

# Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen.

J. L. y M. PESET

## I. Introducción \*

El siglo XVIII no es un período afortunado en nuestra historiografía. Hasta el momento poca atención se le ha concedido y mucha menos por parte de los historiadores de la medicina. ¿Por qué? Tal vez, desde nuestra especialidad, se pueda suponer que es el fin de la peste, de la epidemia reina del antiguo mundo, la que determina este olvido. En efecto, el setecientos carece de enfermedades tan espectaculares como la peste o el cólera. Y, sin embargo, se trata de años de enorme interés para la historia de nuestra medicina, pues hay problemas interesantes y de urgente estudio que no han sido aún abordados.

En primer lugar, hay enfermedades que son heredadas y se transmiten a períodos sucesivos, enfermedades que se mantienen. Así, el garrotillo, la viruela, el tifus exantemático, la gripe, la difteria, tos ferina, sarampión, venéreas... Un sinnúmero de enfermedades que atraviesan apaciblemente —aunque no de tan apacible manera para sus clientes— todo el siglo XVIII. Por desgracia, no han sido suficientemente estudiadas por el momento. Se exceptúa, tal vez, la lucha de fin de siglo con la viruela, por medio de la inoculación y la vacunación, en cuya propagación los españoles jugaron un papel muy honroso (1). Dejemos, por tanto, de lado estas enfermedades que por el momento no han llamado la atención a nuestros historiadores.

Hay, en segundo lugar, otras enfermedades que desaparecen. A éstas me refería al hablar de la peste, aunque como luego veremos esta desaparición no es tan absoluta como pudiera parecer. El miedo a la peste, al menos, se mantendrá durante décadas. Todavía a fines de siglo podía Cabarrús escribir: "ahí está nuestro tribunal de sanidad, que no conoce ni teme más que la peste y que sólo se aviva cuando oye hablar de peste" (2).

---

(\*) Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Madrid, 1977

(1) Tanto la inoculación como la vacunación entran precoces en España. Por ejemplo, ya P. Rodríguez Campomanes defiende en 1774 la inoculación contra la sangría y el galenismo, *Discurso sobre el fomento de la Industria popular*, Madrid, 1774, págs. 51-53. También otro político Manuel Godoy muestra un gran interés por la novedad de la vacunación, *Memorias*, III, págs. 349-351.

Dos interesantes artículos sobre estos temas, J. Barón Fernández, "La vacunación antivariólica desde su introducción en España hasta el momento actual", *Boletín de la Sociedad Valenciana de Pediatría* 15, Págs. 163-176, 1973; M. Parrilla Hermida, "Apuntes históricos sobre la inoculación de la viruela como método profiláctico", *Galicia Clínica*, julio 1975.

(2) Conde de Cabarrús, *Cartas*, Madrid, 1973, pág. 226.

En tercer lugar, también hay enfermedades que aumentan. Me refiero fundamentalmente a las fiebres, fiebres de todo tipo que a lo largo del siglo parecen crecer. También tendremos que explicar a qué nos referimos cuando hablamos de este aumento, aumento difícil de interpretar y sobre todo de muy difícil objetivación (3).

En cuarto, hay enfermedades nuevas, enfermedades que no se habían presentado o eran esporádicas en nuestra península. Se puede tomar muy bien como ejemplo a la fiebre amarilla que, primero muy esporádicamente y luego con atroces embestidas, acomete a España. A partir de 1800 y hasta la llegada del cólera asiático será la enfermedad más temida por nuestros compatriotas e incluso por los ciudadanos de allende los Pirineos (4).

Se trata, desde luego, para nosotros, de un siglo de enorme importancia. Un siglo de carácter revolucionario, como afirma Soboul (5), en el que se produce el paso de la sociedad señorial a la sociedad burguesa, del modo de producción feudal al capitalista. Se trata, sobre todo en el tránsito al XIX, de un período de enormes cambios y en ellos la enfermedad y la lucha contra ella se irán modificando. Veamos, ejemplificados en tres enfermedades, los cambios que la sociedad y la medicina española van sufriendo.

## II. El fin de la peste

A partir de las grandes epidemias de peste de fines del siglo XVII, se puede decir que esta enfermedad abandona España. Es cierto que en Mallorca, en 1820, de nuevo prende la muerte negra, alcanzando una mortalidad de un 58,1 %, que recuerda las grandes devastaciones del siglo XIV, pero se tratará de un foco local y que por fortuna no se extendió. Pero el miedo a la peste sigue presente en Europa y no menos en España. Como un fantasma recorre incesantemente sus tierras y los médicos no dejan de preocuparse por su retorno. Así, en 1725, cinco años tras la peste de Marsella, José Fornés escribía su **Tractatus de peste** con información recogida en esta ciudad. Todavía en 1756 Juan Díaz de Salgado luchaba contra este mal en su **Systema physico médico-político de la Peste** y en 1776 también se ocupaba de él Antonio Pérez Escobar en sus **Avisos médicos populares y domésticos** (6).

Sin embargo, la peste desaparecería, ¿por qué? En la historiografía actual se barajan varias hipótesis, todas ellas con alguna viabilidad y, seguramente, todas ellas con parte de razón. Veamos las más conocidas.

1. **Las ratas grises y las ratas negras.** Esta conocida hipótesis, basada en el cambio de la raza de ratas que domina Europa, tiene parti-

(3) Sobre el tema de las fiebres en el siglo XVIII, véase L. S. Granjel, *Historia de la Medicina Española*, Barcelona, 1962, págs. 112 y ss.

(4) Una panorámica de las enfermedades epidémicas en el XVIII y XIX españoles, en M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, Madrid, 1972.

(5) A. Soboul, *La civilisation et la révolution française*, París, 1970.

(6) Son interesantes, por su coincidencia con epidemias, las fechas de edición de la obra de Díaz de Salgado, 1756, 1787 y 1800.

darios y arroja alguna luz sobre el fin de la peste. En efecto, parece que la rata gris es menos hogareña que la rata negra, dejando las casas de los hombres. Esta parece que es la única ventaja de las nuevas ratas, porque sin duda sus pulgas son susceptibles a la **Pasteurella** al igual que las de sus antecesoras. Y todavía hay otro problema, la fecha de su aparición en Europa. Según los enemigos de esta teoría, su presencia no está probada en el XVIII, según sus partidarios, se puede probar en 1716 en Copenhague y en 1728 ya en Inglaterra (7).

2. **Las dos Pasteurellae.** Una tesis muy grata a los historiadores franceses es la mutación del microbio **Pasteurella pestis** hacia la **Pasteurella pseudotuberculosa**, que causaría en el hombre una enfermedad semejante a una fiebre tifoidea y que inmunizaría contra la peste. Según esta teoría esta nueva enfermedad iría desplazando ecológicamente —y esto está de acuerdo con las leyes de la ecología, pues las enfermedades más benignas desplazan a las menos “adaptables”— a la peste a medida que ésta desaparece en Europa (8).

3. **El frío XVIII.** Si es cierto que el siglo XVIII es más frío que el XVII y el XIX, no parece esta razón ser suficiente para justificar por sí sola el fin de la epidemia. De todas formas, es cierto que la pulga es bastante exigente y que necesita 20° - 25° C y adecuada sequedad, prefiriendo la primavera y el verano al otoño y el invierno (9).

4. **Hambre y peste.** Sin duda el hambre es favorecedora de toda enfermedad y también de la peste. Las mejoras en la alimentación humana del siglo XVIII pudieron ayudar a las defensas contra esta enfermedad. Sin embargo, no se puede atribuir excesiva importancia a este factor, pues el hambre sin microbio no puede producir la enfermedad y, por otra parte, el setecientos no significó el fin total del hambre en Europa (10).

5. **Higiene y política.** Nuestra tesis principal va a ser que es el nacimiento de la higiene pública en la Europa ilustrada la causa principal del fin de las grandes epidemias de peste. La causa principal, decimos, ya que solamente ésta, actuando conjuntamente a las anteriores, pudo hacer retroceder este pavoroso enemigo del ciudadano europeo. El despotismo ilustrado tuvo en sus manos la posibilidad de racionalizar y tecnificar la lucha contra la enfermedad, al menos contra la enfermedad epidémica. Las condiciones fueron favorables, ya que, en general, para Europa el XVIII es un siglo rico y pacífico. La renta de la tierra aumenta, el comercio se desarrolla, la industrialización comienza. Es época pacífica en que las guerras

(7) Da mucha importancia a esta teoría J. F. D. Shrewsbury, *A History of Bubonic Plague in the British Isles*, Cambridge, 1970.

(8) Sobre esta tesis, así como buenos panoramas de las distintas teorías, en W. H. McNeill, *Plagues and Peoples*, Oxford, 1977, págs. 172 y ss.; J. N. Biraben, *Les Hommes et la Peste en France et dans les Pays Européens et Méditerranéens*, 2 vols., París, 1975-1976, en especial I, págs. 333 y ss. y II, págs. 182 y ss.

(9) Para una historia del clima, E. Le Roy Ladurie, *Histoire du climat depuis l'an mil*, París, 1967. Sobre las condiciones climáticas de la pulga, J. F. D. Shrewsbury, *A History...*

(10) Es muy partidario de esta hipótesis, P. Romero de Solís, *La población española en los siglos XVIII y XIX*, Madrid, 1973, págs. 10-11, 117. Véanse interesantes precisiones sobre la relación hambre- peste en C. Carrière, M. Courdurié y F. Rebuffat, *Marseille, ville morte. La peste de 1720*, Marsella, 1968. Sobre este mismo tema, J. L. y M. Peset, “La última gran peste de occidente”, *Asclepio* 24, págs. 467-472.

no contribuyen a diseminar enfermedades o a impedir cordones sanitarios. Muy distinto al XIX en que las guerras francesas, inglesas y rusas facilitarán la entrada al cólera y a la fiebre amarilla. Son años de aumento demográfico —en buena parte por el cese de las epidemias de peste— en que los gobiernos desearán súbditos sanos que trabajen en las tierras de la nobleza o en las manufacturas de la burguesía. No es extraño que en 1784 Johann Peter Frank plantee la necesidad de una nueva higiene pública, considerada como una actividad económica y política (11). Un gobernante que se preocupara de la salud de sus súbditos, aparte de ganar el cielo, conseguía para este mundo importantes ventajas sociales, políticas y económicas.

