

# Tercianas y epizootias en la Barcelona de 1783-1786. Médicos, poder institucional y percepción social en la Barcelona de las postrimerías del siglo XVIII\*

KEVIN POMETTI BENÍTEZ

El escenario actual de cambio climático y globalización puede conllevar inminentes y funestas consecuencias para la salud pública europea, tal y como se deduce del quinto Informe de Evaluación del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático (IPCC) de las Naciones Unidas «Climate change is likely to have a range of health effects in Europe» (S. Kovats y R. Valentini, coord., IPCC, 2014). Por lo tanto, es preciso conocer las formas en que la sociedad, las instituciones municipales y las estructuras sanitarias del pasado afrontaron y percibieron el transcurso de enfermedades vectoriales como el paludismo, tanto en sus formas endémicas como epidémicas, para así poder comprender qué actitudes y actividades humanas, en conjunción con el medio propio del momento y enmarcadas en su debido contexto, pudieron favorecer su presencia en determinadas regiones hasta la puesta en funcionamiento del Proyecto Oficial de Erradicación del Paludismo en España (1959-1962) (E. Rodríguez *et al.*, 2003). Esta preocupación ya la

\* Trabajo final del Máster d'Estudis Històrics, Menció Historia Moderna, leído en el Departamento de Historia Moderna de la Universidad de Barcelona, el martes 8 de julio de 2014, ante el tribunal formado por los doctores María Ángeles Pérez Samper, Mariela Fargas Peñarrocha (codirectora del trabajo, junto con el Dr. Mariano Barriendos Vallvé) y Valentí Gual Vilà, y que obtuvo la calificación de sobresaliente.

encontramos en el programa establecido por Jaume Bonells para la Real Academia Médico-Práctica de Barcelona (fundada en 1779), recogido en las *Memorias de la Real Academia Médico-Práctica de Barcelona* (RAMB, 1798). Se trata de un discurso influenciado por la renovación teórica ambiental hipocrática gestada a lo largo del siglo xvii, donde los condicionantes ambientales y el clima explican la presencia y aparición de morbos. En definitiva, en palabras de Alfons Zarzoso, el programa de la academia postulaba la necesaria adquisición de nuevos conocimientos y de una metodología de trabajo experimental y no especulativa que pudiese ser aplicada en otros campos de trabajo; ello suponía la apertura de la medicina a otras ciencias, una «ciencia de las enfermedades» al estilo de Sydenham (A. Zarzoso, 2004).

La metodología aplicada fomentaba el recabado de series instrumentales de presión y temperatura atmosféricas entre los socios integrantes de la Real Academia Médico-Práctica de Barcelona, en función de su lugar de trabajo y residencia, remanso de la amplia influencia que ejercieron los médicos de la Société Royale de Médecine de Paris (M. Barriandos, 2012). En este sentido, hallamos notables ejemplos como, entre otros, las obras del médico británico Thomas Sydenham (1624-1689), el médico holandés de la escuela de Leiden Herman Boerhaave (1668-1758), o del médico italiano Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) en su *De noxiis paludum effluviis* (G. M. Lancisi, 1718). Obra en que la relación entre el medio, en especial en los enclaves palustres (aguas estancadas, lagunas, humedales, etc.), y el clima propio de una región explica la presencia de fiebres tercianas entre las gentes, villas y ciudades que se hallaban en su entorno inmediato.

Al dar inicio a esta investigación, constatamos que nuestro tema de estudio, las tercianas en la Barcelona de finales del siglo xviii, ha sido una cuestión poco tratada por la historiografía. De hecho, las referencias más recientes (para el área barcelonesa) se corresponden a los estudios realizados por Jaume Codina en las poblaciones del Delta del Llobregat. Poblaciones donde el paludismo fue endémico a lo largo del siglo xviii, con episodios epidémicos como los de 1760-1765 (J. Codina, 2001). Por otra parte, Vicente Pérez Moreda, entre otros autores,

constata en su obra *Las Crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX* la virulencia que presentaron las fiebres tercianas en la Península Ibérica entre 1783 y 1786 (V. Pérez Moreda, 1980). Cabe destacar a este respecto la contribución de los hermanos Peset en su *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera* (J. L. Peset y M. Peset, 1972). A lo largo de la investigación hemos detectado procesos coetáneos de endemias y epidemias por paludismo en Europa, en concreto en la región occidental de Provenza entre 1745-1850 (E. Rocaute *et al.*, 2014), y en Inglaterra, entre 1601-1800, en las regiones próximas a las zonas pantanosas y las marismas costeras de los condados de Kent, Essex y Sussex (M. J. Dobson, 2003).

