

SALA 3. LAS EPIDEMIAS

Prof^a Dra. María Luisa Calero Delgado.
Unidad de Historia de la Medicina y Documentación Científica.
Universidad de Sevilla.
mluisacalero@us.es

La historia de una población no sólo se construye en base a los grandes hechos acontecidos en ella, a los sucesos más o menos dignos de elogio, como tampoco dirigiendo la mirada únicamente a esas personalidades ilustres –casi siempre hombres– que nacieron, murieron o vivieron en ellas. Más allá de esta visión sesgada del devenir histórico de una población, que aunque evidentemente también forma parte del pasado de una localidad y ayuda a la definición de la identidad colectiva, también hay otra historia, aquella que pone el acento en el cómo vivía la población. Gracias al impulso inicial proporcionado por la Escuela de Annales en el primer tercio del siglo XX al incrementar los temas historiables, se permite a los historiadores estudiar aspectos de la realidad local, que lejos de ensalzarla, pueden mostrar por ejemplo sus momentos más duros y difíciles. Del mismo modo que es factible para la ciencia historiográfica abogar por una perspectiva de acercamiento, que parta de la idea ya clásica lanzada por George Lefebvre, “history from below” (“historia desde abajo”) o de “la gente corriente” como la define Eric Hobsbawm. Bajo la amplitud que permite el vocablo “gente corriente” se puede estudiar a grupos sociales concretos, campesinos y clase trabajadora, como propusieron los historiadores marxistas británicos en los años 60 del siglo XX - Christopher Hill, Eric Hobsbawm, Raphael Samuel, R. Hilton y E.P. Thompson-; o abogar por otros enfoques o paradigmas, entre los que se encuentra la Microhistoria o, como algunos la definen, “historia del detalle”–gestada bajo el impulso de autores como Giovanni Levi, Carlo Ginzburg, Carlo María Cipolla o Georges Duby- y que han ayudado entre otros aspectos a la renovación de la historia local, al llamar la atención sobre el hecho de que no sólo la historia general y global es admisible, pues también los estudios a escala más reducida pueden resultar interesantes hablando en términos historiográficos; contribuyendo además a cambios conceptuales y metodológicos en relación con la historia de lo local. Con todo ello y en esencia, la revolución historiográfica del siglo XX ha permitido la construcción de una historia local más científica y académica, en cuyo seno tenga cabida el estudio de un aspecto tan sórdido y con tanta implicación sobre la colectividad social, como lo es la manifestación de una enfermedad como epidemia en una localidad. Aunque en esto también ha tenido mucho que decir la institucionalización académica de la historia de la medicina –iniciada en España por Pedro Laín Entrago y José María López Piñero-, ya que al estudiar la medicina en toda su complejidad, ha atendido a la enfermedad como estado de la vida humana en toda época y lugar y en base a la condición no sólo biológica del ser humano, sino también personal y social.

Todas las sociedades se han tenido que enfrentar con los problemas que plantean las enfermedades, aspecto inseparable de la vida humana¹. No cabe duda que la preservación de la salud goza de una importancia capital para el ser humano y que, como antítesis de ella, el hambre y la enfermedad son los fenómenos ante los que el ser humano se presenta más vulnerable y las problemáticas más graves a que se tiene que enfrentar toda sociedad, ya sea una entidad concreta o en su acepción más amplia, como humanidad. Como advierten los estudios actuales sobre alimentación, el hambre y la mal nutrición tienen una repercusión negativa directa sobre la salud individual y colectiva², lo cual además se complica ante la aparición de una enfermedad y especialmente si esta se presenta de manera epidémica, afectando al conjunto de la sociedad. De este modo, cuando el hambre o una enfermedad se extienden y convierten en un problema que afecta a una mayoría social, en no pocas ocasiones se pueden establecer como modelos explicativos que ayudan a comprender la envergadura de una crisis económica, el derrocamiento de gobiernos, el cambio de mentalidades e incluso la desaparición de esa misma sociedad. En este sentido, Niebuhr llega a defender que la peste “destruye las civilizaciones” y algo de razón tiene que tener si atendemos al efecto devastador que tuvo sobre Constantinopla e Italia la epidemia del siglo VI o la lamentable situación que dejó a su paso la epidemia de 1348 en ciudades florecientes del medievo como Florencia, Venecia o París. Las epidemias por tanto pueden ayudar a comprender mejor un contexto histórico y el devenir de un pueblo, que una épica y gloriosa hazaña de armas.

Desde el punto de vista semántico, el término epidemia procede del griego y significa “enfermedad que afecta a la población”. Esta acepción original coincide con el concepto actual de enfermedad social, que se aplica a las que tienen importancia colectiva, si bien tradicionalmente las epidemias se han identificado con las afecciones infectocontagiosas, puesto que éstas fueron durante siglos las principales enfermedades de carácter masivo. Pero volviendo a la actualidad, existen tres indicadores que marcan si se puede hablar de epidemia o no. El primero sería unas tasas elevadas de mortalidad y/o morbilidad; en segundo lugar que dicha enfermedad repercuta negativamente en aspectos socioeconómicos, políticos y culturales; y el tercero, que se convierta en un tema de preocupación entre la opinión pública. Estos criterios pueden coincidir o darse aisladamente³. En base a estos conceptos y al desarrollo que vienen experimentando las investigaciones paleopatológicas y epidemiológicas en connivencia con la patología comparada, la geografía médica y otras disciplinas biológicas y sociales, se habla ya de grandes hitos epidemiológicos que afectaron a los primeros homínidos o de la profunda transformación epidemiológica que significó la revolución neolítica. Ahora bien, todavía hoy el período en cuanto a las epidemias mejor estudiado es aquel que adoptando como eje vertebrador las enfermedades sociales predominantes en Europa, parte de la Edad Media y llega a la actualidad. En general y aunque con matizaciones,

¹ López Piñero, José María (2005). Historia de la Medicina. Madrid, Albor, p. 13.

² Barona Vilar, Josep L. (2014). La medicalización del hambre. Barcelona, Icaria, pp. 11-12.

³ López Piñero, José María (2005). Historia... *op. cit.* p. 137.

las tesis tradicionales distinguen tres etapas epidemiológicas. La primera engloba cronológicamente los siglos VI al último cuarto del XIX, época de las grandes enfermedades infectocontagiosas agudas y en cuyo seno se distinguen a su vez tres momentos: un primero que se extiende hasta el siglo XVIII donde la gran protagonista era la peste; un segundo de transición y en el que ejerce una cierta hegemonía la viruela; y un tercero, en el siglo XIX, en el que domina el panorama el cólera, aunque también el miedo a otras como la fiebre amarilla a principios de la centuria tuviera mucho que decir al respecto. La segunda gran era epidemiológica se circunscribe en el caso de los países más desarrollados desde el punto de vista sanitario, al tiempo que transcurre entre finales del siglo XIX y mediados del XX. Se trata de la etapa de las enfermedades infectocontagiosas crónicas, tales como la tuberculosis pulmonar, el paludismo, la fiebre tifoidea, la difteria o la sífilis. La tercera gran etapa se corresponde con la actualidad – siempre refiriéndonos como en el periodo precedente a los países más avanzados sanitariamente- y a las enfermedades sociales no infectocontagiosas, entre las que destacar las de tipo cardiovascular, el cáncer y las cerebrovasculares⁴.