Gobiernos fuertes, autoritarios, apoyados por la nobleza y la naciente burguesía —al menos en algunos países, España entre ellos— dentro del ambiente económico fisiocrático —entre nosotros con Jovellanos y Cabarrús— intentan compaginar la felicidad de sus súbditos con el mayor aumento de la renta de la tierra y del beneficio comercial. En este ambiente puede surgir una nueva higiene médica, higiene por una parte “privada”, por otra “pública”. Privada en el sentido de que el dinero surge de bolsillos de particulares, como en el caso de la fundación de nuevos hospitales, privada también en el sentido de que se refiere a viviendas, utensilios y costumbres, de naturaleza individual o familiar. Tras la peste de Londres de 1665, un fuego destruye al año siguiente la ciudad. La peste ya no vuelve a aparecer en la ciudad y se dice que el fuego limpia de la peste. En efecto, alguna razón había, la reconstrucción de Londres se hace con ladrillo, piedra y tejas, la rata tiene muchas dificultades en habitar la nueva metrópoli.

Pero es sobre todo la higiene pública la responsable del éxito de la lucha contra la enfermedad. Para probarlo veamos cómo se lucha contra la peste en España en dos muy importantes epidemias, la de Valencia de 1647 y la de Marsella de 1720. Entre esas dos fechas se produce la denominada “revolución vital”; entre 1650 y 1750, la población de los países más adelantados cesa en su decrecimiento y empieza a incrementarse paralelamente a la mejora económica y social que se inaugura. En España algo semejante sucede. Veamos aquí cuáles pueden ser las causas.

El sistema tradicional de defensa contra la peste puede ser caracterizado con tres notas, que conviene retengamos: improvisación, fragmentación y clericalismo. Por sistema improvisado queremos decir que cada nueva epidemia parecía coger por sorpresa a los honrados ciudadanos y un urgente sistema de defensa, siempre igual pero siempre nuevo, se ponía en marcha rápida y precipitadamente. Cada vez se reorganizaban las defensas que eran desmanteladas en cuanto la enfermedad cesaba. Localismo quiere significar que cada reino, que cada ciudad incluso, organizaba su propia protección, aislándose de las contaminadas y siendo aisladas

---

(11) Las razones económicas, políticas y sociales de la responsabilidad de los gobiernos hacia las enfermedades y necesidades de sus vasallos más humildes fueron establecidas por J. P. Frank en su conocida exposición *Akademischen Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten* (1790). Su obra *Medizinischen Polizei* (1784) puede ser considerada el inicio de la higiene pública moderna.

La medicina actual da también importancia como predisponentes a la peste a las condiciones económicas y sociales precarias y al hacinamiento de población, R. Politzer, *La peste*, OMS, Monografías, Ginebra, 1954, pág. 543.

cuando caían contagiadas. Quiere decir también que en cada localidad, cada una de las jurisdicciones o gobiernos toma sus propias decisiones, sin ninguna o casi sin ninguna coordinación. Tercero, clericalismo quiere decir que, en muy buena parte, la defensa contra la enfermedad descansaba en el estamento clerical y en las ayudas materiales y espirituales que éste podía allegar. ¿Razones? Es un estamento muy rico y con obligaciones de caridad y limosna. Por otra parte, durante siglos, será Dios quien cure y quien haga enfermar, sobre todo en enfermedades pestilenciales que parecen provenir de castigos divinos. Y, en todo caso, en aquellos momentos los médicos poco podían curar el cuerpo, mientras los clérigos aseguraban la salvación del alma. La calidad de la medicina es muy mala hasta el siglo XVIII, mientras que hasta entonces la fe de los españoles es inquebrantable.

Veamos, pues, muy rápidamente, cómo es la defensa de Valencia y Madrid durante la peste de Valencia de 1647-1648, estudiada por nosotros (12). Valencia, alcanzada por la epidemia, es defendida por el virrey, la ciudad y el arzobispo. Todos ellos, más la audiencia, forman una precipitada junta de sanidad, que se apresta a la defensa de la población. Las autoridades civiles se ocupan de clausurar las puertas, impedir el comercio, limpiar la ciudad, vigilar el correo, luchar contra el contrabando y el bandillaje, evitar el vagabundeo y la mendicidad..., evitar alteraciones del orden público. Pero la salvación de cuerpos y almas parece quedar en manos de la iglesia. Esta organiza procesiones, aunque el arzobispo Aliaga las prohíbe pronto por evitar el contagio. Las parroquias auxilian a sus parroquianos enfermos, las órdenes —con ayuda civil— montan los lazaretos o morberías y allí atienden a enfermos y convalecientes, con más espíritu cristiano que médico. Luego los clérigos acompañan los cadáveres a los cementerios de las parroquias y los conventos. Más tarde, llegan hasta las puertas de la ciudad para despedir a los que son enterrados en una fosa común alejada. La iglesia no abandonaba a los enfermos, moribundos y muertos. Incluso serán clérigos los principales cronistas de esta enfermedad, testigos ante el futuro.

La defensa de Madrid, adonde no llega la peste, es más compleja aunque más afortunada. Allí está el ayuntamiento que debe proteger la

(12) Sobre esta peste, M. Peset y otros, "La demografía de la peste de Valencia de 1647-1648", *Asclepio* 26-27, págs. 197-231, 1974-1975; M. Peset y otros, "El clero ante la peste de Valencia de 1647-1648", *Anales Valencinos* 2, págs. 307-343, 1977; E. Arquiola y otros, "Madrid, villa y corte, ante la peste de Valencia de 1647-1648", *Estudis* 5, págs. 29-46, 1976. También S. La Parra, "Consideraciones sobre la peste de 1647-1648 en Valencia", Tesis de licenciatura inédita, Valencia, 1977; M. Peset y otros, "La peste de Valencia de 1647-1648", "Gobierno y poder en la peste de Valencia de 1647-1648", J. L. Peset y otros, "Los médicos y la peste de Valencia de 1647-1648", Comunicaciones al V Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Madrid, 1977, en prensa.

Esas características de improvisación de los poderes locales, esa intervención del clero, se precibe bien en la junta de sanidad que se forma tardía, sin demasiada efectividad. A inicios de noviembre de 1647 en su primera reunión se hallan el virrey y el arzobispo, el gobernador, dos oidores de la audiencia, los dos jurados "en cap" del ayuntamiento, dos canónigos de la catedral, un dominico, un frey de la orden de Montesa y otras personas... Su preocupación gira en torno de la financiación de la peste, pues no habiendo dinero de Madrid, es preciso reunirlos mediante un empréstito de censales que daría lugar a un impuesto sobre el vino —la sisa del morbo—, o pidiendo a los conventos que tuviesen oro y plata —lo que no se admitió por la misma junta—. Véase Archivo de la Corona de Aragón, leg. 5696, 2/31, Secretaría de Valencia del Consejo de Aragón. El virrey Oropesa la disuelve pronto, ante la resistencia a sus decisiones. Será el virrey y la ciudad quienes se ocupen de Valencia, en especial de su abasto. El rey y el Consejo de Aragón intervienen sólo en algunas cuestiones. Las morberías y la asistencia a enfermos quedará en buena parte en manos de la iglesia.

villa, la real casa que debe proteger al rey y a la nobleza cortesana, y los Consejos que deben proteger a los distintos reinos, sobre todo a Castilla. La burocracia que se pone en marcha es de enorme dificultad. En la junta de sanidad actúan el Ayuntamiento y el Consejo de Castilla, especialmente, organizando un complejísimo sistema de defensa de Madrid. Naturalmente, se cierran puertas y comercio con las zonas apestadas y el correo es vigilado con cuidado. El cierre de puertas es tan total que Madrid es de nuevo amurallado. Pero todavía se quiere cortar más el contacto con Valencia. Para ello se ponen puestos de guardia en tres puntos vitales de comunicación, Arganda, Moya y Requena. Pero ni esto es suficiente; cuando la peste se extiende hacia Murcia y Andalucía, Madrid se recubre de una nueva coraza, pone guardias constantes en el Manzanares para proteger el oeste y en los otros flancos monta un cinturón de pueblos que con guardias armados impidan el paso de la enfermedad.

Pasemos ahora al segundo ejemplo, la defensa de España en 1720 frente a la peste de Marsella (13). La lucha contra la peste en la España preilustrada o ilustrada, en la España borbónica, es muy diferente. También lo es desde el punto de vista de la no entrada de la epidemia en España. Pero a lo que me refiero es al sistema de enfrentamiento con la enfermedad, que ahora reúne otras características distintas: ya no es improvisada, sino estable y racionalizada, ya no es local, sino nacional y centralizada, ya no es clerical, sino laica y burocrática. Quiero decir que se establece un nuevo sistema fijo de protección de la nación española. Hay que recordar que son los Borbones quienes echan abajo las fronteras entre los antiguos reinos y quienes empiezan a formar un mercado nacional. Por nacional y centralizada quiero decir que ya no serán las ciudades o reinos, o las distintas autoridades y jurisdicciones quienes se responsabilicen de la defensa, sino Madrid a través de nuevos organismos. Se quiera o no, era una novedad en materia de higiene pública. Por laica y burocratizada queremos decir que ya no reposará tanto en manos de la iglesia —al menos ya no tanto— sino en manos de civiles, aunque éstos sean más bien burócratas del Consejo de Castilla que médicos o técnicos.