Por lo tanto, decidimos profundizar con tal de observar, en primer lugar, si Barcelona se vio afectada por la epidemia de paludismo de 1783-1786 que recogen la bibliografía y las fuentes consultadas. En segundo lugar, era preciso extender este trabajo a la forma en que la sociedad barcelonesa de la época reaccionó ante la enfermedad y percibió sus causas y efectos. Objetivo que ampliamos a la visión que podían ofrecer las instituciones gubernativas municipales y supralocales, las instituciones médicas y los profesionales sanitarios, es decir, a qué tipo de relaciones se establecieron entre el marco político y las instituciones y los profesionales sanitarios para atajar la epidemia. También era preciso dilucidar si la epidemia causó un impacto en la mortalidad de la población barcelonesa en esos años. Los mismos objetivos los aplicamos a la epizootia del ganado vacuno, lanar y caballo detectada en el transcurso de la investigación. Para lograr los objetivos planteados procedimos a consultar un gran número de obras y trabajos especializados de diversas tipologías (monografías, artículos, tesis, fuentes impresas, prensa de la época, Reales Cédulas, etc.) y temáticos (historia de la medicina, historia ambiental, biología, climatología histórica, demografía histórica, historia social, historia de las instituciones, etc.). Por otra parte, complementamos la información recabada con un extenso trabajo de archivo y de consulta sistemática de fuentes municipales (acuerdos, bandos, pregones), privadas (el dietario del Baró de Maldà, conocido como *Calaix de sastre*, dictámenes, informes e historias clíni-

cas elaboradas por los médicos de la Real Academia de Medicina de Catalunya) y eclesiásticas (libros de óbitos y registros de funeraria).

Por otra parte, realizamos el registro diario de las defunciones acaecidas entre 1770 y 1800 en dos de las tres parroquias que conservan íntegro su fondo documental (la basílica de Santa Maria del Pi y la parroquia dels Sants Màrtirs Sant Just i Sant Pastor). El vacío ocasionado por las desastrosas e inevitables consecuencias para los archivos parroquiales de episodios como la Quema de Conventos de 1835, la Setmana Tràgica o la Guerra Civil lo logramos completar con el registro de datos demográficos realizados por el Dr. Francesc Salvà i Campillo, como parte de las bases establecidas por Jaume Bonells. A pesar de que las series de mortalidad recabadas por el Dr. Salvà presentan vacíos de información, tratamos como un conjunto de datos independiente las defunciones registradas en las ocho parroquias barcelonesas (Catedral, Santa Maria del Mar, Santa Maria del Pi, Sant Jaume, Sant Miquel, Sant Just i Pastor, Sant Pere de les Puelles, Sant Cugat del Rec), para observar si el brote epidémico de fiebres palúdicas que detectamos en el transcurso de la investigación fue homogéneo en la urbe en 1785.

En relación con el análisis de las series de mortalidad, nuestro objetivo residía en detectar episodios de mortalidad por paludismo. Aquí los niños, dentro del concepto de «párvulos» (edades comprendidas en el grupo de 0-7 años), pasan a ser el principal colectivo en reflejar su incidencia en los patrones de mortalidad (V. Pérez Moreda, 1980) a causa de la malaria en combinación con otras enfermedades (gastrointestinales, viruelas, tifus, etc.).

