

La dependencia social de un comportamiento científico: Los médicos españoles y el cólera de 1833-35

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA*

1. *MEDICINA Y SOCIEDAD EN LA HISTORIOGRAFÍA DE LA EPIDEMIOLOGÍA DECIMONÓNICA*

En un trabajo ya clásico (1), Erwin H. Ackerknecht planteó, si no por vez primera tal vez sí de modo más general, la cuestión de las imbricaciones socioeconómicas del pensamiento epidemiológico de la primera mitad del siglo diecinueve.

Sus conclusiones, tras analizar un extenso número de obras francesas, inglesas y alemanas, proponían una triple división de la epidemiología decimonónica en: teorías físico-químicas o geográficas (anticontagionistas), teorías biológicas (contagionistas) y teorías sociológicas (indiferentes respecto al modo de transmisión, subordinado en importancia a la consideración de los factores socioeconómicos como causa de la enfermedad). El enfrentamiento entre las posiciones contagionistas y anticontagionistas registrado en torno a las amenazas de peste, fiebre amarilla o cólera quedaría, además, según Ackerknecht, condicionado por los efectos económicos de la puesta en práctica de las *medidas preventivas* consecutivas a cada teoría, lo que explicaría, en definitiva, el triunfo del anticontagionismo como expresión médica del liberalismo burgués imperante en la Europa del momento:

«... freedom of commerce (no quarantines), and freedom of science (anticontagionism) were, together with others, like freedom of the individual (against any bureaucracy), the natural expression of the same fundamental attitude and social position» (2).

Según esto, el problema central que afrontó la epidemiología decimonónica tuvo dos caras inextricablemente unidas: *contagio* y *cuarentenas*.

(1) Anticontagionism between 1821 and 1867, *Bull. Hist. Med.* (1948), 22, 562-593.

(2) ACKERKNECHT, *op. cit.*, p. 591.

* Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Granada (España).
DYNAMIS

Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 1, 1981, pp. 101-130.

Las hipótesis de Ackerknecht han sido aceptadas y empleadas como telón de fondo de la inmensa mayoría de trabajos acerca de estos problemas producidos desde 1950 (3). Sólo recientemente han sido contestadas a través de un concienzudo y minucioso estudio del pensamiento causal en la medicina británica del ochocientos (4). Margaret Pelling incluye en su análisis las preocupaciones epidemiológicas suscitadas por la patología infecciosa *endémica* de las Islas (las «fiebres») como argumento principal, en cuyo contexto han de integrarse necesariamente las doctrinas explicativas de las enfermedades que, como el cólera, sólo se presentaron de manera ocasional (las llamadas «enfermedades exóticas» en su momento).

Pelling reprocha a Ackerknecht, en primer lugar, su desviación precursorista, al situar las teorías contagionistas y biologicistas como antecedentes próximas de la Bacteriología moderna, reduciendo las restantes a paradójicas desviaciones del pensamiento médico con un exclusivo fundamento socioeconómico. Igualmente le acusa de simplificar —hasta la tergiversación— una compleja problemática científica, ante la que jamás, según Pelling y en el ejemplo puntual de Inglaterra, se produjo una confrontación bipolarizada (contagionistas vs. anticontagionistas), sino un conjunto de respuestas graduadas, *intermedias entre ambas posiciones*.

En definitiva, y aparte de otra serie de consideraciones de menor interés en este momento, Pelling rechaza la *sobrevaloración de los factores extracientíficos* en la historia del pensamiento epidemiológico, resultado del modelo de acercamiento médico-social empleado por Ackerknecht. Su obra constituye un sesudo intento de reconstruir dicha problemática a través, exclusivamente, de los *supuestos internos* propios de la medicina del siglo XIX.

Así planteada la cuestión, queda claro que su resolución definitiva está supeditada a las sucesivas aportaciones que aclaren y profundicen, en las distintas áreas nacionales, el exacto desarrollo del pensamiento y práctica epidemiológicos. A continuación, en esta línea, nos proponemos dar a conocer los avatares correspondientes a un lugar y época muy determinados: la primera pandemia cólerica en la España de 1833.

El contenido del material manejado, manuscrito e impreso, cuya selección ha sido escasamente discriminadora en razón de los propios

(3) Merecen destacarse, a nuestro juicio, G. ROSEN (1958) *A History of Public Health*, New York, M.D. Publ., C. E. ROSENBERG (1962) *The cholera years. The U.S. in 1832, 1849 and 1866*, Chicago, University Press; R. J. MORRIS (1976) *Cholera 1832. The Social Response to An Epidemic*, London, Croom Helm.

(4) M. PELLING (1978) *Cholera, Fever and English Medicine*, Oxford Univ. Press.

supuestos de la investigación (5), inmediatamente sugirió que la hipótesis —o, si se quiere, la intuición— de Ackerknecht era básicamente correcta *para el lugar y momento de nuestro estudio*. Mostrar, pues, que el comportamiento de los médicos españoles frente al cólera, en tanto que teóricos de la patología, estuvo determinado principalmente por factores socioeconómicos, es el objetivo del presente trabajo.

Para ello, en primer lugar, analizaremos el contenido de la política sanitaria española frente al cólera, deteniéndonos especialmente en señalar los efectos sociales de la misma. A continuación discutiremos la actitud médica en relación a los tres puntos claves, etiología, diagnóstico y profilaxis del cólera.

2. POLÍTICA SANITARIA ESPAÑOLA FRENTE AL CÓLERA ASIÁTICO

La primera pandemia cólerica azotó la Península Ibérica entre 1833 y 1835. Distintos autores decimonónicos (6) trazaron con precisión la marcha del mal, desbordado en 1817, hasta presentarse en la Península (Oporto, 1 de enero de 1833). No tan afortunada fue su descripción de la epidemia en suelo hispano, en la que, posiblemente a causa del desorden gubernativo del momento (guerra civil en Portugal, muerte de Fernando VII, insurrección carlista...) cometieron graves omisiones. En otro lugar (7) he discutido la tradición historiográfica, basándome en fuentes médicas principalmente, para rehacer la marcha del cólera en España con una visión más acorde a la realidad.

Nos interesa ahora conocer que el mal asiático estuvo presente, de manera prácticamente ininterrumpida, desde agosto de 1833 hasta enero de 1835 en suelo hispano, aun cuando sólo a partir del verano de

(5) Entre otras cosas, Pelling aduce el error de Ackerknecht al tomar como representativo de la opinión médica inglesa a un sector reducido de la profesión, estrechamente vinculado a las esferas gubernamentales, el cual, en realidad, fue continuamente impugnado por la mayoría de los médicos y sus organizaciones corporativas. Nosotros hemos consultado fuentes procedentes de *todo tipo* de médicos, con cargo y sin él, de ejercicio ciudadano y rural, miembros destacados de la sociedad y prácticos desconocidos, con afán totalizador.

(6) Entre ellos: J. MORENO FERNÁNDEZ (1855) *Del cólera, sus caracteres, origen y desenvolvimiento...*, Sevilla, Imp. y Lib. Española y Extranjera; M. GONZÁLEZ SÁMANO (1858) *Memoria histórica del cólera morbo en España*, 2 vols., Madrid; Manuel Alvarez y P. HAUSER (1897) *Le cholera en Europe depuis son origine jusqu'à nos jours*, Paris, Soc. d'Éditions Scientifiques —entre los autores hispánicos—, junto con H. HAESER (1882) *Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemische Krankheiten*, vol. 3, 3.^a ed. Jena (Reimp. Hildesheim, New York, Georg Olms, 1971); A. HIRSCH (1860) *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, vol. 1, Erlangen; F. Enke o G. STICKER (1912) *Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre. II. Band: Die Cholera*, Giesen, Töpelmann.

(7) *Enfermedad catastrófica y crisis social: El cólera de 1834 en Granada*, Granada, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada (en prensa).

1834 se extendió más allá de Andalucía, la región más castigada. Y ello a pesar de haberlo dado por extinguido en la primavera de dicho año. Durante ese tiempo el gobierno de la monarquía *cambió de modo radical* su política sanitaria, pasando de procurar el máximo aislamiento (incomunicaciones terrestres y marítimas, cuarentenas, lazaretos), a permitir la máxima libertad de comunicaciones.

En efecto, la organización administrativa encargada de velar por la conservación de la salud pública —las Juntas de Sanidad (8)— estaban volcadas en 1833, a evitar la importación de cualquier «contagio exótico» (peste, fiebre amarilla o cólera).

Para poder situar el objeto de nuestra discusión es preciso resumir las principales medidas adoptadas, en su doble vertiente marítima y terrestre, y los problemas generados por su puesta en práctica.

2.1. *Prevención por la vía del mar*

Acabada la discusión sobre la ley de cuarentenas en 1822 (9), junto con el corto paréntesis liberal del Trienio, la restauración absolutista acalló toda polémica y reasumió la posición tradicional. En 1823 se dictaba una grave disposición contra los buques de procedencia americana, denegándoles su admisión en puertos peninsulares en caso de patente sucia o sospechosa (10). Una Real orden de 24 de abril de 1829, establecía las normas para concesión de patentes a dichas embarcaciones y regulaba las consecuencias cuarentenarias de las mismas (11). Conocida la aparición de cólera en Europa, se dictaron medidas similares de interdicción contra los puertos del Mar Negro y del Báltico, a lo largo de 1831, así como contra las Islas Filipinas, entonces territorio español (12). Una circular de la Junta Suprema de Sanidad llegó a estipular, el 6 de noviembre de 1831, que la concesión de las patentes o visados de sanidad debía ser efectuada por la propia representación consular española, a cuyos miembros instaba a constatar

«... el verdadero estado de la salud pública, sin disfraz alguno...» (13).

(8) Sobre las competencias y organigrama de las Juntas de Sanidad, cf. nota 7 y M. y J. L. PESET (1972) *Muerte en España. Política y Sociedad entre la peste y el cólera*, Madrid, Seminarios y Ediciones, 175-188.

(9) Acerca de las polémicas sobre el contagio en la España del primer tercio del diecinueve, cf. E. ACKERKNECHT, *op. cit.*, y M. y J. L. PESET, *op. cit.*, 155-174.

(10) M. GONZÁLEZ SÁMANO y CARRANZA (1834) *Memoria histórica del cólera epidémico...*, ms. (Archivo Academia Nacional de Medicina de Madrid —AANM— carp. 47.)