El miedo ante la peste de Marsella fue realmente terrible en España. Las medidas que se tomaron, muy enérgicas y decididas; un potente aparato sanitario es puesto en marcha para defender nuestras tierras, siempre con esa triple característica a que me refería. Bajo el control de una Junta de Sanidad formada por burócratas del Consejo de Castilla, se establece y se sistematiza en complicadas ordenanzas un riguroso método de vigilancia terrestre y marítima. Especialmente, dado que la epidemia amenaza desde el exterior y desde un foco comercial de primera importancia, se tiende a evitar el contagio marítimo. Por tanto se prima la defensa de costas y puertos. Se desea incluso que los barcos lleven una especie de testigos jurados que den fe del derrotero, pero ante la imposibilidad de este sistema se recurre a las boletas o fes de sanidad. En cada puerto hay controles severos de la carga, el correo, la tripulación y la derrota. Hay prohibiciones de atracar, cuarentenas e incluso quema de valiosas cargas. Algún punto de gran tráfico, en especial Cádiz, monta un nuevo lazareto, que se sufraga por impuesto sobre los mercaderes, al fin y

al cabo se considera que son los beneficiados en el comercio. Son controlados la pesca de bajura, los pescadores en general y los comerciantes de bajo cabotaje; también, desde luego, se persigue y castiga con dureza el contrabando. La vigilancia es extrema, hay "barcos de salud" o de aduanas que vigilan costas, también partidas de soldados o vecinos. Costas y fronteras, los Pirineos con preferencia, se cierran. Los viajeros por mar y tierra tienen que pasar puestos de registro.

Todo ello supone el cierre del comercio, primero con Marsella, luego su región y luego Francia. Después, casi todo el mercado mediterráneo se paraliza. Un inquisidor del Santo Oficio en Valencia podía escribir: "El comercio de mar está del todo perdido por la peste de Francia, que es conocido castigo de aquel reino". Al fin, sólo queda abierto el tráfico con ciudades muy cuidadosas como Génova, Venecia, Roma o la Toscana. También el comercio atlántico se ve perjudicado, en especial parece que Inglaterra estorba. Desde luego, hay otras razones de tipo económico y político tras este montaje. El empeoramiento de las relaciones internacionales de España es manifiesto, incluso la que debía ser nuestra aliada Francia nos vuelve la espalda. La razón es la intervención española en la península itálica turbando su neutralidad. La Cuádruple Alianza se enfrenta con nosotros e incluso franceses e ingleses invaden España. Esta política desastrosa se complicaba con una balanza exterior muy desfavorable, sobre todo con Francia. ¡Bienvenida, pues, la peste! El cierre del comercio permitía restablecer la balanza o al menos estabilizarla, también tomar posiciones duras frente a franceses e ingleses. El descrédito de nuestras derrotas se compensaba con la campaña sanitaria victoriosa contra el mal que castigaba a Francia. Los años 20 son el comienzo de la política proteccionista española, de los Borbones. También el comienzo de un control político y social más riguroso. Se controlan aduanas, puertos, comerciantes, pescadores, viajeros, pobres, peregrinos, contrabandistas... Una sociedad distinta, más encuadrada, geometrizada y controlada se inicia (14).

Pero también se organiza la higiene pública a lo largo del siglo. Ese tribunal conocido como Junta Suprema de Sanidad será el responsable de la salud pública española, al frente de juntas provinciales y municipales, menos consistentes y de funcionamiento más dudoso. En su actuación tenía dos características, consecuencia del poco éxito de la medicina en el tratamiento concreto de los enfermos, especialmente de peste. Por una parte, ya hemos visto, sus sistemas de protección se basaban en sistemas de aislamiento, de cortes de comunicación y de lazaretos. Por otra, el tribunal estaba falto de médicos. Esto es en buena parte consecuencia, también, de la burocracia borbónica y del poco caso que a científicos y técnicos se les hace. Y no pasaba sólo en medicina. Los juristas de los consejos creían entender de todo. A fin del setecientos todavía escribía Cabarrús, refiriéndose al tribunal de sanidad:

"Es cierto que para no desmentir nuestra acostumbrada sabiduría, hemos tenido gran cuidado de excluir de este establecimiento los únicos individuos capaces de hacerle corresponder a su objeto, evitando el peligroso ejemplo

(14) M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, pág. 34.

Sobre la relación entre la peste y el proteccionismo de estos años, P. Vilar, *Catalunya dins l'Espanya moderna*, 4 vols., Barcelona, 1964-1968, II, págs. 442-456; J. Reed, "Ustariz y Colbert", *Moneda y Crédito* 121 págs. 105-117, 1972. También M. Peset, P. Mancebo, J. L. Peset, "Temores y defensa...".

de confiar exclusivamente la autoridad a la ciencia y a la aptitud. La jurisprudencia dispone de nuestra vida, de nuestros intereses, dirige el arado, los talleres, el entendimiento, las conciencias. ¿Cómo se había de substraer a su omnisciencia la conservación de nuestra especie? (...)

Aquí es por consiguiente, amigo mío, donde para hacer algo es menester deshacer todo lo que se ha hecho, confiar exclusivamente el precioso depósito de la sanidad pública a las manos capaces de conservarlo y mejorarlo, ora se introduzca un número suficiente de facultativos en el consejo de administración (de que he hablado en mi carta anterior), ora que formando éstos un cuerpo separado, traslade éste a aquél sus dictámenes para todos aquellos puntos que interesen la policía general o privada de los pueblos, estableciéndose desde luego los principales" (15).

Pero nada de esto se hizo durante el siglo; el tribunal era dominado por juristas o políticos. Por ello era necesario establecer otros organismos paralelos que, formados por médicos, colaborasen en la lucha contra la enfermedad. Por una parte se contaba con el Protomedicato, quien siempre actuaba como tribunal consultivo en casos de actuaciones públicas. Pero en estas materias, desde luego, no era ejecutivo. Y luego se recurrió a los inspectores de epidemias y a las comisiones. El primer inspector de epidemias, de nuevo cuño, fue Joseph Fornés, quien es enviado a estudiar la peste de Marsella; con sus entrevistas y sus cartas, su erudición y su anticuado latín le permiten escribir el último gran tratado español sobre peste. A partir de entonces, en cada nueva epidemia habrá inspectores encargados del estudio de esa enfermedad con funciones de instruir a Madrid, pero también con posibilidad de tomar decisiones urgentes. Suelen ser designados entre los médicos de cámara o los médicos militares. Dos de estas inspecciones son interesantes. Una de ellas, cuando en 1741 el vómito negro invade Málaga, el cardenal Molina, presidente del Consejo de Castilla y de la Junta Suprema de Sanidad nombra a dos médicos de la Regia Sociedad Sevillana para la inspección. También en Madrid nombra una comisión de tres médicos de Cámara —la actuación de los primeros médicos será siempre importante en las consultas de los burócratas—, que queda en Madrid. Las noticias enviadas desde Málaga son pasadas a la comisión y ésta informa a la Junta de Sanidad. Es interesante el mecanismo burocrático puesto así en marcha. La otra inspección que será de enorme interés en el XVIII es la que realiza Joseph de Masdevall con motivo de las fiebres tercianas de 1783-86. Pero de ésta ya tendremos tiempo de ocuparnos en adelante. Muchos ilustres médicos ilustrados quedaron unidos a inspecciones de epidemias: Mociño, Aréjula, Lafuente, Queraltó, Cabanellas..., sirvieron bien este nuevo aparato sanitario ilustrado (16).

Aparato sanitario que, montado contra la peste, nunca tuvo que luchar directamente contra ella, sino contra enemigos muy diferentes. Veámoslos.

---

(15) Conde de Cabarrús, *Cartas*, págs. 226-227.

(16) Véase como ejemplo, J. C. Arias Divito, "La actuación de Mociño en la fiebre epidémica de Andalucía (1804-1805)", *Hispania* 114, págs. 147-165, 1970.

Sobre la actuación de estas instituciones ilustradas puede verse J. L. Carrillo, "Una institución sanitaria ilustrada: la Junta de Sanidad de Málaga", *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 12, págs. 447-465, 1973; también J. L. Carrillo, L. García Ballester, "El comportamiento de las clases y grupos sociales de Málaga en las epidemias de fiebre amarilla", *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 11, págs. 77-116, 1972. Sobre desacuerdos entre inspectores y médicos, A. Hermosilla Molina, "Desacuerdos de los médicos sevillanos con el inspector de epidemias, Ambrosio Ximénez de Lorite, durante la epidemia de fiebre amarilla del año 1800", IV Congreso Español de Historia de la Medicina, *Actas*, I, págs. 293-297, 1975.



Leyendo a Joaquín Villalba o a otros autores de la época, el siglo XVIII más que el siglo de las luces merece ser llamado el siglo de las fiebres. En España —y en Europa en general— se diagnostican por todas partes y a toda hora. Se trata, pues, de una enfermedad que aumenta a lo largo del siglo. Ahora bien, ese aumento tiene mucho de mejora en el diagnóstico. De manera semejante a como hoy el cáncer aumenta en buena parte por un diagnóstico más precoz y más acertado, igual sucedió con la detección de fiebres. Aparte, subsistían razones poderosas que mantenían estas enfermedades. Por una parte, los desplazamientos de los ejércitos y la falta de una medicina militar contribuían al mantenimiento del tifus exantemático. A ello y a todo tipo de fiebres contribuía el hambre, la pobreza y la mendicidad inherentes a muchas zonas de nuestro suelo (17). Por otra parte, estas humildes hermanas resplandecían ante la falta de la enfermedad reina, la peste bubónica. Los médicos se esforzaban en la búsqueda de estas enfermedades, cuyo aumento no sólo se produce en España; en toda la cuenca mediterránea el paludismo continuó siendo enfermedad frecuente. No es nada extraño que en la ópera de Mozart de 1788, **Don Giovanni**, el criado de Don Juan, Leporello, atribuya el escalofrío de miedo ante la estatua del comendador a un súbito ataque de fiebres tercianas.

