



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TESIS DOCTORAL

Título
<b>Memorias higienistas de La Rioja. Una visión de la cultura social y sanitaria en el siglo XIX</b>
Autor/es
<b>Felisa Bonachía Caballero</b>
Director/es
José Luis Gómez Urdáñez y Isabel Martínez Navas
Facultad
Facultad de Letras y de la Educación
Titulación
Departamento
Ciencias Humanas
Curso Académico
2014-2015



**Memorias higienistas de La Rioja. Una visión de la cultura social y sanitaria en el siglo XIX**, tesis doctoral

de Felisa Bonachía Caballero, dirigida por José Luis Gómez Urdáñez y Isabel Martínez Navas (publicada por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA**



**iberus**  
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HUMANAS

**MEMORIAS HIGIENISTAS DE LA RIOJA.  
UNA VISIÓN DE LA CULTURA SOCIAL Y SANITARIA  
EN EL SIGLO XIX.**

**TESIS DOCTORAL**

**Felisa Bonachía Caballero**

Directores:

Dr. D. José Luis Gómez Urdáñez

Catedrático de Historia Moderna de la UR

Dra. D.<sup>a</sup> María Isabel Martínez Navas

Profesora titular de Historia del Derecho de la UR

Logroño

2015







## AGRADECIMIENTOS

Ha sido un camino de largo recorrido pero pautado, desde la Enfermería ya lejana a la Salud Pública y de aquí a la Antropología Social y Cultural. Este es mi bagaje, el andamiaje con que cuento para presentar esta historia. Mi pretensión en la vida ha sido “entender” el mundo que me rodea y para ello he tenido que “aprender”, especialmente de la antropología, que me ha enseñado a comprender la otredad. Verme atrapada en ese binomio entender-aprender, aprender-entender es lo que me ha permitido conseguir presentarme ante este tribunal, cuyo logro colma mis aspiraciones académicas.

He aprendido que la primera página de una tesis doctoral debe ser dedicada a los agradecimientos, y recapacitando sobre ello entiendo que si no hubiera sido por las personas que han creído en mí no hubiera sido posible comparecer hoy aquí. Por ello el primer agradecimiento va dirigido a mi familia, mis padres y hermanos, con quienes he compartido el sentido del trabajo, la inmunidad al desánimo y los valores humanos que se desprenden del esfuerzo personal. A Emilio, que potencia todos mis propósitos, agradezco poder compartir los desvelos y satisfacciones que me ha proporcionado la elaboración de esta tarea, y haberme reportado siempre confianza y ánimo.

Durante el tiempo que ha durado esta investigación me he encontrado con personas a las que debo mi agradecimiento por su diligencia y atención hacia mis solicitudes, como a Ignacio Díaz-Delgado Peñas, bibliotecario y archivero de la Real Academia Nacional de Medicina y a Marc Xifró y Collsamata, de la Real Academia de Medicina de Cataluña.

De manera especial agradezco la atención dedicada a Jesús Javier Alonso Castroviejo, fiel seguidor de mi trabajo durante mucho tiempo, a Micaela Pérez Sáez, directora del Archivo Histórico Provincial de La Rioja, a María Isabel Murillo García-Atance y Susana Rodríguez del Archivo Municipal de Logroño, a Sonia Rosales Peña del Archivo Municipal de Haro y a D. Pablo Díaz Bodegas, responsable del Archivo Histórico Diocesano de Logroño.

Dejo en último lugar, por ser los más cercanos, a mis profesores, la Dra. Isabel Martínez Navas y el Dr. José Luis Gómez Urdáñez quienes han creído en esta posibilidad que hoy acontece como realidad.





## Índice

### **Introducción. 9**

### **Capítulo 1. El pensamiento médico-higienista: ciencia, naturaleza y sociedad**

Las mentalidades médicas del siglo XIX. Medicina anatomoclínica o medicina hospitalaria. El Brusismo, una variante anatomoclínica. Medicina fisiopatológica o medicina de laboratorio. Medicina etiológica. Ambientalismo y Climasismo hipocráticos. **25**

Higienismo: el paradigma del siglo XIX. Higiene social. La “cuestión social”. Enfermedades sociales: Secciones de higiene especial y vigilancia de la prostitución. El control higiénico de la prostitución. El Reglamento de Logroño. Memorias de higiene especial y vigilancia de la prostitución de Logroño. **40**

### **Capítulo 2. Memorias higienistas: una aportación al desarrollo de la salud pública**

Geografía médica. Relaciones topográficas. Relaciones topográficas de La Rioja. Memorias higienistas: modelo de expresión de una doctrina. Topografías médicas. Estructura de contenidos. Las topografías médicas en la historiografía médica española. Evolución histórica de las topografías médicas. **81**

### **Capítulo 3. El desafío del higienismo: el control de las epidemias y la mortalidad**

La viruela, enfermedad epidémica. Tratamiento preventivo: inoculación de la viruela o variolización. El Dr. Ruiz de Luzuriaga en Logroño, precursor de la inoculación. La vacunación de Jenner. Las epidemias de viruela: memorias y vacunación en La Rioja. Santo Domingo de la Calzada 1871. Enciso 1878. La viruela negra de Arnedillo 1888.. Instituto Higiénico de Logroño, una institución para la vacunación. Huércanos 1892. **121**

El cólera, el azote de las poblaciones. Primera epidemia, 1834-35. Segunda invasión, 1854-55.- Tercera oleada, 1865. Haro y los cuarteles coléricos. Cuarta epidemia 1885. La Comisión de Valencia y la cuestión Ferrán. El hospital de coléricos de Logroño. Calahorra. El Congreso de Tafalla 1886. Las cartillas sanitarias del cólera. **180**

Mortalidad: Causas y clasificación de las enfermedades. Clasificación de enfermedades en las topografías médicas de La Rioja. Mortalidad en La Rioja. Mortalidad infantil. **234**

### **Capítulo 4. Higienismo empirista o naturalismo terapéutico: el agua como remedio**

Las aguas minerales: un recurso para la salud. Carácter simbólico del agua. Aprovechamiento de las aguas mineromedicinales. El ocio, una nueva utilidad social del agua. Institucionalización de las aguas mineromedicinales. La creación del cuerpo médico de directores de Baños. Los Reglamentos de las aguas de baños. Las memorias médicas de aguas mineromedicinales. La cuestión social del termalismo hidroterápico. La asistencia de pobres y acomodados. Concurrencia a los baños. La nueva industria del empresarismo balneoterápico. Otras formas higienistas de utilización del agua: La hidropatía. Los baños públicos. **255**

Los establecimientos balnearios de La Rioja. Arnedillo y sus fuentes termales. Memoria médica de las aguas de Arnedillo 1861. Otras técnicas hidroterápicas en Arnedillo: los peloides. Las aguas del balneario de Grávalos. Memoria médica de las aguas de Grávalos 1844. El balneario de Cervera del río Alhama o La Albotea. El balneario de Riva los Baños de Torrecilla en Cameros. Las aguas del balneario de San Agustín de Haro. **282**

### **Capítulo 5. Topografías médicas de La Rioja. El diagnóstico de salud de la comunidad**

Topografía médica de Calahorra, 1886. Quel, 1886. Huércanos, 1893. Cervera del río Alhama y su distrito, 1916. Logroño, 1889. Memoria del estado higiénico de la ciudad de Logroño, 1894. Memoria de Logroño en IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, 1898. **325**

### **Conclusiones. 449**

### **Bibliografía. 453**



## INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XIX tendrá lugar el proceso de ruptura con el Antiguo Régimen, a través de un amplio abanico de acontecimientos políticos y sociales que dará lugar a una nueva etapa en la Historia de España. Esta fractura supondrá una demora en la concreción de las nuevas directrices políticas, sociales y sanitarias con respecto a otros países europeos, debido a la inestabilidad política y también a la falta de maduración de los conceptos sociológicos y sanitarios (Tejedor, Moro y Riera; 1998:9). En este tiempo decimonónico se instaura la idea de la higiene como componente necesario para el progreso en todas las sociedades occidentales. Y decimos necesario porque la falta de higiene mermaba las posibilidades de alcanzar la prosperidad de las naciones. La salubridad de las poblaciones y la asistencia sanitaria o de beneficencia requerían cambios sustanciales porque el sistema heredado del Antiguo Régimen no ofrecía soluciones a las deficiencias que sistemáticamente se detectaban. Podría decirse que fue una época de diagnóstico de la situación, de posicionamiento ante las consecuencias de las sucesivas epidemias y la falta de salubridad general, generándose un planteamiento político que dio lugar a una batería de leyes, decretos, reglamentos y normas en general que no terminaron de conseguir su propósito hasta bien entrado el siglo XX. Las normas no se cumplían, al menos de forma inmediata, bien porque suponían un cambio en las costumbres que se arrastraban desde muy antiguo o bien por intereses, generalmente económicos, de las clases afectadas por lo que, en cualquier caso, se requería un cambio cultural. Este cambio afectaría a todos los factores implicados, los profesionales sanitarios por un lado, procediéndose a estructurar las profesiones en sus planes de estudio y en las condiciones de trabajo, a la población general por otro lado, para que se consiguiera la adquisición de nuevos hábitos higiénicos en la vida diaria y, también, a los políticos como responsables de legislar adecuadamente y hacer cumplir las normas.

Para la urgente higienización y saneamiento de la nación se crearon instituciones como las juntas de beneficencia y de sanidad, nuevas academias de medicina y estructuras administrativas gubernamentales con el objeto de establecer las bases de una sociedad de progreso que pusieran en marcha los cambios que la higiene, como principio rector de ese progreso necesario, imponía sobre la sociedad misma.

La primera variable que determina la necesidad de cambios, desde el punto de vista de la higiene, es la demográfica pues comparativamente con las cifras internacionales, en España la mortalidad era superior y muy especialmente la perinatal.

Las deficiencias sanitarias se extendían a la vivienda urbana o rural que se veían afectadas por la proximidad de terrenos pantanosos en las poblaciones. La higiene pública era tratada ya como asunto urgente, pues un tercio de los municipios españoles en este tiempo carecen de agua o tienen dotaciones escasísimas, o son insalubres desde el punto de vista químico, y esto sin contar con el análisis bacteriológico. Con respecto al alcantarillado de las ciudades españolas, Logroño es una de las capitales de provincia que lo tiene regular, el abastecimiento de agua es escaso y se dispone de poca agua y una calidad también regular. En cuanto a la limpieza pública, en Logroño solo se barren diariamente las calles más céntricas y las basuras se recogen en carros ordinarios, destinados luego a otros usos en lugar de ser cerrados o bien dedicados únicamente a este uso y, en general, en las viviendas no se dispone de retrete con agua, no llegando al 50% (Gómez de Membrillera, 1920a:346). La higienización debía extenderse a todos los establecimientos públicos como los destinados a la venta y manipulación de los alimentos, situación adecuada de los cementerios y lavaderos, materiales de construcción, teatros, templos, escuelas, talleres y centros de trabajo, centros de beneficencia... Muchos de estos establecimientos están emplazados en el casco antiguo de la población, rodeados de estrechas calles cuyas viejas y altas casas proyectan constantemente sobre sus muros la sombra, impidiendo que entre el sol por sus angostas ventanas y pueda sanear las lóbregas habitaciones de húmedas paredes. En las cárceles, cuarteles y hospitales tampoco impera la higiene, son escasos los edificios construidos para ese fin y se instalan en viejos conventos sin disponer de baños ni duchas y demás elementos de limpieza ni espacios aireados para el ejercicio físico: *“son más bien almacenes humanos o depósito temporal de hombres, tratados como cosas más que personas”* (Gómez de Membrillera, 1920b: 356).

En este tiempo, la ciudad de Logroño tenía pendientes grandes reformas de todo tipo, de logística, de higiene pública y salubridad como la traída de aguas y el alcantarillado, iniciado en 1834, el alumbrado público que dio comienzo entre 1835-1836, la expansión urbanística y el consecuente derribo de sus murallas en 1861, la construcción de nuevas infraestructuras de comunicaciones, en fin, todos los elementos de los que se compone una ciudad moderna.

Las bases de la revolución industrial surgida en Inglaterra no tuvieron un eco semejante en España, principalmente porque en España las bases del capitalismo se asentaron sobre la agricultura. En La Rioja el espacio económico durante este siglo se caracterizaba por la caída del predominio vinatero con las sucesivas amortizaciones a

cambio del cereal que frenaría el hambre por la expansión demográfica. Logroño se volcó en la agricultura diversificada en la que tenía cabida la pequeña parcela de regadío propia del autoconsumo del pequeño labrador. Más tarde, tras la guerra carlista, el cultivo del viñedo se intensificó y la situación social, inestable, se convirtió en jornalero del viñedo. La comercialización del vino en el País Vasco por medio del ferrocarril se vio amenazada por los riesgos de malas cosechas o superproducción que provocaban la crisis y el hambre. Los grandes bodegueros imponían los precios de la uva a los pequeños viticultores, mientras los grandes terratenientes controlaban los salarios de los jornaleros (Gallego, 1986). La Rioja baja, expulsada del negocio del vino desde el siglo XVII, se proyectó en la industria conservera al difundirse sus técnicas y métodos. La industria textil se nutría en Logroño de la materia prima camerana permitiendo el aumento del número de tejedores y de una industria subsidiaria destinada al ámbito regional hasta que en la década de los sesenta la producción lanera y la manufactura, de Munilla y Ezcaray sobre todo, se hundía de forma irremisible. La industria de La Rioja era muy incipiente en el momento y los industriales suponían solamente la séptima parte de la población total. Gracias a la aplicación de dos agentes naturales como el vapor y el agua en las explotaciones industriales de diversa índole como tejidos, minas y canteras, cerámica, hierro, cueros, maderas, mueblaje, alimentación... se elevaba el número de éstas hasta 2.515 que, en una población casi agrícola suponía un avance. El cuanto al comercio solamente un 2,4% de la población tenía esta dedicación (Ramírez Arcas, 1858). Tengamos en cuenta que el comercio se ajustaba a las condiciones económicas y políticas del país que entonces eran las sucesivas guerras carlistas. Los sectores industriales relacionados con la alimentación, en concreto las conserveras y las bodegas, tuvieron en la provincia de La Rioja un importante enclave dentro de la industria nacional por ser los sectores en los que se podía ser más competitivo. La Bodegas Franco-Españolas se establecieron en la orilla izquierda del Ebro en 1890, la fábrica de conservas Trevijano se estableció en Logroño en 1892 y, a principios del siglo XX, los laboratorios Orive y la fábrica de conservas Ulecia eran ejemplos de la estructura económica logroñesa. El proceso de modernización de la ciudad, imparable como en el resto de ciudades, entrañaba una urbanización creciente que respondiera a las nuevas demandas de la burguesía y al crecimiento de la población total. De esta manera, con el derribo de las murallas y las desamortizaciones sucesivas se fue creando un parque de fincas urbanizables que en su gran mayoría aprovecharon las clases pudientes delimitando nuevas zonas residenciales evitando el hacinamiento del interior de la

ciudad. La ausencia, por otra parte, de normas urbanísticas de cumplimiento general y el escaso peso demográfico junto con la conservación de los privilegios de los poderes locales no contribuyó a superar el caos urbanístico derivado de la libertad de actuación de cada vecino. Fue a partir de los años 30`s cuando se empezaron a formular en Logroño las necesidades higiénicas, de comodidad y seguridad que respondían a las necesidades de una dinámica expansiva demográfica. Las soluciones urbanísticas venían por la expansión de la ciudad mediante la demolición de las murallas, el ensanche de sus calles y el saneamiento de sus edificios. El urbanismo moderno nació preocupado por cuestiones higiénicas y con un planteamiento que privilegiaba la comodidad de las nuevas edificaciones por encima de las necesidades defensivas o estratégicas. De los 7.000 habitantes con que contaba Logroño a finales de la guerra de la independencia pasó a más de 11.000 en 1857 lo que obligaba a establecer soluciones rápidas. A partir de ese momento, durante la segunda mitad de siglo se llevaron a cabo multitud de actuaciones que modificaron el aspecto de la ciudad; por un lado el saneamiento de la urbe mediante la creación de nuevas calles, la lenta alineación y la adaptación de sus espacios a las necesidades administrativas, militares, industriales, benéficas y de ocio. Por otro lado la burguesía se establecía fuera del centro histórico que había alcanzado un deterioro ambiental grave por su degradación y masificación desde hacía años. Se edificaron pues nuevas zonas residenciales propias de su nivel económico asegurando su distinción. Pero hasta los años 90`s no se establece un plan general de acción, para evitar la expansión improvisada, a cargo del arquitecto municipal, Luis Barrón que elaboró el Plan General de Alineaciones, pretendiendo dar una solución integrada a la mayor parte de los problemas de la ciudad. En la década de los sesenta se derribaron las murallas que, paradójicamente, se habían reconstruido poco tiempo atrás para la fortificación que fue necesario llevar a cabo durante la primera guerra carlista. Como decimos, en esta década ya está construida la alhóndiga municipal, se ha ampliado la plaza de abastos, empieza a funcionar el ferrocarril de Bilbao a Tudela, estrenándose la nueva estación de Logroño, se construye la plaza de toros, se está ampliando el alumbrado público gracias a la utilización del petróleo, más barato que el aceite, y siguen las obras de adoquinado y la construcción de aceras; quedaba pendiente el plan de alineaciones. La muralla recién demolida se va a convertir en el símbolo del predominio de las actividades económicas y comerciales sobre las militares además de posibilitar la expansión de la ciudad para comunicar mejor las calles con el puente de hierro y con el ferrocarril. En el afán de transformación se proyecta una nueva plaza de abastos, se traslada la sede del

ayuntamiento, se conforma lo que será en los años ochenta la casa de beneficencia y se construye el hospital provincial. También se crearon centros de enseñanza como el instituto de segunda enseñanza en 1842, el instituto Sagasta a finales de siglo y el nacimiento de la escuela de artes y oficios. Estos nuevos espacios surgían conforme a las exigencias y según las disponibilidades presupuestarias lo permitían, dando así cobertura a las necesidades de abastecimiento y a la mejora de la administración. La modernización social impuesta por las relaciones de mercado a impulso del liberalismo, aconsejaba la amortiguación de los conflictos sociales por lo que se procede a la creación de un sistema de asistencia social enfocado al mantenimiento del orden (Moreno Fernández y Gómez Urdáñez, 1995).

