular...*, Madrid, 1832, p. 6.
- ⁴⁴ *Repertorio Médico Extranjero*, 1, 20.
- ⁴⁵ *El modo como apareció el cólera en Cádiz, su índole y demás. Descripción hecha por la Real Academia médica de esta plaza*, ms., DPSC-2, fols. 68-79 (cita en fol. 74).
- ⁴⁶ Oficio de 18 de febrero de 1834, en AAMG R 61.
- ⁴⁷ *Observaciones sobre las enfermedades reinantes...*, AAMG, loc. cit.
- ⁴⁸ *Diario General de las Ciencias Médicas*, 7, 259.
- ⁴⁹ Oficio de 18 de noviembre al arzobispo de Cádiz, DPSC-1.
- ⁵⁰ Villa Molina, L., *Juicio religioso de la epidemia designada con el nombre de cólera morbo, y medios espirituales, preservativos de esta plaga*, Granada, 1834, p. 3. El mismo calificativo, en la *Carta pastoral* del arzobispo de Cádiz de 24 de septiembre de 1833 (AMC, caja Epidemias, número 3).
- ⁵¹ *Breve descripción de la fiebre amarilla...*, Madrid, pp. 16-18. Para Aréjula, «el contagio consiste en las partículas que salen de los cuerpos enfermos para afectar los sanos».
- ⁵² Tortosa, *op. cit.*
- ⁵³ Cf. la recapitulación efectuada por las Academias de Cádiz y de Granada reproducida en: *Cólera versus Medicina. Dynamis*, supl. 1 (1981) o la memoria del subdelegado médico de Alhama (AAMG, leg. 2, núm. 3).
- ⁵⁴ *El modo como apareció...*, DPSC-2, fols. 78-78 v. La cursiva es mía.
- ⁵⁵ *Memoria descriptiva del cólera morbo epidémico...*, Madrid, 1832, p. 45.
- ⁵⁶ Alfaro, N., *Tratado del cólera morbo...*, Barcelona, 1832, p. 168.
- ⁵⁷ *Therapeutics from the primitive to the 20th century*, Nueva York.
- ⁵⁸ Expuestas, por ejemplo, en *BMCF*, 1, pp. 167-69, 175-76, 191-93, 199-200, 207-10; en Falp, *op. cit.*, y en Torrecilla, V., *Historia de la epidemia de cólera... y consideraciones generales sobre esta enfermedad*, Madrid, 1833, pp. 71 ss.
- ⁵⁹ Lanzarot y Cortés, J., *Conjeturas físico-químicas sobre la causa de la epidemia...*, Madrid, 1832.
- ⁶⁰ *Expediente... cólera*, AAMG, loc. cit.
- ⁶¹ *Observaciones...*, AAMG, loc. cit.; *El modo como apareció...*, DPSC-2, fol. 72; *BMCF*, 1, 84.
- ⁶² *BMCF*, 1, 176.
- ⁶³ AANM, carp. 40.
- ⁶⁴ González Sámano, M., *Memoria histórica del cólera... en España*, vol. 1 (1858), p. 230, cita párrafos de la misma.
- ⁶⁵ *Estudio de la sangre...*, AANM, loc. cit.
- ⁶⁶ Stevens, W., *Observaciones sobre la curación del cólera morbo asiático*, Madrid, 1834, p. 13.
- ⁶⁷ Lanzarot, *op. cit.*, p. 91.