El diagnóstico era difícil. M. Foucault muestra cómo las enfermedades epidémicas se escaparon de la garra de la medicina clasificatoria. Y si el diagnóstico era difícil para ellos, mucho más lo es para nosotros. Sin embargo, se ha intentado este diagnóstico retrospectivo y con bastante éxito. Hay dos posibilidades para intentar aclararse en la confusa nomenclatura de la época. Una de ellas es el diagnóstico de tipo estacional, tal como se plantea Goubert para Bretaña. Aprovechando algunos dietaristas médicos de la época puede ver el ritmo estacional de presentación de enfermedades (18). Otra es el estudio del trazado epidémico, tal como lo intenta Parrilla para Galicia, estudiando datos diarios de archivo de hospitales y parroquias. Así, se puede distinguir entre fiebres pútridas de presentación estival, que corresponderían a la fiebre tifoidea y similares, y fiebres catarrales en el invierno, que englobarían gripes, tuberculosis, bronquitis, bronconeumonías y pleuresías. Así ha podido Miguel Parrilla localizar las epidemias de gripe de La Coruña de 1740 y 1753 y la de tifus de 1809 (19).

Quisiéramos proponer otro diagnóstico que nos sugirió la lectura de la obra de Villalba (20), quien emplea, como es sabido, tratados médicos para su reconstrucción de la historia de la epidemiología. Simplemente

---

(17) Son interesantes las quejas por la falta de una medicina militar, así Francisco Bruno Fernández, *Tratado de las epidemias malignas, y enfermedades particulares de los ejércitos*, Madrid, 1776.

La relación entre hambre y epidemias ha sido bien estudiada en las obras de Meijide, Eiras Roel, García Lombardero, García Guerra, Parrilla Hermida... respecto a la historia de la enfermedad y la alimentación en Galicia.

(18) J. P. Goubert, *Malades et médecins en Bretagne, 1770-1790*, París, 1974.

(19) M. Parrilla Hermida, "Una página de la historia sanitaria de La Coruña. La epidemia de 1809 y el primer cementerio general de la ciudad", *Revista del Instituto "José Cornide" de Estudios Coruñeses* 5-6, págs. 153-171, 1969-1970; "Apuntes históricos sobre la hospitalización castrense en La Coruña: Historia de su Hospital Militar", *Asclepio* 25, págs. 179-252, 1973.

(20) J. Villalba, *Epidemiología Española*, 2 vols., Madrid, 1802.

estudiando los diagnósticos, se ve que cambian por entero a mediados de siglo. Antes se identifican fiebres epidémicas, sobre todo catarrales y pútridas, después estas etiquetas desaparecen casi por completo y son sustituidas por la de fiebre terciana. A partir de 1760 comienza una auténtica "caza de brujas" de fiebres tercianas, en 26 años (1760-1786) aparece el diagnóstico 17 veces, barriendo a los otros antes omnipresentes. Y la fecha es interesante. Los años cincuenta son de importancia en la historia de España, es la época de la muerte de Fernando VI, loco, y la subida al trono del taciturno Carlos III. Son los años en que comienza la coyuntura alcista en los precios agrícolas, con un enorme aumento de la renta de la tierra y de las materias primas. Son los años en que comienza entre nosotros el despotismo y la ilustración bajo los monarcas Carlos III y Carlos IV. Son también los años en que el paludismo, de manera muy distinta a otros países de la Europa Occidental, parece aumentar entre nosotros.

Y esto nos lleva al tema que nos interesa: el paludismo en la España ilustrada. Las epidemias de fiebres tercianas —a veces de cuartanas— son muy frecuentes entre nosotros, sobre todo han sido estudiadas en Valencia, en Cartagena, en Ciudad Real y Almodóvar del Campo (La Mancha) (21). Nos centraremos en Valencia, tierra cuyos problemas por muchos motivos conocemos mejor. Además, es un lugar en que la relación medicina-economía, medicina-sociedad aparece bien patente. Se nos muestra muy clara la relación del aumento del paludismo con el aumento del cultivo del arroz. Esto ya quedaba claro para los valencianos desde el siglo XIV, pero la enorme riqueza de este cultivo impedía que desapareciera. El arroz era muy productivo y el régimen señorial y la dureza de los contratos sólo eran paliados por esa riqueza de producción, y por ello, propietarios, arrendatarios y jornaleros defendían —aquéllos siempre, éstos a veces— el cultivo. Como consecuencia del encharcamiento necesario al cultivo del arroz, las larvas de los mosquitos proliferan y el paludismo es endémico en toda la zona arrocerá. A veces produce epidemias, sobre todo cuando se junta a otras enfermedades de tipo tífico, febril o exantemático. El rápido despegue de la coyuntura alcista facilita la extensión de los arrozales y el mosquito se encarga de redoblar sus ataques. El aumento de los cultivos y el incremento de sus precios de venta por el crecimiento de la demanda facilita, pues, la enfermedad. En cada ataque de fiebres tercianas, los trabajadores y las autoridades solicitan que se disminuyan los cultivos, en especial que se alejen de Valencia —donde residen los propietarios y las autoridades—, mientras que los señores quieren que en sus tierras se mantengan los sembrados. Madrid, deseosa de que todos sus súbditos vivieran bien, los señores para cobrar las rentas y apoyar a la corona y los siervos para consumir, rezar por el rey y morir en paz sin perturbar el orden público, intenta llegar a soluciones de compromiso. No ataca de raíz el mal, pero sí combate la enfermedad. Es casi imposible que desde Madrid se prohíban los arrozales, y las pequeñas limitaciones son pronto eludidas por los propietarios y los mismos jornaleros que ya han olvidado su enfermedad. Y, sin embargo, los médicos dejan bien claro el motivo de esta endemia, Andrés Piquer lo expone al rey, la univer-

(21) M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs. 39 y ss., "Cultivos de arroz y paludismo en la Valencia del siglo XVIII", *Hispania* 121, págs. 277-375, 1972; J. Soler Cantó, *Cuatro siglos de epidemias en Cartagena*, Cartagena, 1970; J. López-Salazar Pérez, "Evolución demográfica de la Mancha en el siglo XVIII", *Hispania* 36, págs. 233-299, 1976.

sidad de Valencia lo afirma, el botánico y geógrafo Cavanilles lo prueba estadísticamente por medio de registros parroquiales (22) y también el ayuntamiento por medio de encuestas que muestran la morbilidad y la mortalidad. Son éstos dos estudios de higiene pública de indudable calidad. Pero las prohibiciones son mínimas. Se limitan al mantenimiento de los costos que Fernando VI aprobara en 1753 por influjo de Piquer y a prohibir las siembras a una legua de la capital. Era poco prohibir y en la realidad hasta estos límites se contravenían.

No sólo parece que aumentaban estas fiebres, sino que, lo que es más grave, en otros países tendían a desaparecer. Así, en Inglaterra, donde la precedente revolución política había permitido importantes cambios en la producción agrícola y ganadera. El sistema de barbechos desaparecía, las tierras buenas se cultivaban, las malas se dedicaban a pastos. Con esto las tierras pantanosas eran aprovechadas y el ganado mejoraba; estos animales se desarrollaron rápidamente, en especial el ganado vacuno. El sistema de **enclosures** permitía que el ganado se criara mejor y aislado unos de otros, con lo que disminuía la parasitación. Además, mientras el mosquito gusta de sangre vacuna, el plasmodio parece que no, produciendo este cambio animal una importante disminución de la enfermedad. Por el contrario, en España, la prolongación del modo de producción feudal impedía cambios en la propiedad de la tierra y en su cultivo. Nuestro ganado vacuno era escaso y malsano, terribles epizootias, en especial la de 1774, esquilmaron nuestras raquíticas cabañas. Pero si la clase dominante no estaba interesada en cambios económicos, sí lo estaba en mejoras sociales que mejorasen el consumo de las clases inferiores y les disuadiesen de reclamaciones violentas y alteraciones del orden público. El pensamiento fisiocrático francés está cerca del ilustrado.

Podía perfectamente el gobierno iniciar campañas de higiene pública que acabasen o que tendiesen a acabar con la enfermedad. Así, se plantean por una parte estos estudios de distintas instituciones —ayuntamiento, médico real, Cavanilles, facultad de medicina, etc.— y por otra una campaña a nivel nacional contra estas epidemias. José de Masdevall es nombrado inspector y su método, que se conoció como **opiate** de Masdevall, fue considerado como panacea universal. En realidad no era muy original, Joseph Alsinet en sus **Nuevas utilidades de la quina**, publicado en 1763, y de nuevo en 1774, ya recomienda esta droga unida al emético, base fundamental de la **opiate**. También Piquer en su **Tratado de calenturas** recomendaba la quina en las fiebres tercianas. Pero la ayuda que Masdevall recibió hace que el remedio quedase unido a su nombre. No sólo fue protegido por el rey, con su nombramiento y sus comisiones, otros muchos comisionados, nombrados por él con frecuencia, llevaron su método allí donde unas fiebres aparecían. No hay duda que la quina es un excelente tratamiento en contra de las fiebres y que ayudada con remedios higiénicos sería de enorme utilidad. El Protomedicato, la Junta de Sanidad, la Universidad de Cervera y otros muchos institutos y personajes apoyaron el nuevo método, secundando a este inquisidor, martillo de las nuevas brujas (23).

(22) M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs. 39 y ss.

