

LA PRIMERA PANDEMIA DE COLERA EN ESPAÑA, 1833-35

ESTEBAN RODRIGUEZ OCAÑA

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Granada.

El conocimiento del cólera en nuestro país sigue necesitando de trabajos y estudios de ámbito local o regional que esclarezcan definitivamente cómo esta enfermedad afectó a la España del siglo XIX y cómo se luchó contra ella, contemplando en esta lucha tanto la que llevaba a cabo el propio pueblo como la que desarrollaban los médicos o el poder civil.

El presente trabajo pretende colaborar a ese mejor conocimiento de la presencia del cólera en España analizando la epidemia de 1833-35.

EL COLERA: DE PROBLEMA SANITARIO A PROBLEMA HISTORIOGRAFICO

En la historia de las enfermedades el cólera ocupa un lugar destacado entre las catastróficas, junto con la peste y la viruela. Su presentación, habitualmente explosiva, y la rápida difusión de sus diversas pandemias, desde 1817, condicionaron la aureola de terror y desolación con que han sido recibidas en el mundo entero hasta nuestros días.

A lo largo del siglo XIX se produjeron hasta seis pandemias coléricas, si consideramos con Haeser (1882) que la primera se extendió entre 1817 y 1838, todas las cuales afectaron a España con diversa intensidad. Su estudio histórico, comenzado a mediados de dicho siglo, pretendió inicialmente encontrar la solución a un problema asistencial real del momento o bien contribuir a cimentar una u otra teoría patogénica. La persistencia del cólera, tras su aparente cese en 1923, en forma de la séptima pandemia desatada a partir de 1958-61, ha mantenido el estímulo para acercamientos de síntesis (Pollitzer, 1959; Barua y Burrows, 1974; Van Heynigen y Seal, 1983), pretendiendo una explicación del pasado en función de los conocimientos actuales.

Factores como la importancia cuantitativa del legado bibliográfico sobre cólera, la persistente presencia de la enfermedad o su conexión tradicionalmente manifiesta con importantes medidas de reforma sanitaria (como la creación del General Board of Health británico o el estímulo prestado a los orígenes de una organización mundial en materias sanitarias, a través de las sucesivas conferencias internacionales organizadas durante el pasado siglo) han contribuido a convertirlo en foco de atención por parte de la historiografía contemporánea en todo el mundo.

No ha sido excepción nuestro país, de modo que los últimos veinte años han conocido un sostenido interés, de procedencia preferentemente médica, por la historia del cólera en España. Destaca, en tal panorama, el relativo mejor interés concedido por los autores a la epide-

mia de 1885, ciertamente ennoblecida por los acontecimientos que conformaron la llamada "cuestión Ferrán" en torno al inicio de la vacunación anticolérica. Por otra parte, la primera presentación del cólera en España entre 1833 y 1835 ha gozado de muy somera atención, que puede entenderse como la constatación de un importante obstáculo: la escasez de datos confirmados y aun la escasa fiabilidad de los existentes, la difícil localización de fuentes, muy dispersas o perdidas, etc. Ello convierte al texto de Mariano González Sámano (1858) como punto de referencia incontestado para la historia de las primeras acometidas del cólera en España, lugar del que sólo podrá destronarlo la realización rigurosa de estudios de ámbito local o regional (ante la ausencia de fuentes suficientes de rango estatal).

Pretendemos ofrecer a continuación una panorámica sucinta del estado actual de la cuestión acerca de los principales problemas epidemiológicos, científicos y sociales suscitados por la epidemia colérica de 1833-35 en nuestro país, revisión basada en su mayor parte en trabajos nuestros anteriores (1980, 1981, 1982, 1983).

DIFUSION GEOGRAFICA DE LA PRIMERA PANDEMIA COLERICA

Aceptando, como dijimos, la cronología de Haeser, la primera pandemia colérica se dividiría en dos períodos, 1817-1828 y 1826-1838. Durante el primero se produjo la diseminación de la enfermedad desde el foco indostánico —donde era reconocida como "la epidemia habitual de los veranos" por los médicos coloniales británicos desde decenios atrás— por Oriente, mientras que la afectación de Europa, Africa y América se produjo en el segundo período, a partir del estallido de Hurdwar, durante la celebración de tradicionales ceremonias religiosas hindúes. Europa fue alcanzada por dos vías: los caminos de caravanas hasta los Urales (Oremburgo, invadida en 1829) y a través de Persia y el mar Caspio hasta Astrakán, invadida en 1830.

Luego de azotar el imperio ruso pasó a Centroeuropa y las costas bálticas, de donde fue importado a Inglaterra (octubre, 1831). En marzo de 1832 se presentó en Calais y muy poco después en París. En junio se declaró casi simultáneamente en Canadá y en los EE.UU. e inmediatamente en Cuba. La península ibérica fue alcanzada en 1833, a través de Portugal. En territorio español, el cólera subsistirá hasta 1835, sirviendo Cataluña de plataforma para una nueva acometida, esta vez desde el sur, de Francia, Italia y la Europa central.

DIFUSION DEL COLERA EN ESPAÑA

Salvo un primer brote de alcance restringido, ocurrido en forma de "enfermedad sospechosa" en las costas gallegas durante el invierno de 1833, la progresión del cólera por España tuvo lugar de sur a norte, y tanto por vía marítima —en los comienzos de la epidemia en Andalucía y la invasión tardía de Baleares— como por vía terrestre, todo ello pese a las trabas que cordones militares y aislamiento de poblaciones pudieron representar.