(11) Oficio de 3 de julio de 1833, dirigido a la Junta de Sanidad (J.S.) de Cádiz, en *Libro copiador de oficios. Junta de Sanidad de Cádiz (1833-1835)*, Archivo de la Delegación Provincial de Sanidad de Cádiz; en adelante, DPSC-1.

(12) Oficios de 25 de enero de 1831, a la Intendencia sanitaria de Marsella y de 14 de junio de 1831, a la J.S. de Murcia, en DPSC-1.

(13) Práctica que el gobierno español copió del de S.M. británica. Archivo Histórico Nacional (AHN), Estado, leg. 3179-1.

Dicha patente —en su triple posibilidad: limpia, sospechosa, sucia— se otorgaba en función del estado de salud del punto de origen y lugares de tránsito del transporte en cuestión. La patente sucia llevaba aparejada la prohibición de ser «admitido a plática» (libre intercambio) sin antes haber efectuado una larga cuarentena en un lazareto adecuado. En España el único dispuesto radicaba en Mahón (14). La patente sospechosa obligaba a una cuarentena más corta y menos rigurosa, cuya realización podía efectuarse en distintos puertos de la costa Norte: isla Pedrosa (Santander), Torrosa (Bilbao), un puerto gallego, normalmente en las islas Cíes, etc. (15).

Curiosamente, aunque el principal temor durante el primer tercio del ochocientos fue la importación de fiebre amarilla desde las costas americanas, los puertos del Sur de España, señaladamente Cádiz, de tan intenso tráfico con las Antillas, no gozaron en sus cercanías de lazaretos marítimos erigidos de manera permanente. En ese sentido se quejaba al gobierno la Sociedad Económica gaditana en noviembre de 1829 (16), y aún en marzo de 1834 la Junta de Comercio de la misma ciudad continuaba las gestiones para la instalación de un lazareto

«... que liberte a su Comercio de los males que experimentaba al ser despedidas de este puerto para el de Mahón... las embarcaciones...» (17).

En general, parece que la tónica fue mantener anclados a distancia de los muelles los buques provistos de patente sospechosa, durante el tiempo de su cuarentena, siendo preceptivo, para los americanos, el transbordo total de su carga y la «purificación» interna del casco (18).

Entre las mercancías consideradas «contumaces» (susceptibles de acarrear el contagio) se incluían: lana, pieles, algodón, lino, maderas no barnizadas, papel y toda materia animal o vegetal susceptible de pudrirse (19).

(14) Sobre el lazareto de Mahón, cf. P.F. MONLAU (1862) *Elementos de Higiene Pública*, 2.^a ed., Madrid, Rivadeneira, pp. 241-244 y M. CARRERAS (1974) «El lazareto de Mahón de Manuel Rodríguez de Villalpando», *Medicina e Historia* (2.^a ep.), 2, núm. 40.

(15) MONLAU, *op. cit.*, pp. 1307-1311.

(16) El memorial que la Sociedad elevó al Rey está recogido en A. CHINCHILLA (1846) *Anales de la Medicina en general y biográficos-bibliográficos de la española en particular*, Valencia, José Cervera, vol. 4, p. 396.

(17) *Libro de cuentas de la Real Junta de Comercio de Cádiz* (1834), Archivo General de Indias (AGI), consulado de Cádiz, libro 1087, ff. 54v-55.

(18) Operaciones rutinarias en el puerto de Cádiz según el mencionado oficio de 3 de julio de 1833 en DPSC-1.

(19) Archivo de la Academia de Medicina de Granada (AAMG) R 15; acuerdo del Consejo Supremo de Navarra (Sanidad) de 16 de abril de 1832 en leg. cólera, Papeles de Salvá (Bibl. Fac. Medicina Madrid-Complutense).

Las mismas normas pasaron a aplicarse a los buques europeos en prevención del cólera, por ejemplo, contra los puertos franceses desde el mes de abril de 1832 (20). Ello no hizo sino aumentar las dificultades de las operaciones de control sanitario, como reconocía la Junta de Cádiz en oficio de 25 de noviembre de 1832 dirigido a la Superior de Andalucía:

«... Una porción de inconvenientes concurren a ello... Para tratar de ventilarlos es preciso se trasladen (las mercancías) a otros barcos... operación arriesgada en la estación de Invierno. Si la embarcación a donde pasan tiene cubierta los meten debajo... si no tiene cubierta se ventilan los de encima y los de debajo no...» (21).

La aparición del cólera en Portugal supuso, progresivamente, la consideración de patente sucia para toda la costa a 20 leguas de Oporto (Real Orden de 15 de febrero de 1833), para la costa gallega hasta 5 leguas al norte de Muros (R.O. de 3 de marzo) y para toda la costa atlántica a excepción del sur de Algarbe (R.O. de 19 de abril), zona que se consideraba sólo sospechosa, sometida a 30 días de observación. La Junta gaditana, por su cuenta, decretó el 15 de mayo cuarentena de 6 días contra los pescadores de Ayamonte, por el roce que mantenían con sus vecinos portugueses. Suspendida esa disposición por orden superior, pasaron a exigir de los ayamontinos, antes de concederles permiso de desembarco, una patente de sanidad expedida por su Junta Municipal en la que se certificara que el barco se había mantenido todo el tiempo «a la vista» de los celadores que a tal efecto se constituyeron en tierra, y no había pernoctado en alta mar (22).

2.2. Prevención terrestre

La aplicación de medidas cuarentenarias en tierra firme marchó en paralelo con las marítimas una vez que la enfermedad colérica se presentó en las naciones limítrofes y aún en el propio suelo patrio.

Comenzaron aplicándose en Andalucía, entre el 18 y el 24 de octubre de 1831, ante la «enfermedad sospechosa» aparecida en Gibraltar, rápidamente desmentida (23). Se extendieron a la frontera francesa, con la noticia de la aparición del cólera en París, desde primeros del mes de abril de 1832; en agosto se obligaba a cuarentena de 15 días en los

(20) Oficio de 27 de abril de 1832 a la Junta Superior de Sanidad (J.S.S.) de Andalucía, DPSC-1.

(21) *Loc. cit.*, DPSC-1.

(22) Oficios de 10 y 24 de mayo de 1833 a la J.S. de Ayamonte y 2 de octubre de 1833 al gobernador de Cádiz, DPSC-1.

(23) Expediente formado sobre varias enfermedades aparecidas en la plaza de Gibraltar, Archivo Municipal de Sevilla (AMS), secc. 6.ª, vol. 18, núm. 20.

únicos puntos de paso habilitados, Irún y La Junquera (24). Posteriormente abarcaron la frontera portuguesa, donde la R.O. de 15 de febrero de 1833 estableció un punto de entrada único para cada provincia española colindante. La R.O. de 19 de abril de 1833 estipulaba un período cuarentenario de 20 días en la raya fronteriza y otros 20 en lazareto español para todos los viajeros del país vecino. Con motivo de dicha R.O., la Junta de Sanidad de Cádiz hizo vigilar las playas de su jurisdicción mediante tropas y paisanos armados para impedir la llegada de personas u objetos de dicha procedencia (25). Las órdenes del Ministerio de Fomento incitaban

«... para que se castigue al último rigor a los que infrinjan y quebranten los cordones y leyes sanitarios, sin que haya el menor disimulo ni mal entendida indulgencia...» (26).

El cordón sanitario era, junto con el lazareto, la pieza fundamental de la sanidad terrestre. El que se alzaba en las fronteras estaba básicamente compuesto por tropas. También eran las fuerzas armadas las que cercaban las sucesivas poblaciones del interior conforme se iba declarando en ellas el cólera.

El aislamiento se conseguía mediante una doble fila de tropas (cordón y segunda línea). El primero se debía situar a una media legua de la población, aunque se dio permiso a las autoridades de variar este radio en función de la necesidad de «atender los trabajos rurales y procurarse los recursos de subsistencia» (27). Su objeto era impedir la salida a los lugareños.

La segunda línea debía cubrir un radio de unas diez leguas en torno al foco, según la Instrucción de 25 de agosto de 1817. Luego se disminuyó a 6-8 leguas, por R.O. de 23 de septiembre de 1833. Los puntos habitados dentro de dicho radio podían tener comunicación entre ellos, pero debían someterse a cuarentena quienes quisieran traspasar la línea, bajo la consideración de sospechosos. La duración de estas medidas de incomunicación se extendía hasta un máximo de 30 días después de declarado oficialmente el fin de la enfermedad contagiosa. Cuando la declaración inicial había sido hecha exclusivamente por «enfermedad sospechosa», dicho período se acortaba a la mitad.

(24) Oficio del consulado francés en Barcelona a 28 de agosto de 1832, AHN, Estado, leg. 3187. Normas para el cumplimiento de la vigilancia en la frontera navarra emanaron del Consejo Supremo de Navarra el 16 de abril de 1832, Papeles de Salvá, *loc. cit.*

(25) Oficios circulares de 20 y 23 de abril de 1833 a las Juntas municipales de la provincia, en DPSC-1.

(26) Oficio de 5 de julio de 1833 a la Junta Suprema de Sanidad, AHN, Estado, leg. 3164.

(27) Oficio del Ministro de Fomento al Secretario de Estado, 10 de septiembre de 1833, AHN, Estado, leg. 3164.

Por su parte, los lugares sanos levantaban a su alrededor otra especie de coraza, en forma igualmente de «guardias de sanidad», donde se controlaban los pasaportes o documentos sanitarios de los viajeros y se exigía el rígido cumplimiento de la normativa señalada. Con cierta frecuencia las órdenes de incomunicación se hacían con efecto retroactivo —debido a las disputas ocurridas en los puntos donde se presentaba la enfermedad, en torno a su diagnóstico— y viajeros que se presumían libres de obligaciones sanitarias eran contrariados a purgar varios días de observación en lazaretos extramuros de sus lugares de destino (28).

Según las localidades, el servicio de guardia sanitaria se efectuaba por los vecinos (a sorteo diario) o bien mediante los empleados de la policía y/o del resguardo de puertas.

Los lazaretos o casas de observación eran los restantes elementos fundamentales de la sanidad terrestre. Se suponía que debían ser lugares apartados donde los viajeros implicados habían de cumplir —bajo vigilancia médica— el tiempo de cuarentena a que estuvieren obligados por las normas sanitarias. En la práctica fueron poco más que severas prisiones, precariamente abastecidas y carentes de asistencia facultativa: los médicos se negaban a prestar servicio en lazaretos, por lo que los reconocimientos se hacían sólo una vez, al cumplir el plazo estipulado de la cuarentena, y traído el sospechoso —entre guardias— a la puerta de la ciudad (29).