Es preciso ofrecer unos breves apuntes respecto al paludismo, puesto que, aunque hay alrededor de 200 tipos de malaria, tan solo cuatro afectan al ser humano: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* y *P. malariae* (R. Sallarés, 2002). El complejo conformado por escalofrío, fiebre y sudoración constituyen los tres síntomas típicos por los que se manifiesta una infección por malaria. Síntomas que coinciden con el proceso en que las células infectadas por los parásitos del paludismo se liberan al torrente sanguíneo. La malaria destaca además por presentar un cuadro típico en el que en las infecciones generadas por *P. vivax* y *P. malariae*

los pacientes experimentan una anemia leve a raíz de la destrucción de los glóbulos rojos y más drástica en el caso del *P. falciparum*. Otros síntomas físicos característicos son la presencia de sangre en la orina, disminución de la presión arterial, aumento excesivo del tamaño del bazo, esplenomegalia, que se manifiesta por la observación del vientre abultado en los pacientes y que, en concomitancia con un síndrome febril, constituye un signo probable de paludismo fácil de detectar, en especial en los niños (E. Rodríguez *et al.*, 2003), y que nos ha permitido detectar la enfermedad en la documentación de la época.

De estos cuatro tipos focalizamos el análisis en *P. vivax* (causante de la fiebre terciana, un día sí y otro no), ya que ofrece una tasa de mortalidad del 5% con tendencia a permanecer latente en el organismo, y que precisa de una temperatura ambiental mínima superior a 17 °C para que su desarrollo y transmisión por los mosquitos del género *Anopheles* sea efectiva. Por otra parte, *P. falciparum*, la variedad más letal de los plasmodios del paludismo, ofrece una tasa de mortalidad del 25% en casos no tratados (M. J. Dobson,). Se trata de una variedad que resulta la más letal y causa fiebres estivo-otoñales (terciana prolongada con otros síntomas de gravedad), cuyos índices de mortalidad son considerables con una temperatura ambiental mínima superior a 20 °C.

Por lo tanto, para dilucidar el impacto de dicha enfermedad en las defunciones, propusimos una metodología fundamentada en conjuntar el análisis de las series de mortalidad con el tratamiento estadístico de las series de datos instrumentales de temperatura mensual registrados a resolución diaria por el Dr. Francisco Salvà entre 1780-1800 (cedidos por el Área de Climatología del Servei Meteorològic de Catalunya para este trabajo) y los índices históricos de sequías e inundaciones de Barcelona (1780-1800) cedidos para este estudio por el doctor Mariano Barriendos.

Es preciso notar que la Barcelona de las postrimerías del siglo XVIII se hallaba circunscrita a un periodo de variabilidad atmosférica conocido como *Oscilación Maldà* que ubicamos entre 1760 y las últimas décadas del siglo XVIII, y cuyo punto álgido se enmarca entre 1775 y 1795. Dicha oscilación atmosférica, en palabras de Mariano Barriendos y Carmen Llasat, se caracteriza por el incremento simultáneo de sequías,

inundaciones, variaciones de temperatura, nevadas, tormentas..., fenómenos extremos que se producen con una frecuencia inusitada y una rápida sucesión (M. Barriendos y C. Llasat, 2003). Se trata pues de una oscilación cuyos efectos sobre enfermedades vectoriales como el paludismo han sido demostrados por Pablo Giménez-Font en tierras valencianas (P. Giménez-Font, 2008).

Buena muestra de ello son los episodios de lluvias continuas de los meses de otoño e invierno de 1784. Lluvias que impidieron que los payeses pudieran hacer la vendimia, desbordaron el río Besós, dejaron intransitables las principales vías de acceso a la urbe y crearon nuevos terrenos y áreas inundadas. El mismo escenario volvió a repetirse en los meses de febrero y marzo de 1785. Fríos y lluvias que dieron paso a una ola de calor estival que se hizo notar en los meses de junio y julio y que preparó el escenario idóneo tanto para el desarrollo del paludismo como para su transmisión hasta bien entrado el otoño. Ese año dicha estación, en palabras del Dr. Francisco Salvà, «[...] fue templado, húmedo, y abundante en lluvias con especialidad en el mes de diciembre, en que la abundancia y frecuencia de ellas empezaban a echar a perder los granos, o su vegetación, que hasta entonces había tenido el tiempo favorable».