Pero al igual que en las antiguas cazas de brujas, el tratamiento no iba al fondo. Los médicos se limitaban a aliviar y a no dañar. Los tres nombres mencionados y posteriormente Cibát insisten en la necesidad del empleo de la quina y casi todos están de acuerdo en que el tratamiento sea lo menos cruento posible. La sangría empieza a ser abandonada, en ello insisten Masdevall y Cibát. Entroncan con una antigua tradición médica que en las enfermedades epidémicas da más importancia al vigor físico que a la acción expulsiva de la sangría. Ya Porcell en el siglo XVI recomienda su uso en las epidemias de peste y en el XVII y XVIII recogen otros su tradición (24). Esta acción ilustrada debió ir poco a poco ganando adeptos, como lo muestra una graciosa anécdota que recoge Joaquín Villalba. En 1729, en un pueblo español, el gobernador y alcalde mayor prohíbe "los disciplinantes en la semana santa de aquel año por haberse experimentado peligrosa la efusión de sangre en la referida constelación" (25). Aunque la sangría seguía siendo remedio muy recomendado, parece que poco a poco tiende a ser combatida, en busca de un sano hipocratismo, tendente a no lesionar inútilmente (26).

Pero esto no era suficiente, y los médicos también sabían que era necesario una campaña de desecación de las zonas palúdicas. Lancisi lo había demostrado a principios de siglo con la limpieza de las lagunas pontinas, que había empezado el saneamiento de la región romana. Y en los médicos españoles está presente este ejemplo y así lo quieren para Valencia o Cartagena. Está en las obras de Piquer, Cibát, Rodón y Bell..., pero en algunas regiones era difícil. En Valencia se junta con el alto precio de las obras la necesidad de atacar a los arroceros. Y esto era difícil, era un cultivo que producía mucho dinero para el erario público y privado, y por ello ni los señores ni las autoridades estaban en último término interesados en terminar con estos cultivos. Así que no se hiciera ninguna auténtica reforma sanitaria y por ello el paludismo continúa en Valencia, y en España, hasta el siglo XX. Esto explica la terrible epidemia de 1844 y las duras palabras de Monlau y de Peset y Vidal contra los arroceros valencianos a mediados del XIX. Y, sin embargo, los médicos nunca ignoraron esta relación enfermedad —cultivos e insistían en la necesidad de una auténtica renovación higiénica, pero los problemas económicos y sociales eran demasiado graves para que se llevara a efecto. Así, Cibát, en 1806

(23) Interesantes aspectos de esta "caza de brujas" puede verse en el relato de J. Villalba correspondiente al año 1786. También algunos aspectos biográficos de Masdevall, en A. Vázquez Domínguez, "Notas para la vida y obra del caballero Masdevall", *Asclepio* 4, págs. 285-289.

El uso de la quina en las fiebres es tópicamente en la época, entre los médicos puede considerarse la rotunda afirmación de Andrés Piquer: "Quando ya se hayan echado fuera del cuerpo las causas, que llamamos dispositivas, a lo menos por la mayor parte, se ha de venir al uso de la *quina*, que es el único, y mas eficaz remedio, que hay para esta enfermedad, y no hay necesidad de buscar varias fórmulas para darla, porque la experiencia muestra, que los polvos de la *quina* bien escogida, de por sí solos hacen mejores efectos, que mezclándolos con otras medicinas", *Tratado de las calenturas según la observación, y el mecanismo*, Valencia, 1751, pág. 241. Este tratamiento de las fiebres puede encontrarse también en no especialistas, tal como veremos en Cabarrús o como se indica en una carta manuscrita del P. Miguel Zorita titulada "Sobre un Método fácil, pronto, varato y seguro, de curar con la Quina las tercianas desde su principio...", en la Biblioteca Menéndez Pelayo de Santander, Mss. n.º 355, carta XXX. Antecedentes en F. Guerra, "El descubrimiento de la quina", *Medicina e Historia*, 69, junio, 1977.

(24) Véase esta tradición en A. Carreras Panchón, *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*, Salamanca, 1976, y en J. L. Peset y otros, "Los médicos y la peste...".

(25) J. Villalba, *Epidemiología...*, Vol II, pág. 183.

(26) Sobre el abuso de la sangría en España, véase M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs.

denuncia la necesidad de una campaña higiénica que luchase contra el contagio, desecase las zonas palustres y se englobase en un movimiento higiénico adecuado (27).

Y es interesante que también Cabarrús observe con cuidado las tercianas. Las ha visto en muchos lugares, en especial le llaman la atención las de la Alcarria y la Mancha. “Yo he bosquejado a vmd. el horrible cuadro de esta especie pocos años ha; pero las observaciones que hice entonces, me hacen dudar de la verdadera causa a que deban atribuirse. Es cierto que las aguas pantanosas suelen ser las más evidentes y más seguras, y el remedio corresponde a las obras públicas, que deben darlas corriente, o desecar los terrenos que ocupan”. Pero la presencia de tercianas en sitios secos, le hace dudar. “Estas observaciones me harían discurrir que los malos alimentos, el rocío de las noches para el pobre que prefiere la inclemencia al ambiente abrasador de su reducida y mal abrigada choza, en fin, la falta de ropa para mudar la que se halla demasiado humedecida; todo esto contribuye a las tercianas; y si así fuese, el origen de éstas sería la miseria, y las providencias que disminuyesen ésta, disminuirían también aquella epidemia” (28). No resulta extraño que establezca un sistema público de lucha contra las tercianas, basado sobre todo en la ayuda económica —cajas de socorros públicos— a los labriegos y en hacer un comercio estanco de la quina, para que el gobierno controlase su calidad. “Generaciones enteras agostadas por la terciana, a falta de este auxilio, reclaman desde sus sepulcros la atención y el celo del Gobierno en un punto tan interesante” (29).

Pero el paludismo no desaparecería de España hasta el siglo XX, cuando el DDT matara al mosquito **Anopheles**. Además, muy pronto otra enfermedad, brutal y peligrosa, haría desaparecer el miedo a estas, en comparación, benignas fiebres.

#### IV. Un nuevo huésped: la fiebre amarilla

Si el triunfo sobre la peste marca el fin de la decadencia española y el combate contra el paludismo la ilustración, hay otra enfermedad que preside el ascenso de la burguesía al poder, el fin del antiguo régimen en España. La revolución burguesa, las luchas entre nobleza y burguesía, se producen en el primer tercio del siglo XIX y las acometidas del vómito negro —de la **yellow fever**— son también de estos mismos años. Y una vez más enfermedad y política anduvieron íntimamente mezcladas. La fiebre amarilla se mantenía endémica en el Caribe, mostrando sus habitantes un nivel de inmunización muy alto. Era, por tanto, una enfermedad de gran acometividad contra los europeos. Era enfermedad de fácil transporte,

(27) Son varias las indicaciones de Cibot, véase M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs. 98 y ss.

(28) Conde de Cabarrús, *Cartas*, págs. 242-243.

(29) Conde de Cabarrús, *Cartas*, págs. 245-246. Denuncia el mal comercio de la quina en España en las págs. 244-245. Todavía son más duras las palabras de A. Cibot sobre el criminal comercio de este producto, *Memoria sobre el problema ¿por qué motivos o causas las tercianas se han hecho tan comunes y graves en nuestra España?*, Madrid, 1806, págs. 120-121. Años después Federico Rubio se quejaría de la especulación a que son sometidos los anestésicos, sin duda estas prácticas en nuestra historia farmacéutica fueron precoces y extendidas.

pues el mosquito —el *Aedes Aegypti*— depositaba sus larvas en las barricas de agua de los navíos, que producían asombrosas epidemias en medio de un crucero. Los marinos ingleses la temían y la denominaban "Yellow Jack". Así no es de extrañar que llegase a Europa con cierta frecuencia (30). En España hay episódicas epidemias en el XVIII, las más importantes fueron la de Cádiz de 1730-1731 y la de Málaga de 1741. Pero es a partir de 1800 cuando de manera constante invade España. Naturalmente proviene del comercio con Indias y de una mala organización sanitaria, que no podía evitar el contrabando y los descuidos sanitarios.

El estudio de las epidemias de fiebre amarilla en España (31) se puede hacer desde dos puntos de vista, o bien considerando los lugares que ataca o bien las formas de lucha contra la enfermedad. Desde el primer punto de vista, hay más o menos dos períodos, las epidemias andaluzas y las del noroeste español. Las primeras se circunscriben al sur con lento progreso hacia el norte. La de 1800 llega a Cádiz, Jérez de la Frontera y Sevilla, en 1801 a Medinasidonia. La de 1803-1804, amparada por las crisis de hambre que en esa época recorrieron la península, empieza a apuntar hacia el este. Ataca Málaga, Granada, Córdoba, Sevilla, Cádiz... y también Murcia, Alicante e incluso Valencia. Lo mismo sucede con la de 1810-1813, hermanada a la guerra contra el invasor francés llega a Cádiz, Málaga, Murcia y Alicante. Diferentes son las del trienio, 1819-1821, que sin respetar el sur se ensañaron más en el noroeste. Así, en 1821 la enfermedad es llevada directamente de Cuba a Barcelona y de ahí a Cataluña, Aragón y Baleares. Varias razones apoyan o explican este cambio de latitudes. Hay una indudable, debida a Francisco Guerra (32), que se refiere a efectos de inmunización. Sin duda, la enfermedad en sus ataques a Andalucía iría poco a poco inmunizando la población, le sería necesario, pues, buscar nuevos derroteros por donde propagarse y nuevas poblaciones donde asentar. Pero también hay otras razones de ese ataque en 1821 a Barcelona, puede tratarse del efecto de las circunstancias políticas y económicas. Por una parte cada vez la importancia del puerto catalán es mayor a lo largo del XVIII y principios del XIX, los barcos de América son frecuentes y por tanto no es extraño que en ellos las barricas o los marineros importasen el terrible mal. Por otra, y ésta es una afirmación peligrosa que luego tendré que matizar, el liberalismo luchaba peor contra la enfermedad epidémica que el absolutismo. ¿Por qué?