Partiendo de este esquema clásico, que pone en evidencia lo parcial que es este estudio introductorio, nos vamos a centrar en la primera gran era epidemiológica definida anteriormente, en aquella que comprende los siglos del VI al XIX. El porqué nuestra atención la dirigimos principalmente a esta etapa en cierta manera se ha adelantado ya. En principio se observa el maridaje de los tres criterios que categorizan a una epidemia. Las tasas de mortalidad y morbilidad fueron extremadamente elevadas, de hecho la peste se considera la enfermedad infectocontagiosa más mortífera de las sufridas por los seres humanos. Las epidemias de peste y de cólera tuvieron una gran incidencia en todos los órdenes de la vida: económico, social, político y cultural, siendo llamaradas que contribuyeron a la gestación incluso de profundos cambios en las estructuras sociales y mentales. La manifestación de estas enfermedades como epidemias además de producir altas tasas de mortalidad y morbilidad, provocaron fuertes desequilibrios socio-económicos, pues desde un principio se establecía un sistema de aislamiento, que impedía los intercambios comerciales y los abastecimientos alimenticios de las ciudades, además de producirse fuertes caídas en la producción, carestías y hambrunas, polarización de las diferencias sociales, en un escenario general dominado por el pánico a contraer la enfermedad. Cuando una de estas enfermedades arribaba a una localidad, no es que este hecho se convirtiera únicamente en un tema que preocupaba a la sociedad, sino que realmente se tornaba en el eje articulador de la vida de población y una auténtica cuestión de alarma social, aunque acogida eso sí con mayores o menores cuotas de resignación, dependiendo de la asiduidad con la que se produjera y del grado de cristiandad latente en la época.

Lo interesante de atender a las oleadas epidémicas de los siglos VI al XIX también radica en la gran atención que se les ha dispensado, como demuestra la gran producción de textos escritos al respecto, aunque en proporción variable dependiendo

⁴ López Piñero, José María (2005). *Historia... op. cit.* pp. 138-140.

del momento y el lugar. Por una parte, en la propia época los escritos de los coetáneos son numerosos, de este modo se conservan cartas, misivas, dietarios, memorias, crónicas, documentos oficiales, normativas, corpus legislativos, informes, dictámenes de expertos y textos médicos, que mencionan o tienen como hilo conductor el tema de la peste, del cólera o de alguna otra epidemia. Por otra parte, ha suscitado interés historiográfico, siendo en términos de producción histórica el periodo epidemiológico sobre el que hasta el momento más estudios se han publicado. Pues además como ya se ha adelantado, la manifestación de una enfermedad de manera epidémica es un vehículo más que admisible para extraer modelos explicativos; y aún más cuando, como en este caso, está constatado que estas dolencias tuvieron un amplio alcance en todos los órdenes, a nivel coyuntural y estructural, e incluso en su contemporaneidad se les otorgó una especial significación. Y por último, su transcendencia más allá de toda barrera cronológica, lo ha convertido en un tema más que recurrente en las artes de todas las épocas. Mucho tiempo distancia al Decamerón de Giovanni Boccaccio y a El amor en los tiempos del cólera de Gabriel García Márquez, pero en ambos el aislamiento por la peste y por un aviso engañoso de cólera respectivamente, sirvieron de pretexto a un grupo de jóvenes florentinos para contar cuentos o a Florentino Ariza y Fermina Daza para disfrutar en la madurez del amor perdido de juventud.

La peste ha sido desde luego la epidemia que un mayor tratamiento ha recibido a lo largo del tiempo, posiblemente por la miscelánea entre las altas tasas de mortalidad que provocaba y su dilatada presencia espacio-temporal. El elevado número de fallecimientos que dejaba a su paso fue constantemente reflejado en los textos de la época. Boccaccio al describir los estragos en la Florencia del siglo XIV relataba:

Cuántos grandes palacios, cuántas hermosas y bien edificadas casas, cuántas nobles habitaciones y moradas, llenas y pobladas de nobles moradores y grandes señores y damas, de los mayores hasta el menor servidor quedaron vacías y solas.

En este sentido y a modo de ilustrativo se puede citar también el *Libro de enfermedades contagiosas y de la preservacion dellas...*, del médico afincado en Sevilla Francisco Franco, quien en la misma escribía:

No de otra manera trata la pestilencia a los miserables hombres, pues la casa donde entra queda tan mal parada, que de quince o veinte personas que haya en una casa, no se tiene por mal fin y suceso (después de que se ha enseñoreado en ella) si quedan dos o tres con la vida⁵.

Su impacto sobre la colectividad, se deja sentir incluso en su propia denominación. En la mayoría de los países se le llama peste (peste en francés, italiano y español, pest en alemán), aunque en otros idiomas como el inglés se le ha rotulado como plague (plaga). Dichas nomenclaturas encuentran su base en las expresiones latinas pestis, pestilencia o plaga (esta última traducible por rotura o golpe) con las que

⁵ Franco, Francisco (1569). Libro de enfermedades contagiosas y de la preservacion dellas... Sevilla, Alonso de Barrera, fol. Ir.

desde la antigüedad se referían a epidemias graves y explosivas⁶. De hecho a la presencia de pestes ya aludieron Tucídides (siglo V a.C.) en la Atenas de Pericles y en tiempos de los romanos Galeno (siglo II d.C.) para referirse a la que se conoce como “peste de Galeno” o “peste antonina”, cuando en ambos casos la enfermedad que se describe no coincide con el cuadro clínico de la que posteriormente se definió como peste⁷. La amplitud que albergaba el concepto de peste o pestilencia se observa con nitidez todavía en la Edad Media y Edad Moderna, en un contexto donde ya la peste propiamente dicha se había convertido en una enfermedad perfectamente definida. Como ejemplo sirva de nuevo el inicio del tratado médico de Francisco Franco de mediados del siglo XVI:

Pestilencia es dolencia común, de la cual mueren muchos, de manera que aunque muchos enfermen en una población, si no mueren muchos, no se llama pestilencia con buen título (...)⁸

De suerte que hoy, una misma enfermedad será particular, y mañana será común y pestilencia, siendo la misma calidad por haberse comunicado a algunos otros: y de dicha enfermedad mueren algunos: de suerte que la enfermedad que un día por la mañana no es pestilencia, este mismo día lo será por la tarde, con que haya cuatro o cinco, a los cuales se haya pegado la misma enfermedad: y con haber muerto el número de tanto que sea bastante para decir que son muchos⁹.

La expresión “peste negra” acuñada en relación a la epidemia de peste de 1348 realmente no se popularizó en Europa hasta el siglo XVIII¹⁰. Si bien la acepción “peste negra” posiblemente derive de una traducción errónea de la expresión latina *atra mors*, en la que de los dos significados posibles que tiene la palabra *atra* se abogó en lugar de por terrible por negra. Nada tiene que ver esta denominación por tanto con la sintomatología que presenta esta enfermedad, aunque algunos autores hayan querido buscar una explicación racional en este sentido¹¹.

Fuese cual fuese la génesis de su nombre y las confusiones que se han producido en torno a su denominación, lo que está claro es que como peste se entiende propiamente el padecimiento provocado por la bacteria *Yersinia pestis*. Ésta en su origen no es una enfermedad humana, sino que se localiza en poblaciones de roedores, en concreto en marmotas, ratas de agua y tabarganes de Siberia y Mongolia. Desde este foco endémico originario de roedores ubicados en el norte y centro de Asia, pasó a tener una gran incidencia en el mundo y en el ser humano a través de tres grandes oleadas, aunque también ha habido otros episodios intermedios y posteriores. Estas fueron la consecuencia tanto de grandes epizootias en torno a los roedores, como de la entrada del ser humano en la ecuación roedores-pulga transmisora –habitualmente la *Xenopsylla*

⁶ Benedictown, Ole J (2011). La peste negra (1346-1353). Madrid, Akal, pp. 19-20.