Juan Tovaes, médico de Puertollano, ilustra la incidencia medioambiental de la *Oscilación Maldà*, entre 1783 y 1786, a nivel peninsular. Hace referencia tanto a la menor calidad del producto agrario y la consecuente mala alimentación de la población, como al inusitado aumento de insectos. Al mismo tiempo atribuye una de las causas del contexto epidémico de fiebres tercianas a la inestabilidad ambiental de aquellos años que la precedieron y que, a su vez, la enmarcaron: «Tantas lluvias, nieblas y nieves ¿qué habían de producir sino balsas, charcos y lagunas, inundaciones de ríos, derrames de aguas, y estancaciones en los parajes llanos y sin vertiente? [...] la propagación de orugas, mosquitos, y otros insectos fue asombrosa [...]. A esta abundancia de aguas de los otoños, inviernos y primaveras sucedían los calores de los estíos, que disipando las aguas estancadas en los charcos, las lagunas y balsas formaban pantanos y cenagales que llenaban la atmósfera de vapores

y miasmas pútridos [...] y fueron la causa de la epidemia de que trato» (J. Tovares, 1798).

Podemos afirmar que Barcelona no fue una excepción, pues los numerosos enclaves palustres que enmarcaban el área de la capital catalana constituyeron verdaderos focos de infección que fueron objeto de interés y control por parte de las autoridades municipales a lo largo del siglo XVIII (G. García i Fuertes, 1990). A estos espacios había que sumar las consecuencias que se derivaban de las inundaciones provocadas por los ríos Besós y Llobregat, y las balsas de amerar cáñamos. Todos estos elementos en su conjunto fueron objeto de atención por parte de los profesionales sanitarios barceloneses en el contexto de las epidemias de fiebres tercianas, puesto que instaron a las autoridades a desaguar las aguas pútridas de determinados espacios y a endurecer los permisos para establecer más balsas para amerar cáñamos, hecho que derivó en frecuentes conflictos entre los propietarios de los terrenos por los desperfectos derivados de las zanjas excavadas a tal efecto. No obstante, dichas medidas sanitarias se vieron limitadas por el exiguo presupuesto del ayuntamiento borbónico y las precarias y endémicas condiciones sanitarias del espacio urbano que se derivaban de la insalubridad de las actividades productivas (manufacturas textiles y peleteras), de la poca higiene personal, del progresivo aumento poblacional e incremento de densidad urbana, de las constantes obturaciones del sistema de alcantarillado y de la frecuencia con que se producían filtraciones de los pozos negros en los acuíferos y canales de abasto hídricos. Eran, pues, espacios insalubres inseridos en una ciudad constreñida por las murallas, en donde es preciso destacar las proximidades del Rec Comtal o los espacios encharcados que proliferaban en el Raval de la ciudad y la Ciudadela en época de lluvias. Todo un conjunto de condicionantes ambientales que explicarían la persistencia del paludismo entre la población barcelonesa de la época. Los expedientes y acuerdos de sanidad nos han permitido observar cómo las autoridades locales y supralocales se articularon en torno a los profesionales sanitarios vinculados a las Juntas de Sanidad, para hallar respuestas a las causas de las epidemias de fiebres y a la epizootia del ganado. Eran médicos que invirtieron innu-

merables esfuerzos en el único medio que les otorgaba una cierta representación en la sociedad de su tiempo, hasta la consolidación de la Real Academia Médico-Práctica de Barcelona y el restablecimiento de la Cátedra de Medicina Clínica en el Hospital de la Santa Creu; y ello a pesar de haber perdido su estatus social de *gaudints*, de estar obligados a participar en las labores consultivas en materia de epidemias, de no disponer de un salario anual y cobrar por hora de servicio prestada, aún estancada en las dietas de 1720, y de haber visto suprimidas las instituciones que les reportaban una mayor presencia en el conjunto de la sociedad.