La primera vez que se recoge en España la responsabilidad de la asistencia a los pobres y el auxilio a sus necesidades es en la Constitución de Cádiz de 1812, producto de las ideas ilustradas. La estructura jerárquica institucional se basa en las Diputaciones que dirigirán la asistencia a través de los ayuntamientos bajo el auspicio de una junta. La Constitución fue abolida en 1814 por Fernando VII aunque rebrotará en 1820 y definitivamente en 1837, en que se publica la ley de Beneficencia. Posteriormente con la guerra de la Independencia, muchos hospitales e instituciones de caridad mantenidas durante siglos bajo la protección de la Iglesia por parroquias y catedrales, habían sido destruidas o desamortizadas y por tanto perdidas sus fuentes de sustento. Se desamortizaron algunos hospitales medio arruinados y algunas propiedades de obras pías y fundaciones que, en el caso de La Rioja tuvo gran importancia ya que el clero era gran propietario de bienes rústicos y urbanos. La gran desamortización del ministro Mendizábal en 1837 supuso el fin de todas las instituciones de caridad mantenidas con cargo a la Iglesia, con excepciones como por ejemplo el convento de San Francisco de Santo Domingo de la Calzada, que tras abandonar los frailes el convento acogió en 1840 a las Hermanas de la Caridad, orden muy numerosa en La Rioja, que regentaban el viejo hospital de peregrinos (Gómez Urdáñez, 2012). También en Calahorra un hospital del cabildo catedral pasa a manos de la Junta de Beneficencia, con arreglo a las disposiciones vigentes, para acoger exclusivamente a los labradores pobres que a la edad de 60 años han llegado a la pobreza (Madoz, 1846: 243). La desamortización completada por Espartero y por Madoz fue la última embestida contra la caridad tradicional aunque no erradicada, ya que algunas instituciones se salvaron de la venta pública. La red de albergues de pobres o asilos y hospitales riojanos que en 1750 reunía

un centenar de edificios, quedó reducida a solo 23 en 1859 tras la desamortización (Carasa, 1984).

La Ley General de Beneficencia de 1849 mantiene de las anteriores de 1822 y 1837 y, por tanto, de la de Cádiz de 1812 la importancia del municipio, como primer nivel de atención a la población, en el que se constituye la Junta Municipal de Beneficencia para gestionar todas las instituciones asistenciales, tanto públicas como particulares. Pero son las Diputaciones Provinciales, ya consolidadas, las que a través de la Junta Provincial dirigen la red asistencial de la provincia de Logroño, creada en 1833. Así, la Diputación decidirá los nuevos proyectos y obras de beneficencia de la provincia, como la casa de Beneficencia, el nuevo hospital, el Manicomio... También la Diputación supervisará la administración de las viejas fundaciones que lograron salvar de la desamortización su capital, edificio y finalidad. En ámbito local el ayuntamiento adquiriría toda responsabilidad y se encargaba de sufragar la mayoría de los gastos sanitarios, como el médico y el farmacéutico y en los pueblos grandes cirujano sangrador y partera y, por supuesto, la atención a los pobres. El ayuntamiento elaboraba una lista anual de “pobres” a los que se les facilitaba la asistencia y los medicamentos<sup>1</sup>.

Los políticos constituyentes de las Cortes de Cádiz tuvieron poco tiempo para generar una organización sanitaria, aunque en el terreno legislativo establecieron la competencia centralizada de la sanidad pública en el gobierno de la nación; dieron responsabilidades de salubridad a los ayuntamientos y, en el terreno asistencial, establecieron la obligación de la beneficencia municipal. El principio de fraternidad como principio social dio lugar al ejercicio por primera vez de la filantropía en el orden individual, y en el orden público en la asistencia a los desvalidos. Además de la creación y organización de las Juntas Provinciales y Municipales de Sanidad, se llevó cabo la distribución de funciones en materia de policía de salubridad entre el poder central y gubernativo por un lado y los ayuntamientos por otro, que les confiere por tanto funciones comprendidas en la Instrucción Municipal de 1813.

En la organización sanitaria destaca la creación de los médicos municipales y la obligación de su contratación por los ayuntamientos ordenado por Ley Municipal de 1823 y reforma del trienio liberal, que será el germen de la futura organización asistencial benéfica individual y más tarde inspectora sanitaria en el ámbito local. En este periodo constituyente primero y liberal posteriormente se puede destacar la

---

<sup>1</sup> Gaceta de Madrid nº 167 de 16 de junio de 1891. Real Decreto de 14 de junio de 1891. Reglamento para el servicio sanitario de los pueblos.



concepción política de la autoridad sanitaria que se atribuye al estado central y a los delegados o jefes políticos gubernativos provinciales y, también en cierta medida, a los alcaldes. Este elemento es crucial en la concepción de la salud pública y en la protección de la salud colectiva a lo largo del siglo, en cuanto que se protegen bienes individuales, fundamento de la actuación del poder público liberal (Viñes, 2006).

Las señas de identidad de esta concepción sanitaria decimonónica son dos: por un lado, el papel de la administración queda limitado a la atención de aquellos escasos problemas que escapan a la resolución del individuo y cuyo carácter supraindividual reclama una respuesta del poder organizado; solo si la enfermedad padecida por un individuo importa al conjunto de la colectividad, la Administración debe intervenir. Por otro lado, el sistema sanitario tendrá un carácter estrictamente preventivo, la Administración liberal debía atender al indigente enfermo porque era incapaz de satisfacer sus propias necesidades, encuadrada esta atención en el conjunto de las prestaciones de beneficencia (Muñoz Machado, 1975: 25-33).

En el siglo XIX tiene lugar un cambio importante en el contexto sanitario como es la desaparición de una institución secular, el Protomedicato de Castilla, el órgano más importante de la sanidad española durante la edad moderna. Aunque sus orígenes son confusos se puede situar su constitución y organización en la pragmática de 1477 de los Reyes Católicos en que se establecen las funciones de los “Alcaldes y Examinadores”, término que ya existía con anterioridad. Llevaba a cabo una función fiscalizadora de las profesiones sanitarias (médicos, cirujanos y farmacéuticos), actuaba como tribunal sancionando las infracciones en el desempeño de las profesiones a la vez que las facultaba para su ejercicio evitando el intrusismo, además de ejercer funciones de salud pública en caso de riesgo pestilencial, todo ello en nombre del Rey. De esta forma el poder de la Corona dispuso un esbozo de organización sanitaria unipersonal de garantía durante más de 300 años. El Protomedicato se desarrolló por medio de nuevas pragmáticas, en 1588 y 1593 de Felipe II, colaborando con el Santo Oficio en la limpieza de sangre, prohibiendo el acceso a los exámenes del Protomedicato a los judíos y a los conversos. En el siglo XV y siguientes, los médicos constituyeron cofradías en defensa de sus intereses bajo la advocación de santos, con obligaciones religiosas, para defenderse y excluir de este modo del ejercicio a los médicos judíos. Con la introducción del régimen absolutista de Felipe V se centraliza y unifica el Protomedicato de Castilla a través de subdelegaciones extendidas a todo el territorio, puesto que Cataluña y Aragón disponían de tribunales propios. En el siglo XVIII se inicia el declive del Protomedicato

y debido a las rencillas entre profesionales surgidas por una parte por los cirujanos que habían adquirido un progresivo prestigio, por la necesidad de los ejércitos siempre beligerantes en alguna contienda, y ser considerados más necesarios y eficaces que los médicos y por otra parte por el rechazo de los boticarios a ser inspeccionados por médicos. Por ello Carlos III dispone tribunales independientes y crea la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía y más tarde, Carlos IV las Juntas Superiores Gubernativas, en 1800 para Farmacia, en 1801 para Cirugía y en 1804 para Medicina, que convalidan un gremialismo por separado, rememorando a las cofradías aunque sin advocación religiosa. El protomedicato fue una institución que se vio afectada en su decadencia por las grandes transformaciones que conmocionaron el país: fue suprimido por primera vez en 1799, restablecido en 1801 y abolido por segunda vez en 1804. Más tarde, cuando el consejo de Regencia de las Cortes de Cádiz resuelve en 1811 instaurar el Tribunal del Protomedicato con el nombre de Tribunal Supremo de la Salud Pública, la institución creada será muy distinta de la existente durante el Antiguo Régimen. Fernando VII en 1814 suprimió de nuevo este Tribunal, restablecido en el Trienio Liberal, celebró su última sesión el 28 de marzo de 1822 (Campos Díez, 1999). El final viene dado entre vicisitudes legales que condicionan las repetidas extinciones y restablecimiento del tribunal del Protomedicato en los inicios del siglo XIX. El desarrollo más reglado de los estudios por las propias profesiones y luego por los colegios y facultades universitarias garantizaba la formación y la expedición del título profesional y, por otra parte, la asunción de los conflictos del ejercicio profesional por la justicia ordinaria, son los desencadenantes de que el Protomedicato vea disminuido su peso ante la Corona por las nuevas instituciones y lo hicieran innecesario. Si bien el Protomedicato se ocupaba de los asuntos de las profesiones sanitarias, el Consejo del Reino se ocupaba a través de la Junta Suprema de Sanidad de las materias referentes a la salubridad y de las epidemias, iniciándose de este modo el primer órgano de la sanidad española que se ocupa de la salud de la población, de forma separada a la regulación de los profesionales y considerada como una función pública desde 1720 a 1847, sustituida en parte por la Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación (Viñes, 2006b: 40-44).

Por otra parte, en la política sanitaria del siglo XIX se pueden distinguir tres etapas bien definidas: de 1800 a 1847 en que perdura la legislación sanitaria del Antiguo Régimen; la segunda etapa comprende la elaboración de los pilares de la nueva estructura sanitaria y discurre entre 1847 y 1855; y la tercera etapa que comprende los

años que van desde 1855 a 1900, es cuando se produce el desarrollo y perfeccionamiento de la nueva legislación (Sánchez-Granjel, 1974: 255 y ss). De estas tres etapas, es la tercera a la que corresponden la mayor parte de las obras que nos proponemos estudiar. No obstante deberemos considerar la centuria completa, al menos en su concepción teórica, para entender cómo se desarrolló el higienismo en función de las corrientes científicas y las mentalidades médicas de ese tiempo.

Las medidas sanitarias a lo largo del siglo XIX no tienen un carácter estable sino que son adoptadas por el Estado en situaciones extremas de una mortalidad acuciante y asoladora, cuando hay que sacar los cadáveres de las poblaciones y es obligado recuperar o reactivar la normativa sobre cementerios mientras se prohíben los funerales de cuerpo presente en las iglesias y “tocar a muerto”, teniendo que realizar los enterramientos por la noche para no alarmar a la población. Sin embargo, en los periodos inter-epidémicos tanto el gobierno como los delegados gubernativos y los alcaldes se olvidan de la salubridad. La sanidad de este siglo XIX en España no es una organización técnica o administrativa sino una actividad gubernativa de policía de salubridad confiada a jefes políticos y alcaldes que toman medidas según el estado de necesidad de protección de un bien de propiedad individual como es la salud. A España no habían llegado todavía las doctrinas de salud pública que ya se habían desarrollado en Europa a través de las propuestas de J.P. Frank, fundador de la higiene pública que estableció un programa de actuación a lo largo de la vida del individuo desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los elementos necesarios para una correcta salubridad como el suministro de aguas, higiene escolar, higiene sexual, bancos de alimentos para niños, salud laboral y prevención de accidentes, sanidad militar, enfermedades venéreas, estadística sanitaria y gerencia de hospitales, todo ello desde un concepto del despotismo ilustrado de los poderes públicos. De este modo nace como concepto y como ciencia aplicada desde el poder público la salud pública (Garrison, 1921: 325-326).

Como decimos, a España no había llegado todavía la idea de una política médica completa, por la que el estado pueda disponer de súbditos sanos y fuertes que sirvan en la producción industrial y en el sostenimiento de los ejércitos. Tampoco había llegado la doctrina social de protección de salud en caso de enfermedad. Otra razón que justifica la carencia de organización sanitaria en España era la ineficacia de las medidas que se adoptaban de la medicina en general, de la farmacia, la veterinaria y la cirugía que arrastraban un gran retraso; por eso las propuestas centroeuropeas entrarán muy paulatinamente siendo casi inexistentes durante el siglo XIX. No debemos, no obstante,

juzgar la eficacia o ineficacia de las medidas sanitarias adoptadas en este tiempo ya que estos conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia son términos actuales que se han introducido también en la sanidad y la medicina.

En este planteamiento del estado de la situación de España sí se puede afirmar que antes de la invasión napoleónica de 1808 y de la guerra de la Independencia, ante el hallazgo sanitario más importante de la humanidad como fue la vacuna antivariólica, los médicos y cirujanos españoles se dedicaron a su rápida difusión nacional como Piguillem en Cataluña<sup>2</sup>, Jáuregui y Ruiz de Luzuriaga en Madrid (Olagüe y Astrain, 1995), e internacional gracias al apoyo de la corona por parte de Balmis y Salvany que difundieron la vacuna por América y Filipinas. Sin embargo, los conocimientos posteriores como la transmisión del cólera por el agua, por Snow en 1854, la bacteriología de Pasteur en 1864, y de Koch en 1876, la higiene pública de Pettenkofer en 1875, la higiene y profilaxis clínica de Semelweiss en 1847 y de Lister en 1865 no se planteaban en España debido a los continuos enfrentamientos sociales y políticos que agotaban las posibilidades de progreso del país. Es en el siglo siguiente cuando se incorporan los conocimientos científicos en la toma de decisiones frente a la enfermedad y las epidemias.