⁷ López Piñero, José María (2005). Historia... op. cit. p. 140.

⁸ Franco, Francisco (1569). Libro de enfermedades... op. cit. fol. IIv.

⁹ Franco, Francisco (1569). Libro de enfermedades... op. cit. fol. IIIr.

¹⁰ Arrizabala, Jon (1991). La Peste Negra de 1348, en Dynamis, vol. 11, p. 79.

¹¹ Benedictown, Ole J (2011). La peste negra (1346-1353). Madrid, Akal, p. 17.

cheopis, distinta a la pulga común-. Desde el punto de vista clínico la peste en el ser humano presenta dos formas, la primera denominada bubónica se debe a la picadura de la pulga transmisora –que actúa como vector transmisor- y se caracteriza frecuentemente por la tumefacción inflamatoria de los ganglios inguinales y axilares –bubones-. La segunda es la neumónica, donde la transmisión es directa -debida a un apestado-, manifestándose en una neumonía primaria muy aguda que genera un color negro azulado en los pacientes¹².

Las tres grandes oleadas epidémicas se inauguraron en el siglo VI con la denominada peste de Justiniano. En base a las fuentes y estudios de los que se dispone hasta la fecha, parece que esta fue la primera vez que la peste irrumpió en la zona mediterránea, y que también adquirió suma importancia en China y la India. En el Imperio Bizantino se dio cita en los años 541 y 542, causando la muerte de 10.000 personas al día, según Proscopio. La alta tasa de mortalidad que pudo estar cercana a la pérdida de casi la mitad de la población, provocó que Justiniano promulgara nuevas leyes de sucesión para enfrentar la situación de pérdida aguda de sus militares y burócratas. Desde Constantinopla se extendió a la zona oeste mediterránea.

La segunda gran oleada epidémica fue la que se prolongó entre finales del siglo XIV y mediados del siglo XVII. A esta dilatada cronología se unió su extensa expansión geográfica, provocando unos efectos devastadores sobre Europa, Asia Menor, Oriente Medio y el norte de África, que la llevan a ser tildada como la más importante pandemia de la historia. Como explicación más plausible de su entrada y perduración en Europa durante tres siglos, se encuentran unas precarias condiciones higiénicas, un lamentable estado de la sanidad –en barcos, puertos y localidades- y especialmente, según apuntan algunos autores, la propagación por el continente europeo de la rata negra (*Mus rattus*)¹³. Con estos acicates, en el verano de 1347 actuaban como puerta de entrada buques mercantes genoveses procedentes de las costas del Mar Negro, en concreto de la colonia genovesa en Caffa (actual Feodosia). Antes de concluir 1347 otros barcos infectados procedentes de Caffa arriban a Sicilia, Pisa, Génova, Marsella o Messina; en 1348 la enfermedad ya había adquirido la dimensión de una gran epidemia, que se extendía no sólo por el Mediterráneo, sino también por las costas atlánticas y bálticas¹⁴. Su epidemia inicial en Europa fue la célebre peste negra de 1348. No existe sin embargo consenso en cuanto al número de oleadas epidemias que siguieron a ésta en el continente europeo, como tampoco en relación al número de fallecidos. Por aportar algunas cifras se puede señalar que pudieron fallecer entre el 20% y el 50% desde que se inició el brote hasta la mitad del siglo XIV, aunque las tasas de mortalidad varían sustancialmente dependiendo del lugar.

En cuanto a las ornadas expansivas de esta enfermedad en este segundo ciclo epidémico, se habla de que tras la invasión de 1348 se sucedieron en Europa antes de

¹² López Piñero, José María (2005). Historia... *op. cit.* pp. 140-141.

¹³ López Piñero, José María (2005). Historia... *op. cit.* pp. 141-142.

¹⁴ Watts, Sheldon (1999). Epidemics and History. London, University Press, p.1.

concluir el siglo XIV cuatro grandes oleadas más, a las que las tesis tradicionales de los años setenta del siglo XX y refiriéndose al caso de los países de la Europa central, nórdica y occidental, sumaban quince grandes oleadas principales y once secundarias repartidas a lo largo de los siglos XV al XVII. De acuerdo con estas tesis tradicionales el siglo XV no fue más halagüeño que su predecesor, si bien es cierto que para su primera mitad consideraban la expansión menos generalizada que en la segunda parte de la centuria. Continuando con esta misma fuente de cuantificación, tres oleadas habría en la primera mitad de este siglo, frente a las cuatro oleadas principales y tres secundarias a las que tendría que asistir la otra fracción del quinientos. La invasión en el siglo XVI se articularía -según esta misma visión- en torno a cinco oleadas principales y siete secundarias. En la primera mitad del diecisiete continuarían de manera nítida los estragos de la peste, a través de otros cuatro grandes flujos expansivos y uno secundario, a los que secundarían dos fuertes embates más en la segunda parte del siglo, para comenzar a partir de ahí una clara remisión. A partir de 1670 únicamente se constataban epidemias claramente focalizadas, con las que se concluía la segunda oleada epidémica, que había dado comienzo en 1347-1351¹⁵. Estas cifras aunque relativas y cuestionadas por algunos autores, nos sirven al menos para hacernos una idea de la enorme expansión y asiduidad con la que los habitantes europeos tuvieron que soportar la peste y sus duras estragos, en una larga agonía que se prolongó hasta finales del siglo XVII.

Pero además lejos de desaparecer a finales del XIX la peste inició su tercera gran oleada, a partir de la epidemia en Hong Kong de 1894, la cual no sólo dejó su huella con pequeños brotes en las localidades portuarias europeas –entre las que destacó la epidemia de Oporto de 1899-, sino que se extendió a los continentes americano y africano. Los cambios sin embargo en las condiciones de vida de los europeos, acortaron las posibilidades expansivas. El aspecto más reseñable de este tercer ciclo bubónico es que en su propagación por los continentes africano y americano, se manifestó parcialmente en forma de “peste selvática”, como resultado del contagio de los roedores: *Gerbillus sudafricano* y de la ardilla de campo californiana. Por otra parte, en este último embate, en concreto en la primera epidemia sufrida en Hong Kong, Shibasaburo Kitasato y Alexandre Yersin, discípulo de Pasteur, descubrieron el bacilo causante de este mal la *Pasteurella Pestis* o *Yersinia pestis*.

De las tres grandes oleadas y como parece evidente a la luz de lo expuesto hasta ahora, el segundo gran periodo de epidemias fue el que más se dejó sentir en España¹⁶. Partiendo desde Italia en 1348 la peste había arribado ya en la Península Ibérica. Parece ser que la vía de entrada en España fue a través de Valencia, Cataluña y Aragón, para después afectar a León, Galicia, Extremadura y Andalucía. Es así que la “muerte negra”

¹⁵ Biraben, Jean-Nöel (1975-1976). *Les Hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. 2 vols. París-La Haya, Mouton.