Por otro lado, este trabajo nos ha posibilitado entrever que las epidemias de fiebres de 1783-1786 se inscriben en un contexto donde, a falta de mayores estudios, podemos afirmar que la extensión de la malaria, junto a otras afecciones, fue común en la Europa de mediados y finales del siglo XVIII. En este sentido, es destacable el número de referencias de que disponemos, en especial entre inicios y mediados del siglo XVIII y recabadas por el Dr. Francisco Salvà i Campillo, las cuales, en conjunción con la bibliografía consultada, nos certifican que los episodios epidémicos detectados en Francia son coetáneos a las epidemias de fiebres que enmarcan este trabajo. Epidemias que eran frecuentes ya desde el siglo XVI en Francia, Inglaterra, Italia, Holanda, Alemania y Hungría. Episodios febriles que en el sur de Inglaterra y en la región francesa de Provenza experimentaron una virulencia sin precedentes a medida que se aproximaban las últimas décadas del siglo XVIII.

Las tercianas dejaron sentir su presencia en la Barcelona de 1783-1786, como pone en evidencia el informe que elaboraron los profesionales sanitarios por encargo de la Junta de Sanidad el 20 de mayo de 1783, con el objetivo de esclarecer si la ciudad se había visto afectada por la epidemia de tifus y paludismo de la que dejó constancia el que sería el primer inspector de Epidemias del reino, Josep Masdevall. En el informe de 25 de junio de 1783 hallamos claras similitudes coincidentes con la epidemia de fiebres que tenía lugar a lo largo y ancho del territorio catalán, cuyo epicentro se ubica en Lérida, como denotó la Junta

de Sanidad de Barcelona el 19 de mayo de 1783. Los médicos se declararon unánimes «[...] de sentir que dichas calenturas son pútridas, y algunas de ellas malignas [...]».

Enfermedades de «calenturas continuas» que eran frecuentes en los meses de primavera y otoño, y normalmente desaparecían en los de estío, momento que coincide con el inicio de la fase infectiva y con el hecho de que la mortalidad infantil pasase «desapercibida» al explicarse como consecuencia de enfermedades gastrointestinales. La reticencia de los profesionales sanitarios al empleo de la quina, junto a la frecuente alteración de dicho remedio curativo, pudo suponer que el paludismo permaneciera endémico en la urbe, pasando desapercibido entre la población infectada, menoscabando de forma progresiva e imparable su estado de salud y causando un incremento de su vulnerabilidad ante otras enfermedades, con su consecuente repercusión en la mortalidad en la última década del siglo XVIII.

El informe que elaboraron los médicos a instancias de la orden que arribó a la Junta de Sanidad de Barcelona de manos del conde de Campomanes el 27 de septiembre de 1785, destaca que el ayuntamiento barcelonés había emprendido medidas para subsanar una de las causas principales señalada por los médicos, pues se drenaron los terrenos inundados del área del Raval y de las Puertas de San Antonio y Santa Madrona. El mensaje que los doctores Rafael Steva, Pablo Balmes y Luis Prats dirigieron a los poderes políticos el 22 de febrero de 1786 era claro: «La jurisdicción de V.S., que no se extiende fuera de los muros de la ciudad, no podrá cortar el susodicho manantial de epidemias que está fuera de ellas, pero ahora es tiempo que clame a la Real Junta Superior de su Ex<sup>a</sup>. y Real Audiencia a quien es fácil sacarla de raíz, y hacer felices un sin número de Almas».

Ambos informes condujeron al edicto de 6 de octubre de 1786 que don Manuel de Terán, intendente general del Principado de Cataluña, ordenó publicar en Barcelona. Entre las medidas de corte sanitario, el edicto estipulaba la necesidad de mantener limpios los conductos del abasto hídrico de villas y ciudades, o el drenaje y terraplenado de los terrenos pantanosos.

En relación con la epizootia del ganado que tuvo lugar en Barcelona, entre el 4 de mayo y el 29 de junio de 1783, también hallamos antecedentes tanto en Catalunya (1732) como en Francia (en concreto en Nantes en 1775). A su vez, la epidemia del ganado se insiere en un contexto epidémico superior al área barcelonesa y coetáneo a la epidemia de fiebres de 1783. Así, la epidemia cuyo origen se sitúa en Mont Marsan afectó de forma considerable, entre el 3 de mayo y el 12 de julio de 1783, las poblaciones de Gerona, Vic, Tarragona, Lérida, Vilafranca y Arbeca. De hecho, el cese de las medidas cautelares no se constata hasta el 27 de octubre de dicho año. En este caso, el recurso a los profesionales sanitarios no fue inmediato. Las autoridades se sustentaron en medidas aplicadas en episodios precedentes, como ponen en evidencia las disposiciones preventivas aplicadas en base a las observadas ya en 1682. A partir de la intervención de los profesionales sanitarios el 18 de mayo de 1783, la política sanitaria municipal se volvió mucho más restrictiva. Se prohibió desde abreviar el ganado en las fuentes públicas de la ciudad hasta los abastos cárnicos procedentes de Francia.