A pesar de todo ello surgen algunas personalidades de relevancia en la sanidad española en el siglo XIX y comprometidas con la incipiente organización sanitaria. Se trata de Mateo Seoane, médico y político desde la década de los veinte a los cuarenta y Pedro Felipe Monlau, médico dedicado de lleno a la salud pública en las décadas de los cuarenta hasta los sesenta y catedrático de Higiene Pública y Epidemiología en la universidad de Madrid. Monlau elaboró la obra de referencia del higienismo en España en tres tomos: *“Elementos de Higiene Pública o arte de conservar la salud de los pueblos”*. También hay que destacar otros protagonistas como Francisco Méndez Álvaro, Carlos María Cortezo o Martín Salazar que consiguieron unirnos a la época científica de la higiene pública a final de siglo.

Por su parte, los protagonistas de la higiene en La Rioja en esta época son los médicos de los pueblos, seguidores de las doctrinas del momento y auténticos artífices de la construcción del modelo sanitario y de salud pública. Estos médicos son los autores de las memorias higienistas que nos proponemos estudiar, gracias a su labor paciente y

---

<sup>2</sup> Gaceta de Madrid nº 2, de 6 de enero de 1801: pág. 20.

esforzada, dando fe por su experiencia cotidiana de la situación sanitaria y social de La Rioja.

El concepto de enfermedad y su evolución va a depender de los factores culturales en los que se ve inmerso este presupuesto y es acorde por tanto a la evolución de la civilización. Según este esquema, la higiene y la salud pública brotan como un gran movimiento a partir de los moldes ideológicos del siglo XVIII, la Ilustración y la Revolución Francesa, o sea, el humanitarismo y el progresismo (Faus: 1963: 360). De este modo, para entender el saber médico presente hay que tener en cuenta las razones científicas pasadas, incluyendo así el saber médico actual en el ámbito de la Historia.

Por otra parte, el estudio de una corriente científica del pasado desde una perspectiva local supone sustanciar lo general en lo particular y observar cómo se verifican las grandes teorías en un espacio y tiempo precisos. Para ello deberemos tener en cuenta la necesaria inmersión en las particularidades teóricas a la hora de interpretar una forma de hacer y decir al estilo de la época.

Los trabajos encontrados en torno al tema de la aplicación del higienismo como doctrina científico médica en La Rioja abordan especialmente la ciudad de Logroño y conceptualmente las epidemias de cólera principalmente, si bien es cierto que son temas sobre los que la documentación disponible es más extensa y por tanto se encuentran bien documentados. El trabajo de José Miguel Delgado Idarreta (1999: 93-112) sobre la literatura higienista de La Rioja es un punto de partida obligado para afrontar los estudios higienistas locales a finales del siglo XIX. Las políticas de higiene municipal en Logroño a lo largo del último tercio del siglo XIX ha sido el tema de estudio de Juan Ramón Cerdeira Alonso en su tesis doctoral de 2013 en esta universidad. Marisa García Arriaga por su parte ha abordado el estado de la sanidad en el municipio de Logroño que en las últimas décadas del siglo XIX se debatía entre las epidemias y los progresos (1986: 329-340). Otros estudios se han centrado en las aportaciones a la ciudad de instituciones asistenciales como La Casa de Socorro de Logroño durante el periodo de 1923 a 1936, o los usos sanitarios del edificio de la Gota de Leche, ambos a cargo de Francisco Javier Iruzubieta Barragán (2008a, 2008b). La institución benéfica municipal de la Casa Cuna del Niño Jesús, aunque desde una perspectiva educativa, ha sido estudiada por Pablo García Alcalde (1991: 117-123). La crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen y el sistema sanitario de La Rioja desde finales del siglo XVIII y principios de XX es un tema examinado por Pedro Carasa Soto (1984: 7-25). En cuanto a las epidemias, el cólera morbo ha sido objeto de indagación histórica

plasmada en varios artículos de referencia debido a la presentación de la enfermedad en forma de sucesivas epidemias, como la ocurrida en la ciudad de Logroño entre 1854 y 1855, de Juan Carlos Bilbao Díez (1984: 113-124) y también sobre esta misma epidemia trata Salvador Sáenz Cenzano en los “Apuntes históricos de Logroño” (1948: 343-355). César de Marcos Hornos (1986: 307-318) ha elaborado “La epidemia de cólera en Fuenmayor en 1854-55” y José Luis Arce Pérez y Luis Javier Mahave Arnáez (1986: 319-328) han estudiado la de 1855 en Santo Domingo de la Calzada. Marisa García Arriaga ha elaborado el estudio de la epidemia de cólera de 1885 en el municipio de Logroño (1987: 125-162) y María José Lacalzada de Mateo la epidemia de cólera de ese mismo año 1885 en La Rioja (1979: 157-167). Otro estudio que aporta una nueva perspectiva de la enfermedad colérica se centra particularmente en el ambiente religioso creado en dicha epidemia de 1885 en La Rioja, a cargo de Felipe Abad León (1984: 317-330). Andoni Fernández Díez (2008) por su parte ha realizado es estudio de las aguas mineromedicinales y los establecimientos balnearios de la Rioja Baja en el siglo XIX.

Los estudios en torno a la historia de la ciencia en España se focalizan en varios investigadores y sus grupos de investigación de universidades como José María López Piñero en Alicante, el Instituto Médico Valenciano y su producción en torno al estudio de la vacunación de viruela, Esteban Rodríguez Ocaña en Granada, José Javier Viñes Rueda en Navarra y otros. No podemos obviar la gran participación y transmisión de conocimiento que ofrecen los sucesivos congresos de historia de la medicina a través de sus sociedades científicas, donde se reúnen los trabajos que dan consistencia a la construcción de nuestra historia sanitaria y de salud pública. Al investigar acerca de las corrientes científico- médicas vemos que hay ciertos autores que, dentro de la materia de la historia de la medicina, se sumergen en algunas áreas temáticas consiguiendo una cierta especialización por la profundidad que muestran sus indagaciones. Así, vemos que la autora consultada, Consuelo Miqueo Miqueo, ha investigado la medicina fisiológica y el brusismo en España desde su tesis doctoral y posteriores publicaciones sobre el asunto en cuestión. Es así como descubrimos, a través de su investigación y análisis, la existencia de protagonistas riojanos participando de la actualidad médica y profesional del momento. En el campo de la hidrología médica y la balneoterapia, su historia, institucionalización y consideraciones sociales al respecto, es un referente Juan Antonio Rodríguez Sánchez. De igual modo es necesario recurrir a los trabajos de Jean Louis Guereña al tratar la prostitución en España por su amplio estudio historiográfico al respecto. En lo que se refiere a las topografías médicas e higienismo son una referencia

los trabajos de José Luis Urteaga González y Rafael Alcaide González y sus relaciones con la geografía médica.

Las memorias higienistas que son nuestro objeto de estudio se encuentran en diferentes formatos, unas impresas y otras manuscritas, lo que nos ha obligado a plantearnos nuevas consideraciones en torno a este tipo de fuentes. La interpretación de manuscritos aporta un valor añadido al conocimiento escrito, pues en la transcripción de los trazos caligráficos y la apreciación de su tamaño e inclinación, se exterioriza la huella simbólica de lo que su contenido encierra, de lo que cada autor intenta transmitir con su forma de hacer. En los manuscritos, decimos, todo adquiere un significado, “... *Uno siente en ellos, materialmente, el trabajo del escribiente: su tinta, su pluma, sus códigos, sus pequeñas manías, su labor*” (Le Goff, 2003: 28). El escribano en nuestro caso es el informante, quien a través de los textos, no siempre manuscritos, nos transmite una imagen cultural, quizá borrosa o distorsionante, de la cultura de la que surge. Por ello, la interpretación de un texto precisa intuición, experiencia y conocimiento interdisciplinar; un reto que, con cautela, supone una tarea conjunta entre antropólogos e historiadores, trascendiendo al mismo tiempo los patrones culturales y valores que sustentan esos textos.

Desde categorías, claves y perspectivas antropológicas nos acercaremos al contexto histórico y cultural de la época para tratar de explicar aquello que nos es extraño. Así, utilizando los datos históricos como etnografía, devolviendo la voz y el protagonismo a los sujetos y hechos del pasado, veremos cómo la hermenéutica del texto puede ser uno de los puntos de unión de la investigación antropológica e histórica (Moncó, 2000: 176).

Las memorias higienistas constituyen la expresión escrita del higienismo, una corriente científico-médica cuya influencia dominó principalmente durante el siglo XIX en el mundo occidental. Una característica principal de estas obras es que fueron realizadas principalmente por médicos que ejercían su profesión la mayoría de ellos en entornos rurales. Para la comprensión de estas obras, y su significado, vamos a realizar una inmersión en la contextualización referida a los factores que contribuyeron al desarrollo de esta corriente científico médica en España y, en concreto, en La Rioja. Trataremos de identificar las claves higienistas en las recomendaciones que cada autor aporta a modo de conclusión en cada una de estas obras.

El interés que motiva esta tesis surge a partir de una obra manuscrita que llega a mis manos, concretamente la descripción de la epidemia de viruela en la villa de

Huércanos en 1892 y el estudio médico topográfico del mismo lugar, cuyo autor es un médico riojano antepasado de un familiar. Me planteo entonces la posibilidad de investigar más acerca de este tipo de producciones científicas recurriendo de inmediato a la búsqueda bibliográfica. En ese momento el reto se torna en averiguar cuántas más habría referidas a La Rioja y qué papel ocuparían en el conjunto de España. La búsqueda, minuciosa e incesante, nos remite principalmente a las Academias de Medicina de Madrid y Barcelona en cuyos archivos se custodian estas memorias, aunque hemos recurrido a un barrido de consultas sobre el resto de Academias Médicas de España, siendo infructuosa la indagación la mayoría de las veces.

Una de las principales motivaciones que inspira esta tesis es contribuir al conocimiento sobre la historia de la ciencia en La Rioja. Con esta modesta revisión queremos dar a conocer el panorama social y sanitario que existía en La Rioja durante el siglo XIX, con la pretensión de llegar a sustanciar las claves del higienismo en las memorias higienistas encontradas y enmarcadas en la época que fueron elaboradas. Dar a conocer la aportación de los médicos riojanos a la sanidad del siglo XIX y reivindicar su contribución al movimiento higienista en España es otro propósito, en el que también cabe dar visibilidad a estos profesionales a modo de reconocimiento por el legado de sus obras. Por considerarlo de interés incluiremos información vacunológica derivada del abordaje de las epidemias de viruela, su manejo, gestión de datos y sus conclusiones, como precedentes de los actuales estudios epidemiológicos y de salud pública de La Rioja.

Las obras de estudio las clasificamos de la siguiente manera: a) las topografías médicas de localidades riojanas, b) las memorias de los médicos del cuerpo de directores de baños de los balnearios riojanos, c) las memorias de descripción de epidemias en La Rioja y d) los trabajos y memorias monográficos. Trataremos el proceso de indagación y hallazgo, incluso desentrañando su autoría cuando se presentaban anónimas, cómo se han encontrado estas obras que han hecho posible esta escueta recopilación de una página histórica de la sanidad riojana.

El trabajo se estructura en cinco capítulos, el primero de ellos tratará de contextualizar el pensamiento higienista a través de tres claves o ejes sobre los que se sustenta: la ciencia, la naturaleza y la sociedad, ejes que continuamente se relacionan entre sí y se influyen mutuamente. La ciencia generada a través de las diferentes concepciones médicas en torno a la enfermedad, la naturaleza como factor condicionante de la salud y base sobre la que se sustentan los postulados higienistas neohipocráticos y



la sociedad, como destinataria de las prácticas y los avances médicos que son interpretados según el patrón cultural. Todos ellos son los elementos que definen este modelo teórico. Para ello se revisarán las mentalidades médicas en este siglo XIX que nos facilitará la interpretación del higienismo en el contexto de la medicina de laboratorio y la medicina etiológica. El ambientalismo y climatismo hipocráticos son parte del fundamento del higienismo como paradigma médico de la época, la consonancia entre el hombre y la naturaleza, entre el hombre y su dependencia ecológica en el ciclo salud enfermedad. Consideramos necesario incluir la perspectiva de la antropología médica para tratar de comprender la complejidad del foco de atención aportando por tanto una visión holística del objeto de estudio. Ya que el higienismo surge como una necesidad social de paliar las consecuencias de una falta de higiene en todos los órdenes, el privado y el público, la “cuestión social” abordada por el higienismo es otro factor que ilustra y define este paradigma decimonónico. En este contexto trataremos también la prostitución, considerada en el siglo XIX una enfermedad social que constituyó una de las principales preocupaciones de los higienistas por las causas y por sus efectos, lo que motivó la aparición de las secciones de higiene especial y vigilancia de la prostitución. El estado de la prostitución en Logroño se estudiará a través de las memorias de la sección de higiene especial de la ciudad.

En el segundo capítulo presentamos las memorias higienistas como parte que fueron del desarrollo de la salud pública. Así, se revisan los antecedentes históricos que se encuentran en la geografía médica de inspiración colonial y en las relaciones topográficas, o relaciones de los pueblos de España de Felipe II en el siglo XVI, como precedentes de las topografías médicas, de la estadística y de los estudios de salud pública. También abordaremos el lugar en que se encuentran las topografías médicas en la historiografía médica española, la estructura de sus contenidos y la evolución histórica por la que atravesaron.

En el capítulo tercero trataremos el desafío que suponía para el higienismo el control de las epidemias, como el cólera y la viruela, y la mortalidad, aportando la casuística de la Rioja en estos epígrafes. Entre las memorias médicas de epidemias encontramos la de Calahorra que se refiere al cólera epidémico de 1885 y la memoria de los médicos riojanos comisionados a Valencia, centro neurálgico de los debates en torno al cólera y la puesta en marcha de las vacunaciones por método Ferrán para el estudio y control de la enfermedad. Las memorias de epidemias de viruela recogidas son las de

Santo Domingo de la Calzada (1871), Enciso (1878) y Huércanos (1892). Abordaremos también la viruela negra de Arnedillo (1888) y el Instituto Higiénico de Logroño por ser una institución para la vacunación de viruela.

Hemos considerado de interés resaltar la inclusión, en el capítulo cuarto, de los estudios de aguas mineromedicinales dentro del contexto higienista, por ser la expresión empírica del naturalismo, por la importancia social que adquirieron en su momento y por la relevancia que algunos de estos establecimientos riojanos, como el de Arnedillo, alcanzaron en el ámbito nacional e incluso internacional. Así, dentro de esta categoría de memorias de los médicos directores de aguas de baños minero medicinales estudiaremos las referidas a los balnearios de Arnedillo, Grávalos, Cervera del río Alhama, Torrecilla de Cameros y Haro. Un aspecto importante del análisis que recogeremos sobre estas obras es la elaboración de la nómina de los autores, con la intención de ensalzar su contribución a la salud pública de la Rioja.

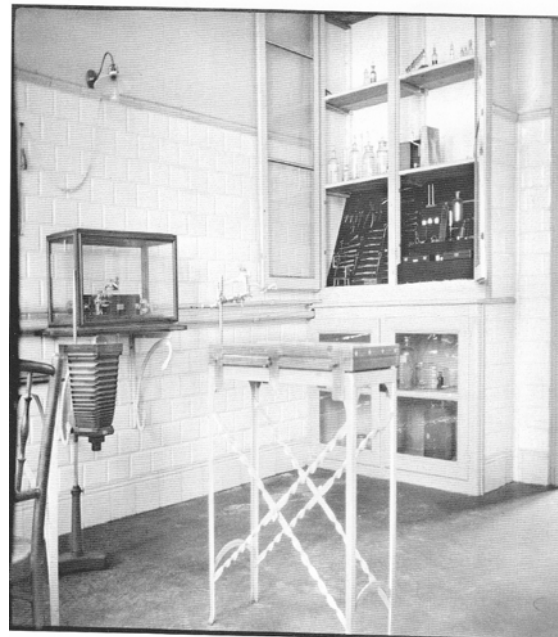
En el capítulo quinto y último entramos a describir las memorias higienistas de La Rioja que se componen de varios tipos. Las topografías médicas propiamente dichas y disponibles para este estudio son las realizadas entre los años 1879 y 1916 en Logroño, grHuércanos, Enciso, Calahorra, Cervera del río Alhama y Quel. Otras obras encontradas tratan sobre la situación higiénica de la ciudad de Logroño, bien como memoria monográfica o bien como aportaciones al IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898, por su trascendencia y repercusión así como la representación que hubo de profesionales de La Rioja.