La propagación del cólera por Andalucía, como he expuesto con detalle en otro lugar (1883), tuvo un curso pendular, en sentido oeste-este-oeste, de modo que ciudades como Cádiz o Sevilla, afectadas en el otoño de 1833, volvieron a serlo en el otoño de 1834. El primer testimonio se refiere a la llegada a Huelva, el 10 de agosto de 1833, de una barca de corso que había burlado la vigilancia sanitaria. A ella achacó el médico titular



Una sugerencia del Departamento de Salud de Nueva York sobre cómo la ciudad invita al cólera.

La huida de cientos o miles de personas ante el anuncio de la enfermedad supuso, a su regreso, un aumento de población susceptible en momentos en que la contagiosidad del vibrión colérico estaba atenuada.

de la ciudad la invasión de la misma. Sevilla y pueblos de su comarca fueron rápidamente afectados, mientras que, por vía marítima se observa la progresión epidémica a Cádiz (desde el 19 de septiembre), Málaga (desde el 13) e incluso Mazarrón; más tarde, en diciembre, se declaró en Nerja, Motril y Almería, alcanzando Granada a primeros de 1834. En septiembre de 1833 había aparecido igualmente en la ciudad de Badajoz.

Durante el invierno de 1833-34 el cólera quedó circunscrito a la provincia de Granada, caminando con la primavera siguiendo el curso del Genil y acompañando a los segadores que se dirigían hacia las campiñas cordobesa y jerezana. Testimonios médicos dan cuenta de que los primeros casos en poblaciones como Olvera (14 de mayo) o Arcos de la Frontera (20 de mayo) coincidieron con la llegada de jornaleros procedentes de Mojácar y Torrox, respectivamente. La Junta de Sanidad del Campo de Gibraltar reconocía, a 9 de junio de 1834, la importación del cólera en su territorio "por los segadores que procedentes de las provincias de Málaga y Granada han llegado a este campo". El mismo día 9 de junio se decretó el régimen de vigilancia para toda Andalucía, por orden de la Suprema Junta de Sanidad, que habría de controlar un cordón militar levantado entre Fregenal de la Sierra y Lorca-Cartagena, régimen elevado a incomunicación total contra Andalucía y Murcia desde el 19 de junio, habiéndose declarado casos en Albacete y la propia capital murciana.

El verano de 1834 contempla la expansión de la epidemia, de modo que en la segunda quincena de junio se declaró formalmente en Madrid y Toledo, siendo afectadas Guadalajara, Soria, Avila, Burgos y Cuenca en julio y el País Vasco y Aragón a primeros de agosto, mientras Valencia, Alicante, Castellón y Tarragona van sufriendo igualmente la presencia del mal, que alcanzó durante el otoño-invierno de 1834-35 a núcleos del occidente andaluz, como Córdoba, Sevilla y Cádiz, por segunda vez.

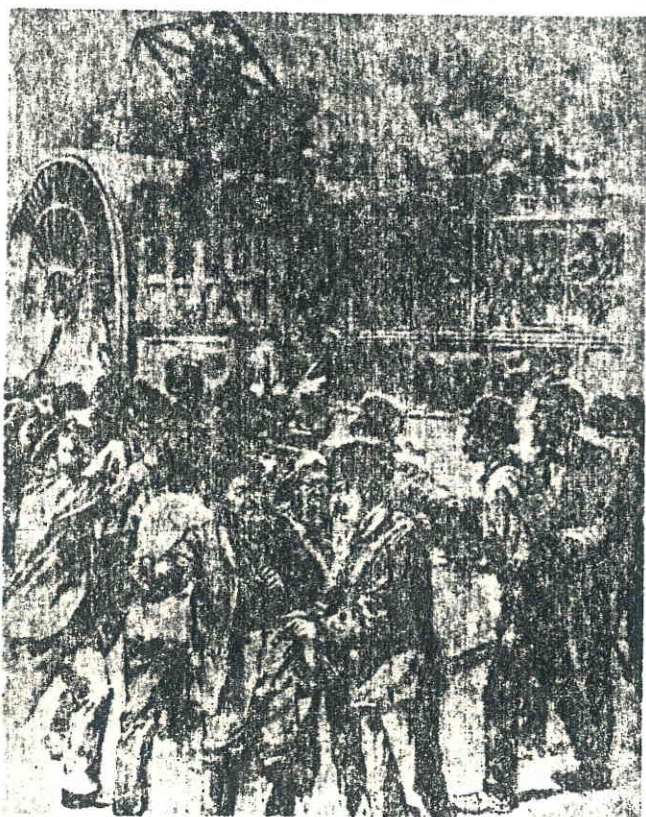
Una explicación del comportamiento del cólera, para ser completa, habría de tener en cuenta, de modo destacado, el flujo normal de comunicaciones entre núcleos urbanos, comarcas y regiones, sobre el que se sobrepondría el tránsito extraordinario a que pudo dar lugar el inicio de la guerra carlista, aun cuando, por sí solos, los desplazamientos de tropas no pueden dar razón a todas las invasiones, como hemos argumentado someramente al referirnos a la emigración estacional de jornaleros andaluces.

Junto a este importante factor nos parecen dignos de atención otros dos. El primero y principal, sin duda, correspondiente al momento exacto del año en que apare-

ció la enfermedad: en 1833 no se declaró positivamente en puntos fuera de la costa onubense hasta el mes de septiembre; la experiencia adquirida modernamente nos enseña que las epidemias coléricas se producen con máxima intensidad entre junio y agosto, precisamente lo que ocurrió en 1834. Recordemos que, en dicho año, el cólera subsiste en puntos diversos del este de Andalucía durante el invierno y la primavera, redoblándose su capacidad invasiva a partir de mayo-junio.