Tal vez el segundo enfoque que proponíamos para el estudio de las epidemias de fiebre amarilla pueda ayudarnos en nuestra afirmación. Veamos cómo se enfrentaban a esta enfermedad los distintos gobiernos absolutistas y liberales. Lo veremos desde el prisma de las decisiones gubernamentales y lo veremos también desde la teoría médica. En ambos terrenos, el tema central será el del contagio. Según se determinaba que la enfermedad era contagiosa o no, se procedía o no al cierre del comercio y las comunicaciones. Y esta decisión era trascendental. No lo era tanto para

(30) W. H. McNeill, *Plagues and Peoples*, págs. 213-214.

(31) M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs. 101 y ss.

(32) F. Guerra, "The Influence of Disease on Race, Logistics and Colonization in the Antilles", *J. trop. Med. Hyg.* 69, págs. 23-35, 1966; "Manuel Codoniu Ferreras (1788-1857). Azares de un médico liberal en la sociedad hispanoamericana del siglo XIX", *Medicina e Historia* 30, diciembre 1973.

los absolutistas, para la nobleza terrateniente que dependía de la renta de la tierra. Lo era mucho para los liberales, la burguesía comercial y manufacturera que dependía de los beneficios de comercio e industria. Era por tanto muy importante esta decisión médica y las medidas consiguientes que el gobierno adoptara.

Aunque las generalizaciones en este punto son difíciles, creemos poder afirmar que la política gubernamental en los períodos absolutistas protegía la declaración del contagio, mientras que en los liberales se dificultaba lo más posible. También hay que añadir, desde luego, una condición supletoria que justifica esta actitud y es la dificultad de existencia de los gobiernos constitucionales. El período 1808-1814 está envuelto en guerras y hambres, en el trienio 1820-1823 la amenaza continua de la vuelta de los absolutistas, al final conseguida con ayuda francesa, dificultaría todas las medidas sanitarias tomadas.

El sistema de enfrentamiento de los gobiernos absolutistas con la enfermedad es el tradicional, el que ya hemos visto al ocuparnos de la peste. Se basa en ese doble sistema de juntas y comisiones. Las primeras más estables, más burocratizadas, las segundas más ágiles, más adaptables a cada epidemia. Pero todas, desde su nacimiento y agravadas con el tiempo, han adolecido de dos graves inconvenientes. El primero, ése que señalaba Cabarrús de falta de elementos médicos y abundancia de burócratas, de jurisconsultos, dirá él. La segunda, la disociación entre los intereses centrales y los concretos de cada lugar afectado. La centralización burocrática y política que está sufriendo España con los Borbones y se acrecentará con los liberales, produce que muchas veces las decisiones de Madrid no convengan a lo que cada epidemia exige. Muchas veces la **opiata** de Masdevall encontrará resistencias entre los médicos locales, o las prescripciones de unos mínimos cotos entre los arroceros valencianos. Mucho más sucederá cuando se trate de declarar epidémica una enfermedad y cerrar el comercio por su causa. Sin embargo, los gobiernos absolutistas de Carlos IV y Fernando VII seguirán con estos lazaretos que no gustarán a la burguesía cada vez más poderosa. Este carácter tienen la instrucción de Sanidad de 23 de junio de 1803, el reglamento de lazaretos de Godoy de 28 de febrero de 1805, o la inauguración en 1816 del lazareto de Mahón (33).

Los liberales, por el contrario, serán enemigos de estos sistemas de aislamiento e incluso de todos aquellos sistemas de protección que dificultaran en exceso el nacimiento del libre mercado. En sus decisiones en materia de sanidad o bien seguirán más o menos fielmente las medidas tomadas por anteriores gobiernos absolutistas, o bien no conseguirán innovar nada por el momento en materia de higiene pública. Tal vez el mejor testimonio de este fracaso fue la imposibilidad de las cortes del trienio de obtener un código de sanidad. Y se intentó con mucho interés. Era necesario un sistema nuevo y total de sanidad que impidiese a las nuevas epidemias difundirse. Además, en aquella época parecía más necesario que nunca. La peste había vuelto a entrar en España y la fiebre amarilla había llegado a latitudes europeas hasta entonces desconocidas.

(33) También se ocupa Cabarrús del tema de los lazaretos, *Cartas*, pág. 227.

Barcelona y la antigua corona de Aragón sufrían de este contagio. Los liberales plantearon un nuevo sistema sanitario recogido en forma de código, método legislativo muy grato a los ilustrados y, mucho más, a los liberales. Era un procedimiento globalizador, racionalizador, centralizador con frecuencia, eficaz..., que agradaba mucho a los nuevos gobernantes. Todo nuestro XIX jurídico es un esfuerzo de coherencia jurídica y administrativa, y la sanidad española estaba muy necesitada de estos cambios.

La elaboración de códigos no es —desde luego— invención liberal, pero sí una de sus más caras y hondas aspiraciones. Los códigos ilustrados —en España no hubo sino intentos— se multiplicaron en el siglo XVIII. Pero son los liberales quienes, a partir del **Code des français** de 1804, los redactan en toda Europa, condensando y simplificando leyes y preceptos en cuerpos de contenido reducido y sistemático. Los códigos del liberalismo significan grave novedad. Son ordenaciones de normas sobre una materia, colocadas en las mallas de un articulado coherente, enunciadas en formas simples, sencillas, directas. Son redacciones de nueva planta que no se contentan con sistematizar y armonizar preceptos anteriores, de diversa procedencia cronológica, sino que meditan las cuestiones, las analizan y dan soluciones racionales. No consideran sus disposiciones productos de un lugar y tiempo, de una circunstancia, pues —optimistas en su racionalismo— creen descubrir los principios jurídicos intrínsecos y eternamente válidos. Por ello, debido a los intereses de amplias capas de población que se elevan al poder, es explicable la intensa mutación que introducen en las instituciones del Antiguo Régimen, en sus leyes y formas de vida colectiva. También hacen posible la influencia de las fórmulas y soluciones francesas —justas, perfectas— en todos los códigos de la Europa liberal, porque lo particular y propio había de ceder ante las ideas y preceptos universales.

¿Por qué no se consiguió la aprobación del código de sanidad liberal? Algunas razones las adelantamos ya, en especial la muy básica de evitar que la declaración de contagio y las medidas de aislamiento dificultaran el comercio y el nacimiento del nuevo mercado. Otras nos ocuparán más adelante, así la dificultad de los médicos en llegar a un acuerdo sobre la contagiosidad o no de algunas enfermedades, tales como el vómito negro, y sobre la eficacia de las medidas de aislamiento. Ahora nos interesan aquéllas que se desprenden de la actuación política del nuevo estado liberal. Razones de tipo administrativo y jurídico, incluso de financiamiento de la sanidad. La misma comisión parlamentaria encargada de su dictamen, se escindía en votos particulares, que no estaban de acuerdo con la mayoría. Por una parte, no gustaba a algunos comisionados y a otros diputados la creación de una Dirección General de Sanidad, en la cumbre del sistema, análoga a la Dirección General de Estudios. Eran éstos, organismos con cierta independencia del Gobierno, formados por facultativos en su mayoría y dotados de suficiente poder para su actuación. Sustituiría a la Junta Suprema de Sanidad, pero con mayores facultades sobre las Juntas provinciales y municipales. Su establecimiento podía ser costoso sin necesidad alguna.

También había fuerte oposición contra la enormidad de los castigos que se establecían en el proyecto, donde la pena capital se aplicaba con mayor generosidad que en el código penal. Los liberales no podían admitir excesos draconianos —por otra parte, tradicionales en la legislación sobre



preservación de epidemias—, ni tampoco que la justicia dependiera, en parte, de las autoridades sanitarias y no de las ordinarias. Se temía, en definitiva, el excesivo poder sanitario que tornase los remedios y prevenciones en excesos, que se asemejase a las medidas de la sanidad absolutista. “No ha sido feliz en esta parte la comisión —decía un diputado—. En efecto, se nos presenta en este proyecto un poder desconocido en el sistema constitucional; se nos presenta una nueva división de poderes, a saber: poder legislativo, ejecutivo, judicial y poder sanitario: ¿cómo podría esto aprobarse? Se establece en toda la Monarquía una autoridad nueva y aún autoridad independiente; se establecen, en fin, cosas en que no sé cómo se ha podido pensar” (34). Y la Comisión retiró el Código devolviéndolo al gobierno.

Todas estas medidas legislativas se apoyan en criterios médicos. Naturalmente siempre que el poder esté muy interesado en encontrar partidarios, puede hallarlos. Así, en los períodos absolutistas hay muchos médicos que están de acuerdo con los criterios contagionistas y en los liberales con los anticontagionistas. Respecto a la fiebre amarilla, en el primer período, encontramos interesantes obras que defienden su contagiosidad y además suelen ser buenos propagadores de la quina en el tratamiento de las fiebres. Así, las obras de Tadeo Lafuente, de Juan Manuel de Aréjula o de Antonio Cibot tienen este carácter. El primero, comisionado regio para las epidemias de Gibraltar y Murcia, en sus obras de 1803 y 1805, defiende primero la **opiat** y luego la quina pura. Además recomienda el aislamiento en chozas de paja, pues supone que la ventilación evitará el contagio. Esta es también una buena novedad para España, paralela a las innovaciones que la medicina militar está introduciendo en materia hospitalaria, tales como la **indian hut** del americano James Tilton. Aréjula insistirá en 1806 en el uso de la quina y en el aislamiento, empezando sus luchas contra las fumigaciones ácidas, que él mismo ha practicado, pero reconoce siempre inútiles (35). Aparte, a esta primera época corresponden las traducciones de las obras de Rush, adulterada con un prólogo contagionista, las obras de los Piguillem, todavía contagionistas, la difusión de la obra de Berthe de 1802...