- ⁶⁸ *Observaciones prácticas sobre la enfermedad llamada vulgarmente cólera morbo asiático*, Madrid, 1836.
- ⁶⁹ Como el *Diccionario de Medicina...*, dirigido por Fabrè. En traducción castellana, Madrid, 1843, vol. 3, p. 72.
- ⁷⁰ Broussais, F. J. V., *Memoria sobre el cólera morbo*, Pamplona, 1832, p. 25.
- ⁷¹ Niebyl, P. H., «The English bloodletting revolution or modern medicine before 1850», *Bull. Hist. Med.*, 51 (1977), pp. 464-83.
- ⁷² González Sámano, M. (1834), p. 95.
- ⁷³ *Observaciones...*, AAMG, loc. cit.
- ⁷⁴ *Ibidem.*
- ⁷⁵ La posición del *BMCF* puede verse en 1, 108-109, 131-133 y 179-180; sobre la terapia empleada por los médicos de Madrid, cf. Herranz, I., *Memoria del cólera... padecido en Madrid*, Madrid, 1835.
- ⁷⁶ *Libro de Actas de la Real Junta de Comercio de Cádiz*, Archivo General de Indias, Consulado de Cádiz, libro 1086, fol. 197. A Cádiz llegaban desde el norte de Africa (Larache, etc.).
- ⁷⁷ Cf. mi libro citado en nota 36.
- ⁷⁸ AMS, sec. 6.^a, vol. 69, núm. 31; BOPG núm. 356.
- ⁷⁹ *Actas del Cabildo*, AMG, fol. 85 v.
- ⁸⁰ El *Método curativo del cólera morbo* de Vázquez (del que hemos localizado dos ediciones, en Sevilla y Lorca, respectivamente, en 1833) consistía en una abundante alimentación con intercalación de vómitos provocados. Según el *BMCF*, 1, 63, fue también utilizado en Madrid. El caso de la Aristoloquia es más complejo, por la profesionalidad de sus promotores, mereciendo incluso la atención del gobierno. Una comisión médica de Sevilla efectuó, a instancias de aquél, una serie de pruebas clínicas con resultado negativo, tras una accidentada realización. Cf. AAMS, *Borrador de informe sobre el empleo de la aristoloquia*, carp. «Correspondencia con otras Academias del Reino», leg. 1833-1; diversos oficios en carp. «Junta Superior de Sanidad» y carp. «Asuntos particulares de fuera», leg. 1834-1. Para una discusión sobre la aristoloquia como primer «específico anticolérico», vid. Folch Jou, G.; Puerto, F. J., «Diversos aspectos relacionados con... las epidemias coléricas del siglo XIX», *Bol. Soc. Esp. His. Far.*, 28 (1978), páginas 117-55.
- ⁸¹ Río, S. del, *Carta alegre con motivo del cólera-morbo en Tarragona*, Tarragona, 1834, página 5.
- ⁸² «Nota sobre la curación del cólera...», *Rep. Med. Ext.*, 4, 158. En *BMCF*, 1, 68-69, se reproduce resumidamente el mismo artículo. Esta exposición muestra que los médicos del momento habían comprendido el problema hidrosalino como una privación de algo necesario al organismo. No es de esta opinión Howard-Jones, N. «Cholera Therapy in the 19th Century», *J. Hist. Med.*, 27 (1972), pp. 373-95, para quien únicamente se habría pretendido «restituir el color rojo de la sangre». Nos parece que toma un efecto colateral por la motivación central, como se nos dejó escrito a mediados del siglo pasado: «Le lecteur... n'aura pas de peine à comprendre comment, aussitôt la publication des analyses de M. O'Shaughnessy, l'idée est venue aux praticiens de chercher à remédier aux pertes faites par le sang, en administrant des substances salines» («Choléra épidémique», en *Répertoire Général des Sciences Médicales au XI^e siècle*, Bruselas, volumen 8, pp. 1-26 [la cursiva es mía]).
- ⁸³ *Rep. Med. Extr.*, 4, 160.

⁸⁴ Cf. Carpenter, C. C. J., «Treatment of cholera. Tradition and authority versus science, reason and humanity», *Johns Hopkins Med. J.*, 139 (1976), pp. 153-62.

⁸⁵ Acerca de la transfusión y sus problemas, cf. Peumery, J., «Les origines de la transfusion sanguine». *Clio Med.*, 9 (1974), pp. 13-156; 215-50; 325-42, y Farr, A. D., «The first human blood transfusion», *Med. Hist.*, 24 (1980), pp. 143-162.

⁸⁶ *Método curativo de la cólera espasmódica...*, Londres, 1833, p. 29.

⁸⁷ *Rep. Med. Extr.*, loc. cit.

⁸⁸ Howard-Jones, *op. cit.*; *Rep. Med. Extr.*, 2, 224, y 4, 163.

⁸⁹ *Dictamen...*, Granada, 1833, p. 11.

⁹⁰ Vázquez, *op. cit.*, p. 7.

⁹¹ Lesky, E., «Los orígenes del nihilismo terapéutico», *Arch. Iber. His. Med. An. Med.*, 14 (1962), pp. 3-22; Ackerknecht, E., *Therapeutics...* (1973), pp. 94-115.

⁹² Oficio de 18 de febrero de 1835, AAMG, R. 61.

⁹³ Medina, S., *Breve descripción de la enfermedad...*, ms. (1834), AAMG R 56.