El segundo factor significativo, a nuestro entender, fue la naturaleza de las medidas defensivas adoptadas frente al cólera: aislamiento mediante cordones militares de los puntos epidemiados y cuarentenas contra los procedentes de los mismos. Dicho aislamiento no fue, ni pudo ser, absoluto; de ahí la aparición de la enfermedad en otras localidades distintas de las primeras invadidas. Con todo, creemos que la cronología de la epidemia avala la rigurosidad con que se cumplimentaron las medidas cuarentenarias por tierra durante 1833, puesto que la difusión del cólera en dicho año siguió un patrón eminentemente marítimo. Un factor que incidió negativamente en la utilidad profiláctica de tales medidas fue la tardanza en aceptar, las autoridades médicas, la existencia de cólera en la propia ciudad.

Durante el año 1834, en cambio, existen todos los datos objetivos para estipular la difusión del cólera preferentemente por tierra. Las migraciones de temporada de los jornaleros hacia las campañas cerealísticas y la actividad de los contrabandistas parecen, sobre todo la primera, responsables de dicha difusión. Las medidas cua-



Manifestantes intentan impedir el desembarco de posibles portadores del cólera, que ocasionó tres importantes epidemias en los EE.UU. durante el siglo XIX.

El cólera alcanzó en España una difusión inusitada: midiendo los datos correspondientes en 37 localidades andaluzas, dicha tasa se eleva al 14,7 % de valor medio, frente a cifras de entre un 5 % en Rusia y un 0,7 % en Holanda como habituales en la misma pandemia.

rentenarias eran duramente criticadas, hasta el punto que el 13 de febrero de 1834 la Junta Suprema de Sanidad comunicaba a todas las provincias su decisión de "...alzar los entorpecimientos ocasionados por las medidas sanitarias que se dictaron hasta aquí como precauciones contra aquella enfermedad (cólera)".

Tal acuerdo abarcaba tanto a la sanidad marítima como a la interior, con la salvedad de los buques procedentes de Azores y Madeira y la ciudad de Granada y sus alrededores, respectivamente. Sobre esta última, la Junta Suprema de Sanidad afirmaba. "no obstante el carácter en general benigno" de las enfermedades allí existentes, que ella misma dispondría los medios para proteger a los pueblos sanos de su distrito.

Dicha orden de la Junta Suprema se justificaba por la necesidad de "... que se ponga término a las trabas que, restringiendo la libertad de las comunicaciones, atraen al comercio perjuicios de la mayor transcendencia...".

Como lugar eminentemente comercial, la ciudad de Málaga tampoco veía con buenos ojos tales medidas de incomunicación, hasta el punto que se vanagloriaba de no tener en cuenta *para nada* la procedencia de sus visitantes, sabiendo y admitiendo que muchos de ellos acudían desde Granada, Vélez, Ronda, Antequera y otros puntos donde existía cólera.

Pero lo más importante no era el desgaste teórico de dichas medidas profilácticas, sino su imposibilidad *práctica* de ser cumplimentadas. Tal es el testimonio de la Junta Suprema del Campo de Gibraltar, el 9 de abril de 1834, cuando declaró que:

"(No habían tenido) efecto las precauciones sanitarias prevenidas por la ley para estos casos, en razón a la *diseminación del mal*, y *excesivo número de tropa que sería necesaria* para el establecimiento de los dos cordones que como esencial requisito se tiene mandado oponer a la propagación del contagio..."

LA ORGANIZACION SANITARIA FRENTE AL COLERA

En los momentos en que el cólera amenazaba España, no existía una administración sanitaria en sentido estricto, sino una estructura coyuntural, independiente del gobierno propiamente dicho, salvo en su nivel superior, que era la formada piramidalmente por las Juntas de Sanidad, las Reales Academias de Medicina y Cirugía y las Subdelegaciones de ambas facultades.

La Junta Suprema de Sanidad (JSS), fundada en 1720 como consecuencia de la amenaza de la peste que asola-

ba Marsella, está compuesta, en 1833-34, por distintos ministros del gobierno y presidida por el decano del Consejo Real. Dos de sus miembros eran médicos de cámara, pertenecientes a la vez a la Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía (RJSG). En aquellas fechas estaba constituido este organismo por Pedro Castelló, Damián Pérez y Sebastián Aso, los tres primeros médicos de S.M., así como por Juan Castelló Roca, cirujano de cámara, y Raimundo Durán, médico honorario de Cámara, que actuaba como secretario.

Si la JSS era el brazo político del gobierno en materia sanitaria, que actuaba a través de los órganos políticos y de las juntas de sanidad territoriales, la RJSG estaba subordinada al Ministerio de Gracia y Justicia, a efectos administrativos, y encargada de todas las cuestiones referentes a la enseñanza y ejercicio de las profesiones sanitarias. Como tal, la RJSG presidía todas las RR. Academias.

Las juntas territoriales eran organismos efímeros, que aparecían y desaparecían al compás de los embates epidémicos. Existían a nivel municipal, de partido, provincial y de capitania general (eran éstas las denominadas Juntas Superiores). En su composición participaban ciudadanos acomodados (hacendados, comerciantes) junto a eclesiásticos, miembros de ayuntamientos y autoridades militares, a quienes correspondía la presidencia en los niveles provincial y superior. Los facultativos que en ellas actuaban lo hacían en su condición de miembros de las academias de distrito.