¹⁶ El esquema básico que se va a seguir para establecer el marco de las epidemias sufridas en España y en Andalucía es el propuesto en: Beltrán Moya, José Luis (2006). *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*. Madrid, Esfera de los libros, pp. 29,38-41, 45-53, 56, 58-60.

llegaba a tierras andaluzas a principios de 1350, como consecuencia de un comportamiento expansivo de norte a sur, aunque tampoco se descarta que este se combinara con el contagio paralelo de focos periféricos. En este contexto, cristianos y musulmanes sufrieron por igual los estragos de la peste. El reino nazarí de Granada fue asolado, en la ciudad de Almería se producían hasta sesenta muertes diarias, según el médico granadino Ibn Jâtima, e igual destino tuvieron Málaga, Vélez, Antequera y Comares. Paralelamente, el campamento de Alfonso XI en Gibraltar padeció un duro envite que provocó incluso el fallecimiento del rey castellano. En relación a la muerte del rey castellano, el historiador del siglo XVII Diego Ortiz de Zuñiga escribía en sus *Anales eclesiásticos y seculares de la muy notable y muy leal ciudad de Sevilla, metrópoli de la Andalucía*: “en el qual una landre pestilencia termina su famosa vida en el año 1350”¹⁷. En la crónica real de Alfonso XI se recoge:

Le fue dicho et aconsejado que se partiese de la cerca, por quanto morian muchas compañías de aquella pestilencia, et estaba el su cuerpo en grand peligro: empero por todo esto nunca el Rey quiso partiese del dicho real sobre Gibraltar (...) Et fué la voluntat de Dios que el Rey adoleció (...)”¹⁸.

Su hijo y sucesor, Pedro I, también pudo verse afectado por esta dolencia en su estancia de 1350 en Sevilla¹⁹. En este mismo año el mal parece que afectó duramente, además de a Sevilla, a Huelva, Jaén y Córdoba. En un segundo asalto en 1363 toda Andalucía se vería sacudida en esta “segunda mortandad”, expresión empleada por Diego Ortiz de Zuñiga para distinguirla de la primera de 1350, en la que según él también habían fallecido muchas personas en Sevilla y en Córdoba. El propio confesor del rey Pedro I, el fraile Pedro Ortiz enterrado en el convento de san Pablo y su hermano Diego Ortiz, mayordomo real, serían algunas de las personas notables fallecidas en Sevilla en el verano de 1363, según Diego Ortiz de Zuñiga²⁰. Aunque sin llegar a los efectos expansivos y a la virulencia de las anteriores, las poblaciones de la Península Ibérica también sufrieron otras visitas de la peste antes de concluir el siglo. Como ejemplos se pueden señalar el caso de Sevilla, a la que llegó por ejemplo de nuevo en 1374 y 1383²¹.

¹⁷ Ortiz de Zuñiga, Diego (1796). *Anales eclesiásticos y seculares de la muy notable y muy leal ciudad de Sevilla, metrópoli de la Andalucía*. Tomo 2. Madrid: Imprenta Real, p. 22. Aunque en el caso de Ortiz de Zuñiga –como ya se ha apuntado en relación a numerosos de autores- el empleo del vocablo peste y incluso peste no sólo lo circunscribe a la enfermedad de la peste propiamente dicha. De hecho, por ejemplo, cuando se refiere a las grandes calamidades que padeció Sevilla en el año 1302, responsabiliza como causantes al hambre y a la peste, cuando realmente no se está refiriendo en este caso a la enfermedad que ha pasado a denominarse propiamente como peste. Véase: Ortiz de Zuñiga, Diego (1796). *Anales eclesiásticos...* op cit p. 49.

¹⁸ Crónica del muy alto et muy católico rey D. Alfonso el Onceno, en *Crónicas de los reyes de Castilla desde Don Alfonso el Sabio, hasta los católicos Don Fernando y doña Isabel* (1875). Madrid, M. Rivadeneyra, Tomo 66, p. 391

¹⁹ Amasuno, Marcelino V (1994). Cronología de la peste en la Corona de Castilla, en *Stud. Hist., Hª mediev*, 12, p. 26.

²⁰ Ortiz de Zuñiga, Diego (1796). *Anales eclesiásticos...* op. cit. p. 163.

²¹ Camona García, Juan Ignacio (2004). *La peste en Sevilla*. Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla, pp. 55-59.

Durante el siglo XV la peste parecía haberse convertido en un mal endémico en toda la Península Ibérica -con al menos once brotes generales- y por extensión en Andalucía, siendo especialmente viruela en las décadas centrales de la centuria. El refutado médico Juan de Aviñón en su obra *Sevillana Médica* escribía en cuanto a la presencia de la enfermedad en Sevilla en 1374 (1412 de la Era Hispánica):

En la era de mil y quatrocientos y doze años comenzó gran mortandad en Niebla, y en Gibraleon, y en Trigueros, y llegó aquí en Março; y peligraron aquí muchos de landres de los sobacos y de las íngles, y duró fiasta el Agosto²².

La expresión más clara de su crudeza son sin duda las altas tasas de mortalidad, por ejemplo en Sevilla en la epidemia de 1459 fallecieron alrededor de 13.000 personas. Con el inicio del siglo XVI, al menos en su primera mitad con tan sólo tres oleadas generalizadas en la península, se podría pensar en un relativo mejoramiento del panorama epidémico, sin embargo para el caso de Andalucía la peste se continuó mostrando con suma virulencia. De hecho la primera oleada partía en la España del año 1507 de Sevilla y Cádiz, para en 1508 afectar también a la Andalucía Oriental en su camino hacia otras zonas españolas y africanas. Las cifras que se manejan para el occidente andaluz son sin duda alarmantes. En Sevilla, tan sólo en la tercera semana de mayo pudieron sepultarse 1.500 personas. Como datos relativos también se puede atender a los aportados por el cronista Andrés Bernáldez, quien apunta a un total de 30.000 víctimas en Sevilla, 9.000 en Carmona o más de 7.000 en Utrera. Las estimaciones del párroco de Los Palacios no son más optimistas, al señalar que una tercera parte de la población había fallecido como consecuencia de la enfermedad. Nuevos brotes aislados se dieron en 1511, contándose entre los focos una mayoría de localidades andaluzas -Málaga, Granada y Almería-, si bien el siguiente brote generalizado en España no se constata hasta los años comprendidos entre 1518 y 1523. Y también en este renovado impulso Andalucía contó con representación, al menos se sabe que hubo contagio en Córdoba, Antequera, Cádiz y Coín. Aunque no parece que el número de víctimas fuese tan elevado como en la oleada anterior²³.

Con renovada vitalidad irrumpió de nuevo la peste en Andalucía en 1522 para comenzar desde allí su andadura por la geografía española y por el norte de África, como punto de salida se situó Gibraltar desde donde fue adelantando puestos en una carrera que atravesando la serranía de Ronda, Estepa, Antequera, le permitió alcanzar al conjunto de Andalucía. Invasión Sevilla, para el médico Francisco Franco se trataba del mayor contagio al que se había asistido, con una mortandad diaria en los momentos más crudos del padecimiento de ochocientas personas. Mayor suerte tendría Andalucía en relación al nuevo ciclo expansivo de los últimos tres años de la década, más aún cuando a partir de 1530 los contagios pestilentes generalizados se presentaban menos recurrentes. Aunque tras el paso por el ecuador del siglo, la peste vuelve a resurgir con

²² Aviñón, Juan (1545). *Sevillana Médica* que trata el modo conservatorio y curativo de los que habitan en la muy insigne ciudad de Sevilla, la cual sirve y aprovecha para cualquier otro lugar de este reino. Sevilla, Imprenta Enrique Rascón, 1885, p. 37.