Pero en los períodos liberales, las ideas cambian bastante. Empieza la politización de las ideas científicas sobre el contagio. Se considera que toda la realización anterior en higiene pública es obra de un “oráculo torpe y alucinado, de cuyas estúpidas insinuaciones pende la suerte de una nación”. Es clave que al publicar Ramón López Mateos —autor de estas palabras— sus **Pensamientos sobre la razón de las leyes derivadas de las ciencias físicas**, considere que éste ha sido el caso de la higiene pública y policía, y tome como ejemplo el comportamiento en las recientes epidemias de fiebre amarilla. Es curioso, pero innegable, que el mantener que esta enfermedad es contagiosa se considerará como pensamiento reaccionario, fiel a los déspotas Borbones. Oigamos sus alegaciones: “Pero esto

(34) M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs. 175 y ss. Las palabras de Gómez Becerra en *Diario sesiones Cortes, 1822-23*, I, págs. 685 y ss., en 20 de noviembre de 1822.

(35) J. L. Carrillo, P. Rieva Perelló, R. Gago, “La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J. M. Aréjula - M. J. Cabanellas)”, *Medicina e Historia* 67, abril 1977.

Sobre las novedades hospitalarias de J. Tilton, véase J. D. Thompson, G. Goldin, *The Hospital: A Social and Architectural History*, New Haven and London, 1975, págs. 151-153.

no se podía verificar, porque no era lícito contradecir la opinión del contagio, ni de palabra, ni por escrito, por no caer en la indignación de quién acordó el acordonar con tropas las poblaciones, y no podía tener el talento necesario para reformar el decreto, si prevalecían contra él la experiencia y la razón. No faltaron entonces médicos de entereza y de crítica que declararon altamente contra la preocupación fatal del contagio, pero o no vieron la luz pública sus escritos, o los ahogó inmediatamente un poder opresor y tiránico" (36).

Las primeras obras de este período suelen ser de mala calidad. Así, las de Luis Santiago Vado o las de Miguel José Cabanellas, quien curiosamente es un absolutista y enemigo de Aréjula. Pero son anticontagionistas y autores de obras de segunda fila. En el primer período liberal solamente descuella la obra de Bartolomé Mellado, ferviente contagionista en Cádiz y redactor de un primer proyecto de código de sanidad. Ya en el trienio los autores serán de mayor calidad, en especial las obras de Salvá y Campillo, de Francisco Piguillem o de Manuel Hurtado de Mendoza. La obra del primero es, sin duda, la de mejor categoría. Su texto, **Colección de trozos inéditos relativos principalmente a la supuesta importación de la fiebre amarilla de Cádiz del año 1800**, publicado en Barcelona en 1820, es una fuerte diatriba contra las obras de los contagionistas y la labor realizada por el Gobierno apoyado en sus ideas. Prudentemente, o quizá muy inteligentemente, ataca a los autores extranjeros, notablemente el **Précis historique...** de J. N. Berthe, y la **Relación de la calentura bibliosa...** de B. Rush, en especial su traducción española; igualmente las medidas adoptadas por el anterior Gobierno. Sobre todo, combate las prohibiciones de impresión o de distribución de ciertas obras y el arresto de empleados de sanidad hecho en Cádiz por el gobernador Tomás de Morla. Para ello publica su correspondencia con médicos y autoridades gaditanas durante la epidemia de 1800, que hasta el momento no se había atrevido a dar a luz. Con estos documentos cree dejar bien sentada la no contagiosidad del mal amarillo (37).

Las teorías sobre el contagio se politizaron. Unas ideas, en apariencia neutras de contenido político, se convirtieron en armas de lucha durante el trienio liberal. Los serviles partidarios de la monarquía absoluta aprovecharon la epidemia de Barcelona. Rebeldes se levantaron en la montaña contra el Gobierno, mientras los sacerdotes clamaban desde los púlpitos acusando a los liberales de haber atentado contra el altar y el trono y haber incurrido en la ira divina, trayendo sobre ellos la enfermedad. El gobernador eclesiástico del obispado de Barcelona se ve obligado a declarar que la enfermedad no se debe a un cambio de la forma de gobierno, sino a la relajación de las costumbres. ¡Qué hábil prelado!

Por su parte, los constitucionales exaltados tampoco dan muestras de gran serenidad. Acusan a los serviles de exagerar la gravedad del mal. Es reaccionario el médico que afirma que la enfermedad es contagiosa. A primera vista parece imposible esta deformación de unas teorías científicas, pero si recordamos algunos datos quizá no parezca ya tanto. Recorde-

(36) La obra de López Mateos es editada en Madrid en 1810, cita en pág. 176.

(37) M. y J. L. Peset, *Muerte en España*, págs. 155 y ss.

mos que las medidas tomadas por los monarcas borbónicos —los liberales las consideraron despóticas— se basan en la idea de contagio. No olvidemos tampoco que esas precauciones consistían en aislar completamente la población afectada, arruinando, por tanto, su comercio y actividad. La riqueza de Barcelona podía sufrir bancarrota por las medidas sanitarias contra la fiebre amarilla y pensemos que los nuevos liberales no son sino la burguesía de Cataluña, especialmente comercial. ¿Qué tiene de extraño que la idea del contagio se considere nociva y absolutista? ¿Qué extraña en el hecho de que dos ricos comerciantes adelantaran el dinero necesario para los cuidados sanitarios barceloneses?

No es sorprendente que si en las cortes de Cádiz todavía los contagionistas parecían imponer su autoridad, en las del trienio ya no suceda así. En sus actuaciones, los diputados parecen no creer en el contagio, o al menos no se atrevían a afirmarlo. El médico Mateo Seoane, miembro de la comisión del código dudaría, destacaría otras ventajas de su texto, eludiendo pronunciarse sobre el contagio que no era máxima indiscutible en el día. En general, los diputados no pasaron de admitir dudas, como Istúriz al decir: "... suponiendo que ésta sea contagiosa...", refiriéndose a la fiebre amarilla. Pedrálvez o Trujillo —de la comisión de salud— defendieron con datos y contraargumentaciones la evidencia del contagio. Autoridades, ejemplos y argumentos se ventilan en aquellos debates sobre ideas médicas en las Cortes del trienio, por boca de éstos y otros diputados. Numerosas y doctas corporaciones españolas, numerosos autores sostienen el contagio pero también son muchos los anticontagionistas que, además, gozan del apoyo liberal. Entre ellos, Devèze, Mac Lean, Smith, Lassis, Rochoux, y entre los españoles, Piguillem, Durán y Porta, en pleno la Sociedad médica de Cádiz y más de cien facultativos de su provincia.

Es sorprendente que sean anticontagionistas los galenos residentes en las zonas más afectadas por la fiebre amarilla, Cádiz y Barcelona. ¿Por qué? Por de pronto, el tema era opinable desde aquel nivel histórico y los médicos gaditanos y catalanes gozaban de justo y elevado prestigio en la medicina de la época. No cabe duda de que el contagio introduciría graves temores en la población. Si la enfermedad era contagiosa, su diagnóstico determinaría aislamiento de enfermos, penosa paralización del comercio y la vida de las grandes poblaciones como Cádiz y Barcelona. Y los médicos eran liberales...

Además, este predominio del anticontagionismo no sucedió sólo en España. En general, en Europa y América las teorías del contagio se abandonaron hacia fines del siglo XVIII o principios del XIX. No era mal español este miedo ante las medidas sanitarias enérgicas, fue en general de todo el mundo capitalista que veía con temor que la enfermedad cortase el nuevo mercado internacional y la nueva revolución industrial. Respecto a Francia, se ve con claridad el diferente comportamiento de las dos comisiones enviadas en 1800 y 1821, a Cádiz y Barcelona. La primera es totalmente contagionista, mientras la segunda duda y, además, uno de los miembros, el antes mencionado Rochoux es contrario al contagio. El era ferviente enemigo del contagionismo y había dicho a sus compañeros al venir a España: "Si se trata de ella —de la fiebre amarilla—, no tiene nada de contagioso y la veremos juntos; si no es ella y la enfermedad reinante tiene alguna apariencia de contagio, como yo no soy enviado a estudiar una

enfermedad de esta naturaleza, me separo de ustedes y me retiro inmediatamente" (38). Huye de la ciudad a los seis días y es sustituido. Sin embargo, el honor francés puede quedar a salvo, pues otros miembros de la comisión, en especial Audouard y François, mostraron de sobra su coraje emprendiendo la autopsia de los enfermos y recién fallecidos.

Y en todo el mundo occidental pasó algo semejante. Mientras el capitalismo fue librecambista, mientras el *laissez-faire* impuso sus normas económicas, eran impensables medidas económicas que cortasen los intercambios y que supusiesen una excesiva intervención del Estado. No es de extrañar que en 1832, cuando el cólera llega a Norteamérica se le negase su carácter contagioso e incluso su carácter de especie morbosa. Ni tampoco que Chadwick encontrara en Inglaterra, en los años cuarenta, enorme dificultad para sus medidas sanitarias. O que Monlau dudara en España de las medidas aislacionistas contra el cólera. O que Pettenkofer bebiera un cultivo de bacilos coléricos para mostrar a Koch su inocuidad. El anticontagionismo duró muchos años, hasta que muchas novedades económicas, políticas y sociales no aparecieron, no se pudo variar la actitud ante la enfermedad. Algunos ejemplos pueden mostrar muy bien a qué tipo de cambio me refiero. En 1851 en el congreso médico internacional de París, quedó de manifiesto cómo los estados del norte —más librecambistas— eran enemigos totales de las cuarentenas, que eran apoyadas por los países más proteccionistas del sur. En los Estados Unidos de Norteamérica, el cólera sólo fue declarado contagioso en 1866, tras la victoria de los estados proteccionistas del Norte sobre los secesionistas del Sur. Y, el último y más tardío ejemplo, la invasión por el cólera en 1892 de la ciudad de Hamburg. Detengámonos un momento. La libre y hanseática ciudad de Hamburg gozaba de sus prerrogativas comerciales y autonómicas. Junto a ella, la muy conocida ciudad de Altona pertenecía al nuevo Reich prusiano, marcadamente proteccionista. En ésta, por presión central se había instalado un depurador de aguas, mientras Hamburg se negaba a ello. Pues bien, el cólera atacó duramente ésta, respetando la primera. Una línea, una calle separaba perfectamente la epidemia de Hamburg de la zona limpia de Altona. Las autoridades hamburguesas rectificaron inmediatamente, implantando un sistema de limpieza de aguas. Por tanto, hasta que el proteccionismo, hasta que el intervencionismo estatal no cundió en el mundo capitalista no fue posible tomar medidas higiénicas importantes ni siquiera admitir la contagiosidad de enfermedades tan devastadoras como la fiebre amarilla y el cólera. Sólo a partir de entonces la nueva mentalidad etio-patológica fue de pleno aceptada (39).