En el momento de la epidemia las juntas de sanidad ostentaron la máxima autoridad en sus respectivos ámbitos territoriales. La salud pública se entendía sujeta a todos los estímulos y situaciones sociales, de manera que las juntas lo mismo regulaban los mercados que otorgaban pasaportes sanitarios, organizaban guardias de vecinos, para impedir la entrada de personas o efectos sospechosos, que decidían sobre la localización de industrias o decretaban el traslado forzoso de los pobres. Un ejemplo de la actuación omnímoda de estos organismos en momentos de cólera es el analizado por F. Javier Puerto y Carlos San Juan (1980). En dicho relato podemos advertir las características funcionales de las juntas sanitarias: su composición mixta, su tremenda capacidad de actuación sobre la vida urbana y su siempre urgente necesidad de financiación (aun cuando,



Fotografía del bacilo colérico tomada al microscopio.

Características de la mortalidad colérica, en todos los casos comprobados hasta el momento, fueron su preferencia femenina y su predilección por los grupos de edad comprendidos entre 30 y 60 años.

en el caso concreto de Madrid, el presupuesto terminara en superávit). La figura 1 muestra la estructura presupuestaria de la Junta de Sanidad de Málaga, ésta deficitaria.

Las academias médico-quirúrgicas, existentes desde la reforma de 1831, eran nueve, configuradas por distritos. Constituidas por los catedráticos de medicina, a los que se agregaban otros socios de méritos relevantes cuando aquéllos no cubrían el mínimo designado, tenían competencias sobre el ejercicio profesional y sobre aspectos de la enseñanza, así como misiones de vigilancia de la salud pública y de "examen y discusión de los adelantamientos científicos", incluyendo la censura de libros y folletos sobre medicina y cirugía. Los subdelegados eran los agentes de las academias.

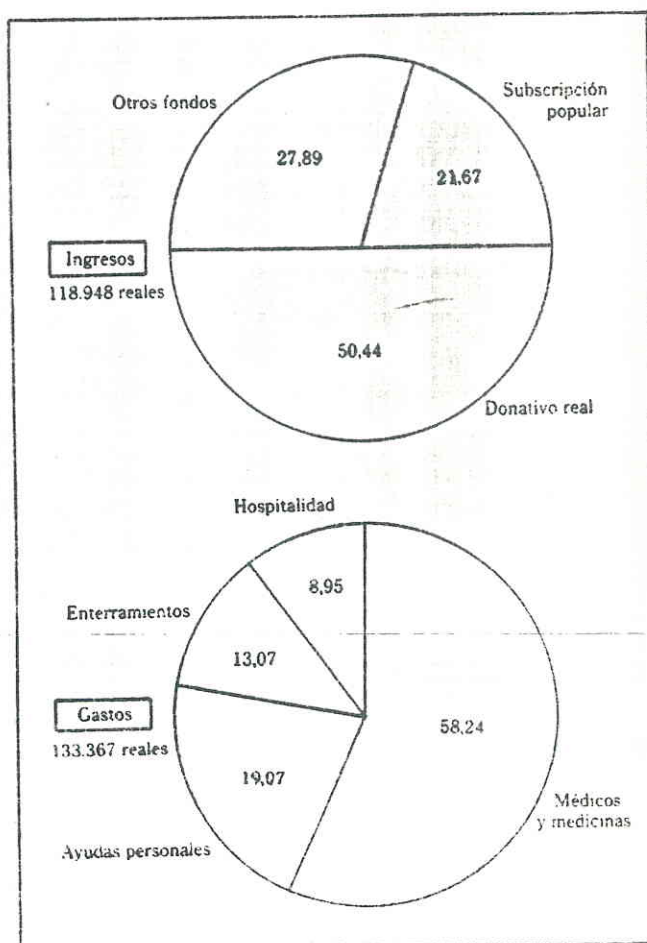


Figura 1. Resumen del presupuesto de la Junta de Sanidad de Málaga con motivo de la epidemia colérica de 1833.

DESARROLLO DE LA EPIDEMIA EN CENTROS NODALES

Para conocer el comportamiento de la enfermedad cólerica en localidades determinadas conviene emplear, como elemento principal, los partes diarios que los facultativos estaban obligados a entregar a sus juntas de sanidad (vía administrativa), a la vez que los subdelegados médicos remitían un documento resumen a su academia de distrito (vía profesional). Durante la epidemia de 1833-35 existió conciencia clara de los errores e inexactitudes contenidos en dichas partes, achacables, siempre según la opinión de la época, a la presencia abundante de intrusos, que atendían a una porción más o menos considerable de enfermos, a la vez que a la imperfecta sectorización asistencial, que hacía que cada enfermo pudiera ser visitado por distintos médicos. Un obstáculo sobreañadido es la imprecisión de las fechas en que aconteció realmente la epidemia en cada localidad, ante la existencia de importantes resistencias sociales y médicas a aceptar la existencia de cólera. No fue extraño que los propios responsables sanitarios achacaran a otras causas el aumento sospechoso de la mortandad —por ejemplo, en Jerez de la Frontera adujeron el consumo de carne de oveja en malas condiciones— o, incluso, que reunidos corporativamente los médicos de una ciudad negaran el nombre de "cólera morbo oriental" a "la enfermedad reinante, siempre de mal carácter", como fue el caso de la misma Granada.