La repercusión de la política sanitaria con motivo de la epizootia, a diferencia de las medidas aplicadas con motivo de las fiebres tercianas, resulta mucho más evidente. Así, hay constancia de multas impuestas por abreviar el ganado en las fuentes públicas, y de comerciantes poseedores del subasto cárnico de la ciudad que ven cómo el ganado que han adquirido en las ferias agrarias queda retenido en las fronteras del reino. Además, también sabemos que los esfuerzos exigidos a los médicos barceloneses para hacer frente a la epidemia comportaron que los profesionales sanitarios, el 16 de agosto de 1783, dirigieran sus infructuosas quejas al Ayuntamiento de Barcelona para exigir el aumento de sus salarios a 12 reales por hora de servicio prestada y que les fueran retribuidas las consultas efectuadas con motivo de anteriores epidemias.

Los celos ante posibles nuevos brotes de enfermedades relacionadas con el ganado, como el nuevo episodio que tuvo lugar el 30 de agosto de 1786, podrían explicar la iniciativa municipal de consolidar el monopolio del abasto cárnico de la urbe no solo en su importación, sino también en su distribución en las carnicerías autorizadas a tal efecto entre 1786-1787.

En relación con las formas en que percibió la sociedad la confluencia de ambos episodios epidémicos, a través del dietario del Baró de Maldà y de las fuentes municipales consultadas, podemos apreciar que las consecuencias de las fiebres palúdicas, la inestabilidad climática y, en especial, la gran mortandad que generaron entre la población barcelonesa pueden explicar los constantes episodios de carestías y encarecimiento de los productos básicos. La inestabilidad social que se pudo derivar de una situación de constante alza de los precios podría explicar medidas como la implantación de la figura del sereno en la urbe. Las tercianas y su presencia endémica se arraigaron en la población de la época, en especial en aquellas gentes que habitaban la periferia barcelonesa, y al mismo tiempo entre aquellos que acudían a las manufacturas y campos de indianas establecidos extramuros de la ciudad. Esto explicaría la constitución de un Monte Pío el 16 de febrero de 1785 en favor de las viudas de los menestrales. Ese año son destacables los relatos de muertes repentinas que ofrece el *Calaix de Sastre*. Gentes que acuden a Barcelona, en palabras del Baró de Maldà, «[...] per visitar a San Domingo en Santa Catarina, apropiat que es lo Sant Gloriós per las Febres [...]».

Los patrones de mortalidad resultantes de la estandarización conjunta de las parroquias barcelonesas de Santa María del Pi y Sant Just i Pastor, entre 1770-1800, en consonancia con las tablas necrológicas de la ciudad de Barcelona para 1780-1803, nos han permitido entrever que el paludismo pudo estar presente en la población barcelonesa ya antes y después de los episodios epidémicos de 1785. En el periodo observado los picos de mortalidad presentan una frecuencia irregular pero distante, en donde detectamos agujas de mortalidad en 1772, 1775, 1777 y 1781. Tras 1785, año en el que la mortalidad infantil es coincidente en las siete parroquias y en la catedral de Barcelona, el paludismo, favorecido por la confluencia de un mayor número de condicionantes ambientales, podría explicar los altos niveles de mortalidad que se experimentan en la década de 1790-1800, en un marco cronológico en que el paludismo podría haberse presentado con mayor virulencia en conjunción con la arribada de nuevos morbos.

En conclusión, consideramos que es necesario extender este tipo de estudios a lo largo del territorio y en diferentes cronologías, siempre que la documentación disponible nos ofrezca la posibilidad de conjuntar el mayor número de puntos de vista posible ante las situaciones epidémicas.