²³ Beltrán Moya, José Luis (2006). *Historia de las epidemias... op cit.* pp. 47-53.

aplomo en la fachada mediterránea española en 1558 y 1559 y en 1563 y 1568, afectando en su segunda manifestación a localidades como Sevilla. Esta fue no obstante su última invasión generalizada y para el caso concreto de Andalucía se puede hablar ya de una cierta tranquilidad al respecto. Los últimos tres envites de consideración de la peste en España fueron los de 1596-1602, 1647-1654 y 1676-1685. En torno a estos agónicos coleos, la epidemia más grave para Castilla fue la de 1596-1602, la cual arribó a las ciudades andaluzas en 1599. El ciclo de 1647-1654 también tuvo nuevamente su correlato en la costa andaluza, de manera que en 1649 afectaba a Málaga, Gibraltar, Cádiz y Huelva. Una vez en Sevilla asoló con alrededor del 40% de la población al perder más de 60.000 habitantes en unos momentos en que era la ciudad más populosa de España.

Más allá de la gran expansión geográfica de la peste, su considerable pervivencia en el tiempo y las altas tasas de mortalidad que dejaba a su paso, esta enfermedad también interesa por la alteración profunda que suponía sobre la vida de la colectividad y las consecuencias que tenían en todos los órdenes e incluso en el nivel de las estructuras sociales y mentales. Como muestra de esta realidad que le tocó soportar a las sociedades, principalmente, de la Baja Edad Media y de la Edad Moderna se pueden recrear las vivencias en cualquier localidad, tomemos entonces como muestra ejemplificadora a una de las ciudades más importantes de España en esos momentos, Sevilla. Sin que ello signifique en ningún caso olvidar el contexto o a las vivencias en otras localidades, con el fin de otorgar una mayor profundidad a la disertación.

En una época mermada por las epidemias, no sólo de peste, aunque adquirieran el papel protagónico, ante la mera sospecha de que la enfermedad estuviera presente en la localidad o en poblaciones cercanas se activaban una serie de alarmas, fruto del miedo imperante en la sociedad. Las medidas iban en dos direcciones, por una parte las autoridades civiles ponían en funcionamiento una serie de mecanismos, y por otra parte se emprendían actuaciones auspiciadas desde el orden eclesiástico, aunque en estas épocas separar la religiosidad de lo civil resulta claramente imposible. En un mundo sumamente cristianizado, las rogativas, procesiones, rituales de oración y penitencia eran escenas más que frecuentes en la época, que se multiplicaban exponencialmente ante el miedo al contagio. Estas además eran alentadas desde el orden civil, por parte de unos cabildos que ante la amenaza de un brote epidémico, con prontitud se preocupaban por conocer la naturaleza de la enfermedad que amenazaba a la localidad, se establecían cordones sanitarios para evitar su entrada y se extremaba en la manera de lo posible la limpieza de las calles. Un punto común fueron también las ordenanzas destinadas a evitar la mendicidad y la entrada de mendigos, a quienes se considera en gran medida responsables del contagio. La suciedad, aún sin conocer las causas del contagio, se percibió desde un principio, como promotora de la expansión. Por este motivo no fue extraño que se acordasen medidas destinadas a limpiar la inmundicia de las localidades o incluso se ordenasen los sacrificios de animales para evitar los contagios. Para el caso de Sevilla, nos consta que ya antes de concluir el siglo XIV, el cabildo fue consciente de la necesidad de tomar medidas para evitar el contagio de la ciudad o que en el caso de

que penetrase sus efectos fuesen los menores posibles. De este modo ante la amenaza de la epidemia de 1383, como medidas paliativas antes de que llegase de nuevo la pestilencia, el cabildo de Sevilla planificó la implementación de medidas de limpieza, la retirada de animales muertos y reformas urbanísticas. Entre estas propuestas iniciales del cabildo sevillano se encontraba la necesidad de hacer zanjas profundas en los cementerios y en algunos lugares extramuros, especialmente en aquellos situados a cierta distancia de las puertas de Osario y del Sol. Igualmente se apostaba por contratar servicios de recogida de cadáveres y a sepultureros, quienes debían actuar a primeras horas del día y de la noche para evitar crear una mayor alarma social. Las medidas preventivas incluían también el quemar hierbas aromáticas en los lugares públicos para purificar el ambiente, llegándose a emprender gestiones para traer de la sierra de Constantinopla grandes cantidades de tomillo, romero, cantueso y mejorana. Se pensó asimismo en repartir entre el vecindario pastillas de sahumero, para que se colocasen en los lugares en que se detectasen señales de enfermedad o donde se hacinaban los pobres para evitar los malos olores. Otra piedra angular fue su manifiesta intención inicial de que desde este orden civil se estableciese inspecciones en albergues y otros posibles focos de infección, o se repartiesen limosnas. Aunque se desconoce hasta qué punto estas medidas se pusieron en marcha, y en ningún caso sirvieron para evitar la epidemia²⁴.

Una vez contagiada una población, las escenas que se vivían eran dantescas, más aún cuando las epidemias de peste eran precedidas, al menos para el caso de Andalucía, de periodos de malas cosechas y carestías, que evidentemente se agudizaban con la llegada de la epidemia. Se llegaba entonces a una crisis económica, con frecuencia también acompañada de un incremento desorbitado del precio de los productos artesanales y manufactureros. La situación se agravaba en ocasiones si por la huida de las autoridades religiosas y civiles se imponían el desgobierno y el caos, se producían excesos de todo tipo y aumentaba la criminalidad. Mientras que los infectados se quedaban solos y desahuciados, pues el miedo a contagiarse provocaba la ruptura de los lazos familiares y afectivos.

La situación que se daba cita en la población infectada, ha sido ampliamente recreada por las artes y las letras. Muy elocuente al respecto es el lienzo sevillano sobre la peste que se conserva en el Hospital del Pozo Santo y que representa el comportamiento de la multitud delante del Hospital de la Sangre. Las fuentes escritas también transmiten ese mismo panorama desolador, al margen del lugar en el que se situasen sus autores o describiesen. En relación a Siena en 1348 Agnolo di Tura escribía:

La mortandad comenzó en mayo (...) Era espantosa y cruel (...) y no es posible que una lengua humana narre el horror (...) El padre abandonaba al hijo, la mujer al marido (...) y no había quienes por dinero o amistad sepultaran a los muertos (...) Y en muchos lugares cavaron grandes fosas y allí apilaron la multitud de

²⁴ Carmona García, Juan Ignacio (2004). La peste... *op cit.* pp. 58-59.

muerdos (...) Y había algunos tan mal tapados por la tierra que los perros los desenterraban y roían los cuerpos en toda la ciudad. Y no había nadie que llorara ninguna muerte, pues todos esperaban morir²⁵.

En términos muy similares se expresó Francisco Franco con respecto al panorama en Sevilla en la segunda mitad del siglo XVI:

que este mal es de tanta crueldad, que el marido dexa a la mujer, y la muger al marido, y el hijo al padre: aunque sospecho que el padre no se aparta del hijo: y los hermanos se desamparan unos a otros. Qué diremos de los amigos: solos quedan aquellos que tienen perdido el miedo a la muerte, a los quales los gobernadores de las ciudades hacen justicias o alguaziles de pestilencia (...)²⁶.