De los registros estudiados hasta la fecha, todos de ciudades andaluzas, se desprende una imagen típica de brotes holomianticos: un ascenso rápido en el número de casos, un mantenimiento algo prolongado de trazado desigual y un descenso más lento (fig. 2). La larga duración de la enfermedad se debió a la existencia de una fase insidiosa, con cifras de muertos ligeramente elevadas sobre las habituales, enlazando dos brotes agudos de alta mortalidad. La figura 2 muestra este fenómeno en Granada, donde el cólera tuvo un brote invernal (enero-marzo) y una segunda exacerbación en verano.

La razón más plausible que hemos podido encontrar para explicar la persistente presencia del cólera en ciu-

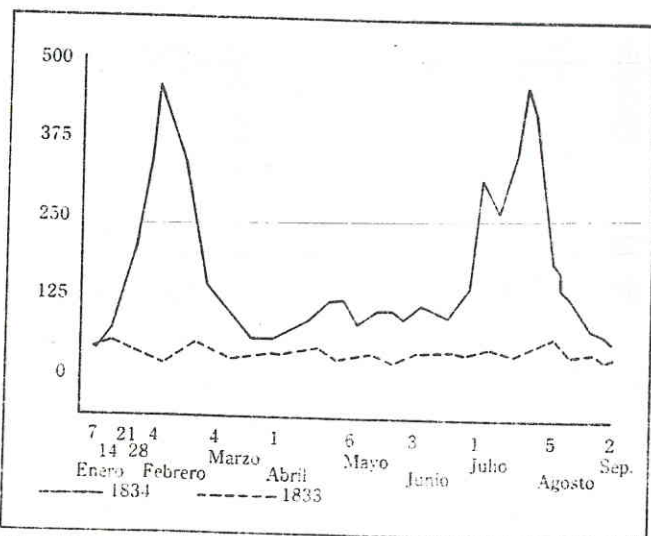


Figura 2. Total de fallecidos por todas las causas en Granada durante 1833 y 1834.

La calificación de una enfermedad como contagiosa o infecciosa conllevaba una distinta manera de hacerle frente: en el primer caso tendría prioridad el aislamiento preventivo; en el segundo, medidas de desinfección y destrucción de los focos.

dades concretas, aparte de la peculiaridad del suministro de aguas y disposición de exactas, es la variación en el conjunto de la población expuesta. En efecto, la huida de cientos o miles de personas ante el anuncio de enfermedad supuso, a su regreso, un aumento de población susceptible en momentos en que la contagiosidad del vibrion cólerico estaba atenuada. Al exacerbarse dicha contagiosidad en pleno estío provocaría el segundo brote típico. A esta razón puede achacarse la elevada incidencia del segundo brote cólerico entre los sectores de población acomodados, que habían nutrido la emigración previa, como fue observado en Málaga o Granada.

MORBIMORTALIDAD COLERICA

Su determinación exacta choca con los problemas, ya apuntados, de insuficiencia y falta de fiabilidad de las fuentes, como demuestra todo estudio contemporáneo: Nadal, en 1966, cotejando las cifras ofrecidas por González Sámano para el cólera de 1834 en la provincia de Barcelona con informes de enterramientos de la época, encontraba una minusvaloración de más de 1.000 fallecidos.

A las insuficiencias de registro habrá que achacar la baja tasa de letalidad de dicha epidemia en España, comparada con la sufrida en Europa y la tradicionalmente achacada al cólera en estado "natural" (40-60%), pues fue sólo del 22,8% —según las cifras de González Sámano—. En puntos determinados fue más elevada, como en la provincia de Zaragoza (calculada a partir de los datos proporcionados por M. Rosa Jiménez, 1980), donde alcanzó un 39,4% o en el conjunto de Andalucía, 30,5%. Sólo en once localidades andaluzas y 47 zaragozanas hemos calculado una letalidad superior al 40%. Siempre con las cifras de Sámano, el conjunto del Estado perdió menos del 1% de su población, mientras Andalucía perdió un 2-3% (con cifras rectificadas).

En cuanto a la medida de su extensión, tal como define la tasa de ataque, el cólera alcanzó en España una difusión inusitada: midiendo los datos correspondientes a 37 localidades andaluzas, dicha tasa se eleva al 14,7%, de valor medio, frente a cifras de entre un 5% en Rusia y un 0,7% en Holanda como habituales en la misma pandemia, según Sticker (1912). Puede ser que estas diferencias se deban a que el cálculo europeo se hace sobre población total, mientras que el nuestro sólo tiene en cuenta la población de localidades afectadas.

Para calibrar las crisis de mortalidad, la demografía histórica utiliza distintos medidores, entre los que he-

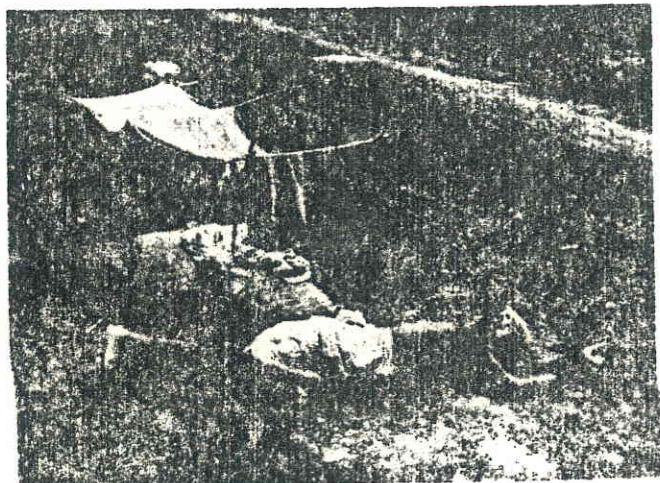
mos escogido el *índice de Hollingsworth rectificado* (Pérez Moreda, 1980), cuyo cálculo corresponde a la fórmula $d/n \cdot d \cdot 1/\sqrt{t} \cdot 10^4$, siendo d el número de muertos, n el tamaño de la población y t la duración en semanas de la epidemia.