En los diferentes capítulos se insertan las memorias médicas que se corresponden con esta visión higienista del momento de autores riojanos. De igual modo, a lo largo de la exposición se aportarán documentos etnográficos para ilustrar y contextualizar cada apartado. Estos documentos se componen de fotografías, tablas, planos e ilustraciones.

Una vez desentrañadas las claves del higienismo en La Rioja por medio de este material de estudio trataremos de establecer las conclusiones.

## Capítulo 1

### El pensamiento médico- higienista: naturaleza, ciencia y sociedad



El Ebro chiquito y Sala del Laboratorio Municipal. Logroño, 1920



Arco conmemorativo en la confluencia de las calles Mercado y Sagasta. Logroño, 1903. Fotografías tomadas de Rocandio, Jesús; Trespaderne, Carlos (2012). *Víctor Lorza. Repertorios fotográficos 1900-1940*. Logroño: Ayuntamiento de Logroño.



## **Las mentalidades médicas del siglo XIX**

Desde la segunda mitad del siglo XVII hasta la Revolución Industrial a finales del siglo XVIII y principios del XIX, se desarrollaron una serie de teorías médicas que pretendían ocupar el lugar en que las ideas galénicas, o teoría de los humores, habían prevalecido desde al menos 1500 años atrás. Varios sistemas médicos como la iatroquímica, la iatromecánica, el animismo y el vitalismo, el solidismo, el brownismo, el mesmerismo y otros más dieron origen a distintos conceptos de enfermedad que no llegaron a trascender por sustentarse en presupuestos pseudomágicos o pseudocientíficos que se derrumbaban en el curso de un corto espacio de tiempo. Sin embargo, la patología y por ende la anatomía patológica, se postula como ciencia basada en hechos irrefutables como es “el hecho anatómico” cuyos elementos fundamentales permanecen vigentes. Este cambio de paradigma se plantea cuando la pregunta científica ya no es ¿qué es la enfermedad?, sino ¿en dónde está la enfermedad? y así lo que empezó como una búsqueda de la naturaleza de la enfermedad se transformó en unos 150 años en la investigación del sitio anatómico alterado, lo que representa una verdadera metamorfosis conceptual (Pérez Tamayo, 1997).

Durante el siglo XIX se desarrollaron tres mentalidades médicas que se fueron sucediendo, aunque de forma combinada. La primera de estas mentalidades, la anatomoclínica, se sustentaba en la evidencia anatómica de las lesiones, la fisiopatológica por su parte tenía en cuenta los desórdenes energético-funcionales del organismo, y la mentalidad etiológica perseguía la búsqueda de las causas externas de los procesos morbosos.

### **Medicina anatomoclínica o medicina hospitalaria**

La culminación del saber médico imperante durante el siglo XIX fue la patología o ciencia sobre las enfermedades, quedando excluido por completo el galenismo o estado de los humores procedente de la Antigüedad Clásica y transmitido a Europa occidental a lo largo de la Edad Media, de tal forma que fue abandonado en la práctica clínica.

Esta nueva medicina, la patología, estaba basada en unos supuestos conceptuales y metodológicos, admitidos en general por la clase médica, cuya aportación esencial fue la construcción de una explicación de las enfermedades como trastornos estructurales y dinámicos del cuerpo con los recursos de la ciencia moderna de la naturaleza. Dicha

construcción se llevó a cabo en dos etapas distintas que corresponden con bastante exactitud a las dos mitades del siglo XIX (López Piñero, 1992).

La primera etapa se caracterizó por la vigencia del método anatomoclínico, formulado por Xavier Bichat en 1801, consistente en establecer la relación precisa y sistemática, por la observación clínica, entre síntomas externos de los enfermos y las alteraciones estructurales o lesiones anatómicas descubiertas después de la muerte mediante la autopsia. De esta forma, subordinando los fenómenos clínicos a las lesiones anatómicas, se consigue formular unos diagnósticos basados no solo en los síntomas expuestos por el enfermo sino en signos anatomopatológicos o fenómenos objetivos recogidos en la exploración, estrechamente asociados a lesiones determinadas que sirven de señales al poder ser detectadas en vida, con el objetivo de identificar la enfermedad con la lesión anatomopatológica. Esta etapa fue considerada como la “*medicina hospitalaria*” donde el hospital era el centro de observaciones de los fenómenos en torno a la enfermedad.

La mentalidad anatomoclínica o anatomopatológica desarrolló las técnicas de auscultación, percusión y numerosas técnicas de endoscopia, lo que provocó la aparición de un elevado número de diagnósticos fundamentados sobre la idea de alteración morfológica (Barona, 1993). De hecho, el prototipo de estas técnicas exploratorias fue la auscultación del tórax y el fonendoscopio el “*aparato para ver en el interior del pecho mediante sonidos*” convirtiéndose en el instrumento de la profesión médica y los sonidos auscultatorios en un modelo metodológico de una amplia serie de signos anatomoclínicos. Fue René Théophile Laennec (1781-1826) quien fundamentó la correspondencia de las lesiones anatómicas peculiares de las lesiones pulmonares y cardíacas con los sonidos que se oyen en cada una de ellas en su tratado *De l'auscultation médiate* de 1819.

La influencia y relevancia de la medicina francesa en esta época de la primera mitad de la centuria decimonónica es patente entre los autores de la ciencia médica de España, como la obra de Juan Mosácula Cabrera (1794-1831) “*Elementos de fisiología especial o humana*” que de las 381 citas de autores que utiliza, 163 (42,78%) son de autores franceses, siendo el mayor número de todas las analizadas (Barona, 1984: 24).

El núcleo más importante de la asimilación de la medicina anatomoclínica en España, mentalidad que competía con el brusismo, fue el grupo encabezado por Francisco Javier Laso de la Vega (1785-1836) desde la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz en la que publicó y dirigió el “*Periódico*” (1820-1824). Cádiz se convertiría en el

principal centro de recepción de las contribuciones de la escuela anatomoclínica de París por parte de la medicina española (López Piñero, 1992).

### **El Brusismo, una variante anatomoclínica**

El escenario de la medicina anatomoclínica era París en las décadas siguientes a la Revolución, donde Broussais (1772-1838) formuló una variante que tuvo gran influencia en toda Europa durante años, llamada *Médecine Physiologique* (medicina fisiológica). El brusismo se trataba de una versión heterodoxa de la orientación anatomoclínica, una combinación del programa de Bichat (1771-1802) con nociones del sistema vitalista de John Brown (1735-1788) (López Piñero, 1992). El sistema vitalista aludía a la incitabilidad o propiedad vital de la fibra, que puede estar aumentada o disminuida; Brown las distinguía en dos grandes grupos: asténica y esténica y la terapéutica, en consecuencia, estaba dirigida a la aplicación de estimulantes o atenuantes de la excitabilidad. Según la teoría de Brown, la enfermedad era casi siempre asténica así que sólo había que saber qué dosis de tónicos o estimulantes podía soportar el enfermo. Según Broussais la naturaleza del mal es casi siempre inflamatoria y por consiguiente había que saber qué antiflogísticos podía soportar el enfermo.

Broussais defendió que la lesión anatómica primaria de las enfermedades consideradas “*generales*” era una “*gastroenteritis*” consecutiva a un exceso de “*irritación*” del tubo digestivo. Este desarrollo teórico se fundamentaba, en sus primeras observaciones, sobre enfermedades crónicas de las que se desprenden cuatro enunciados: 1º.- las enfermedades son irritaciones, es decir, aumentos de la sensibilidad y de la contractibilidad de la mucosa gastrointestinal provocados y sostenidos por diversos estimulantes vitales; 2º.- estas irritaciones provocan, según su intensidad, una alteración o modificación de las funciones de parte del cuerpo donde se producen aunque también de las partes afectadas por efecto simpático (similitud histológica); 3º.- esta disfunción es la causante de la lesión observable en las autopsias y de los síntomas observables en la clínica y 4º.- la terapéutica debe ser inmediata y estar dirigida a la disfunción primitiva y se debe basar en los remedios antiflogísticos.

El sistema médico de Broussais se sustentaba en dos hipótesis: 1º.- que la evolución natural de todas las enfermedades es la cronificación y la extensión en el organismo de procesos inicialmente locales, es decir, cronificación natural de las disfunciones o alteraciones funcionales invisibles y 2º.- que la lesión inicial se localiza

con mucha frecuencia en la mucosa gastrointestinal, siendo su origen una alteración fisiológica de carácter meramente funcional (Miqueo, 2011).

La mentalidad fisiológico-patológica o brusismo alcanzó un éxito fulgurante durante las décadas centrales del siglo XIX aunque pronto quedó relegado por nuevas concepciones en torno a la enfermedad. Este impacto se vio en la gran influencia que ejerció en otros campos culturales y científicos como la psicología, la filosofía, la política, la literatura e incluso las costumbres de la sociedad. Una de estas manifestaciones costumbristas se ve reflejada en la moda de la palidez, tan característica de la cultura romántica, atribuida a la enorme atracción que ejerció el modelo de salud propuesto por el brusismo, que recomendaba la dieta moderada y las sangrías regulares para evitar el exceso de excitaciones físicas o morales, la sobre-irritación, que era, según esta doctrina, la causa común de enfermedad (Miqueo, 1987: 100).

El sistema médico de Brossais o brusismo predominó durante los años veinte y treinta, entre 1821 y 1834 y aparte de Francia, España constituye el país donde se realiza la difusión más completa y con mayor rapidez e intensidad de la obra de Broussais (Miqueo, 1987-88: 179). El principal propagador en España fue Manuel Hurtado de Mendoza, médico afrancesado que tomó contacto con la doctrina durante su estancia en París y que a su regreso hizo de la propagación del brusismo uno de los objetivos centrales de su actividad científica.

Lo característico de la difusión del brusismo en nuestro país fue su implantación en el medio rural, que informaba de la asimilación doctrinal mediante la producción de una literatura específica, las historias clínicas o relatos patográficos, fundamentalmente. Los brusistas españoles significan una muestra del quehacer profesional de unos médicos o cirujanos del medio rural que, con sus relatos patográficos y sus notas clínicas, constituyen el núcleo de la producción científica original que generó en España la doctrina de moda de la época: el brusismo (Miqueo, 1987: 99).

La comprobación experimental produjo un gran florecimiento de investigaciones y descubrimientos puntuales que exigían un medio de comunicación más rápido y constante que el libro, al menos entre las agrupaciones profesionales. Así pues era necesaria otra vía de comunicación, más agilizada que la edición de libros, por lo que aparecieron otras fórmulas como el periodismo, que fueron sustituyendo, como decimos, al libro y al género epistolar. Este periodismo se tradujo en la publicación de revistas que durante esta época, por la inestabilidad política, fueron de escasa aparición, pervivencia y con gran discontinuidad por ser órganos de expresión de instituciones científicas o



estar promovidas por una sola persona o grupo reducido de allegados. La oposición a esta corriente utilizaba para su expresión los libros en vez de la comunicación periódica (Miqueo, 2011)

El órgano de expresión de los relatos patográficos y de la doctrina de Broussais que recogía así toda la producción científica original de los brusistas españoles fue la revista “*Décadas Médico Quirúrgicas*” que se editó en Madrid entre 1821 y 1828 bajo la dirección de Manuel Hurtado de Mendoza (1783-1849).

En el contexto de esta corriente científica encontramos un ejemplo en nuestro entorno riojano, el licenciado D. Juan Navasa, médico de Autol que en el año 1822 publica en la mencionada revista *Décadas Médico Quirúrgicas* su “*Observación de un íleo curado con el método atemperante*” (Navasa, 1822). En este relato lo primero que destacamos es la discrepancia advertida relativa al título de la revista. Según las actas recogidas en el IV Congreso Español de Historia de la Medicina las “*Décadas Médico-Quirúrgicas*” se compendian en XX tomos, entre los años 1820 y 1828, y a partir de 1824 pasan a titularse “*Décadas de Medicina y Cirugía Prácticas*” (López Piñero, 1973). La discrepancia, como decimos, queda aclarada por el doctor Navasa que en 1822 presenta de esta forma su trabajo: “*Señores editores de las Décadas de medicina y cirugía prácticas*”...

Las características de esta narración son “muy brusistas” como bien dice el título, o sea, la aplicación del “*método atemperante*”, el diagnóstico de sobre-irritación intestinal y la forma de dejar patente la total adhesión a las excelencias de “*la nueva doctrina fisiológico-patológica*”. Una característica del método atemperante es la aplicación de sanguijuelas, que nuestro Juan Navasa no usa en el enfermo del íleo y no llega a aplicárselas en el vientre debido a un empeoramiento de su estado general “*y a que no condescendieron el enfermo e interesados*”. Sin embargo nos dice que “*...no siempre que lo he deseado, he podido usar de las sangrías locales, por los errores y preocupaciones del vulgo, que no es dado al hombre desarraigarse de una vez*”. También nos cuenta en relación al tratamiento “*he logrado ventajas...con el plan antiflogístico, análogo al marcado en su periódico; economizando muy particularmente el uso de los eméticos*”. En otro apartado de la narración, el Dr. Navasa da cuenta de haber salvado en ese año a ocho enfermos “*de varias especies de neuralgias, formando la parte principal de su curación la aplicación de sanguijuelas; dos tisis pulmonales (o pulmonías crónicas) con lamoxa y el lichen...cuando por el método que aún se sigue bastante, por desgracia, hubieran perecido*”.

Desde el contexto rural el autor manifiesta un anhelo sin duda imperioso en su microambiente profesional y es que *“se hace preciso ilustrarnos más exactamente para poder conocer con más propiedad la doctrina fisiológico-patológica de las irritaciones del reformador de la medicina de París: y aunque en las Décadas, el suplemento al diccionario de Ballano, y otras producciones se ha sembrado mucha parte, no se llenará sin duda un vacío...hasta que nos podamos imponer más exactamente en la prometida obra de los nuevos elementos de patología interna y externa, fundados en la doctrina fisiológico-patológica de las irritaciones, cuyo trabajo y salida a la luz pública exige imperiosamente el estado actual de la literatura médica española”*.

El Diccionario de Medicina y Cirugía o Biblioteca Manual Médico-Quirúrgica de Antonio Ballano se editó por primera vez en 1805 y luego en siete tomos y en diferentes imprentas, una de ellas, la que fue de Fuentenebro era precisamente la que también publicaba las Décadas Médico-Quirúrgicas. El Dr. Ballano dedica su ingente obra a su profesor el Sr. D. Josef Severo López (1754-1807), médico de cámara de S. M., primer catedrático del Real Estudio de Medicina Práctica de la corte (Ballano, 1815) y profesor también de Juan Navasa, nuestro médico de Autol.

El suplemento al diccionario aludido está editado en 1820 y elaborado por D. Manuel Hurtado de Mendoza y Celedonio Martínez Caballero; en él *“se presentan los fundamentos en que estriba la que el catedrático Broussais ha profesado en estos últimos años, y enseña actualmente en París con resultados tan felices, que no pueden menos de apreciar y publicar ya en el día la mayor parte de los sabios mismo, que hace poco los impugnaban”* (Hurtado de Mendoza y Martínez Caballero, 1820).

A través de esta recóndita referencia hemos encontrado al médico de Autol el Dr. Navasa, protagonizando al médico rural que participa activamente en el saber de su tiempo, escribiendo, publicando la casuística médica y dando a conocer su opinión profesional, quedando patente su huella en la historiografía médica riojana correspondiente a este periodo de tiempo, tan ayuno de testimonios protagonistas autóctonos.