El terror a enfermar que reflejan ambos textos fue una consecuencia clara del desconocimiento²⁷ que existía alrededor del modo en que se transmitía la enfermedad, en un contexto de pavor generalizado y marcado por una suma religiosidad no se dudaba en lazar hipótesis apocalípticas sobre el motivo de las epidemias e incluso en buscar responsabilidades en personas discordantes con el orden social dominantes, tal era el caso por ejemplo de los mendigos o de las minorías semitas. Desde los púlpitos se arengaba en ocasiones a las masas contra los judíos, como sucedió ya en la Barcelona de 1348²⁸, donde hubo clérigos que afirmaron que los pozos, las aguas y los alimentos habían sido envenenados. La muchedumbre enfurecida se dirigió entonces contra el barrio judío, ataques antisemitas contra las aljamas que se repitieron en gran parte de la geografía española y que tuvieron su correlato en Andalucía, de hecho ya en esta primera oleada epidémica nos encontramos con el caso de Arjona. Las tesis de una manipulación intencionada y maliciosa como causante de la enfermedad sentaron cátedra incluso entre los médicos. Un claro ejemplo al respecto puede ser Jacme d'Agramont, defensor de que la epidemia de 1348 era fruto de un envenenamiento de los alimentos "por malvados hombres, hijos del diablo"²⁹. Y es que en general la clase médica se mostraba incapaz de dar una explicación más o menos racional al motivo de su rápida y drástica propagación. El prestigioso médico y cirujano al servicio de tres pontífices, entre ellos del Papa Clemente VI, Guy Chauliac, afirmaría que la enfermedad se contagiaba con tan sólo mirar al paciente.

Desde el punto de vista terapéutico³⁰ tampoco se lograba aplicar tratamientos eficaces. La teoría humoral se mostraba incapaz de aportar respuestas, al igual que los remedios tradicionales de purgas y sangrías. Ante ello se lanzaron propuestas de lo más variadas para prevenir y curar la enfermedad, unas con mayor grado de aciertos que

²⁵ Cit. Watts, Sheldon (2000)- Epidemics... *op. cit.* p. 24.

²⁶ Franco, Francisco (1569). Libro de enfermedades... *op. cit.* fol. Iv.

²⁷ Para profundizar sobre los conocimientos médicos de la época –causas y prácticas preventivas y curativas-: Carreras Pachón, Antonio (1976). La peste y los médicos en la España del Renacimiento. Cuadernos de Historia de la Medicina, nº 29, Salamanca, Universidad de Salamanca.

²⁸ Beltrán, José Luis (1996). La peste en la Barcelona de los Austrias. Lleida, Milenio, p. 368.

²⁹ *Íbidem*, pp. 35-36.

³⁰ Carmona García, Juan Ignacio (2004). La peste... *op. cit.* pp. 18, 21, 26, 29, 31.

otras. La amalgama profiláctica incluía desde medidas higiénicas hasta regímenes dietéticos –muchas veces contradictorios-, pasando por recomendaciones sobre el vestir, el impregnar ropas, personas, enseres e inmuebles con fuertes perfumes, vinagre o azufre, el consumo de drogas, elaboración de la triaca, entrelazadas con rituales mágicos y religiosos. Formuladas sobre la experiencia, posiblemente las medidas preventivas más eficaces fuesen huir de las zonas infectadas, una práctica muy extendida y, aunque sin alcanzar a comprender el motivo, el evitar el contacto con los enfermos y cadáveres, así como con sus ropas y casas³¹. El quemar los tejidos de los muebles y los vestidos de los infectados, especialmente los de lana, se percibió muy pronto como un medio correcto para evitar el contagio.

Pese a todo ello y sin conocerse fehacientemente las causas, aunque un mejoramiento de las condiciones de vida de los europeos y de la salubridad debieron influir, la peste prácticamente quedó erradicada de Europa Occidental en el primer tercio del siglo XVIII, tras la última gran epidemia de Marsella en 1720-1721.

Gracias al declive de la peste, en el ideario colectivo se ha percibido el siglo XVIII como un periodo de tranquilidad epidemiológica, incardinado entre los grandes embates de la peste y del cólera en el siglo XIX. Si bien el ochocientos no estuvo exento de brotes epidémicos, de hecho hubo azotes significativos de viruela, paludismo, tifus exantemático y gripe. Como tampoco está de más recordar que, como ya se ha señalado, en el dilatado periodo en el que la peste ejerció su hegemonía, también hubo otras enfermedades epidémicas acechando a la población.

El podio de las enfermedades que tuvieron una mayor virulencia en el siglo XVIII lo ocupa la viruela. A pesar de su gran antigüedad en Asia oriental y haber pruebas de su existencia en Europa en la Edad Media, la viruela no comienza a preocupar por su gravedad hasta el siglo XVI en América y en las dos siguientes centurias en Europa. Importada por los colonizadores del Viejo Mundo, la viruela fue junto con el sarampión y el tifus, las enfermedades que provocaron una mayor mortalidad y morbilidad entre los nativos americanos. En el caso de Europa su impacto se va a hacer cada vez más evidente según se vaya avanzando en la Edad Moderna, percibida a partir del diecisiete y sobre todo del dieciocho como una enfermedad muy grave por sus recurrentes brotes epidémicos y su nada desdeñable responsabilidad sobre la desproporcionada mortalidad infantil de la época. La viruela se ensañaba especialmente con los niños pequeños de las zonas urbanas. Pero el temor a esta enfermedad no sólo se debió a su alta letalidad, sino también a que desfiguraba y mutilaba al que la padecía. Con el descubrimiento de la vacuna de la viruela por Jenner en 1796 se iniciaba en teoría el periodo de regresión de la misma, aunque en la práctica su larga agonía se ha dilatado considerablemente en el tiempo, por la lenta difusión de la vacuna entre la población, que además ha presentado notables diferencias por zonas y países. En España el contagio por viruela parece que se disparó a partir de los años

³¹ Tuchman, Bárbara W (2000). Un espejo lejano. El calamitoso siglo XIV. Barcelona, Península, p. 116.

sesenta del siglo XVIII, fecha desde la cual las alusiones a brotes epidémicos son una constante. Especialmente alarmantes en este sentido fueron los años comprendidos entre 1780 y 1794. En el siglo XIX también fueron muy frecuentes los contagios de viruela. Hasta 1979 la Organización Mundial de la Salud no declaró erradicada la viruela en el mundo³².

Otra enfermedad recurrente en todas las épocas ha sido el tifus exantemático, también conocido popularmente como tabardillo, modorra o pentequentiales. Su presencia también es antiquísima, de hecho ya se hace referencia a ella en la obra *Anábasis* (o Expedición de los Diez Mil) de Jenofonte (siglo V a.C.), donde se describe la elevada mortandad que provocó entre los combatientes. Y es que, según consensua la comunidad científica, parece ser la enfermedad por excelencia en los tiempos de guerra y de hambre. Las tropas napoleónicas que intentaron conquistar Rusia (1812), los moriscos derrotados por la rebelión en las Alpujarras (1571) o los españoles tras la Guerra Civil (1939) son otros claros ejemplos de la simbiosis guerra y hambre, cuando se habla del tifus. Su primera penetración en España parece que se puede situar alrededor de la conquista de Granada por los Reyes Católicos (1480-1492). Desde entonces el precario estado alimenticio de las poblaciones peninsulares y la más que deficientes condiciones higiénicas de los individuos, jugarían a favor de su establecimiento. Una de las epidemias más duras de tifus fue la de 1557 en Castilla, la cual afectó a Zamora, Salamanca, Segovia, Sevilla, Granada y toda Extremadura. La afectación de los moriscos sublevados en las Alpujarras en 1571 y su consecuente dispersión geográfica, originaron otra oleada más que significativa, que alcanzó su momento culmen en 1574. Otros embates de graves fueron los de los años 1606, 1631, 1710, 1735 y 1804³³.

Basten los ejemplos de la viruela y del tifus exantemático, aunque no gozasen de exclusividad en la época, para exponer que el siglo XIX se inauguraba por tanto con la amenaza más que latente de sufrir brotes epidémicos de mayor o menor consideración. Y sin embargo en este contexto el único proceso morboso que parecía preocupar especialmente a la población era la fiebre amarilla, también conocida como el “vómito negro”.