Durante el tiempo de detención, las mercancías y enseres debían ser convenientemente desinfectados. Para ello se hacía recurso a la ventilación y las fumigaciones, dos medios tradicionales de combatir el mal olor (producto de la forma peculiar de putrefacción con que se identificaba la enfermedad trasmisible desde la Edad Media) (30). Medio de elección en esta época para su empleo como desinfectante era el «cloruro de óxido de cal», cuya disolución acuosa se conocía por *agua*

(28) Abundante información documental sobre el funcionamiento de las guardias de sanidad y los lazaretos para sospechosos en legs. 187 y 193 del Archivo Municipal de Granada (AMG).

(29) Un proyecto ideal de lazareto, el del Consejo Supremo de Navarra, de abril de 1832 (Papeles de Salvá, *loc. cit.*) Sobre la realidad de tales instalaciones: AAMG, leg. 4, carp. 8-9, núm. 51 (lazareto de Motril) y AMG, legs. 187 y 193. Aunque la R.O. de 24 de junio de 1834 dispusiera la obligatoriedad de existir dos médicos y dos practicantes de cirugía en los locales de los lazaretos dispuestos en la línea de incomunicación contra Andalucía (de Fregenal de la Sierra a Caravaca), no hay evidencia de que tales centros llegasen a ser organizados, como tampoco el de Navarra.

(30) Cf. O. TEMKIN (1968) *An Historical Analysis of the Concept of Infection*, in: *Studies in Intellectual History*, New York, Greenwood Press, pp. 123-147.

de Labarraque (31). Se empleaba, en distintas mezclas para remojo de ropas, aspersión de suelos, limpieza de sumideros y producción de vapores (a partir de soluciones concentradas) (32).

2.3. Efectos sociales de la profilaxis anticolérica

A tenor de lo expuesto hasta ahora no es de extrañar que la primera oposición abierta a tales medidas proviniese de los sectores comerciales. En 1832 habían sufrido una importante merma las exportaciones de *lana* a Inglaterra a causa de la cuarentena (33), en 1833 se paralizó el comercio de *harina* por el mismo motivo (34).

Con tal propósito se expresaba el órgano oficial de la Real Junta de Comercio:

«La idea de gérmenes y moléculas pestilenciales que adheridos a los efectos llamados contumaces, o susceptibles de contagio, pueden transportar las epidemias a largas distancias, es en el día punto menos que ridícula y no habrá en Europa, ni fuera de ella, médico alguno instruido que se atreva a sostenerla, a no inducirle a ello motivos de otra especie que el de la salud pública» (35).

Como vemos, el meollo de la argumentación anticuarentenaria era de índole científico-médica, aparte de acusar explícitamente de saboteadores a los facultativos defensores del contagio como mecanismo de transmisión de enfermedad.

La rigurosidad de las cuarentenas españolas destacaba en el panorama internacional. La Junta de Sanidad de Cádiz mantuvo una tensa polémica con el organismo correspondiente de Gibraltar, a propósito de la menor duración de los aislamientos aplicados en dicho puerto (36). Francia admitía como sospechosos, sujetos a una observación de sólo 4 días, los buques provenientes de Cuba cuando éstos tenían la consideración universal de «sucios» en los puertos españoles (lo que suponía su

(31) Por A. G. LABARRAQUE (1777-1850), el químico francés patrocinador de su empleo, cuya monografía al respecto, premiada por el Instituto Real y por la Junta de Fomento de la Industria en Francia, fue traducida al castellano en 1828 por orden del ministro de Marina; *Memoria sobre el uso de los cloruros de óxido de sosa y de cal*, Madrid, Miguel de Burgos.

(32) El modo de proceder a las fumigaciones en los lazaretos vendría a ser como el previsto en la R.O. de 24 de junio de 1834, cuyo texto íntegro se encuentra en *El Vapor* (1834), números 83 y 84.

(33) R. J. MORRIS, *op. cit.*, p. 29.

(34) *Boletín de Comercio* (1833), núm. 69. Causa, la incomunicación contra la Isla de Cuba.

(35) *Ibidem*.

(36) Oficios de 8 de abril de 1831 al cónsul de Inglaterra; de 25 de enero de 1832 a la J.S.S. de Andalucía; de 19 de marzo de 1832 a la J.S. del Campo de Gibraltar, al cónsul de España en Gibraltar y a la J.S. de la Roca; de 1 de mayo de 1832 a la J.S.S. de Andalucía, en DPSC-1.

cuarentena en Mahón), con el consiguiente perjuicio para los comerciantes del Cantábrico y provecho para el puerto de Burdeos e intermediarios de Bayona (37). Comerciantes gallegos se quejaban, en mayo de 1833, del mantenimiento de la cuarentena contra los puertos del Báltico, cuando ninguna otra nación de Europa la seguía (38).

Especialmente dura fue la presión del gobierno británico, a lo largo de 1831 y 1832, intentando rebajar la duración de las medidas de incomunicación dispuestas contra los barcos de aquella procedencia (39); la primera nota del embajador inglés calificaba de «extravagantes» las disposiciones sanitarias, explicando que

«... los negociantes ingleses están en la mayor alarma con el recelo de que se suspendan u obstruyan las relaciones con España» (40).

Las gestiones inglesas iban encaminadas a dulcificar en lo posible el rigor de la incomunicación, restringiendo la posibilidad de considerar «sucios» al menor número posible de barcos procedentes de las Islas Británicas, y aún a los tales evitarles el trayecto a Mahón,

«... pues —escribía el embajador inglés— el enviar a Mahón en esta estación un buque desde Bilbao o Santander o cualquier otro puerto en sus inmediaciones casi equivale, como V.E. no puede ignorar, a destinarle a una destrucción cierta» (41).

La Junta Suprema de Sanidad atendió dichas peticiones, estipulando como «sucios» exclusivamente los buques procedentes del radio más próximo a Sunderland (la localidad inglesa primero visitada por el cólera); pero dicha calificación no conllevaría, en estos casos, la obligada estancia en Mahón, condonada por

«... las habitaciones suyas que se hayan verificado en los puertos de Francia, excepto Bayona, designados al efecto...» (42).

Los considerados sospechosos podrían pasar su cuarentena en cinco puertos de la costa norte, habilitados a propósito.

Unos meses después insistió el gobierno inglés, con la pretensión de disminuir el período total de aislamiento cuarentenario en cada caso.

(37) Expediente de Fomento (mayo de 1833) en AHN, Estado, leg. 3164.

(38) Reclamación presentada por la Casa de Comercio Cabello e Hijos en representación de varias de Santiago, La Coruña, Ribadeo y Orense; expediente en AHN, Estado, leg. 3164.

(39) Expediente de reclamaciones inglesas en AHN, Estado, leg. 3187.

(40) Contra el Secretario de Estado, Manuel González Salmón, de 6 de diciembre de 1831, AHN, *loc. cit.*

(41) *Ibidem.*

(42) Oficio de la Suprema Junta de Sanidad al Secretario de Estado, a 20 de diciembre de 1831. AHN, *loc. cit.*

Como argumentación, además de la referencia a los ejemplos recientes de otras naciones, enviaba un informe del Central Board of Health, titulado: *Quarantine. Reasons founded on authentic facts in the history of Spasmodic Cholera, for establishing a specific code of sanitary restrictions for that disease, considered independently of Plague, Yellow Fever, and other infectious maladies* (43). En suma se proponía a la sanidad española disminuir a 15 días el tiempo máximo de detención para ventilación y expurgo de las mercancías más susceptibles de acarrear los gérmenes del mal, y a 10 en el caso de personas sanas pero sospechosas de lo mismo.

La importancia del asunto,

«... puesto que versa sobre reformar las instituciones sanitarias vigentes, respecto a lo menos del Cólera, abriendo otra época nueva de medidas preservativas...» (44).

obligó a repetidas sesiones conjuntas de los altos cuerpos administrativos y médicos, la Junta Suprema de Sanidad y la Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía, quienes decidieron la realización de una encuesta entre todas las Academias medicoquirúrgicas del Reino en torno a dicho problema (45). Los resultados de la misma fueron unánimemente favorables a mantener o reforzar la rigurosidad de los preceptos establecidos. Por ejemplo, se sugirió, por la Academia de Granada, elevar a 40 leguas el radio en torno a las localidades afectadas sobre el que se debía imponer la patente sucia, así como a 60 el número de días de ventilación para las mercancías conducidas en cofres, cajones u otra envoltura. La extensión del cólera por las Islas Británicas a lo largo de 1832 suspendió las presiones de su gobierno y la legislación española no se modificó.

La consideración de materia contumaz que tenía el papel —incluyendo cartas, libros, etc.— representaba otro motivo de conflicto, al interrumpir la correspondencia comercial. Por ello presionaron los comerciantes gadita-

(43) AHN *loc. cit.* El informe estaba firmado en Whitehall, a 4 de enero de 1832, por E. STEWART, W. PYM, J. MARSHALL, W. RUSSELL y D. BARRY. Señalemos que Pym, superintendente general de cuarentenas británico, era socio corresponsal de la Academia médica de Cádiz, donde había enviado los *Documents on Spasmodic Cholera...* coleccionados e impresos por el Privy Council. Una traducción de los mismos fue empleada para instruir a los médicos gaditanos: *Descripción de los síntomas con que la Cólera-morbo indiana pestilencial se ha presentado en su suelo nativo y en el Norte de Europa, y de los caracteres distintivos entre esta enfermedad y la Cólera-morbo indígena e indicaciones generales sobre su método curativo*, Cádiz, mayo de 1832.

(44) José M.^a Puig, presidente de la Junta Suprema de Sanidad al Secretario de Estado, 23 de febrero de 1832, AHN *loc. cit.*

(45) Se hicieron tres preguntas: medidas profilácticas de elección frente al cólera, método curativo y tiempo de cuarentena necesario para casos de cólera, fiebre amarilla y peste. AAMG, Expediente para contestar a la Superioridad sobre el cólera-morbo de la India. Año de 1832. R. 15.

nos para que se aceptara el correo cubano antes de despachar los barcos a Mahón, contra la opinión de la Junta sanitaria local. Finalmente su petición fue aceptada por el gobierno de Madrid (46).

Los órganos de representación del comercio de Cádiz fueron particularmente activos en señalar la dureza del régimen sanitario. El 18 de septiembre de 1833 exigían del gobierno la disminución de la presión fiscal

«... por exigirlo así el decadente estado del comercio de esta plaza y de todo el marco, cuya restauración no se ve próxima, si se consideran los entorpecimientos y daños que sufren las relaciones mercantiles de esta plaza con casi todos los puntos del globo conocidos» (47).