### **Medicina fisiopatológica o medicina de laboratorio**

El principal objetivo en la segunda etapa fue conseguir una explicación científica de las enfermedades, o sea, de la patología, cimentada esta vez en conocimientos físicos, químicos y biológicos donde la investigación experimental de laboratorio pasó a ser una fuente primordial de la ciencia médica. Así, Ackerknecht ha llamado a esta segunda

etapa "*medicina de laboratorio*" en contraposición a la "*medicina hospitalaria*" propia del período anatomoclínico anterior. La nueva situación fue formulada de modo terminante por Claude Bernard: "*Yo considero el hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio*" (López Piñero, 1992: 196). La base de la medicina científica es la fisiología, el conocimiento de las funciones vitales y si las enfermedades son sólo desviaciones de las funciones normales, la fisiología es entonces la base principal de la medicina preventiva, de la medicina curativa y de la higiene (Houssay, 1972: 25).

En esta segunda etapa se distinguen a su vez tres tendencias de las que surge la ciencia médica actual. La primera de ellas es la afirmación de que la célula es la unidad elemental de la estructura y de la formación de los seres vivos. Esta aportación del nuevo análisis microscópico de las lesiones anatómicas de base celularista resume la "*medicina de laboratorio*" donde el escenario son las universidades alemanas y Schwann y Virchow sus principales representantes. La segunda tendencia o mentalidad de la medicina de laboratorio fue la fisiopatológica, introduciendo el estudio de las disfunciones o trastornos de las funciones orgánicas mediante la investigación en el laboratorio y con sus medios. Este estudio de las disfunciones como procesos energéticos se apoyaba en la física para, por ejemplo, explicar la fiebre desde la termodinámica y así las curvas febriles eran objetivadas con el termómetro en signos fisiopatológicos. También se analizaron las disfunciones como procesos materiales bajo el fundamento de la química. De esta forma, con los métodos de la química fisiológica y la patología experimental, se consiguió explicar las enfermedades hepáticas y la diabetes como trastornos funcionales del metabolismo, siendo los análisis químicos de la orina y la sangre los signos fisiopatológicos de las disfunciones estudiadas.

### **Medicina etiológica**

La tercera tendencia de la "*medicina de laboratorio*" se centró en el estudio de las causas de las enfermedades, la etiología sobre bases experimentales y de la observación. Así se llegó a explicar científicamente las primeras causas de enfermedad como era la relación de un veneno y los trastornos patológicos que ocasiona, aunque la contribución más característica de la mentalidad etiológica fue la relativa a los microorganismos responsables del contagio de las enfermedades. Así pues, las enfermedades infecto-contagiosas se explicaron por la microbiología médica, que se

constituyó en el último cuarto de siglo por obra de las escuelas francesa con Louis Pasteur y alemana con Robert Koch.

La etiología de base experimental recurrió más tarde a las ciencias humanas y sociales, para fundamentar la patología social y la higiene pública por una parte, y para estudiar la medicina como un sistema o subsistema social y cultural de donde nace y se desarrolla la historia de la medicina, que ha propiciado en buena parte el de otras disciplinas como la sociología médica, la antropología médica y la documentación médica.

La medicina de la primera mitad del siglo XIX promovió el progreso de la cirugía, que tenía el reto de la extirpación de las lesiones diagnosticadas en el contexto de la medicina anatomoclínica dado el interés de la “lesión”, según la visión localista de la enfermedad. Sin embargo, una vez constituida la técnica quirúrgica, había que superar el dolor, la hemorragia y la infección con recursos técnicos que se consiguieron como resultado de la “*medicina de laboratorio*”.

La introducción del éter en 1847 y el cloroformo el año siguiente supuso la “*revolución quirúrgica*”, culminando con el manejo de la hemostasia para poder controlar la hemorragia operatoria. En 1867 Joseph Lister se basó en la doctrina microbiana de la infección para introducir la antisepsia con la utilización de pulverizaciones de ácido fénico en el campo operatorio y evitar infecciones. Más tarde se consigue operar en un ambiente estéril o en condiciones de asepsia, desplazando así a la antisepsia. Una vez se pudo controlar el dolor, la hemorragia y la infección se dio paso al panorama de la cirugía actual que además de extirpar lesiones, objetivo de la mentalidad anatomoclínica, la cirugía corrige los trastornos funcionales bajo la influencia de la fisiopatología.

En el terreno de la farmacoterapia se consiguió otro logro, contribución de la “*medicina de laboratorio*”, como es la explicación de la farmacodinamia o mecanismo de acción de los medicamentos con técnicas semejantes a las utilizadas por la fisiología y la patología experimental.

La higiene era formulada tradicionalmente desde una perspectiva individual pero comenzó a tener un planteamiento colectivo en la Ilustración. La primera base científica de la nueva higiene pública se constituyó con la estadística demográfico-sanitaria, a partir del registro civil británico que William Farr elaboró desde 1839 para obtener indicadores sanitarios. La higiene pública se basa así en la investigación experimental, consecuencia una vez más de la “*medicina de laboratorio*” y se personifica en la obra el

alemán Max Von Pettenkofer que utilizaba los recursos de la investigación química y física en sus estudios sobre la higiene del alcantarillado, abastecimiento de aguas, etc. Ya en el último cuarto de siglo, la explicación microbiana de la infección y el contagio se convierte en base doctrinal de la prevención de las enfermedades rigurosamente técnica pasando así la microbiología a un primer plano (López Piñero, 1992: 200).

Siguiendo el esquema de Laín Entralgo, se ha realizado un recorrido sobre las tres mentalidades de las ciencias médicas en el siglo XIX, la anatomoclínica que buscaba sólo lesiones orgánicas, la fisiopatológica que se encargaba de conocer las funciones orgánicas y sus alteraciones y la etiológica que buscaba gérmenes responsables de la enfermedad (Orozco, 1998: 544).

En el siglo XIX es cuando se dan las condiciones sociales que permitieron la configuración y la aparición, aunque con antecedentes, de las especialidades médicas. El rápido desarrollo del saber médico, que devenía inabarcable en su totalidad, el abandono del humoralismo galénico y la división del individuo para su estudio en sistemas y aparatos conceptualmente independientes, el crecimiento demográfico y los movimientos migratorios hacia las urbes fueron los factores que ofrecían suficientes pacientes para dirigir la atención a una determinada parte del cuerpo o una patología de gran demanda social como la tuberculosis o las enfermedades venéreas. Por ello, las nuevas estructuras hospitalarias integran divisiones espaciales y organizativas y el progreso técnico a su vez, con la incorporación de aparatos de diagnóstico y tratamiento, reclamaba nuevos conocimientos, personal, dependencias, es decir, se produce un cambio cultural de la atención médica que incorpora la división del trabajo y sectorización de materias médicas como la mejor forma de funcionamiento en el ámbito y producción médicos (Rosen, 1944).

En este contexto científico se distinguen en España tres fases diferenciadas: un «*período de catástrofe*», integrado por la guerra de la Independencia y el reinado de Fernando VII, entre 1809 y 1833, en el que se produjo un colapso del cultivo de la ciencia que frustró la trayectoria ascendente de la Ilustración. De hecho, la producción española de las disciplinas básicas de la “*medicina de laboratorio*” fue nula o muy escasa; una «*etapa intermedia*», que coincidió a grandes rasgos con el reinado de Isabel II, entre 1834 y 1868, en que se introdujeron las principales novedades de la ciencia europea de la época aunque la producción española fue modesta; y un tercer período, comprendido entre la revolución democrática de 1868 y el final de la centuria, durante el

que se recuperó el nivel científico medio y se consigue la plena asimilación de la “*medicina de laboratorio*” en España.

Durante la guerra de la Independencia y el reinado de Fernando VII se produjo en España un retraimiento de la actividad científica y de forma muy clara en el terreno de las ciencias médicas. A su hundimiento contribuyó la desorganización y las destrucciones que ocasionó la contienda, la profunda crisis económica que condujo a la ruina de las facultades y academias de medicina, los colegios de cirugía, los hospitales, los anfiteatros anatómicos y los laboratorios. En estas circunstancias, la mentalidad ilustrada que promocionaba la actividad científica se vio sustituida por la desconfianza de los poderes absolutistas hacia la profesión médica que en su gran mayoría militaba en las filas de los afrancesados o de los liberales. La represión política absolutista frustró tanto las iniciativas renovadoras encabezadas por médicos afrancesados como las promovidas por los liberales; los textos estaban sometidos a una rigurosa censura y los médicos de mentalidad liberal fueron perseguidos y desacreditados (Barona, 1984:7). Ambos grupos fueron perseguidos o tuvieron que exiliarse y la rígida censura gubernativa impidió casi por completo la publicación de la producción científica de los que se quedaron. Esta persecución condujo a un grave déficit de médicos que se intentó paliar, por parte de los gobiernos absolutistas, con la concesión de atribuciones facultativas a titulados de segundo rango.

El liberalismo era la ideología de la mayoría de los médicos notables, figuras académicas y celebridades clínicas y también de buena parte de profesionales modestos, incluidos los rurales, siendo el número de médicos liberales muy superior al de afrancesados. Sin embargo, la guerra abrió también cauces de relación directa con la escuela de París que, como sabemos, era entonces la vanguardia de la renovación médica europea.

Los médicos afrancesados españoles pudieron incluso convivir con algunas de sus grandes figuras, como el cirujano Dominique Jean Larrey, que fue miembro de la Real Academia de Medicina de Madrid durante la ocupación francesa, y el mismo Broussais, quien, según propia declaración, elaboró su sistema médico en sus seis años de estancia en España. La doctrina fisiológico-patológica de F.J.V. Broussais constituyó uno de los últimos “*sistemas médicos*” que desde el siglo XVI fueron surgiendo en un intento de fundamentar la ciencia médica sobre supuestos científicos radicalmente diferentes de los galénico-tradicionales.

## **Ambientalismo y Climatismo hipocráticos**

Una de las más antiguas y persistentes ideas en el pensamiento occidental es que el hombre, como ser biológico o como naturaleza social de la humanidad, es reflejo del ambiente en que vive. Desde la cultura griega el problema de la relación del hombre con el entorno físico-natural y del posible influjo del ambiente en la sociedad humana, venía siendo objeto de muy diversas especulaciones. Médicos fieles a la tradición hipocrática, eruditos y viajeros curiosos formularon ingeniosas teorías sobre la influencia del suelo, de la topografía o del clima sobre la salud de los hombres, sobre su tipo físico o sobre el carácter moral de los pueblos.

La conexión entre las enfermedades como fenómenos biológicos y el ambiente constituyó un enfoque que se mantuvo a lo largo de la Edad Media y los primeros siglos modernos, influenciado directa o indirectamente por las recomendaciones del tratado hipocrático “*Sobre el aire, las aguas y los lugares*” y por las historias clínicas agrupadas por “*constituciones*” en las epidemias. Este enfoque se apoyaba en varios conceptos, como el de “*constitución epidémica*” o constelación de circunstancias ambientales y de enfermedades dominantes en un lugar y tiempo determinados, el de “*epidemia*”, que afecta a gran parte de la población o “*enfermedad popular*” y el de “*endemia*”, que se circunscribe en unos límites definidos o “*enfermedad patria*”. Sin embargo, el modelo hipocrático estuvo sujeto a diferentes formas de entender la influencia de los factores ambientales, como por ejemplo el punto de vista astrológico que predominó durante el siglo XVI (López Piñero, 1989: 21-22; López Piñero, 2006: 448).

En el siglo XVIII, Montesquieu encontró en la naturaleza del clima y del suelo una de las causas más poderosas de la diferenciación cultural y política del género humano, y las referencias directas al clima y al medio geográfico son uno de sus pensamientos conductores para demostrar el contraste de las leyes e instituciones. De hecho, el ambientalismo desempeñó un papel crucial en tres campos de la Ilustración: la teoría etio-patológica, teoría de las razas y la reflexión histórico-política.

Las convicciones ambientalistas de la Ilustración están contenidas en el Corpus Hippocraticum del tratado “*Sobre los aires, las aguas y los lugares*” en el siglo V a. C., el aspecto más influyente de este pensamiento es la noción de que un estado particular de la atmósfera, o una combinación del clima y las circunstancias locales pueden producir determinadas dolencias. Al ser la causa eficiente la enfermedad y la muerte, los médicos y filósofos naturales proponían hacer mediciones y observaciones sistemáticas de los factores meteorológicos y de la morbilidad. Al mismo tiempo se desarrolló un

vivo interés por la distribución geográfica de las enfermedades, estimulado en parte por los viajes y la colonización de nuevas tierras, interés que impulsó los estudios de geografía médica.

La persistencia de las ideas ambientalistas en el campo médico puede estar vinculada con el determinismo físico de carácter etno-geográfico y con la larga historia de la “teoría humoral” que correlaciona la naturaleza con las características y comportamiento del ser humano, a partir de la creencia de que de los cuatro elementos primigenios surgen los cuatro “humores”: frialdad, sequedad, humedad y calor. La doctrina humoral establecía que estos humores constituían la base de las distintas complexiones de los hombres: sanguínea, melancólica, flemática y colérica. La combinación en diferentes proporciones de las complexiones daría lugar al temperamento. Según este esquema de la tradición médica clásica, el estado de salud ideal vendría dado por una situación de equilibrio entre las diferentes cualidades. De esta manera, el paso de las estaciones, los cambios atmosféricos y climáticos debían ser analizados con el fin de conocer y prevenir las dolencias (Urteaga, 1985-86: 418). La doctrina humoral abrió paso así a una teoría ambiental de la salud y la enfermedad, e impulsó las posteriores elaboraciones sobre la influencia climática (Urteaga, 1993).

Durante el siglo XVIII muchos autores destacaban el carácter causal de los factores atmosféricos sobre la morbilidad, aunque poco a poco, se hizo evidente que los procesos morbosos podían ser consecuencia de la interacción entre el hombre y un medio ambiente muy complejo. Esta complejidad se evidenciaba por ejemplo en la dieta alimentaria, que dependía de los recursos locales e influía en el estado de salud de la población; la mortalidad y la morbilidad diferían según la edad y el sexo de las personas así como entre la población rural y la urbana. Era, pues, imprescindible contar con una información fidedigna a cargo de dos disciplinas: la historia natural y la geografía.

La preocupación de los médicos por la influencia de la atmósfera y del cielo en el cuerpo humano abandona las consideraciones astrológicas y se plantea en términos modernos ya a finales del siglo XVII. La renovación del hipocratismo para el estudio de las epidemias, prestando ahora la atención hacia las relaciones entre las condiciones meteorológicas y las incidencias clínicas en periodos determinados, fue resultado de la obra del médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689) que contribuyó de forma importante al triunfo del empirismo (Capel, 1998-99). El planteamiento entonces era que puesto que los médicos se encontraban entre los que prestaron una atención más sostenida a las relaciones entre clima y enfermedad, eran los más idóneos para realizar



las mediciones sistemáticas y elaborar de esta manera series estadísticas, que en realidad eran un resumen mensual de datos meteorológicos recogidos con los instrumentos especialmente diseñados para mayor gloria del empirismo, como el pluviómetro, termómetro, anemómetro, barómetro..., propios de la medicina fisio-patológica. El objetivo era el estudio de las constituciones médicas o las condiciones de la atmósfera considerado en relación a su reflejo en los seres vivos. El examen de las condiciones climáticas permite a los médicos inferir consecuencias con respecto a la morbilidad, llegando a establecer una relación entre clima y enfermedades, con la pretensión de establecer y alcanzar previsiones.

La higiene ambientalista que dominaba los preceptos médicos categorizaba las patologías en función de las estaciones, del norte o del sur, de los suelos secos o los terrenos pantanosos y sin embargo la epidemia de cólera, por ejemplo, aparecía en cualquier lugar, insensible a la estación, la humedad y a los vientos dominantes, desplazándose por todos los climas y atacando a personas de toda complejión o temperamento, dejando en entredicho de este modo el soporte topográfico meteorológico tradicional en el higienismo. Ante esta situación de desconcierto los debates entre contagionistas y anticontagionistas agudizaron la confusión sobre la etiología de las pandemias, revitalizándose las convicciones miasmáticas al relacionar los miasmas como parte del aire corrompido con el curso de la enfermedad (Urteaga, 1999: 78).