(38) L. F. Hoffmann, *La peste à Barcelone*, París, 1961, págs. 16-18, cita en última. Es interesante plantearse las causas del fin de la fiebre amarilla en España, sin duda algunas razones pueden apuntarse, la inmunización de la población, el fin del comercio con colonias, la mayor estabilidad político-sanitaria, etc. También será, a la larga, el descubrimiento de la transmisión de esta enfermedad. P. Domingo Sanjuán, "La transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito, gran descubrimiento de la España colonial", *Asclepio* 24, págs. 109-119, 1972.

(39) W. H. McNeill, *Plagues and Peoples*, págs. 273 y ss.

Es interesante rastrear entre los españoles este anticontagionismo referido al tema del cólera, así en P. F. Monlau, *Elementos de Higiene Pública*, 2 vols., Barcelona, 1847. Reconoce que es una enfermedad específica, pero le niega su carácter contagioso y niega la eficacia de las medidas higiénicas de aislamiento: "El cólera asiático es una enfermedad específica, y cuyos síntomas no la dejan confundir con otra alguna al que la haya visto siquiera una vez", vol. I, pág. 191; "El tifo asiático, concretándonos a su última invasión y a España, pudo ser verdadera y directamente contagioso en algún caso; pero en las más de las localidades no se le pudo reconocer más forma que la epidémica,

En la segunda mitad del siglo XIX, la medicina actual comienza, una medicina más eficaz y útil, que se distinguirá de las que vimos actuar contra la peste o las fiebres tercianas. Esta medicina ya no será improvisada, sino fija y además profiláctica, preventiva. Los sistemas de higiene pública serán estables y prevendrán el futuro. Tampoco será ya esta medicina fragmentaria o nacional, sino que tenderá a estatalizarse y a universalizarse. Los gobiernos se hacen cargo de manera coordinada de la salud de sus ciudadanos y los organismos de cooperación internacional son cada vez más frecuentes y útiles. Por último, ya no actuará esa "medicina" clerical, ni tampoco burocratizada, ahora estará en manos de técnicos y de médicos. Aquello que también, curiosamente, pedía el autor ilustrado que hemos estado empleando a lo largo de estas páginas, el conde de Cabarrús.

"Pero también es menester reunir y coordinar a éstos (los facultativos), pues ésta es la llave del templo de la sanidad.

La antigüedad, más justa, adoró en el mismo número la luz, la armonía y la salud: levantó altares a Esculapio; ¡y nosotros envilecemos su facultad! Después del arte que nutre los hombres, y del arte que los instruye, la que los cura es el objeto inmediato de nuestro desprecio; y tal es la exactitud de nuestra política inversa, que si hubiese alguna ciencia superior en utilidad a

---

ni más transmisibilidad que la infecciosa ordinaria. El veneno colérico residiría probablemente en la atmósfera, y en ella debieron aspirarlo los invadidos. Ese veneno miasmático, como casi todos los contagios y demás principios morbíficos, se desarrolla ferozmente en las clases pobres y en los pueblos o barrios sucios y mal ventilados. Se cebó con más particularidad en los hombres que en las mujeres: la niñez fue generalmente respetada", vol. I, págs. 190-191; "Las epidemias causan generalmente muchos más estragos en las clases pobres (que participan poco o nada de las ventajas materiales o morales de la civilización), que en las clases ricas o acomodadas. Las enfermedades más desastrosas se observan en los países donde más descuidada está la higiene pública", vol. I, págs. 174-175; "La peste asiática se burló de todas las precauciones: saltó los cordones sanitarios; los lazaretos y las cuarentenas fueron casi inútiles; no conoció barreras, y no dejó entrever regularidad alguna ni en su itinerario, ni en su modo de invasión. Es la enfermedad en que mejor pudo notarse la misteriosa acción de esa influencia tellúrica que no alcanzamos a descifrar", vol. I, pág. 190, en general págs. 180 y ss. En la tercera edición de 1871 insiste en la inutilidad de las barreras y en sus pésimas consecuencias: "Paraliza el tráfico, imposibilita el abastecimiento de los comestibles... condena a los pueblos a sufrir los males ciertos e inevitables que nacen de la escasez y de la miseria; aumenta el número de víctimas de la enfermedad; y causa finalmente la ruina de la fortuna pública...", vol II, pág. 339.

En M. González de Sámano se encuentra la misma opinión: "los contagios, pero más las epidemias, no respetan países, ni obedecen a climas, se ríen y aun se mofan de las medidas coercitivas que a su dique opone la especie humana, con tan escasa seguridad en sus buenos resultados"; escribe, remendando antiquísimos proverbios contra la peste, que la mejor medida contra epidemias "sería, había sido y será la propinación pronta y prontísima de las tres píldoras de Tilen; pronta huida, una; larga ausencia, otra; y tarda vuelta, la tercera", *Memoria histórica del cólera morbo asiático en España*, 2 vols., Madrid, 1858, I, pág. 8, II, pág. 12. Últimas cintas en P. Romero de Solís. *La población...*, págs. 109 y ss., 126.

La enemiga a las cuarentenas persiste en González del Valle, médico integrista, que desde las páginas del periódico *El Siglo Futuro* se queja de las malas condiciones de repatriación de los soldados de Cuba en 14 de septiembre de 1898: "Hoy no admite la ciencia las cuarentenas rigurosas... La desinfección de los sanos, la ligera observación de los sospechosos y el aislamiento de los enfermos, ha concluido con las molestias de las cuarentenas largas"; aunque sus teorías climáticas, que le hacen olvidar nuestra historia no le dan motivo de preocupación, "porque la fiebre amarilla no arraigaría en nuestras condiciones climáticas". Cita tomada del artículo de E. Hernández, M.<sup>a</sup> F. Mancebo, "Higiene y sociedad en la guerra de Cuba. 1895-1898", *Estudios de Historia Social*, en prensa.

La actitud dudosa ante las medidas de aislamiento puede verse muy bien en las actividades de las Juntas de Madrid en la epidemia de 1855, *Memoria de las Juntas Municipales de Sanidad y Beneficencia de Madrid acerca de la epidemia padecida en esta capital en 1855*, Madrid, 1856. Agradezco la información sobre este interesante folleto y la dualidad aparecida en sus autores a José Ramón Urquijo. Véase también A. Fernández García, "La epidemia de cólera de 1854-55 en Madrid", *Estudios de Historia Contemporánea*, I, Madrid, 1976, págs. 223-252.

estas tres, es regular que ocupase el primer lugar en nuestro desdén y menosprecio. Ya ve vmd., amigo, que esto corresponde a los obstáculos de opinión, y que la educación sola ha de corregir nuestras falsas balanzas; pero un Gobierno ilustrado puede anticipar este efecto demasiado lento, apreciando una clase tan necesaria, y haciéndola digna de este aprecio.

Puede y debe ser a un cuerpo de facultativos la inspección y la autoridad necesaria para cuando interese la sanidad pública" (40).

Nuestra intención con estas páginas ha sido mostrar la importancia que la historia de la epidemiología tiene en la historia de España, en la historia general. Hemos querido mantener que las epidemias, que la enfermedad no es un accidente externo a la vida de los grupos humanos, sino que es algo interno, algo que el hombre vive y hace por sí mismo, en continua lucha con el medio en que vive. La historia de la enfermedad no es historia cataclísmica, sino historia humana, historia social. Algo de esto adelanta Witold Kula y en ello insiste Cipolla (41). En especial, unos comentarios de este autor nos han servido de útil inspiración. Cuando afirma que las inundaciones chinas no son en realidad fenómenos externos a la historia del pueblo chino, ya que se producen en períodos de pocas obras públicas de contención o de excesiva deforestación, nos hizo pensar hasta qué punto la defensa marítima contra la peste de Marsella, los cultivos de arroz productores de paludismo o la fiebre amarilla llevada por contrabando de puerto a puerto no son sino una manifestación más de la lucha encarnizada de los hombres con la naturaleza. Y de ahí, las tesis que hemos querido presentar.

---

(40) Conde de Cabarrús, *Cartas*, págs. 248-249.

Más ambiciosa que la obra de Cabarrús es el *Tratado de policía* de Tomás Valeriola editado en Valencia entre 1798 y 1805. Intenta ser un compendio de reglas higiénicas y sanitarias: la razón ilustrada parece resumirse en la obra de este jurista, noble y gran lector de libros franceses. Sigue pendiente de la peste, debe diagnosticarse con precocidad y establecer una junta de policía que organice la asistencia hospitalaria; cada clase social, cada profesión tiene su obligación, los clérigos, los médicos, los cirujanos, los veterinarios... Describe con claridad los distintos remedios: limpieza de casas y calles, mantener el agua pura, control de la venta de muebles y vestidos, prohibición de colgaduras en las iglesias, purificación del aire, cuarentenas, entierros, financiación... Es verdad que no acierta con la causa, ni con los remedios que son numerosos y arbitrarios, pero las normas de higiene pública aparecen codificadas y resumen un siglo en que no llegó la peste a occidente. Véase en especial, vol. V, págs. 154-201, vol. VI, págs. 3-65.

(41) C. M. Cipolla, "Por una teoría general de la decadencia económica", en C. M. Cipolla y otros, *La decadencia económica de los imperios*, Madrid, 1970, págs. 13-26.