El valor medio de este índice en Andalucía asciende a 142 para la primera pandemia de cólera, mientras en la España interior llega a 178, según Pérez Moreda. Algunos valores europeos en la misma circunstancia son: Berlín, 16,6; Moscú, 34,6; París, 47; mientras que Barcelona alcanzó 85 y Sevilla 215. Para hacerse una idea del significado de estas cifras piénsese que la crisis de mortalidad por peste, a finales del siglo XVI, alcanzó un índice de 781 en núcleos rurales de la meseta, y que fue cercano a 200 con motivo de las epidemias de fiebre amarilla de primeros del siglo XIX, según la ya citada obra de Pérez Moreda.

Características de la mortalidad colérica, en todos los casos comprobados hasta el momento, fueron su preferencia femenina y su predilección por los grupos de edad comprendidos entre 30 y 60 años.

EL PROBLEMA POLITICO-MEDICO DE LAS MEDIDAS CUARENTENARIAS

En los inicios del siglo XIX el concepto *enfermedad contagiosa* se reservaba para aquellos males transmitidos "por el contacto preciso" entre enfermos y sanos. En cambio *infección* se reservaba para aquella forma de actuación a distancia de un foco pútrido (enfermo, cadáver, edificio, cementerio, pantano, etc.) que tenía lugar a través de la atmósfera mediante "partículas deletéreas" o miasmas. Un foco putrefacto tenía la capacidad de producir *distintas afecciones*, dependiendo de otras circunstancias propias de la estación del año, la localidad o las características de los individuos sometidos a su influjo. Aunque tal distinción chocaba con la tradición que reconocía a los miasmas como agentes del contagio y defendía la posibilidad de su diseminación aérea, en torno a 1830 las posiciones teóricas de los médicos españoles aparecían claramente fijadas en los términos anteriores. Así, Manuel Codorniu Ferreras (1788-1857)



Desde el foco indostánico, el cólera se diseminó por Europa entre 1817 y 1828.

La primera pandemia de cólera en España. Esteo in Rodríguez Ocaña

La opinión de los médicos españoles, así como de la administración sanitaria, era, en 1831 y 1832, favorable a la consideración del cólera como enfermedad contagiosa, de ahí que las medidas preventivas estuvieran enfocadas a evitar la importancia del contagio "exótico", como se le denominaba.

en su *Aviso preventivo contra el cólera morbo...*, de 1831, o el *Vocabulario Médico-Quirúrgico* de M. Hurtado de Mendoza, impreso en 1840, mientras que el *Diccionario de Medicina y Cirugía* de A. Ballano (1806) mantenía la opinión dieciochesca.

La calificación de una enfermedad como contagiosa o infecciosa conllevaba una distinta manera de hacerle frente: en el primer caso tendría prioridad el aislamiento preventivo; en el segundo, medidas de desinfección y destrucción de los focos.

La opinión de los médicos españoles, así como de la administración sanitaria, era, en 1831 y 1832, favorable a la consideración del cólera como enfermedad contagiosa, de ahí que las medidas preventivas estuvieran enfocadas a evitar la importación del contagio "exótico", como se lo denominaba. Para ello se dispuso un rígido sistema de cuarentenas marítimas para buques procedentes de lugares sospechosos o contagiados, similar al mantenido desde el siglo anterior contra la fiebre amarilla. La aplicación de medidas contra el tránsito terrestre fue progresando por el interior de España, en forma de cuarentenas obligatorias, impuestas mediante cordones sanitarios guarnecidos por tropas. La incomunicación más notable, por su amplitud territorial, fue la dispuesta el 19 de junio de 1834 contra Andalucía, que a punto estuvo de dar al traste con la reunión de las Cortes Generales que debía aprobar el Estatuto Real, engarce entre el absolutismo del recién fallecido rey Fernando VII y un nuevo período de gobierno constitucional.

El unánime apoyo inicial a las medidas cuarentenarias se quebró en cuanto el cólera fue haciendo presa en territorio español. De una parte, la extensión de la epidemia, por encima de barreras administrativas y bayonetas sanitarias, y, de otra, la comprobación de los desastres sociales y económicos que comportaban los aislamientos y las cuarentenas, hicieron variar a la práctica totalidad de los médicos e instituciones sanitarias hacia la consideración infecto-epidémica de dicha enfermedad. Como describía el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, en su número cinco:

"El cólera ha aparecido casi simultáneamente con infinitos puntos de la vasta extensión de las Andalucías, Extremadura, Mancha y reino de Murcia... lo cual nos hace 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."