En diciembre, reunidos en asamblea general, elevan los negociantes un memorial al gobierno cuyo punto cuarto especificaba

«Que siendo respecto de esta plaza las medidas sanitarias en general más severas, y en contradicción a los términos que la Europa generalmente ha sostenido, se forme un plan que tienda a mejorar dichas medidas...» (48).

Para situar dichas afirmaciones, piénsese que, en ese momento, el puerto de Cádiz está considerado sospechoso, a causa de la enfermedad declarada desde el 29 de octubre, y la ciudad incomunicada. La falta de agua y leña, especialmente, convirtió el cordón sanitario de la bahía en

«... auténtico estado de asedio... nunca ha sido tal el caso en otras ocasiones en que un contagio atroz nos devoraba...» (49).

Durante todo el mes de noviembre, la Junta de sanidad de Cádiz batalló por escrito con las limítrofes de San Fernando y El Puerto de Santa María para aliviar dicha situación. Desde el 16 de noviembre se le había concedido a la ciudad la supresión del pago de los derechos de puertas (para productos alimentarios), pese a lo que siguió siendo notoria la escasez de carnes (50). En gesto característico, la Junta de Sanidad imponía la obligación de inscribir en los pasaportes expedidos para el extranjero la leyenda

«se padecen enfermedades sospechosas del Cólera morbo»

que no figuraba en los nacionales (51).

(46) *Libro de órdenes y demás particularidades de la Junta de Sanidad de Cádiz* (1834), ff. 380 y 386; DPSC. A continuación, DPSC-2.

(47) *Libro de actas de la Real Junta de Comercio de Cádiz* (1833). AGI, Consulado de Cádiz, libro 1086, f. 243v. Subrayado por mí.

(48) *Op. cit.*, f. 339.

(49) DPSC-1, oficios de 9 de noviembre y 5 de diciembre de 1833 a la J. S. de S. Fernando.

(50) Oficio de 15 de diciembre de 1833 al Intendente de Rentas, *loc. cit.*

(51) Oficio de 9 de noviembre de 1833 al Subdelegado de Policía, *loc. cit.*

Un médico de Triana, el barrio sevillano incomunicado desde el 15 de septiembre de 1833 a causa de la aparición del cólera, escribía:

«Ni han venido médicos, ni fumigaciones, los alimentos van escaseando, las medicinas les va sucediendo lo mismo, la gente se encuentra cada día con menos recursos, y en el estado de mayor desesperación, no sé en lo que vendrá a parar esto...» (52).

La perturbación en los abastecimientos era la consecuencia inicial más grave de las incomunicaciones decretadas contra lugares epidemizados y causa, a su vez, del agravamiento de la situación, como reconocía el Ayuntamiento de Málaga en tal circunstancia:

«... las causas que influyen para la escasez de víveres (son) el haber cortado todos los pueblos sus comunicaciones... aumentando el conflicto con las necesidades de los artículos...» (53).

Por este motivo, no es de extrañar que las Juntas Provinciales, o las Superiores, hicieran enérgicas advertencias contra la actuación autónoma de las Municipales a la hora de dictar medidas de incomunicación. La de Granada, el 11 de enero de 1834, insistía en que

«... (se) paralizan con tales medidas las relaciones de unos pueblos con otros y originando males sin fin al comercio, industria y tráfico...» (54).

Cronológicamente, la primera oposición tajante al empleo de «bayonetas sanitarias» como defensa frente al cólera ya presente en territorio peninsular español provino del periódico *El Vapor*, órgano de expresión de la burguesía catalana (55). El 28 de agosto de 1833, se reconocía por el gobierno central la existencia de cólera en Huelva, disponiendo el cerco estipulado para impedir la extensión del mal; como quiera que, a primeros de septiembre, se declaró en Sevilla y en Badajoz y aparecieron casos sospechosos en Cádiz y Málaga, amén de otras poblaciones, el 24 de septiembre se dispuso la incomunicación de Extremadura y Andalucía del resto de España (56). Comentando dicha disposición, *El Vapor* afirmaba:

(52) Oficio de 15 de septiembre de 1833 en carpeta «Triana», leg. 1833-2, Archivo de la R. Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (AAMS).

(53) *Actas capitulares del Ayuntamiento de Málaga*, libro núm. 232, ff. 314v-315 (7 de noviembre de 1833).

(54) AMG, leg. 187 (Beneficiencia y Sanidad. Comunicaciones, 1832).

(55) Rápidamente decantado hacia posiciones saint-simonianas de la mano de su redactor principal, el médico P. F. Monlau (1808-1871), editor simultáneamente del *Diario General de las Ciencias Médicas*. Cf. J. MALUQUER DE MOTES (1977) *El socialismo en España, 1833-1868*, Barcelona, Crítica, pp. 99-100 y *Actas de sesiones ordinarias*, libro núm. 1, f. 98v. AAMG.

(56) Texto del decreto de la Junta Suprema de Sanidad en el *Boletín Oficial de la Provincia de Granada* (BOPG), núm. 72.

«... su primer triunfo fuese contristar los ánimos... que cesasen de repente las fábricas, las comunicaciones, los talleres; que más de la mitad de los habitantes se viesan entregados a la cólera del hambre aún antes de que les acometiese el de la India... (Por lo tanto) Hagamos de modo que exista el cólera sin que el trabajo cese, sin que el comercio se obstruya, sin que el hombre que depende de la soldada semanal carezca de la esperanza de poderse socorrer con sus ahorros en caso de luchar con la enfermedad...» (57).

Unas semanas después, insistía en sus recomendaciones al gobierno:

«No a los cordones... (no sirven sino) a la inacción de estos pueblos y a introducir desde luego en su recinto la miseria, el decaimiento y el desorden» (58).

La característica estacionalidad de la exportación malagueña — Gráfico 1— nos explica por qué la declaración de la existencia de cólera se estuvo discutiendo durante más de un mes, tras la aparición de los primeros casos sospechosos el 13 de septiembre de 1833 (59), hasta su definitiva promulgación el 22 de octubre —y eso gracias al envío de un médico comisionado por la Junta Superior sanitaria de Granada— (60).

En efecto, el Ayuntamiento se hacía eco de los «gravísimos perjuicios» que se seguirían sobre la recolección de la uva —el principal renglón del comercio portuario— de circunvalarse la ciudad por un cordón sanitario, al impedirse, de este modo, el almacenamiento del mosto en las bodegas de la ciudad (61).

Los mismos intereses hicieron que el gobernador de Málaga, durante el brote del verano siguiente (24 de junio al 6 de agosto de 1834) escribiese a la Junta Superior de Sanidad de su jurisdicción —Granada— rogándole

«... se sirva no arredrar al comercio y navegación en sus relaciones mercantiles con este puerto... (toda vez) que la declaración del estado de sospecha fue realizada con ingenuidad...» (62).

(57) *Op. cit.*, núm. 83, 28 de septiembre de 1833.

(58) *Op. cit.*, núm. 100.

(59) N. DÍAZ DE ESCOVAR (1903) *Las epidemias de Málaga. Apuntes históricos*, Málaga, Tip. de El Ultimo, p. 70.

(60) Desde Granada se dispuso la incomunicación contra Málaga, sucesivamente, en 20 de septiembre, 11 y 22 de octubre (AMG, legs. 187 y 193). Un testimonio malagueño opuesto a las interpretaciones de Granada, M. CARRILLO y J. MENDOZA (1834) *Memoria político-médica sobre la enfermedad sufrida en esta capital en otoño último*, Málaga, Vda. de Martínez Aguilar.

(61) *Actas capitulares del Ayuntamiento de Málaga*, libro núm. 232, f. 279.

(62) *BOPG*, núm. 349.

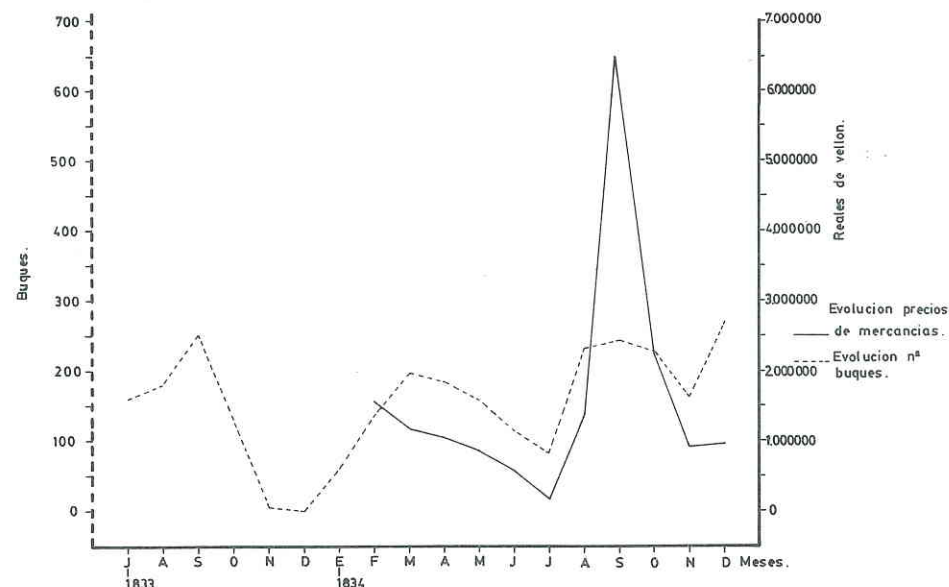


GRAFICO Núm. 1.— Puerto de Málaga (1833-34). Entradas mensuales de buques y precio de las mercancías exportadas.

FUENTE: *Boletín Oficial de la Provincia de Málaga*, 1, 2, 3. AHN, Hacienda, leg. 2151.

Pudiera pensarse que, aparecido el cólera, era indiferente la aplicación de medidas de incomunicación, puesto que el tráfico se retraería espontáneamente ante el temor de la enfermedad. Que esto no ocurría así lo demuestran las cifras de las exportaciones gaditanas durante 1834, que presentamos en el Gráfico 2, en paralelo con el número total de fallecidos por todas las causas en la ciudad. La incomunicación contra Cádiz se levantó a mediados de enero de ese año; durante el brote otoñal (septiembre a diciembre de 1834) las medidas coercitivas habían sido proscritas de la legislación sanitaria española, de modo que el funcionamiento del puerto no fue obstaculizado por ellas. Como consecuencia, las cifras de negocios se mantuvieron sustanciosamente por encima de las obtenidas en el brote anterior.