Pese a no existir consenso en cuanto al foco originario de la fiebre amarilla, la comunidad científica parece admitir la convivencia de dos núcleos de endemidad, uno africano y otro americano –islas del Mar de las Antillas, Caribe y Golfo de México-. Desde allí pasaría a Europa en el siglo XVIII, siendo Lisboa la primera ciudad en padecerla en 1723, y más tarde los puertos andaluces de Cádiz (1730 y 1733) y Málaga (1741). Los embates de esta enfermedad se desencadenaron principalmente en España y en la primera mitad del siglo XIX, siendo invadidas: Cádiz (1800, 1803, 1804, 1810 y

³² Beltrán Moya, José Luis (2006). Historia de las epidemias... *op cit.* pp. 85, 125, 126 y 133. López Piñero, José María (2005). Historia... *op. cit.* p. 145.

³³ López Piñero, José María (2005). Historia... *op. cit.* p. 146. Beltrán Moya, José Luis (2006). Historia de las epidemias... *op cit.* pp. 55-56.

1819), Sevilla (1800 y 1804), Huelva (1800), Málaga (1803, 1804, 1813 y 1821), Murcia y Cartagena (1804, 1813 y 1821), Barcelona, Tortosa y Palma de Mallorca (1821) y la villa guipuzcoana de Pasajes (1823). En la segunda mitad del siglo las epidemias decrecieron en número y en virulencia, si bien en 1851 se iniciaba una nueva oleada en Oporto, que se dejaría sentir en Barcelona (1870), Palma de Mallorca (1870) y Madrid (1878). En contra de la extensión de la fiebre amarilla entraron en liza dos aspectos de la enfermedad. Por una parte, como se denota en base a su distribución geográfica, no todas las poblaciones son igualmente receptivas a la enfermedad. Para el contagio de fiebre amarilla es necesaria la existencia de mosquitos vectores, en el caso de España actuó el *Aedes aegypti*, que transmite el agente causal de la enfermedad, el virus del grupo B de los Arbovirus y prototipo del grupo taxonómico de los flavovirus. Gracias a la existencia de tinajas con agua estancadas en las casa, en las que estos insectos domésticos ponían sus huevos, el desarrollo larvario no se destruía durante los meses de frío. Aunque una vez alcanzaban las formas adultas en los meses de julio a diciembre, las larvas necesitaban para sobrevivir una temperatura óptima de entre 26-30° C. Las zonas españolas que por su climatología favorecerían su presencia eran las provincias mediterráneas, la costa atlántica, Baleares y provincias fronterizas con Portugal hasta Plasencia. De este modo no todos los espacios eran igualmente susceptibles a la extensión del contagio. Por otra parte, los individuos que sufrían una vez la enfermedad eran a partir de entonces completamente inmunes³⁴.

La fiebre amarilla por tanto no se presentó con la misma extrema dureza que lo haría en el siglo XIX el cólera. Durante siglos esta enfermedad había limitado su foco de acción a las riberas del Ganges, pero la expansión de la dominación colonial británica, la mejora de las comunicaciones y la peregrinación a la Meca, popiciaron su expansión por Europa y América. Seis han sido en total las grandes pandemias de cólera morbo asiático a las que ha asistido Europa³⁵. El ciclo epidemiológico se inició en la India en 1826, para extenderse por Europa Oriental en 1830, por Alemania y Gran Bretaña en 1831, por Francia en 1832 y por España en 1833. La segunda, tercera y cuarta etapas correspondieron a los años comprendidos entre 1840-1862, 1863-1875 y 1883-1894 respectivamente, y tuvieron una especial incidencia en España donde se materializó a su vez a través de distintas oleadas epidémicas. La quinta fue la que se desarrolló entre 1899-1922, aunque en el caso de Europa tan sólo afectó a los países balcánicos en 1918. El último embate al Viejo Continente fue el que partiendo de la India en 1961, arribó en los países del sur de Europa: Italia (1973), Portugal (1974) y España (1971 y 1974-1976), aunque en todos los casos se trató de brotes bastante limitados. Las epidemias sufridas en Marruecos y Argelia en 1990 son una muestra de que todavía el cólera es una amenaza potencial.

³⁴ Carrillo, Juan Luis y García Ballester, Luis. (1980). La fiebre amarilla (1741-1821). Málaga, Universidad de Málaga. Iglesias Rodríguez, Juan José (1987). La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800. Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz. Hermosilla Molina, Antonio (1978). Epidemia de fiebre amarilla en Sevilla. Sevilla, Talleres gráficos ¡Oiga! Gozávez Escobar, José Luis (1983). Medicina y Sociedad en la Huelva de los siglos XVI-XIX. Huelva, IEO "Padre Marchena", pp. 174-178.

³⁵ El esquema seguido al respecto es el propuesto por: López Piñero, José María, pp. 143-144.

Para el caso concreto de España se habla de cuatro grandes oleadas epidémicas en: 1833-1835, 1854-1856, 1865 y 1884-1885, a las que acompañaron otros brotes de menor intensidad diseminados a lo largo de la centuria. La primera de las pandemias llegó a España a través de dos puertas de entrada: Galicia y Andalucía, penetrando en Andalucía el cólera morbo a través de Ayamonte y Huelva. El 9 de agosto de 1833 se declaró el contagio en la provincia onubense, donde no se esperaba en un principio que las consecuencias fuesen a ser tan desoladoras como después se materializaron, ya que según publicó el marqués de las Amarillas en el Diario de Sevilla, la junta sanitaria de Huelva contabilizaba hasta el 18 de agosto por la noche tan sólo trece atacados, de los cuales habían fallecido cinco y uno quedaba de suma gravedad³⁶. El 4 de septiembre de 1833 la Junta de Sanidad Municipal de la ciudad de Sevilla declaraba oficialmente el “estado de contagio”. Esta primera invasión colérica que se desarrolló entre finales del verano y una parte importante del otoño, se saldó con un total de 24.000 enfermos, lo que suponía una cuarta parte de la población, y una mortalidad que osciló entre 6.485 y 6.615 defunciones. A través del caso de Sevilla se ejemplifica el fuerte impacto que tuvieron las epidemias de cólera, especialmente, si se interpreta en clave de morbilidad y mortalidad, así como en base al intervalo tan breve de tiempo en el que nos encontramos este desorbitante fallecimiento. En Sevilla murieron más de seis mil personas entre septiembre y noviembre. Tan sólo unos meses después, en la primavera de 1834, la totalidad de las colaciones parroquiales de Sevilla volvían a verse infectadas por la que los facultativos coetáneos denominaron “colerina”, porque la enfermedad se manifestaba en esta ocasión de manera más leve.

Nuevamente el cólera se hizo presente en Sevilla, al igual que amplias zonas peninsulares, en la oleada de 1854-1856. Tres años consecutivos se hizo presente entonces el contagio en Sevilla, falleciendo 3.000 habitantes en 1854, 883 en 1855 y 1.296 en 1856. La oleada epidémica en España de 1865 también tuvo su correlato en la capital hispalense, donde también se mostró de manera muy drástica, aunque paradójicamente Sevilla se mantuvo ajena al último gran embate del cólera en España, el de 1884-1885³⁷.