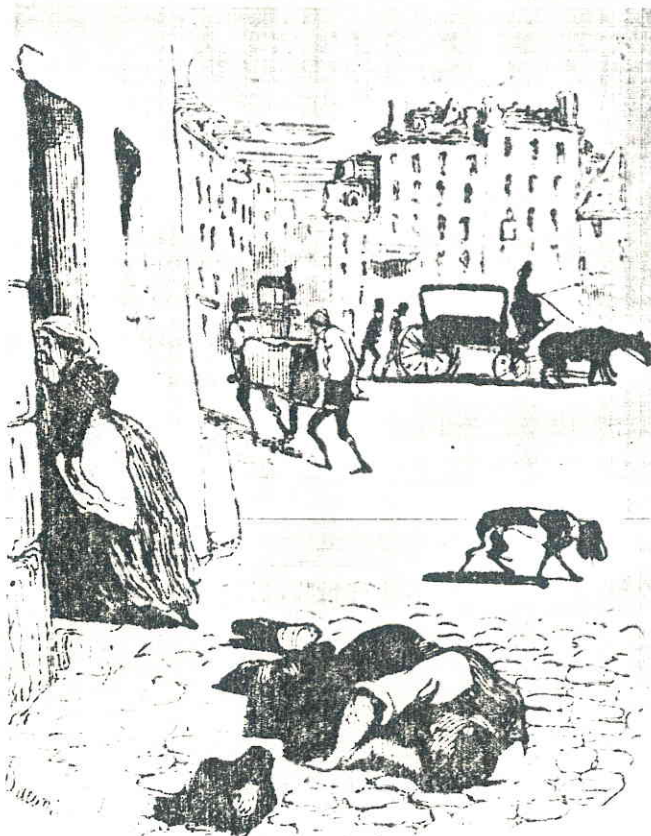
Autores destacados por su defensa del cólera contagioso, como Mariano González Sámano, premiado en 1832 por un *Opúsculo sobre el contagio... en la enferme-*

dad cólera-morbo, pasaron 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."

Mas, ante el desajuste entre la opinión de la profesión médica y la práctica administrativa o gubernamental, que mantenía la política de bayonetas sanitarias, los médicos optaron por la resistencia pasiva, negándose a declarar que fuese cólera la enfermedad causante de la mortandad extraordinaria, como en Galicia, durante el invierno de 1833, o en Granada, invierno de 1834. En la mayoría de los lugares, al menos, retrasaron en lo posible el momento de certificar tal diagnóstico, atezados entre dos decisiones igualmente terribles, y de tanta trascendencia social, como nos explicita un *Informe... sobre la enfermedad epidémica que se padece en Jerez de la Frontera* conservado en la Academia de Medicina de Cádiz:

"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 son el verdadero azote de los pueblos... tampoco perdían de vista la paralización de todos los negocios exteriores e interiores del pueblo..., 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



En 1832 se presentó el cólera en París.

La ausencia de una terapéutica eficaz determinaba las crueles características de la epidemia.

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."

Una parte importante de la campaña contra las medidas de incomunicación fue obra de médicos, aliados en este terreno a los comerciantes e industriales. Todos coincidían en que tales medidas llegaban a ser *más insostenibles que el mismo cólera* (expresión textual de un escrito de un médico rural). La gravedad del aislamiento carlista y las exigencias militares consecuentes terminaron por hacer ceder al Gobierno, quien, el 24 de agosto de 1834, ordenaba el levantamiento de todos los cordones y el restablecimiento de la libre circulación. Aceptando los argumentos de los oponentes al "régimen antisocial del contagio", las autoridades sanitarias prohibieron explícitamente el empleo de nuevas medidas cuarentenarias.

REACCIONES POPULARES

Los testimonios médicos y sanitarios reiteran el ambiente de miseria y necesidad en que vivía buena parte de la población en el momento de la epidemia. El campo andaluz era cobijo de masas hambrientas (Baena, Medina-Sidonia, Sanlúcar, Lebrija):

"... La mayor parte de estos vecinos pobres y jornaleros sumidos en la más profunda miseria, por razón de la falta de trabajos campestres..."

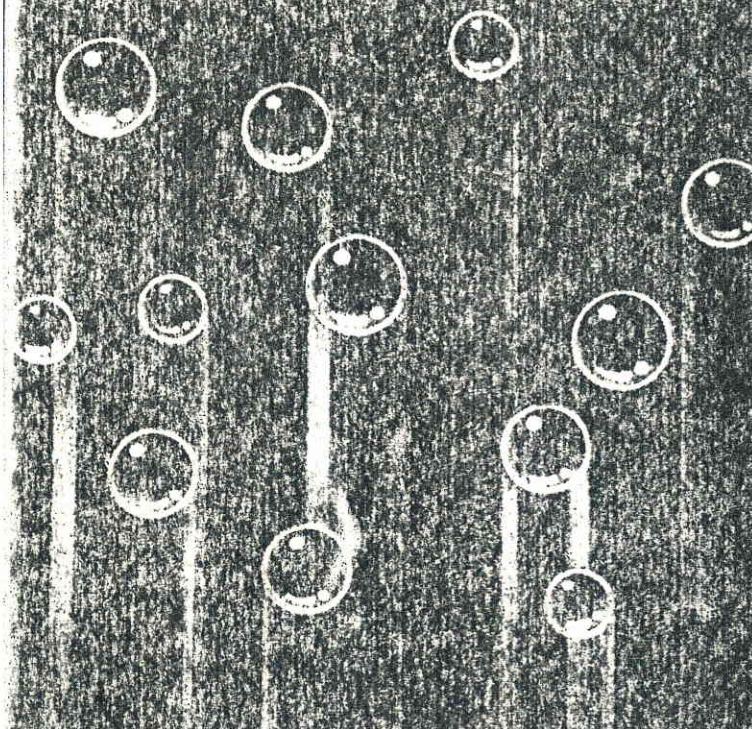
Malos alimentos, empleo del vino como fuente alimenticia, eran los correlatos nutricionales de dicha situación, extensible a las barriadas urbanas, donde la falta de saneamiento y limpieza ponían un marco atroz a la epidemia. Se escribió de Triana, por un comisionado de la Junta de Sanidad sevillana, que "sus casas parecen más cuevas de animales dañinos que habitaciones de hombres".