Tengamos en cuenta de todos modos el impacto que tuvieron las epidemias sobre la población durante el siglo XIX, que fue devastador desde el punto de vista médico, ya que se ignoraban sus causas, no se podía prevenir su propagación y su terapéutica era ineficaz. Por eso las grandes epidemias de fiebre amarilla y cólera desafiaron los conocimientos médicos de la época, desacreditando y rompiendo gran parte de las convicciones asentadas hasta el momento, como el ambientalismo.

### **El higienismo: el paradigma del siglo XIX**

El higienismo, como campo de indagación científica, se identifica con la preocupación de la salud pública en el intento de explicar el origen y los mecanismos de desarrollo de determinadas enfermedades, endémicas y epidémicas, además de una reflexión amplia de lo que hoy denominaríamos “calidad de vida” (Urteaga, 1985-86: 417). No obstante, el higienismo, como corriente científica se verá influenciado por los avances técnicos derivados de las perspectivas teóricas, por lo que atravesaría diferentes etapas: la “ecológica” mediada por el ambientalismo principalmente, la “social”,

influenciada por la preocupación de la colectividad en situaciones de epidemias y la “bacteriológica”, regida por los descubrimientos microbiológicos. Estas fases del higienismo, diferenciadas conceptualmente, se solapan en el tiempo a medida que se van afianzando los diferentes postulados.

Los factores ambientales ponían a prueba las teorías etiológicas, de manera que la causa de las enfermedades epidémicas era algo compartido por todos, como el aire que respiramos y la constitución atmosférica. Por tanto debían ser las condiciones variables de temperatura, humedad, presión atmosférica o precipitaciones las responsables de las epidemias. Según esta teoría los cambios inusuales de la atmósfera podían dar lugar a brotes epidémicos, pues la temperie de cada localidad estaría afectada por exhalaciones procedentes del suelo, los terrenos elevados producirían aires saludables y los suelos llanos y pantanosos una atmósfera malsana. El viento trasladaría tales exhalaciones a las comarcas vecinas, afectando a las condiciones de morbilidad de toda la región. Sin embargo, muy a menudo las alteraciones térmicas o higrométricas no representaban una relación clara con la virulencia de la epidemia. También ocurría que las enfermedades aparecían en los más diversos climas y se extendían por todo tipo de localidades. Por tanto, debía existir algún tipo de sustancia, efluvio o emanación, que contaminase el ambiente y que originase las pandemias, lo que se denominó *doctrina miasmática*.

Algún elemento de la constitución atmosférica, imprecisamente identificado como *miasma*, malaria o emanación pútrida sería la causa última de las epidemias. Los miasmas se asociaron con las zonas pantanosas y con la atmósfera urbana. Así, el aire corrompido de las ciudades, con sus diversos focos de pestilencia como mercados, mataderos, cementerios y cloacas, eran para la mayoría de los médicos el caldo de cultivo ideal para todo tipo de efluvios malignos. Debido a que el aire contaminado de tales lugares causaba frecuentes dolencias, el aire debía ser malo y se denominó *malaria* (Urteaga, 1993).

Esta relación entre las condiciones ambientales y las enfermedades epidémicas supuso la formulación de al menos dos teorías higienistas, dentro del contexto ecológico, por una parte la *infeccionista*, basada en que la enfermedad se desarrolla por la corrupción de los terrenos y de las aguas subterráneas o *doctrina telúrica*, que era defendida en Europa principalmente por el alemán Pettenkofer. Otra teoría insertada en el mismo contexto ecológico del higienismo es la llamada *doctrina miasmática* según la

cual la enfermedad era consecuencia de las emanaciones aéreas de suelos, cadáveres y enfermos (Viñes, 2000).

En este periodo pre-bacteriano es cuando se desarrollan ambas doctrinas, la telúrica y la miasmática, donde el ambientalismo es muy influyente en el desarrollo de las epidemias y así se constata en la forma de abordar el cólera en las diferentes epidemias ocurridas durante el siglo XIX.

En España, el navarro Dr. Nicasio Landa y Álvarez de Carvallo, médico oficial de epidemias y seguidor de las doctrinas de Pettenkofer, realiza una Memoria en 1861 que analiza los datos de la epidemia de cólera ocurrida en 1854-1855. Su estudio, ecológico-infeccionista, se basa en la hipótesis de la asociación del cólera con condiciones medio-ambientales en base a teorías telúricas y, más concretamente, con la composición química y geológica del terreno. Este aspecto de su estudio no tuvo éxito aunque su riqueza estriba en la presentación de, probablemente, las primeras tasas de incidencia en España, que denomina “*proporción milesimal*” además de realizar, recurriendo a las ciencias geográficas, una cartografía nacional del desarrollo de la epidemia de cólera en 1854.

La doctrina miasmática siguió constituyendo una guía etiológica para los estudios de las topografías médicas, en un esfuerzo por elucidar las relaciones entre las condiciones ambientales y sanitarias de la población (Urteaga, 1980). A partir de la octava década del siglo XIX los avances espectaculares de la microbiología aportaron nuevas explicaciones sobre el origen y diseminación de las enfermedades contagiosas. Más tarde, al evidenciarse la etiología bacteriana de la enfermedad, desarrollada por los descubrimientos de Pasteur, ya no se especulaba entre el contagio por miasmas o por emanaciones telúricas, sino que esta corriente *contagionista* da lugar sin marcha atrás a la época bacteriana.

El descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, y otros microorganismos causantes de enfermedades infecciosas, y la afirmación científica del origen bacteriano de las epidemias configuraron una nueva mentalidad etiopatológica donde la moderna microbiología sin duda desacreditó las principales hipótesis ambientalistas, que hasta entonces habían dado sentido al origen de las enfermedades epidémicas.

El cambio de paradigma científico-médico a finales del siglo XIX, del modelo higienista de carácter colectivo y ecológico, al etiopatológico de matiz individual se produjo a raíz de los descubrimientos bacteriológicos. Las medidas profilácticas de los

contagionistas ante las epidemias eran las cuarentenas en lazaretos, cordones sanitarios, patentes marítimas y fumigaciones en los lugares infectados.

La corriente anticontagionista no elaboró una teoría alternativa sino que se oponía a la idea de contagio, por imposibilidad de aislar el agente contagiante y se oponía tanto en el plano teórico como en el práctico, por eso estaban en contra también de las medidas profilácticas de los partidarios contagionistas. Esta dicotomía conceptual se mostraba un tanto difusa, pues no todos los médicos estaban de acuerdo en que una enfermedad u otra tuviera propiedades contagiosas; se daba el caso de posturas cambiantes y aun en el caso de comulgar con la teoría del contagio, algunos médicos se oponían a las disposiciones profilácticas de sus correligionarios, considerando injustos e inútiles las cuarentenas y los lazaretos.

Estas posturas tenían consecuencias económicas y sociales y, por tanto, también políticas. Por un lado, los absolutistas se posicionaron del lado de los contagionistas, protegiendo sus intercambios económicos bajo las riendas del estado. Por otro lado, los liberales se sumaron a la causa anticontagionista, pues suponía quedar libres de las trabas al comercio marítimo sobre todo con América y terrestre que proporcionaba a España una balanza comercial muy favorable. Al derrumbarse el imperio colonial, la burguesía comercial necesitaba nuevos mercados no sometidos a restricciones en nombre de la higiene (Bonastra, 2000).

El consejo higiénico debía ser mudable también debido a que la higiene y la terapéutica se fundaban en la “etiología”, que en esa época se movía al compás de variados sistemas y doctrinas. Era tal la percepción de cambio en los postulados del contexto médico que se afirmaba *“Dios sabe cuánto durará esta verdadera anarquía científica, en un periodo de renovación, si no de dudas e incertidumbres”* (Aguado, 1900: 219)

La tradición de los estudios higienistas posibilitó en gran medida una toma de conciencia respecto a la necesidad de un cambio social. Este cambio debía abarcar una mejora de la calidad de vida humana desde la nueva forma de abordar la enfermedad que implicaba, como consecuencia implícita a tal mejora, los derechos considerados fundamentales por parte de las clases más desfavorecidas y marginadas. Por su especial equilibrio entre la ética y la pragmática se propuso el paradigma higienista como forma de gobierno y como actuación destinada a prevenir y a remediar los males que afectaban al conjunto de la sociedad española. Un ejemplo de esta necesidad de cambio se reflejó en uno de los comportamientos humanos en los que tuvo mayor incidencia la Higiene,

como es la prostitución, que comportó una actuación médica con un acentuado carácter social. Aunque los dictados higiénicos presentaron un innegable componente moralista, en el tratamiento de la prostitución se impusieron el estudio de la enfermedad propiamente dicha, el análisis de sus causas y la aportación científica y sociológica de los remedios necesarios. Estos tres aspectos fueron los que caracterizaron por regla general el proceder de los médicos higienistas al respecto. Ese modo de actuación, junto con los descubrimientos en microbiología, el empleo de las vacunas, los continuados avances técnicos y una amplia divulgación de los contenidos médicos, determinaron una paulatina mejora en las condiciones de vida de la población en cuanto a nutrición, vivienda, trabajo, etc., así como la adquisición de un conocimiento científico más amplio acerca de los remedios curativos a emplear contra enfermedades tan temidas como el cólera-morbo, la tuberculosis o la sífilis (Alcaide, 1999a).

El movimiento higienista español participó desde sus inicios de los avances ocurridos en Europa en materia de higiene científica. El ideario higienista fue introduciéndose lentamente en la sociedad, conformando para ello un conjunto legislativo, que revelaba la visión de los higienistas en gran parte de las actividades humanas cotidianas, por el que se pusieron en marcha algunos de sus postulados, en especial aquellos cuya necesidad hacía inaplazable su realización. La puesta en práctica de estas leyes sobre las condiciones higiénicas entraba en conflicto con los intereses públicos y privados, ya fueran de carácter comercial (mataderos, mercados, comercios en general), industrial (manufacturas, pequeños talleres, fábricas), eclesiástica (cementerios), militar (ejército, armada), intelectual (protomedicato, docencia en medicina y farmacia) o civil (propiedad privada y pública), entre muchos otros, sino que también incluía una serie de mejoras de tipo técnico como el abastecimiento de aguas, alcantarillado, planificación de nuevo suelo urbano, etc., con una premura que no siempre el erario público ni el capital privado podían llevar a cabo. Todo este conjunto de situaciones que afectaban la dinámica social propiciaron un cambio en su estricto sentido, cambios de tipo o de estructura y reajustes dinámicos propiciados por crisis que modificaron la persistencia o el conservadurismo social, aunque por supuesto, manifestado también con una resistencia a ese cambio (Nisbet, 1979:12-51).

En definitiva, el entusiasmo que embargó a los primeros higienistas españoles y con posterioridad a sus discípulos, logró apartar muchos de los obstáculos que fueron surgiendo en la difícil lucha contra la enfermedad, considerada tanto individual como colectivamente. Esta lucha obtuvo enormes resultados a partir de la investigación

microbiológica que supuso el declive del paradigma miasmático y a través de una nueva concepción de la ciudad, de sus habitantes y de la sociedad, en un tiempo a caballo entre dos siglos caracterizados por una apasionante sucesión de acontecimientos históricos. En este contexto, el higienismo no decayó en el empeño de la consecución de uno de los bienes sociales más preciados como es la salud, y todo lo que implica su mejora en la vida individual y colectiva del ser humano.

La perspectiva médica en la antropología se fundamenta, entre otros presupuestos teóricos, en la negación de la animalidad del hombre, antidarwinismo consecuente con la idea de la separación hombre/animal y la consideración de la espiritualidad parte del hombre. Tanto la teoría darwinista como la doctrina positivista no se centraron exclusivamente en lo meramente biológico sino que al modo de Herbert Spencer, quien promovió el darwinismo social en Inglaterra, se aplicaron a la interpretación del desarrollo y de la organización de las sociedades.

Pero el saber de la antropología se encontraba en plena dialéctica representativa de la dualidad del pensamiento en la historia de la filosofía: los defensores de la materia y los que lo son del espíritu. Para intentar ordenar este dilema, el Dr. Julián Calleja, catedrático de Medicina, revisa las fuentes de donde se nutre la antropología y toma sus elementos, como la anatomía humana, la fisiología, la climatología (en cuanto que remite a condiciones de salubridad o a “aptitudes morbosas” de las razas sometidas a ciertas condiciones), la psicología (refiere a facultades del espíritu: instintos, inteligencia, sentimientos, pasiones), la sociología (matrimonio, familia, costumbres, moralidad), paleontología, arqueología, lingüística, patología, una gran cantidad de fuentes genéricamente antropológicas y aun así todas estas ciencias por sí solas no son antropológicas, ni tampoco lo sería la historia natural del hombre ya que todas estas ciencias se ocupan del hombre bajo un aspecto y no “del hombre bajo todos los aspectos” (Ronzón, 1991: 395-6). Se trata de la idea del hombre como un todo, una unidad, a la que hay que aspirar a conocer de forma total e integral. Esta especificidad de lo humano contrarresta las teorías darwinistas y naturalistas, como postulaba José Letamendi Manjarrés, también médico y antropólogo en su *Discurso sobre la naturaleza y el origen del hombre* (Calvo, 1997: 38).

Hemos hecho notar anteriormente la relación de la antropología con el higienismo y también su influencia mutua que viene dada precisamente por sus actores, los médicos que bajo la perspectiva de la Antropología Médica supieron dar contenido al debate que en el siglo XIX surge en España en torno a la construcción de la antropología

como disciplina científica. Esta aportación de los médicos se sustentaba en una idea totalizadora del hombre bajo la influencia de la filosofía hipocrática, es decir, una fuerza vital en la naturaleza organizada, donde hombre y medio (aires, aguas y lugares, según el tratado de Hipócrates) se equilibran en el estado de salud y se desequilibran en el de enfermedad. Estos equilibrios y desequilibrios son, a su vez, los criterios para determinar la salud y la enfermedad para el organismo humano. La perspectiva holística del Hombre, desde el punto de vista médico, contaba con los supuestos hipocráticos que inspiraban los numerosos estudios llevados a cabo, por ejemplo en la Facultad de Santiago de Compostela y muchas otras, sobre temas de hidrología y también de topografías médicas (Ronzón, 1991:230 yss)

No puede obviarse la perspectiva de la Antropología Sociocultural, cuyo objeto de estudio es la cultura, una de las características humanas más importantes. En este sentido las teorías médicas siempre representan un aspecto de la cultura de un periodo y de una comunidad determinadas y para comprenderlas es necesario familiarizarse con otros rasgos de esa cultura que nos permitan entender por qué se dan determinadas maneras de observar los signos, los síntomas y los modos mediante los cuales la sociedad responde a la enfermedad (Balaguer et al, 1990:197).

### **Higiene social**

El ideario ilustrado produce en Europa una serie de transformaciones que conducirán al progresivo abandono de los planteamientos propios del Antiguo Régimen, ya obsoletos. Junto a estos cambios socio-políticos se suma el efecto de la Revolución Industrial basado en el progreso de ideas científicas y su desarrollo tecnológico, sustentadas en el racionalismo, que junto a un nuevo orden industrial y social van a propiciar un giro definitivo en el ideario médico hacia una doctrina higiénica o higiene científica, que se generaliza en toda Europa durante las primeras décadas del siglo XIX. Esta doctrina higiénica surge a partir de dos concepciones sobre la enfermedad, una de carácter ambientalista y basada en el estudio de los focos de enfermedad y otra que considera la enfermedad como un fenómeno social (Alcaide, 1999b). Esta conjunción de factores ecológico-sociales dará lugar, durante la primera mitad del siglo XIX, a una gran cantidad de estudios médico geográficos conocidos con el nombre genérico de topografías médicas. En la ciencia geográfica las topografías médicas representan uno de los primeros intentos de análisis del complejo de interrelaciones que median entre el hombre y el ambiente ecológico en que se desenvuelve (Urteaga, 1980).