Las previsiones contenidas en el editorial de *El Vapor* de 28 de septiembre de 1833 se hacían realidad en el territorio andaluz por el cólera. En Sevilla se produjeron intentos de motín a causa del hambre producto de la incomunicación (63), al igual que en Granada (64). La

(63) «... un considerable número de braceros que se están reuniendo a cada momento clamando por el hambre que les devora con sus familias ... tanto en Triana como en algunos barrios del casco de esta Ciudad». Expediente sobre obras públicas para empleo de jornaleros, 12 de septiembre de 1833, AMS, sección 6.ª, vol. 72, núm. 1.

«miseria y aflicción» de los pueblos del radio de Cádiz se acrecentaba a lo largo del invierno de 1834

«... por la falta de comunicación y privación que son consiguientes...» (65).

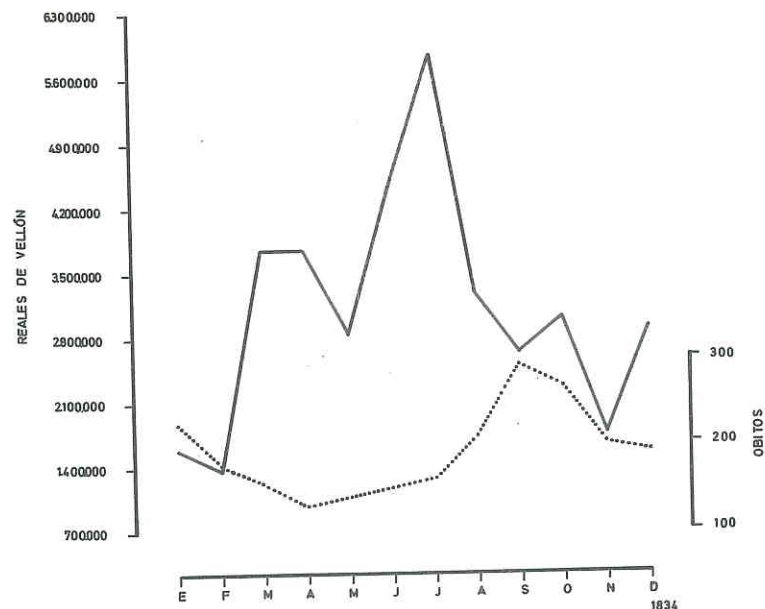


GRAFICO Núm. 2.— Puerto de Cádiz (1834). Mortalidad absoluta mensual y precio de las mercancías exportadas.

FUENTE: AHN, Hacienda, leg. 2151; DPSC, Mortandad de Cádiz, ms.

La falta de abastecimiento acarrea el encarecimiento de las existencias, situación agravada por los consecutivos malos años agrícolas. El médico de Baena, redactor de una *Historia del Cólera-morbo*

(64) En fechas próximas al 22-23 de marzo de 1834, según oficios del Alcalde al contratista de obras José Garzón y al Subdelegado de Fomento, AMG, leg. 187 (Comunicaciones. Beneficencia y Sanidad. Año de 1834).

(65) Oficio de 26 de diciembre de 1833 a la J.S.S. de Andalucía, DPSC-1.

asiático padecido en esta villa (66), afirmaba que eran tres años de cosecha muy escasa, prácticamente nula la de 1834. El estudio de los precios en un mercado local andaluz revela una tendencia alcista continua en todos los productos agrícolas entre el verano de 1833 y el siguiente (67), dato confirmado por las noticias más dispersas encontradas de otros puntos de Andalucía (68). El trigo sufrió un incremento al alza del 50 por 100 en dicho período, el aceite un 11 por 100 o el maíz un 62,5 por 100, considerando los valores medios en el conjunto de las localidades para las que tenemos datos.

Otras consecuencias previsibles del sistema de incomunicaciones eran la ruina de las pequeñas industrias locales (69), con la consiguiente restricción de la demanda de mano de obra que sumar a la producida por cese de los trabajos agrícolas, y el supremo desorden causado por la emigración de un número considerable de personas, en general pertenecientes a los sectores más acomodados. Así, por ejemplo, debían abandonar las capitales las autoridades militares y las principales dependencias de la administración (Hacienda, Justicia, etc.), para garantizar la continuidad de su función. Junto a dicha retirada forzosa, las noticias de la aproximación del cólera hacían salir a cientos o miles de personas: se conservan numerosos testimonios de dichas huidas, en pueblos y ciudades (70). Otro indicador indirecto de la misma situación se encuentra en el texto de la R.O. de 26 de junio de 1834 —por la que se nombraba una Comisión de la Real Empresa Benéfica de Isabel II para visitar Andalucía— donde se justifica el encargo conferido a la misma de mitigar la situación de miseria pública

(66) AAMS, leg. 1832.

(67) Cf. la obra citada en nota 7.

(68) Estados de temporal y precios de frutos y granos para 1833 y 1834. AHN, Hacienda, legs. 4542A y 4796A. Información semanal, conservada sólo fraccionalmente, sobre los mercados de Granada, Motril, Berja, Orgiva, Almería, Guadix, Baza, Loja, Alcalá la Real, Andújar, Baeza, Porcuna, Jaén, Ubeda, Cazorra, Linares, Villacarrillo, La Carlota, La Carolina, Córdoba, Aguilar, Bujalance, Baena, Cabra, Lucena, Montilla, Martos, S. Esteban del Puerto, Huelma, Jódar, Montoro, Priego, Palma, Pozoblanco, Fuenteovejuna, Utrera, Sanlúcar la Mayor, Sevilla, Osuna, Marchena, Fregenal, Fuente de Andalucía, Estepa, Ecija, Cazalla, Carmona, Aracena, Ayamonte, Trigueros, Puerto de Sta. María, Jerez, Sanlúcar de Barrameda, San Fernando, Algeciras, Medina, Málaga, Ronda, Antequera, Vélez, Marbella y Estepona.

(69) Caso de la sombrerería en Granada, cf. n. 7.

(70) Casos de Andújar (*El Vapor*, 1834, núm. 75); Castro del Río (oficio del Subdelegado de Montilla, 21 de junio de 1834, leg. 1834-3, AAMS); Alcolea (Oficio del Subdelegado de Carmona, 14 de junio de 1834, leg. 1834-1, AAMS), Granada (Observaciones de las enfermedades reinantes y afecciones meteorológicas desde 1-12-1833 hasta 30-11-1834, leg. 1, núm. 37; AAMG), Málaga (*Actas capitulares*, libro núm. 232, ff. 279 y 296v).

«... por la paralización que... experimentan todas las industrias y por el abandono que hacen de las poblaciones las personas acomodadas...» (71).

La pertenencia de clase de la población huida puede también conocerse indirectamente si tenemos en cuenta las dificultades que afrontaron las Juntas sanitarias para conseguir fondos extraordinarios. Habitualmente se anunciaban colectas a tales efectos ante la amenaza de padecer la enfermedad, las cuales se cubrían por suscripción; llegado el momento de necesidad, las Juntas solicitaban hacer efectivas dichas cantidades, ocurriendo que el monto final era notoriamente inferior a lo previsto por no haber entregado el dinero prometido muchos suscriptores. En Málaga se abrió suscripción el día 15 de septiembre, se comenzó a cobrar el 28 de octubre y, en diciembre, se habían recogido sólo 25.780 reales de los casi 100.000 suscritos (72).

Prácticamente en la totalidad de los Ayuntamientos andaluces de cierta importancia (Jerez, Sevilla, Málaga, Granada...), las quejas fueron continuas por la ausencia de gran parte de sus miembros —por entonces vitalicios—. Lo mismo ocurrió en otras corporaciones, tales como los cabildos eclesiásticos (73).

El Vapor, en 1834, como anteriormente el *Diario General de las Ciencias Médicas*, pretendía que las autoridades regularan tales abandonos masivos de poblaciones, para evitar el caos social, favoreciendo especialmente la huida y posterior acomodo de los menos pudientes, propuestas que no alcanzaron ningún eco (74).

Reseñemos, finalmente, dos consecuencias de las medidas de incomunicación que efectuaron directamente a la actividad estatal. Las disposiciones precautorias marítimas entraron en colisión con la tarea normal de las embarcaciones del resguardo (aduaneras) en la represión del contrabando, hasta el punto que la voz popular las acusó como responsables de la introducción del cólera en Cádiz y en Málaga (75). El cordón que bloqueó las comunicaciones de Andalucía con el resto de la Península en el verano de 1834 (R.O. de 19 de junio) estuvo a punto de hacer fracasar la convocatoria extraordinaria de Cortes Generales, convocadas por la reina gobernadora para aprobar su Estatuto Real. El

(71) BOPG, núm. 341.

(72) *Actas capitulares del Ayuntamiento de Málaga* (1833), libro núm. 232, ff. 250, 297v., 304v. y 337.

(73) El caso de Granada lo he estudiado pormenorizadamente, *vid.* nota 7.

(74) *El Vapor*, núm. 84; *Diario General de Ciencias Médicas*, 7, 258-259.

(75) Oficios de 7 de marzo de 1832 al Comisionado del resguardo marítimo de Cádiz y 15 de julio de 1834 a la Junta Suprema de Sanidad. —DPSC-1—; oficio del Ministerio de Marina al Secretario de Estado, 13 de noviembre de 1833, AHN Estado, leg. 3174-1.

13 de julio hubo de emitirse una nueva Real Orden disponiendo que los procuradores electos no habían de sufrir detención alguna, salvo que proviniesen de pueblos oficialmente contagiados (76).

Lo que llevamos enunciado permite comprender el ambiente de oposición tajante a cuarentenas y cordones sanitarios que se vivía en 1834. Luego de diez meses de epidemia en Andalucía, el capitán general de la región occidental ordenaba a las autoridades locales que tuvieran la máxima circunspección con las declaraciones sobre su estado de salud, y el de sus vecinos,

«... por las consecuencias y los males que pudiera ocasionar... el establecimiento de precauciones onerosas a los Pueblos...» (77).

En Madrid se editaba, por las mismas fechas, un folleto expresivamente titulado *Los Cordones militares son sanitarios en el nombre y mortíferos en la práctica*, que resumía en cuatro puntos su tesis: tales medidas eran propias del absolutismo (78), contrarias al catolicismo, inútiles para el fin que perseguían y, en definitiva, atacaban

«... el principio vital de la sociedad... la grande obra de la producción» (79).