Un censo de Cádiz en octubre de 1833, establecía 34.853 indigentes en una población total de 57.000 personas (en 1830).

Esta triste situación se agravó extraordinariamente al ponerse en ejercicio medidas de incomunicación contra los núcleos habitados: el paro, la carestía y la enfermedad se cernían sobre tales colectividades, convertidas en "clases peligrosas" para las acomodadas. A la estrategia defensiva contra la importación del contagio siguió una defensa contra los pobres, considerados como "focos de infección", incluyendo medidas de refuerzo del orden público.

En diversas poblaciones ocurrieron revueltas populares, ocasionadas directa o indirectamente por tal situación de necesidad, como en Granada o en Triana. En lugares como Barcelona, Reus, Murcia, Madrid o Zara-

Tratamiento de los procesos hepatobiliares y digestivos



BOLDOSAL

GRANULADO EFERVESCENTE TÓNICO Y REGULADOR HEPATO-BILIAR
COLODOL + BOURGET + BOLDINA + INOSINA

Indicaciones:
 Intoxicación hepática crónica. Intoxicación por exceso alimenticio. Dispepsias moderadas.
COLODOL: Colágeno y digestivo. Colágeno y epitelio moderado. Tónico y protector hepático.

Normas para su correcta administración:
 Disolver el granulado en medio vaso de agua. Puede tomarse insistentemente durante o después de la efervescencia.
Contraindicaciones:
 Insuficiencia renal grave. Pacientes sometidos a dietas hiposódicas. Atrópicos, diuréticos. Alergia a alguno de los componentes.
Efectos secundarios:
 A dosis muy elevadas puede producir alucinaciones y diarrea.
Incompatibilidades:
 Asfingolinas y antidiuréticos.
Presentación:
 Envase con 100 g. P.V.P. 207.- Ptas.

Indicaciones:
 Todas las afecciones principales de la...

INSTITUTO BIQUÍMICO DE SÍNTESIS Y EXTRACCIÓN
 S.A. - Madrid - España

HUMANIDADES MÉDICAS HISTORIA DE LA MEDICINA

goza ocurrieron motines dirigidos contra la Iglesia, se pretexto del envenenamiento de las aguas por religiosos, a lo que se achacaba la causa de la mortandad en el verano de 1834. En la provincia de Huelva, los desórdenes ocurrieron en protesta por el diagnóstico de cólera. "queriendo -según un informe de la Academia médica de Cádiz- que se ocultase por la autoridad y por los médicos la existencia de semejante enfermedad, con el fin de evitar las travas que las medidas sanitarias ponen al comercio, a la industria y aun a la libertad individual..."

La ausencia de una terapéutica eficaz, por último, de terminaba las crueles características de la epidemia. No es de extrañar que, con tal cúmulo de circunstancias, el adjetivo más usual con que se acompañaba la mención de la epidemia fuese el de terrorífica. El miedo actuó como palanca de la emigración de "los más ricos" y de exacerbador de "las pasiones deprimentes" de los más pobres, de tal modo que llegó a plantearse, como finalidad última de las medidas sanitarias, el procurar "calma y distracción" a los ciudadanos, sin duda más agradecidos ante un espectáculo que ante la visita del médico. Como señalaba un contemporáneo, el sevillano doctor Velázquez, el enfermo que se salvaba del cólera sucumbía al efecto de la medicación estimulante. E.R.O.

Bibliografía general

Barua D, Burrow S, ed. Cholera. Filadelfia, Saunders, 1974.
 González Sámano y Carranza M. Memoria histórica del cólera morbo epidémico. Madrid, Verges, 1834.
 González Sámano y Carranza M. Memoria histórica del cólera morbo asiático en España. Madrid, M. Alvarez, 1858.
 Haeser H. Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Vol. 3. Jena, 1882. Reimpresión en Nueva York, 1971.
 Jiménez MR. La epidemia de cólera de 1834 en Zaragoza y su provincia. Asclepio 1982; 34:3-31.
 Nadal J. La población española. Esplugues de Llobregat, Ed. Ariel, 1966.
 Pérez Moreda V. Las crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX. Madrid, Siglo XXI, 1980.
 Pollitzer R. Cholera. Geneva, WHO 1959.
 Puerto FJ, San Juan C. La epidemia de cólera de 1834 en Madrid. Estudios de Historia Social, 1980;15:9-61.
 Rodríguez Ocaña E. (1980 a). Ciencia e ideología en torno a la primera epidemia de cólera en España, 1833-1835. Actas del I Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias, Madrid, 1978. Madrid, 1980; 251-260.
 Rodríguez Ocaña E. Enfermedad y sociedad en la Andalucía del siglo XIX: la epidemia de cólera de 1833-35. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 1980.
 Rodríguez Ocaña E. La dependencia social de un comportamiento científico: los médicos españoles y el cólera de 1833-35. Dynamis 1981; 1:101-130.
 Rodríguez Ocaña E. Cólera versus Medicina. Los informes de las RR. Academias médicas andaluzas en torno a la primera epidemia de cólera asiático. Granada. Dynamis, suppl 1, 1981.
 Rodríguez Ocaña E. Higiene y terapéutica anticolérica en la primera epidemia de cólera en España. Asclepio 1982; 34:71-100.
 Rodríguez Ocaña E. El cólera de 1834 en Granada. Enfermedad catastrófica y crisis social. Granada. Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1983.
 Stöcker G. Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre II. Band: Die Cholera. Giesse, Topelmann, 1912.

La primera pandemia de cólera en España. Esteban Rodríguez Ocaña