La situación que se vivía en Sevilla, muy similar a la que se debió vivir en general en España. De este modo narra el médico Francisco de Paula Folch Amich, el estado en el que encontró a Sevilla al inicio de la epidemia de 1833, cuando fue enviado como comisionado por el gobierno estatal para estudiar la zona:

El comercio paralizado, los artistas sin poder trabajar, los almacenes cerrados, una gran parte de la población emigrada, y otra encerrada en sus casas, desiertas las calles, incomunicada la parte derecha del río con la izquierda, cerrado el teatro, sin una sola distracción, versando las conversaciones únicamente sobre la nueva enfermedad, empezando ya a notarse algunos casos de cólera-morbo en

³⁶ Hauser, Phippe (ed. Carrillo Martos, Juan Luis) (2005). Estudios médicos-topográficos de Sevilla [facsimil], tomo II. Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla, p. 377.

³⁷ Bernal, Encarnación y Calero-Delgado, María-Luisa (2008). Estudios sobre el cólera en Sevilla. Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla, p. X, XI y XIII.

varios cuarteles de la ciudad... tal era el estado, que presentaba la capital de Andalucía en el día de mi entrada.

Y continuaba:

El día 12 pasé a visitar el arrabal de Triana á pesar de su incomunicación con el resto de la ciudad, y visto el número considerable de enfermo, que contenía aquel vecindario, la fuerza y la rapidez de la afección, la falta de un hospital bien organizado, la escasez de médicos, la ociosidad de los trabajadores, el desamparo de los huérfanos y el desaseo y hediondez que presentan las calles...³⁸

Resulta paradójico cómo el ambiente de pavor ante el cólera narrado por las fuentes, guarda similitudes con el panorama descrito en relación a la peste por Agnolo di Tura en la Siena del siglo XIV y por Francisco Franco en la Sevilla del XVI, los cuales ya se han reproducido anteriormente en este texto. Pedro Vázquez Cadena escribía en el contexto de la primera epidemia de cólera padecida en Sevilla:

Sevilla, habla tú y refiere las escenas que empezaron con el Cólera: tus habitantes unos huían, otros se ocultaban en sus casas sin atreverse á salir á las calles, se abandonaron las visitas, el padre abandonaba al hijo en manos de sus domésticos, estos se acercaban al enfermo con precauciones desconsoladoras aprendidas del médico cobarde que entraba en el aposento lleno de miedo...³⁹

La virulencia y alarma social provocada por el cólera también se tradujo en una profusión de textos, tanto a nivel gubernativo como científico-médico. De este modo en la Sevilla del siglo XIX se sucedieron las ordenanzas, edictos, bandos e informes del Ayuntamiento, a las que se sumaban órdenes y dictámenes del Gobernador Civil de la Provincia, los promulgados por las Juntas Municipal y Provincial de Sanidad, así como las recomendaciones de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla y desde 1856 –fecha de su creación- los dictámenes del Colegio de Médicos de la ciudad. Paralelamente se desarrolló una más que abundante literatura médica, con la intención de diagnosticar el proceso morbo, definir la sintomatología, encontrar las causas de su propagación y en la medida de lo posible aportar una terapéutica adecuada, bien por la iniciativa personal de ciertos médicos, o bien bajo el auspicio para el caso de Sevilla de instituciones como la Junta Superior de Sanidad de Andalucía, la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, la Real Academia Sevillana de Buenas Letras, la Real Sociedad Económica de Amigos del País, o incluso promovidas por el orden gubernativo estatal. La preocupación a nivel nacional por el cólera también tuvo su correlato a nivel gubernativo y legislativo, y de hecho el primer intento de establecer una ley general de sanidad en España, el Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía española de abril de 1822 –aunque no llegó a aprobarse- se gestó en el

³⁸ Folch Amich, Francisco de Paula (1834). Breve descripción del cólera morbo oriental, que se padeció en la ciudad de Sevilla en los meses de septiembre, octubre y parte de noviembre del año de 1833. Barcelona, Imprenta J Verdager, pp. 4 y 5.

³⁹ Vázquez, Pedro (1834). Memoria histórico-médica sobre la enfermedad conocida con el nombre de cólera-morbo. 2ª ed. Sevilla, Imprenta de don Mariano Caro, p. 27.

contexto de la primera epidemia de cólera que sufrió España y el interés por frenar este padecimiento. Coincidiendo con el segundo gran embate del cólera se promulgó el primer código sanitario español, la Ley Orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855, entre cuyo articulado disfrutaban de una atención especial las epidemias en general y la fiebre amarilla y el cólera en particular, aunque sin olvidar otras enfermedades como la peste, el tifus, la viruela o la disentería. Las epidemias de cólera también fueron el gran acicate para el desarrollo y difusión del higienismo moderno del ochocientos, adquiriendo a partir de entonces interés las cuestiones relativas a la preservación de la salud pública en España y cada una de sus poblaciones.

El cólera comenzó a remitir a finales del siglo XIX como consecuencia del mejoramiento de la higiene pública, incidiendo fundamentalmente la instalación de sistemas modernos de abastecimiento de aguas y alcantarillas. Y es que el contagio se produce generalmente a través del agua o los alimentos contaminados. Falta señalar, por una parte, que el agente causal del cólera es el Vidrio comma, diferenciable por análisis antigénicos en seis grupos, entre los que se encuentra el bacilo que había provocado las epidemias del diecinueve, descubierto en 1883 por Robert Koch. Por otra parte, y casi al mismo tiempo que Koch, Jaime Ferrán y Clua creaba la vacuna contra el cólera, primera vacuna en inmunizar a los humanos contra una enfermedad bacteriana.

Con todo lo expuesto hasta ahora, a lo largo de los seis siglos que se han analizado la humanidad tuvo que convivir con los estragos provocados por las epidemias, especialmente dramáticos cuando se habla de la peste y en segundo término del cólera. En este sentido la elevada morbilidad, las altas tasas de mortalidad, el sufrimiento, el pánico social y la profunda alteración en todos los órdenes de vida parecen perfilarse como conceptos atemporales, que cobran significado en torno a la idea globalizante de epidemia:

Muy desgraciada es la situación de un pueblo que se ve acometido de un mal, que al mismo tiempo que se generaliza sacrifica muchas é interesantes víctimas: ninguna otra especie de plaga la iguala en desolacion y terror: nada efectivamente consterna tanto, pues el rico y el pobre, el animoso y pusilánime, el robusto y el débil, el sano y el achacoso, el anciano, el joven y el niño; y en una palabra toda la poblacion se halla casi igualmente espuesta á sufrir los desastrosos efectos de una enfermedad tan general y perniciosa.

Y si esto sucede con cualquier mal epidémico conocido ¿cuánto más terror deberá producir la aparición de uno nuevo? ¿Y cuánto se aumentará si al mismo tiempo que desconocido es rápido en su funesta marcha ó carrera, de suerte que á veces el momento de la muerte diste muy poco del de la invasion?

A mas de todo esto ¿qué paralización no sufren todos los negocios de cualquier naturaleza que sean? ¿y cuántos males no se originan de aquí? No solo el comerciante suspende su tráfico, el labrador sus faenas, y el fabricante sus labores, sino el jornalero, el desgraciado y miserable jornalero, no encuentra donde ganar su precisa subsistencia, la que tiene que mendigar de la generosidad

y beneficencia de los poderosos; y ¿cuánto no contribuye la miseria al aumento y mortalidad de cualquier enfermedad general?⁴⁰.

⁴⁰ Porrúa y Velazquez, Francisco (1834). Historia de la epidemia llamada Cólera-Morbo, que ha padecido Sevilla en el año 1833, seguida de algunas reflexiones sobre el variado asiento, naturaleza y método curativo de esta enfermedad, y sobre la tan controvertida cuestion del contagio. Sevilla, Imprenta de D. Mariano Caro, p. 71.