El autor de tan virulenta requisitoria era médico de profesión y aducía, como justificación, su propia experiencia en un pueblo cercano a Huelva durante el año anterior.

El editorial de *El Vapor* publicado el 1.º de julio de 1834, contiene el alegato más rotundo contra las prácticas coercitivas en materia sanitaria. Discutía la validación médica de tales medidas, señalaba sus gravísimas consecuencias sociales y añadía la importante consideración militar de que, estando desatada la insurrección contra el gobierno isabelino, más uso tendrían las tropas en combatir ésta que en cercar poblaciones leales. A todo ello se sumaba la estruendosa confirmación de inutilidad de las «bayonetas sanitarias» que significaba la progresión de la epidemia hacia el norte y el este de España.

«¿Qué ejércitos —se preguntaba— serán bastantes para cubrir las líneas que prescribe el régimen antisocial del contagio?»

(76) *El Vapor* (1834), núm. 93.

(77) Oficio 8 de junio de 1834, carpeta «Capitanía General de Andalucía», leg. 1834-1, AAMS.

(78) A semejanza de la estrategia francesa para restablecer el absolutismo en España (1824) mediante la conversión en invasores de las tropas que formaban el cordón sanitario en los Pirineos, los ejércitos de Fernando VII intervinieron en la contienda civil portuguesa desde sus posiciones de cordón fronterizo (AHN, Estado, leg. 3164). Paradójicamente a favor del campo liberal.

(79) A. AVILA (1834) *Los Cordones militares son sanitarios...*, Madrid, Victoriano Hernando, página 12.

El gobierno no permaneció insensible ante las presiones sociales. El mismo 1.º de julio autorizaba la libre comunicación entre todos los pueblos atacados o sospechosos de Andalucía, aunque manteniendo la prohibición de trato con los sanos y el cordón en Sierra Morena (80). El 24 de agosto mandó disolver todos los cordones y restablecer la libre circulación de personas y bienes por todo el territorio nacional —salvo la residencia real en S. Ildefonso—, *prohibiéndose expresamente* la adopción de medidas cuarentenarias (81).

3. LOS MÉDICOS ESPAÑOLES FRENTE AL PROBLEMA SOCIAL DEL CÓLERA

La relación de la medicina con los problemas derivados de la proximidad y existencia del cólera en España revistió distintos aspectos. En primer lugar, por cuanto el fundamento de las medidas preventivas que, de modo señalado, antagonizaban al cuerpo social provenía de la teoría médica acerca del origen y forma de propagación de la enfermedad. Otra faceta de la misma relación consistía en las actitudes asumidas por los médicos en relación con el diagnóstico de cólera, ante la evidencia de enfermedad en su medio habitual. Por último, sus opiniones en torno a las medidas de incomunicación, en cuanto miembros de una colectividad cuyos intereses dominantes se encontraban amenazados. Desarrollaremos a continuación cada uno de estos aspectos.

3.1. La etiología del cólera: epidemia, infección o contagio

Para la medicina vigente en la España del primer tercio del siglo XIX, la tradicional división de las enfermedades en esporádicas, endémicas y epidémicas, establecida tanto en función del número de afectados cuanto de su causa última (82), se había complicado al añadir un cuarto renglón, el de enfermedades contagiosas (83). Motivo de este desarrollo fueron las discusiones mantenidas a raíz de las distintas apariciones de fiebre amarilla en la Península. La polémica se disparó a partir del contacto directo de los españoles con los médicos napoleónicos en la Guerra de la Independencia. Hasta ese momento los médicos

(83) M. HURTADO DE MENDOZA y D. MARTÍNEZ CABALLERO (1820) *Suplemento al Diccionario médico de Don Antonio Ballano*, 4 vols., Madrid, Vda. Barco López; M. GONZÁLEZ SÁMANO (1858), *op. cit.*, vol. 1, p. 327.

(80) *Boletín Oficial de la Provincia de Málaga*, núm. 359.

(81) Textos de las RR.OO. en P.F. Monlau, *op. cit.*, pp. 1259 y 1569-1571.

(82) Las endemias obedecían a causas inherentes al país o localidad, las epidemias a causas extraordinarias atmosféricas que afectaban simultáneamente a muchos individuos y localidades, mientras que las esporádicas se producían fundamentalmente por predisposición individual. Cf. A. BALLANO (1806) *Diccionario de Medicina y Cirugía*, 7 vols. Madrid, Imp. Real.

hispanos habían aceptado unánimemente el contagio como forma de propagación de las epidemias de fiebre (84).

En este punto tenían consideración de *epidémicas* las enfermedades

«... que atacan a muchas personas al mismo tiempo y que son producidas principalmente por el aire que nos rodea» (85).

Dichas enfermedades epidémicas se diferenciaban netamente de las enfermedades contagiosas por su origen (un virus en el último caso, frente al aire del primero) y por su momento de aparición, puesto que

«... las epidemias tan solamente comienzan y cesan en períodos fijos que corresponden exactamente con ciertos cambios en las estaciones... Este período varía según la situación geográfica de cada país...» (86).

Como podemos observar, estas opiniones se corresponden con las tesis neohipocráticas expuestas por Thomas Sydenham (1642-1689) que tanta repercusión encontraron durante el siglo XVIII y mantuvieron durante buena parte del XIX (87). Sin embargo, para el «Hipócrates inglés», la constitución atmosférica era sólo *causa general* de una epidemia, como la peste de 1665-66, a la que debía añadirse necesariamente, como *causa particular*, un miasma o virus originado en un apestado y recibido de modo mediato o inmediato por los sanos (88). Esta conexión entre epidemia y contagio entró en crisis en Francia a raíz de las expediciones militares napoleónicas y la acepción *contagio* quedó limitada a las enfermedades transmitidas

«... por el contacto preciso...» (89).

La causa de las epidemias, en cambio, estaba ligada al aire, bien en forma de «constitución atmosférica», bien en forma de *infección*, es decir a

«... la acción que producen en la economía animal las partículas deletéreas esparcidas en el aire» (90).

(84) Cf. M. y J. L. PESET, *op. cit.*, pp. 155-174.

(85) HURTADO DE MENDOZA y MARTÍNEZ CABALLERO, *op. cit.*, vol. 2, p. 31. Reproducen las opiniones de Charles McLean (ca. 1766-1825), activo polemista en la España del Trienio acerca de la problemática del contagio.

(86) *Op. cit.*, p. 36.

(87) Cf. G. MILLER (1962) «Airs, Waters and Places» in *History, J. Hist. Med.*, 17, 129-140.

(88) Cf. la traducción de las *Observationes Medicae* (1676), de T. Sydenham en *Sydenham, Encyclopédie des Sciences Médicales*, 7.ª div. —Collection des Auteurs Classiques— Paris, 1835, p. 66; también en P. Laín Entralgo y A. Albarracín (eds.) (1961) *Sydenham*, Madrid, C.S.I.C., p. 180.

(89) M. Codorniu (1831) *Aviso preventivo contra el cólera-morbo o sea medios de librar a los pueblos de España de esta enfermedad...*, ms. AANM, carp. 40.

(90) M. HURTADO DE MENDOZA (1840) *Vocabulario Médico-Quirúrgico o Diccionario de Medicina y Cirugía...*, Madrid, Boix., p. 506. Es reproducción textual de la definición

Dichas partículas provendrían de distintos «focos de infección», constituidos por lugares donde se producían procesos de putrefacción (aguas estancadas, acúmulos de basura) o hacinamiento de personas (hospitales, cuarteles, cárceles). Tradicionalmente se denominaban miasmas, especialmente cuando el foco era animal, o bien efluvios o emanaciones en otros casos. Hasta la época que comentamos, primer tercio del siglo XIX, no existió contradicción entre los conceptos de miasma, infección y contagio, puesto que se denominaban miasmas *los agentes del contagio*, el cual podía realizarse por el aire (91). Al mantenimiento de dicha tradición en la generalidad de los autores ingleses del momento (*vid. supra* n. 43) se debió la queja de Mateo Seoane (1791-1870) —exilado en las Islas Británicas— en sentido de que

«... usan la palabra infección en la significación de contagio...» (92).

Puesto que, según otro autor,

«No se puede admitir en ningún caso que el virus contagioso pueda mezclarse con el aire, pues entonces se confundiría con la infección...» (93)

se tachaba de retrógrados e ignorantes a los partidarios del contagio según Fracastoro, acusándolos de compartir

«... una vulgar preocupación de siglos...» (94)

carente de validez científica. Los avances de la química, parecían corroborar la posición de los defensores de la infección miasmática al reconocer el carácter alcalino de los vapores putrefactos, permitiendo el empleo de sustancias ácidas como desinfectantes (95).

dada por J. B. N. NACQUART (1780-1853) en el *Dictionnaire des Sciences Médicales*, Paris, vol. 33 (1819), páginas 353-362. Para una discusión general de la historia del concepto, *vid. O. TEMKIN, op. cit.*

- (91) Por ejemplo, BALLANO, *op. cit.*, vol. 5, p. 392, define los miasmas como «... cuerpos sumamente sutiles que se han supuesto eran los propagadores de las enfermedades contagiosas...». Se debió al *Essay on the most effective means of preserving the health... and a dissertation of fever and infection* (1757) de JAMES LIND (1716-1794) la reintroducción del antiguo término griego en la medicina moderna, en el sentido de «semillas de contagio»; Cf. N. HOWARD-JONES (1977) Fracastoro and Henle: a reappraisal of their contribution to the concept of communicable diseases, *Med. Hist.*, 21, 61-68.
- (92) M. SEOANE (1832) pp. 79 y 133; en el vecino contexto incluyó al alemán HUFELAND (1762-1836), quien afirmaba que miasma era «el principio contagioso de las enfermedades epidémicas». (*Enchyridium Medicum ou manuel de médecine pratique*, Paris, 1838, lib. P. Lucas, pp. 100-101). Dentro de la misma tradición hay que incluir los *Nuevos elementos de Higiene* (Madrid, Vda. e hijos de Calleja, 1829) de CHARLES LONDE (1795-1862), quien creía que los miasmas podían producir afecciones tanto puramente epidémicas como epidémicas y contagiosas.
- (93) J. FERNÁNDEZ ALVAREZ (1830) *Disertación de la peste y su preservación*, ms. AANM, carp. 39.
- (94) M. CODORNIU (1831), *op. cit.*
- (95) Cf. J. L. CARRILLO, P. RIERA y R. GAGO (1977). La introducción en España de las

La opinión del gobierno y de la clase médica oficial en España era favorable a la consideración del cólera como enfermedad epidémico-contagiosa en el sentido tradicional, es decir, aquella de la que había que librarse mediante el exclusivo recurso de aislamiento. En ese sentido estuvieron todas las manifestaciones públicas acerca de la enfermedad en 1831 y 1832, entre ellas sendos informes de las Academias médicas de Granada (96), de Cádiz (97) y de Sevilla (98). La memoria que Manuel Codorniu Ferreras (1788-1857), recién vuelto del exilio a que se vio forzado por su ideario liberal, dirigió en octubre de 1831 a la Academia de Madrid, en la que criticaba el excesivo apego a las medidas de incomunicación y definía el cólera como enfermedad epidémica (que a veces, podía ser contagiosa), no obtuvo permiso para publicarse. Según su autor, tal circunstancia fue debida a dicha posición teórica (99).