Así pues, la higiene pública en los comienzos del siglo XIX, y durante dos tercios de la centuria, era una disciplina de observación social que atendía al estudio de los fenómenos de la vida en colectividad (como el análisis de datos demográficos y la observación de asuntos urbanos como el alcantarillado, la recogida de basuras, la ventilación...), ya que el higienismo parte de la concepción de que las enfermedades tienen un origen social relacionado con las condiciones del medio natural y social en que se originan, por lo que el conocimiento de ese medio es decisivo para comprender su aparición y erradicación (Vaquero, 2007).

La aplicación de los procedimientos experimentales propios de la fisiología y la patología a los problemas ambientales en relación con la salud, proporcionó a la Higiene una base sólida para llegar a convertirse en preceptora de la sociedad industrial, justificándose, según Pettenkofer, por la consideración económica de la salud como bien público teniendo en cuenta para ello los días de trabajo perdidos por causa de enfermedad. De esta forma, Pettenkofer llamaba a la Higiene pública "*medicina social*" refiriéndose a ella como "*economía de la salud*". El acercamiento experimental a los problemas higiénicos produjo sus efectos en la práctica sanitaria como, por ejemplo, la creación de laboratorios municipales, con competencias en vigilancia e inspección y detección de fraude en los alimentos de consumo, a los que se asimilaron más tarde los servicios de desinfección e incluso tareas bacteriológicas (Rodríguez Ocaña, 1992: 22-25).

La preocupación de los gobiernos sobre el abordaje de las epidemias, principalmente de fiebre amarilla y cólera, existe en Europa desde el siglo XVIII y desemboca en una "*política de salud*" impulsada por los estados absolutistas e instrumentalizada a través de las sociedades científicas y las nuevas demandas de la sociedad. Se produce por tanto una reorientación profunda de las actitudes sociales ante la enfermedad que se traduce en medidas de saneamiento y control frente a la ancestral fatalidad, la huida o la encomienda a Dios. En esta época de la Ilustración el poder político centra su interés en la delimitación de los focos de enfermedad y las zonas de actividad, como queda plasmado en los estudios poblacionales donde las variables espaciales van a hacer de las ciudades los lugares de análisis, pretendiendo con ello esbozar, al menos, los principios de una planificación urbanística que determine los espacios públicos.

Hemos de destacar que únicamente una élite formada por diversos tipos de profesionales como médicos, ingenieros, arquitectos, abogados e incluso políticos era



consciente de la necesidad de las reformas higiénicas, como primeros eslabones de una larga cadena en cuyo último término se encontraba la población general. Por eso, las figuras médicas destacadas de la Higiene Pública como Giné y Partagás, Felipe Monlau, Méndez Álvaro, etc. ocuparon altos cargos políticos (Alcaide, 1999b) conscientes de la necesidad de involucrarse en los estamentos sociales de poder a fin de liderar y contribuir a conseguir la ansiada higiene social del país.

El higienista Felipe Monlau haciéndose eco de la situación de los trabajadores en cuanto a sus condiciones de trabajo, enmarcando sus reivindicaciones en la Higiene Social y la Higiene Pública, realiza una publicación en 1856 sobre las condiciones higiénicas de los trabajadores, titulada "*Higiene industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?*" cuya pretensión es contribuir a dictar las normas higiénicas preceptivas a favor de la clase obrera. Las recomendaciones que sugería al gobierno fueron recogidas en una Memoria para optar al premio ofrecido acerca de esta cuestión por la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en su programa de 1855, y distinguida por esta corporación con el premio de la medalla de oro y otras varias declaraciones honoríficas. Madrid, 1856. En este alegato Monlau recogía los siguientes puntos en liza directamente relacionados con la higiene industrial y del modo de vida de la clase trabajadora: Descentralizar las fábricas y talleres para que no estuvieran ubicadas en el centro de los núcleos de población sino discretamente alejadas de las ciudades; sujetar la construcción de los talleres y de los edificios-fábricas a las condiciones de salubridad convenientes, y mandar inspeccionar los mismos edificios, bajo el punto de vista higiénico, después de construidos o mientras sirvan para el objeto que fueron construidos; mandar construir casas-modelos con habitaciones adecuadas para los obreros y sus familias; y fomentar la construcción de casas análogas por cuenta de los particulares; Construir lavaderos públicos económicos o gratuitos. Abrir establecimientos o casas de baños, con iguales condiciones, para las clases obreras; proporcionar la abundancia y baratura de los alimentos, bebidas y condimentos más necesarios; perseguir, sin descanso, y castigar severamente, las falsificaciones y adulteraciones de los artículos más usuales de comer, beber y arder; vigilar incesantemente las tabernas, bodegas, posadas y demás casas o puestos donde se da de comer o se venden alimentos preparados o bebidas; dictar una ley sobre el trabajo de los niños de ambos sexos en las fábricas; evitar, y en su caso remediar, los accidentes y desgracias que ocasionan a veces las máquinas; evitar la competencia del trabajo de los establecimientos penales y de beneficencia con el trabajo de las fábricas y talleres libres;

abrir paseos y jardines de recreo, tívolis, etc..., para la clase obrera, en los cuarteles o barrios donde viven por lo común los jornaleros; establecer casas-cunas y salas de asilo para las criaturas de los obreros; establecer escuelas primarias para los niños y las niñas de los obreros; establecer escuelas dominicales para los obreros adultos; mandar componer, y distribuir gratis, una Cartilla higiénica para uso de los obreros de cada arte o industria; ofrecer y adjudicar premios anuales a los autores de cualquier método o descubrimiento que contribuya a disminuir los peligros o la insalubridad de ciertas artes o industrias; establecer Cajas de ahorros en todos los pueblos de alguna importancia fabril o que abundan en población obrera; fomentar y proteger el establecimiento de Sociedades de socorros mutuos; facilitar la asistencia médica gratuita, y socorros domiciliarios, a todas las familias obreras y abrir una información general acerca de la situación o de las condiciones físicas y morales de las clases obreras, y formar las estadísticas de la industria fabril en España

Realmente las conclusiones de Monlau en esta cuestión eran una declaración sobre las necesidades sociales desde el punto de vista del higienismo. Se establecía una deslocalización de los focos de infección al quedar separados por su espacio físico las zonas de trabajo y las destinadas a la vivienda o residencia. Este hecho dio lugar más tarde a la creación de viviendas obreras que a su vez formaban núcleos habitados muy diferenciados de los de la clase burguesa. Las pretensiones parecen superadas desde la óptica del siglo XXI, aunque en ese momento suponía toda una conquista como que los edificios de los talleres y fábricas fueran inspeccionados con arreglo a las normas higiénicas. La asistencia sanitaria a los obreros era otra reivindicación higienista ya que solamente se prestaba a modo de beneficencia hacia los más menesterosos.

Por su parte, Salarich en 1858 puntualiza las recomendaciones relativas a la higiene de los tejedores, que en la zona de Barcelona era un colectivo importante, tanto por su número como por la especificidad de la manufactura y las condiciones en las que se realiza. De ahí parte la obra “Higiene del tejedor o sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros” que divide en dos secciones: 1.- Nociones generales de higiene: Del aire y sus vicisitudes; De las habitaciones; De los vestidos; De la limpieza; De los alimentos y comidas; Del trabajo, del ejercicio y del sueño. De las pasiones: De la borrachera o embriaguez; De la pereza y el juego; Del libertinaje; De la cólera; De la imprevisión. 2.- Higiene especial del tejedor: Operaciones que sufre el algodón: Cuadras y temperatura; Del polvo y de la borrilla del algodón; De las máquinas. De las causas morales: Duración del trabajo-

Niños; De los salarios- su insuficiencia; Quejas entre amos y trabajadores; Enfermedades varias.

La higiene pública no podía limitarse al estudio de los fenómenos físicos, químicos y biológicos, sino que también debía estudiar detenidamente las repercusiones de las condiciones económicas y culturales, del ambiente social en el que los hombres nacen, viven, trabajan, disfrutan, se reproducen y mueren. De este modo surge la higiene social, llamada también por algunos autores Medicina social, mediante la cual la higiene científica recupera la tradición ambientalista de Pettenkofer aunque reinterpretando el medio ambiente humano desde perspectivas socioculturales, adquiriendo por otro lado una creciente preocupación eugenésica (González de Pablo, 1999:77-78).

Algunos autores (Rodríguez Ocaña, 1992) ponen fecha al nacimiento de la higiene pública en España como resultado de la lucha frente a las epidemias que tuvieron lugar durante la segunda mitad del siglo XVII principalmente, para lo cual se constituyeron las Juntas de Sanidad en 1720.

La higiene social de este modo trata de acometer las reglas que benefician al individuo en su dimensión colectiva, por lo que dichos preceptos son destinados también a las demás personas que forman la comunidad. Desde esa perspectiva la higiene social contempla para su desarrollo las estadísticas demográficas y de mortalidad, morbilidad, profilaxis y atención médica, higiene del trabajo, de la nutrición, de la vivienda y del vestido, en la infancia y en la juventud, salud pública, patología constitucional e higiene sexual.

Pero la higiene no solo se ocupaba de los factores naturales dañinos que amenazan al organismo humano y de los medios para combatir y controlar esos factores, sino que era esencialmente higiene físico-biológica, al aplicar los conocimientos de la física, de la química y la biología, pues refería al hombre a su medio natural.

En esencia el hombre es un ser social que ha aprendido a independizarse de la influencia directa de la naturaleza, pues existe una cultura ligada a las estructuras sociales por la que se completa su dimensión de hombre y sin la cual no sería así definido. Estas estructuras sociales son las que a lo largo del tiempo se han construido tanto histórica como geográficamente, como la horda, tribu, la familia, el clan, la comunidad, el estado, la nación y la raza, con sus modelos de formas de relación, normativas, económicas, etc.

Por este motivo la higiene debe estudiar también en profundidad los efectos de las condiciones sociales, cómo se nace, se vive, se trabaja, se disfruta, se procrea y se

muere. En suma, los elementos históricos culturales, psicológicos, económicos y políticos, todos entran en los cálculos de la higiene social con la finalidad de prevenir el daño a la salud del mayor número de personas, incluso de toda la comunidad. Vemos de esta manera que la higiene físico-biológica se complementa necesariamente con la higiene social.

Las ciencias auxiliares de las que dependía la higiene social eran, según Grotjahn, la estadística médica, la demografía, la antropología, en particular la antropometría por aquellas fechas, la economía y la sociología (Rosen 1985: 114-116). El concepto de enfermedad social implica relacionar el origen de la enfermedad con la propia organización social y especialmente con las desigualdades sociales, aunque no está presente en los primeros momentos de la reflexión racional acerca de la naturaleza de las enfermedades, sino que se ha desarrollado en los dos últimos siglos, formando parte de la cultura industrial (Rodríguez Ocaña, 1987). El higienismo y la medicina social tuvieron un elemento en común que fue su interés por lo que entonces se llamó la “cuestión social”, es decir, la preocupación por las condiciones de existencia de las clases más necesitadas.

### **La “cuestión social”**

Durante el siglo XIX se hace patente una nueva forma de producción y del trabajo que sustituye a las relaciones feudales en régimen de servidumbre, vigentes en el Antiguo Régimen. Se trata del sistema económico capitalista, donde se producen unas relaciones dialécticas entre los nuevos antagonistas sociales, el obrero asalariado y el capitalista o empresario. Este nuevo sistema económico que cuenta con colectivos antagónicos genera un nuevo conflicto social gracias a dos elementos determinantes como la revolución burguesa y la revolución industrial o industrialización capitalista. La revolución burguesa es un proceso histórico a través del cual la burguesía se convierte en clase social dominante e impone sus productos ideológicos-culturales a las demás clases sociales, legitimando el orden económico capitalista y la propiedad privada sobre la propiedad feudal. Este nuevo grupo social incorpora dos categorías culturales trascendentales: el “liberalismo” como concepción integral del mundo y un nuevo sistema de producción que sustituye el mercantilismo por el “capitalismo” como sistema económico. Los intereses de la nueva clase burguesa, fundamentados en el liberalismo, se debatían entre la oferta de trabajo que no dejaba de crecer, como consecuencia de la destrucción de empleo derivada de la generalizada industrialización de la producción y

la demanda de trabajo, controlada por el empresario, era cada vez más reducida por la sustitución de la máquina por el hombre. El empresario podía actuar libremente al amparo de las leyes de mercado que determinaban la oferta y la demanda, el tiempo de trabajo y el salario. También podía disponer de condiciones de trabajo a la baja, con tiempos de trabajo prolongados y salarios reducidos en pos de maximizar los beneficios. Los resultados de estas variables relacionadas entre sí como el maquinismo y la exaltación capitalista de los principios liberales conducirían a jornadas de trabajo agotadoras, salarios de hambre, condiciones insalubres y la explotación del trabajo de las mujeres y de los menores. Este deplorable estado de las clases trabajadoras es lo que se denominó la “cuestión social” que requería una respuesta doble: el “movimiento obrero” y la intervención del Estado en el problema social a través de una “legislación obrera” (Palomeque, 1997).

Pues bien, las primeras leyes obreras abordaron la limitación del trabajo de las mujeres y los menores, aunque se tuvieron que superar para ello varios intentos que no llegaron a su fin, como el Proyecto de Ley de Alonso Martínez sobre ejercicio, policía, sociedades, jurisdicción e inspección de la industria manufacturera, de 8 de octubre de 1855<sup>3</sup>. Este primer intento de Proyecto de Ley fue precedido al menos de una propuesta realizada por un médico higienista, Aureliano Maestre de San Juan que reconoció la precariedad de la situación laboral de los niños sometidos a trabajos y la repercusión de ello sobre su salud. El trabajo lo presentó en la Academia de Ciencias del Liceo de Granada (Maestre, 1857: 122-123) y de su propuesta se desprende que las condiciones de trabajo eran especialmente duras si atendemos a las soluciones que presenta como innovadoras: “Art. 2.- *Los niños tendrán un mínimo de 9 años para poder destinarse al trabajo*, Art. 4.- *Sobre la dureza del trabajo: 1º.- Los niños de 9 a 12 años no podrán trabajar más de 8 horas; 2º.- Los de 12 a 16 no podrán trabajar más de 12 horas; 3º.- El horario será de 6 a 18 horas en invierno y de 5 a 19 en verano; 4º.- La alimentación será suficiente; 5º.- El trabajo de noche durará de 21 a 5 horas, y no podrán ser destinados a él los menores de 15 años*” y que hoy día llegan a producir sonrojo (Nogales, 2004: 38-39).

En el citado Proyecto de Ley de 1855 únicamente el artículo 7º se refería a las condiciones de trabajo de los niños en los siguientes términos: “*Solo en establecimientos donde se ocupen más de veinte personas se permitirá la admisión de niños o niñas que*

---

<sup>3</sup> Gaceta de Madrid, nº 1010, de 10 de octubre de 1855, p 3-4. Proyecto de Ley sobre ejercicio, policía, sociedades, jurisdicción e inspección de la industria manufacturera, de 8 de octubre de 1855.

*hayan cumplido ocho años, debiendo trabajar únicamente o por la mañana o por la tarde para que les quede tiempo de dedicarse a su instrucción. Los jóvenes de ambos sexos mayores de doce años, y que no pasen de diez y ocho, solo podrán trabajar diez horas diarias entre las seis de la mañana y las seis de la tarde”* y esta era una propuesta de mejora que no llegó a término fruto de las promesas de Espartero ante la huelga general de julio de 1855 en Barcelona.

Las reclamaciones de los trabajadores al Estado se centran en la libertad de asociación, la limitación de la jornada laboral y el establecimiento de jurados mixtos de fabricantes y obreros. De otro lado, las asociaciones de obreros de socorros mutuos y cooperativas se permitieron desde 1839, pero muchas de ellas fueron disueltas de forma repetida por las autoridades alegando que realizaban actividades de resistencia clandestinamente. Con respecto al trabajo de las mujeres fuera de la jerarquía familiar, contando con la competencia que suponía para el trabajo masculino los bajos salarios femeninos, hay que tener en cuenta la forma en que en la sociedad liberal de mediados del siglo XIX se produce una redefinición de los conceptos de feminidad y masculinidad. Es una época en que se acentúa la primacía jurídica del marido dentro del matrimonio, como el deber de obediencia de la esposa al marido y la administración por éste de los bienes de la mujer según el código Civil de 1851 (Nielfa, 2003:41). La situación de la mujer en la involucionista sociedad del siglo XIX queda patente en los textos legales al limitarse su capacidad de obrar en favor del varón, perpetuándose un tipo de familia tradicional patriarcal sobre la cual se basa el sistema político burgués en ese periodo histórico (Álamo, 2011:22).