En 1832, el *Diario General de las Ciencias Médicas*, redactado por P. F. Monlau (1808-1871) en Barcelona, descomponía en cuatro los posibles mecanismos de extensión del cólera, a saber: disposición individual, infección, epidemia y contagio (100). Otras siete publicaciones monográficas sobre cólera aparecidas en 1832, entre 18 localizadas, se decantaron explícitamente en contra de la existencia de auténtico contagio en dicha enfermedad; de dichas publicaciones, las que son de autor español, están referidas a la experiencia adquirida ante el mal en tierras ajenas (101). La medicina oficial ni siquiera se permitió dudar de sus planteamientos: así, la Academia de Castilla la Nueva premiaba una memoria de M. González Sámano que defendía arduamente la naturaleza contagiosa del cólera (102).

Las dudas comenzaron a florecer coincidiendo con la aparición de casos de esta enfermedad en territorio peninsular. A lo largo de 1833,

- hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J. M. Aréjula-M. J. Cabanellas) *Medicina e Historia* (2.^a ep.), 3, núm. 67.
- (96) Expediente formado para contestar a las preguntas hechas a la Real Academia por la superioridad sobre el cólera morbo de la India. Año de 1832. AAMG, R. 15.
- (97) *Descripción de los síntomas con que la cólera-morbo indiana pestilencial...* (mayo 1832).
- (98) Circular comunicando la aparición del cólera en París, AAMS, leg. 1832.
- (99) M. CODORNIU (1849) *Aviso preventivo contra el cólera epidémico*, Madrid, imp. Fuente-nebro, introducción sin paginar.
- (100) *Op. cit.*, 7, 248 y ss.
- (101) F. CASAS (1832) *Memoria sobre el Tétano... conocido con el nombre de cólera morbo y padecido en las Islas Filipinas*, Madrid, Imp. Real; A. FALP (1832) *Memoria descriptiva del cólera morbo epidémico... que aflige actualmente la Europa* (referida al caso de Polonia), Madrid, M. Burgos; M. SEOANE (1832) *Informe acerca de los principales fenómenos observados en la propagación del cólera indiano por Inglaterra y Escocia...*, Londres, Holmes.
- (102) El elemento transmisor iría vehiculado, según dicha memoria, en vómitos y deposiciones. *Opúsculo sobre el contagio...*, ms. (1832), AANM, carp. 40.

los médicos de Vigo discutieron la naturaleza *contagiosa o epidémica* del mal que afectó sus costas. Ante la inexistencia de contactos entre las poblaciones más afectadas (Vigo, Muros, Redondela y Pontevedra), dedujeron:

«... otro dato (más) para creer que la enfermedad fue desarrollada allí mismo; en cuyo caso es preciso creer que es *estacional*, o que si fuese el cólera, se produce espontáneamente, lo que vale tanto como decir no ser *contagioso*, punto que se agita hasta ahora con muchísimo calor» (103).

La Academia de Granada, proponiendo un plan profiláctico contra el cólera en septiembre de 1833, aducía que

«... el Cólera-morbo es una enfermedad epidémica y no contagiosa... Por lo cual las medidas coercitivas de incomunicación son ventajosas, pero no seguras...» (104).

La opinión cambiaba de signo a medida que el cólera se extendía por la Península. Dos testimonios pueden ser ilustrativos de la generalización de este cambio, los de los médicos de Puente Genil y Buitrago, Dres. Alvarez de Sotomayor y González Sámano respectivamente. Para el primero, en mayo de 1834,

«El cólera morbo no se trasmite de un individuo a otro por contagio. Se trasmite por infección... siendo los miasmas coléricos especialmente volátiles... siete días debe ser el máximo de las observaciones sanitarias...» (105).

El segundo, desde sus opiniones contagionistas de 1832, pasó a postular, en el verano de 1834:

«Que su causa eficiente existe en la atmósfera y que por lo tanto es de carácter epidémico y no contagioso, razón por la que han sido inútiles, cuando no perjudiciales, las medidas de aislamiento...» (106).

Recién fundado (en junio de 1834), el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, se propuso mantener una información «completa y serena» sobre las cuestiones relativas al cólera. Al manifestar su intención (número 5), apostillaba:

«Según las noticias que tenemos... el cólera ha aparecido casi simultáneamente en infinitos puntos de la vasta extensión de las Andalucías,

(103) V. GONZÁLEZ (1833) *Continuación de la memoria histórica de la enfermedad que apareció en Vigo el 19 de enero de 1833*, 2.^a parte m.s., AANM, carp. 41. Subrayado por mí.

(104) J. N. TORRES (1831) *Dictamen... dado a esta Junta Superior de Sanidad... sobre las preocupaciones y método curativo que debe adoptarse para el cólera morbo indiano*, Granada, Imp. del Ejército, páginas 3-4.

(105) Cit. en A. ARJONA CASTRO (1979) *La población de Córdoba en el siglo XIX. Sanidad y crisis demográfica en la Córdoba decimonónica*, Córdoba, Publ. del Instituto de Historia de Andalucía, pp. 61-62.

(106) *Memoria histórica del cólera-morbo epidémico con la exposición, síntomas, naturaleza..., y medios de precaución*, ms. AANM, carp. 47. Publicada como *Memoria histórica del cólera-morbo epidémico*, Madrid (1834), Verges, cita en p. 94.

Extremadura, Mancha y reino de Murcia, si bien no es tan matador como el que reinó en el año próximo pasado. Estas dos circunstancias... nos hacen dudar de la propagación del cólera por contacto, o lo que es lo mismo, de su propiedad contagiosa, y de la eficacia y utilidad de los cordones sanitarios.» (Subrayado por mí.)

Señalemos, por hacerle justicia, que únicamente la Academia médica de Sevilla y miembros asociados de la misma como el Dr. López de Castro mantuvieron con firmeza su primitiva posición acerca del carácter contagioso del cólera, afirmando su conversión simultánea en epidemia gracias a ello (107). El resto de los profesionales que tuvieron contacto con la enfermedad —y con el particular cortejo sanitario de la misma— se declararon explícitamente *en contra de ambas cosas: la hipótesis del contagio y las medidas de incomunicación*.

3.2. La resistencia a diagnosticar cólera asiático

Ya hemos visto cómo, a medida que la amenaza de cólera se precisaba, los médicos advertían de la poca utilidad de las medidas coercitivas. Parece obvio que en dicha consideración tuvo singular importancia la oposición con que el medio social afrontaba las medidas reguladas para hacer frente al mal. Mas, una vez presentado éste entre la población donde residían las Academias —el cuerpo oficial partidario acérrimo de la teoría del contagio— ¿cuál fue su actitud práctica ante el necesario cumplimiento de las leyes sanitarias?

En síntesis, podemos decir que fue un ejemplo de *resistencia pasiva* frente a unas disposiciones íntimamente desacreditadas: discutieron hasta la saciedad el diagnóstico exacto de la enfermedad reinante, obstaculizando de ese modo las prerrogativas ejecutivas de la Administración. Se dio la curiosa circunstancia de que las autoridades, presionadas por su Ministerio y por el clamor popular ante la mortandad creciente, se vieron imposibilitados de aplicar las medidas legalmente establecidas, pues

«... los que debían declarar la enfermedad dijeron y dicen no existir contagio...» (108).

Durante el brote ocurrido en Galicia en el invierno de 1833, los médicos decidieron

(107) J. M. LÓPEZ DE CASTRO (1834) *Breve exposición del cólera-morbo asiático... con unas ligeras consideraciones acerca de su contagiabilidad*, Sevilla, Mariano Caro; AAMS, legs. 1832, 1833-1, 1833-2, 1834-2 y 1834-3 *passim*.

(108) Oficio de la J. S. de Granada al Ministerio de Fomento, 8 de febrero de 1834, *El Vapor*, número 23.

«... esperar a que la presentación de nuevos casos marcara más claramente el verdadero carácter de su dolencia; puesto que una equivocación en punto tan interesante podría acarrear las consecuencias más importantes, no sólo para esta ciudad y provincia sino para todo el Reino» (109).

La razón de tan prudente actitud fue unánimemente asumida por los distintos colectivos médicos en otras poblaciones. La Academia gaditana,

«Aunque la afección colérica observada aquí en su aspecto individual y atendiendo sólo al conjunto de sus síntomas, ofrecía mucha analogía con el cólera oriental, sin embargo como el origen que tuvo en esta Plaza es absolutamente desconocido...» (110)

mantuvo durante un mes (24 de septiembre a 28 de octubre de 1833) la incertidumbre acerca de la calificación de la enfermedad reinante, que finalmente acordaron fuese la de *cólera morbo europeo*. Diagnosticar cólera oriental

«... suponía la idea de la importación y por consecuencia el contagio...» (111)

—que no aceptaban—. Efectivamente se conocía tradicionalmente en la literatura un *cholera morbus* de aparición esporádica o epidémica (el *cólera legítimo* u otoñal de Sydenham). Una de las primeras obras que se difundieron por España sobre cólera, la traducción hecha por M. Seoane de un folleto publicado por el gobierno británico, incluía un cuadro de diferencias *clínicas* entre «la cólera morbo según Cullen» y «la cólera indiana» (112). Dicho esquema fue reproducido en varias publicaciones médicas andaluzas, singularmente de Cádiz y Granada (113).

Sin embargo, en el momento de la aplicación práctica, las consideraciones nosológicas quedaron reducidas a un solo punto: la demostración de la *importación* de la enfermedad, como explícitamente adujo la Academia gaditana. Conviene señalar que Seoane, partidario del contagio y la naturaleza asiática del cólera que castigaba el Este europeo en 1831 —aunque, reconoció, a pesar suyo (114)— pasó a postular la no

(109) V. GONZÁLEZ, *Memoria histórica de la enfermedad que ha reinado en esta ciudad (Vigo)...*, ms, Archivo de la Academia médica de Cádiz (AAMC), leg. 15, núm. 5.

(110) *El modo como apareció el cólera morbo en Cádiz, su índole y demás. Descripción hecha por la R. Academia médica de esta Plaza*, DPSC-2, f. 70v.

(111) *Op. cit.*, f. 73.

(112) *Documentos relativos a la enfermedad llamada cólera espasmódica de la India*, Madrid (1831), Imprenta Real.

(113) *Descripción de los síntomas con que la cólera morbo indiana pestilencial se ha presentado... y de los caracteres distintivos entre esta enfermedad y la cólera-morbo indígena...*, Cádiz (1832), Vda. e hijo de Bosch; *Descripción de la enfermedad conocida con el nombre de cólera morbo de la India o cólera asiática*, s.l., s.i., s.a. (Granada, 1832).

(114) *Op. cit.* (1831), pp. 47-48 (nota): «El estudio que he hecho... me hacen inclinar mucho a

contagiosidad y la naturaleza europea del mismo una vez experimentado en Inglaterra, donde residía.

Cuando los académicos gaditanos reconocieron, ante sí mismos, que la enfermedad que afrontaban era el verdadero cólera asiático, tampoco consideraron oportuno declararlo oficialmente, pues:

«... la declaración oficial de que el Cólera morbo oriental existía dentro de los muros de Cádiz hubiera producido en sus habitantes *un terrible efecto...* que ciertamente hubiera multiplicado las víctimas entre los habitantes de una Población tan eminentemente predisuelta por la miseria y abatimiento de ánimo en que la constituye *la paralización del comercio...*» (115).

Sébase que, apoyándose en que la declaración oficial había sido de «enfermedad sospechosa», la incomunicación se prolongaba la mitad de tiempo que en el caso de diagnóstico de «enfermedad contagiosa», una vez declarado el estado de salud, como efectivamente reclamó, sin éxito, la Junta de Sanidad de Cádiz (116).

De modo paralelo, la Academia de Granada soportó una epidemia de 8 meses, en dos brotes consecutivos, sin jamás aceptar oficialmente que se tratara del cólera, salvo al final; todo lo más que declararon fue «enfermedad estacional malignizada». Sin embargo, poco tiempo después reconocieron sus miembros que no habían diagnosticado cólera *por no alarmar* (117).

Estas prácticas disuasorias, cuya repercusión inmediata era la de retrasar la puesta en marcha, acortar la duración o disminuir el rigor de las medidas de incomunicación, encontraron tan amplio eco entre las corporaciones médicas andaluzas como nos enseña esta definición, dada en Jerez en junio de 1834:

«... la enfermedad que generalmente llaman sospechosa, o sea con una tendencia muy pronunciada a figurar el mismo papel que el cólera morbo asiático...» (118).

que es contagiosa, y los que saben cuales han sido siempre mis opiniones acerca del contagio, creerán fácilmente que sólo razones muy fuertes podrían haberme hecho inclinar a su favor.»

(115) *El modo...*, *loc. cit.*, f. 74. Subrayado por mí.

(116) Oficio del 26 de diciembre de 1833 a la Junta Suprema de Sanidad del Reino, DPSC-1.

(117) El estudio detallado del caso granadino puede verse en mi monografía citada en nota 7.

(118) J. CABALLERO VÉLEZ (1834) *Informe que presenta a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz sobre la enfermedad epidémica que se padece en Jerez de la Frontera...*, ms. AAMC, leg. 16, núm. 19.

La trascendencia social del diagnóstico —en el caso del cólera— pesó siempre sobre los médicos de quienes dependía, y no sólo por las recriminaciones y ataques personales que pudieran sufrir (119). Un claro ejemplo es la siguiente consideración extraída del antecitado informe jerezano:

«La opinión de estos profesores fluctuaba entre dos movimientos de una grande oposición. Por una parte, no desconocían el establecimiento inmediato de las incomunicaciones, que consideradas bajo cierto respecto (sic), son *el verdadero azote de los pueblos...* tampoco perdían de vista la paralización de todos los negocios exteriores e interiores del pueblo..., etc., etc., y, por otra, no podían desentenderse de prever que, el no dar cumplimiento a las órdenes vigentes, el mantener esta Ciudad y sus inmediaciones en una calma engañosa..., era faltar a uno de los deberes más sagrados del hombre, sacrificando a sus parientes, a sus amigos, a sus compatriotas, *por sostener algún tiempo más el giro de los intereses comunes...* (Subrayado por mí.)

3.3. Los médicos y la profilaxis anticolérica

En un momento en que la medicina carecía de medios objetivos para garantizar el diagnóstico, enfrentándose distintas posiciones en torno a la etiología del cólera, parece evidente, a tenor de los testimonios reflejados, que el peso de las consideraciones sociales arrastró en una determinada dirección las teorías médicas, de manera que la original creencia universal —en España— acerca de la contagiosidad del cólera (años 1831-32) se pasó a la negación rotunda de dicha postura. Significativamente, dicha posición teórica se alcanzó de la mano de la negación de la utilidad de las medidas coercitivas sanitarias en la prevención del cólera, medidas ampliamente rechazadas por sus tremendas repercusiones socioeconómicas. Puede afirmarse que una parte importante de la agitación o campaña *contra* las medidas de incomunicación fue obra de médicos llevados de consideraciones eminentemente no médicas.

Muchos casos los hemos tenido en cuenta en las páginas que anteceden, pero conviene recapitular. Un caso obvio, el de Pedro Felipe Monlau que, si a través del *Diario General de las Ciencias Médicas* en 1832, defendía una pluralidad de vías de transmisión del cólera, en 1833-34

(119) Durante la eclosión colérica del verano de 1834, la Capitanía General de Andalucía hizo llegar a todos los facultativos titulares garantías de que sus informaciones sobre el estado de salud de los pueblos quedarían en secreto. AAMS, oficio de 18 de junio de 1834 (Priego), leg. 1834-3. El subdelegado médico de S. Fernando, al dar parte de 3 sospechosos de cólera, «... encarga la reserva para no sufrir los insultos y vejámenes de costumbre...», AAMC, libro 4 (actas extraordinarias), sesión de 7 de diciembre de 1833.

—con *El Vapor*— canalizó la oposición a cordones y cuarentenas. Las razones aducidas por los académicos de Cádiz o los médicos de Jerez o de Vigo nos muestran igualmente la consciente consideración de los males que se derivaban de su diagnóstico de cólera asiático. La Academia de Granada, que no hizo público el diagnóstico al que había llegado, justificó su actitud por las consecuencias que el terror producía —y produjo— entre los habitantes de la ciudad:

«... y este mismo terror defundado, produciendo la emigración de los más ricos, atrajo necesariamente la miseria y las pasiones deprimentes de los más pobres... y terminaban su vida miserable con rapidez» (120).

El médico de Alhama de Granada, José M.^a Serrano, escribía a la Junta Superior de Sanidad apenas concluido el primer brote colérico en dicha ciudad:

«... debía llamarse la atención de las Autoridades y hacerles conocer la inutilidad de los cordones sanitarios e incomunicaciones contrarias a los pueblos porque destruyen sus intereses... por sí solas las cuarentenas son uno de los males más graves que el mismo mal que se intenta evitar: ellas son *insoportables, más que el cólera mismo*» (121).

Este fue el punto clave que tuvo un primer reflejo en la discusión teórica —¿contagio o infección?— y en el trabajoso reconocimiento de la presencia de la enfermedad —¿oriental o indígena?—. Faltos de otros recursos objetivos para el conocimiento de la etiología y transmisibilidad del cólera, el impacto de las consecuencias socialmente negativas de la tesis contagionista hizo, en torno a 1834, inclinarse la balanza del lado absolutamente opuesto: ni contagio ni cuarentenas. Una consecuencia colateral, para unos y otros, fue la sensibilización despertada ante las míseras condiciones de vida de la mayoría de la población. Un corolario lógico que extraía el médico de Alhama de su alegato anticuarentenario era la necesidad de que el gobierno

«... (evite) la mendicidad, la embriaguez y demás desórdenes que se oponen directa y generalmente a la salud pública...»

Remediar la pobreza, exigía M. Codorniu en su *Memoria* de 1831. Aliviar la desnudez, desaseo y miseria en que yace una numerosísima clase, solicitó la Academia de Granada en 1833. Inclusive la contagionista corporación médica sevillana exhortó al gobierno a mejorar la suerte de los pobres «doblemente infelices» en las circunstancias epidémicas, por su predisposición a contraer la enfermedad y la falta de medios para atender a su curación (122). La única evidencia que dejó en

(120) Oficio de 8 de febrero de 1834, AAMG, R. 61.

(121) AAMG, R. 19. Subrayado por mí.

(122) Recomendaciones al gobierno ante el cólera (julio 1833) (borrador ms.), AAMS, leg. 1833-1.

pie el padecimiento del cólera, para los médicos de Cádiz, fue

«que el verdadero medio de preservarse del Cólera y atenuar sus efectos consiste en acudir con prontitud a la clase menesterosa..., es necesario que reine la abundancia y la alegría... (123).

La conciencia de esta situación se refleja en el convencimiento de la época acerca de que la creencia en el contagio

«... no era sólo errónea, sino perjudicial, porque separaba la atención del origen verdadero del peligro...» (124).

A tenor de las realizaciones efectivas en materia de salubridad, higiene y medidas sociales llevadas a cabo en la España del siglo XIX, no parece que la decisión a enfrentarse con ese verdadero peligro fuese tan grande ni tan asumida por los sucesivos gobiernos como habían sido las medidas tendentes a evitar el contagio exótico. Las consideraciones sociales, en el momento del definitivo derrumbamiento del Antiguo Régimen en España, especialmente importantes por parte de comerciantes e industriales —la clase social que asumía el poder— fueron suficientes para arrumbar una política sanitaria, pero no tanto, al menos en 1834, como para *crear* una nueva según la lógica de los acontecimientos.

(123) *El modo...*, loc. cit., ff. 78-78v.

(124) *Del Cólera-Morbus. Reseña de su marcha y estragos en 1830-31...*, Madrid (1848), G. Gil, p. 5.