La situación de la mujer trabajadora se encontraba en una reconocida oposición entre el hogar y el trabajo, entre la maternidad y el trabajo asalariado, entre feminidad y productividad (Scott, 1993: 406). Así, mientras que las concepciones vigentes en torno a la feminidad y masculinidad refuerzan la desvalorización del trabajo de las mujeres y sus bajos salarios, precisamente es esta discriminación salarial la que representa un incentivo para su contratación en los trabajos industriales.

Tampoco se aprobó la proposición de Ley de Manuel Becerra de octubre de 1872, sobre mejora de las condiciones morales de las clases obreras que limitaba también el trabajo el trabajo de los niños, lo que suponía una tardanza de la regularización de las condiciones de trabajo con respecto a otros países europeos. No fue hasta la Ley Benot de 24 de julio de 1873 regularizando el trabajo y la instrucción en las

escuelas de los niños obreros de ambos sexos<sup>4</sup> en que se prohíbe el trabajo en fábricas, talleres, fundiciones o minas a los menores de diez años y se limita la jornada para los menores de quince años y de diecisiete. Tiene por tanto esta ley un valor simbólico por ser la primera del ámbito laboral, aunque con detractores que sitúan la cuestión en los comienzos del siglo XX, y por reflejar la preocupación creciente por la protección de la infancia y por las condiciones de trabajo en general. También es considerada como el embrión de las cuestiones fundamentales del derecho laboral, la limitación de la jornada de trabajo, la prevención de riesgos laborales y la higiene en el puesto de trabajo, incluyéndose estos principios en las legislaciones posteriores aunque en la práctica, el articulado de la ley Benot apenas llegó a aplicarse. A pesar de todo, esta ley es considerada también de gran relevancia por aparecer en ella los rasgos del cambio social que estaba llevando a cabo, tanto desde la perspectiva jurídica, social por favorecer a los sectores más desprotegidos de la población y moral, por tratar con valores éticos la consideración de la infancia (Martínez Peñas, 2011: 65-68). También hay voces higienistas para resaltar la atención a la infancia en el trabajo fabril “*Una sociedad se suicida cuando permite que el exceso de trabajo y las privaciones consuman las fuerzas nacientes de los niños, agostando en flor a las generaciones*” (Monlau, 1847: 545).

La Comisión de Reformas Sociales fue una institución que, a pesar de las dificultades por las que atravesó, como la desconfianza del movimiento obrero ante la confrontación social, estaba llamada a su continuidad, como no podía ser de otra manera. La “cuestión social” se encontraba ya interiorizada en todos los sectores de la sociedad implicados, los políticos, la burguesía, los higienistas y también el mundo obrero, éste a través del asociacionismo, participaban en su análisis y resolución, aunque también con reticencias. Como decimos, la Comisión de Reformas Sociales inició su camino en el año 1883<sup>5</sup> y continuó su funcionamiento hasta 1903 en que pasó a denominarse Instituto de Reformas Sociales, llegando en 1908 a constituirse el Instituto Nacional de Previsión para llegar en 1920 a establecerse el Ministerio de Trabajo de España. Por tanto, con la Comisión de Reformas Sociales se institucionaliza la reforma social en España, presidida por Segismundo Moret e inspirada por Gumersindo de Azcárate, quien propone una política reformista basada más que en la legislación en el fomento de la cultura, asimilada a moralidad entre el conjunto de la sociedad incluidas las clases

---

<sup>4</sup> Gaceta de Madrid nº 209, de 28 de julio de 1873. p 1193.

<sup>5</sup> Gaceta de Madrid, nº 344, de 10 de diciembre de 1883, pp 761-2.: Real Decreto de 5 de diciembre de 1883, de Comisión para el estudio de las cuestiones que interesan a la mejora o bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales, y que afectan a las relaciones entre capital y trabajo.

trabajadoras. La acción política y social de Azcárate es una reacción tanto al liberalismo económico como al socialismo. Con esta inspiración armónica, influencia del krausismo y con intención de institucionalizarse, unen el origen burgués con un marcado interés por la problemática social. La Comisión de Reformas Sociales surge desde una nueva sociedad industrial que transforma el modo de producción mediante la aparición de la fábrica, la aparición de una nueva clase social emergente como es el proletariado y el nuevo espacio urbano con el surgimiento de la ciudad industrial. Las prioridades marcadas por la Comisión desde su fundación estaban marcadas por el proceso de información previa mediante encuestas en todas las capitales de provincia y otras ciudades que a fin de cuentas dibujaban la geografía del conflicto social. Así pues, las prioridades eran la implantación de jurados mixtos, medida considerada fundamental para dirimir las cuestiones entre obreros y empresarios. Estudiar la fórmula que permitiese a municipios y diputaciones provinciales auxiliar a las Cajas de retiro y de socorros para enfermos e inválidos, y establecer una legislación general como modelo. El conocimiento de las condiciones de trabajo de mujeres y niños, con atención especial al horario y a su compatibilidad con el de la escuela. Preocuparse de la higiene, salubridad y seguridad en los talleres, así como el cuidado y la higiene de los barrios obreros. Necesidad de reformas en la legislación municipal para corregir una serie de abusos. Creación de Bancos agrícolas que faciliten créditos a colono y agricultores. Corregir, en lo posible, las leyes desamortizadoras, de manera que faculten la adquisición de la tierra a colonos y trabajadores. Procurar medios que agilicen y estimulen la iniciativa individual a fin de crear sociedades de Socorros Mutuos y cooperativas de producción y consumo. Como se ve, se tiene bastante enfocado el grado de conocimiento respecto a las necesidades reales de la sociedad y hasta dónde llegaban las reformas que se deseaban acometer (De la Calle, 1984: 17-18).

En la Comisión se generan debates, surgidos a partir de la información de la condición económica de clase obrera recogida a través de informes de todas las provincias, tanto de su alimentación, de la vivienda y de la cultura moral de los obreros. Estos debates sirvieron a la burguesía, con justificación higienista, para plantear un nuevo marco de relaciones sociales y también espaciales al ganar protagonismo social las poblaciones industrializadas centrandolo por tanto el interés en la cuestión urbana (Buj, 1994: 73-86).

El intervencionismo estatal en los asuntos sociales por parte de los políticos e intelectuales, principalmente desde 1880, se debe a la ideología reformista que se iba



instaurando en la sociedad, alimentada con al menos tres tendencias clave, el krausismo liberal, el catolicismo social, en particular la encíclica de León XIII “Rerum Novarum” de 1891 sobre la situación de los obreros y la corriente difusa del regeneracionismo (Guillén, 1990). Estas ideas reformistas, junto al resultado del proceso dinámico de las interacciones entre los actores de las instituciones y el desarrollo económico y social del país, parece que generan un cambio de valores en la élite que contribuyen a formar una concepción estatal de la “cuestión social” al menos en cuanto a las reglamentaciones precisas (De la Calle, 1997:131).

Si la medicina debía atender los problemas de salud, tenía que interesarse por la realidad cotidiana de las clases más desfavorecidas puesto que de ella dependían en buena medida las enfermedades que sufría la población. Así, desde esta preocupación por la “cuestión social”, los médicos e higienistas intentaron convencer a los poderes públicos y a los patronos de que había buenas razones para invertir en la mejora de las condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos de la sociedad. El higienismo y la medicina social impulsaron al médico a convencerlo de que su saber le obligaba a jugar un papel protagonista en la sociedad y en el gobierno de la nación, más allá de la función de curar enfermedades. Este convencimiento se fundamentaba en el conocimiento privilegiado que el médico había adquirido sobre la población por medio de su labor asistencial, ya que ello le permitía penetrar en el interior de sus viviendas e intimidades y, de este modo, se presentó a sí mismo como el experto en observar, corregir y mejorar el cuerpo social (Quintanas, 2011). Este vínculo, esencial, entre medicina y política formaba parte del discurso higienista donde se definía la higiene pública como el ámbito que debe incluir todas las relaciones que las ciencias médicas tienen con el gobierno y consistiría en el arreglo sistemático de los conocimientos médicos que concurren de un modo directo o indirecto a ilustrar la ciencia del gobierno (López Piñero, 1984: 176).

La higiene pública no podía desvincularse de la política y de la economía, pero tampoco de la moral, puesto que los consejos médicos también potenciaban la armonía entre las funciones físicas y los actos morales, según manifestaba Mateo Seoane. De esta forma la influencia de las exhortaciones médicas comprendería también no solamente el cuerpo, sino también los hábitos y las costumbres de las personas y los principios higiénicos servirían de norma para regular también la conducta de la población. Seoane hizo hincapié en la necesidad de moldear el comportamiento de la mujer al depender de ella tanto la reproducción de la especie como la educación infantil.

Desde esta perspectiva, la salud, el orden, la riqueza y la moral formaban parte del conglomerado higienista con la idea de que la aplicación de los principios higiénicos repercutiría no solamente en la mejora de las condiciones de salud de la población, sino también en la mejora de sus condiciones de vida y de trabajo, la consolidación del orden político y el buen funcionamiento de la economía. Las causas de la criminalidad, mendicidad, prostitución, huelgas, revoluciones se remitían a un sustrato individual alterado de orden moral o pasional, por eso las enfermedades sociales se describían por los higienistas como verdaderas enfermedades morales que trascienden con su influencia al estado físico de los individuos produciendo a su vez un trastorno del organismo social. Aunque se subrayaba la influencia de la organización social, de las condiciones de vida y de trabajo sobre la salud, se culpabilizaba a los obreros de su situación por los malos hábitos y las costumbres que dominaban su existencia, remarcando la responsabilidad individual.

La respuesta del higienismo a la “cuestión social” es moralizar a las clases populares para transformar las costumbres, normativizando y racionalizando sus pautas conductuales con el fin de lograr una integración en un nuevo orden social en el contexto del paradigma del ambientalismo, según el cual las condiciones morales estarían en estrecha relación con las condiciones materiales, determinando su grado de perfección por el ambiente físico en que se desarrollan. De acuerdo a los intereses de una economía social, el método propuesto ya no es el curativo tradicional, sino que la vía más eficaz es ahora la prevención, resaltando su rentabilidad basándose en el valor económico del hombre. En efecto, siguiendo el modelo de estadistas y economistas extranjeros, se llevan a cabo estudios cuantitativos detallados del gasto que suponen para el Estado los costes de curación de las enfermedades y las pérdidas económicas del trabajo que deja de producir un enfermo y las pérdidas absolutas de los fallecidos. Por primera vez los higienistas empiezan a considerar una cuestión que antes no había sido planteada, siendo un punto de referencia a este respecto en España las conclusiones del Congreso Internacional de Higiene de la Haya de 1885.

La solución a la incipiente problemática social sería posible sólo mediante la colaboración del Estado con la ciencia regeneradora de la higiene, como ya apuntaba Monlau en 1870. La efectividad de las medidas planteadas por los higienistas consiste en introducir los preceptos de una vida higiénica en las conductas de los individuos, conseguir la interiorización de formas de vida ordenadas de acuerdo a un nuevo tipo de sociedad y conseguir readaptar las costumbres a otro tipo de condiciones económicas y

sociales. El ideal generador y reproductor de nuevas pautas de comportamiento se va a concentrar en el ámbito privado, regularizando las prácticas higiénicas de la crianza de los niños y de medidas preventivas higiénicas para prevenir y evitar los contagios. Además se despliega una campaña de propaganda dirigida a la modificación de las costumbres de las clases populares, caóticas e inconscientes según los higienistas, encaminada a moralizar a través del trabajo, generador de las virtudes del ahorro, la previsión y el apego a la propiedad privada, y también de la familia, institución que consolidaría en el ámbito privado una organización bien definida para evitar desviaciones sociales como el alcoholismo, la delincuencia, la criminalidad... que a través de la mujer y con condiciones materiales lo suficientemente atrayentes para mantener en su seno a los miembros de la familia, alejaría a los individuos de las relaciones sociales que una vida al margen de la familia podría desembocar en la germinación de conciencias peligrosas (Morata, 1999: 403-415).

### **Enfermedades sociales: Secciones de higiene especial y vigilancia de la prostitución**

La asunción por el Estado de nuevas competencias después del Antiguo Régimen y principalmente en el siglo XIX, con sus diversas estructuras y representaciones por un lado, junto al desarrollo de la medicina y de la higiene y por tanto de la presión médica sobre la sociedad por otro, es por lo que la Administración va a tener en cuenta nuevas preocupaciones sanitarias para procurar mantener la salud pública frente a diversas epidemias y, en particular, el desarrollo de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual (Guereña, 2004: 832). Tanto las enfermedades venéreas como la tuberculosis y el alcoholismo se consideran en este tiempo “enfermedades sociales”, por lo que se convirtieron en foco de interés de la Higiene Pública y su lucha contra la mortalidad y la mejora de las condiciones de vida, aunque el modo de transmisión dominante por vía sexual les confería un carácter de transgresión moral, relacionando el origen de la sífilis, la gonorrea o el chancro blando con prácticas sexuales ilegítimas o anormales que se adquirirían por medio de la prostitución. Así, la prostitución fue considerada durante el siglo XIX una enfermedad social que fue objeto de estudio e interés del higienismo, cuyo proyecto intelectual de base científica aportó interesantes innovaciones en la consideración y tratamiento de las enfermedades, como la inclusión de los aspectos sociales causantes y derivados de las enfermedades como parte fundamental e inseparable de la misma. Este era el caso de la prostitución como problema social, que alteraba el orden moral y de las buenas costumbres por un lado y, por otro, producía un

contingente importante de infecciones sifilíticas y gonocócicas que, por su diseminación, causaba un problema importante de salud pública en las poblaciones, principalmente en las ciudades. Este tipo de enfermedades eran frecuentes entre la población masculina de 20 a 40 años de edad, por lo que la preocupación de los gobernantes estaba justificada ante los estragos producidos por la enfermedad en una población necesaria para el país en todos los órdenes de la vida laboral, como marinos, soldados, funcionarios, etc. Por otra parte, era preciso controlar y racionalizar el espacio público urbano donde la marginalidad posibilitara la existencia de una población, entre la que se encontraban los vagabundos, criminales y prostitutas, que pudiera suponer una amenaza para el mantenimiento del orden social burgués (Alcaide, 2000). Así es que los poderes públicos se encontraban ante una doble dimensión, social y sanitaria, de un problema que en un periodo de contiendas militares se diseminaba por toda la geografía nacional a través de las tropas, aunque la prostitución venía acompañada de otras circunstancias propias de las mujeres que se veían abocadas a ejercer la prostitución y de condicionantes sociales como las situaciones de miseria, el engaño, el abandono de la seducida o simplemente la falta de medios propios de las mujeres. Se concretaban en ese momento el riesgo sanitario de las infecciones venéreas y el peligro social que se asociaba a la prostitución.

La mortalidad por sífilis entre la tropa en los hospitales militares italianos, en el espacio de ocho años, era de más de dos mil defunciones y la incidencia de más de ciento cincuenta mil soldados (Hernández Oñate, 1889)<sup>6</sup> y por si las cifras aproximadas del Dr. Hernández Oñate resultan excesivas, podemos contrastar los datos con los recogidos en los hospitales de Londres, donde en 1867, durante el cuarto trimestre, se registran hasta 2.316 casos de enfermedades venéreas entre marinos y militares (Alcaide, 2000). Sin embargo, en otros datos como los del hospital de Cáceres (Acedo, 1898), del total de ingresados (4.116 enfermos) entre 1891-1895, solamente el 11,86% eran atribuidos a enfermedades venéreas, sin distinción de edades incluyendo a militares y prostitutas, resultando el total de enfermedades infecciosas el 47,53% de los ingresos hospitalarios. Otros autores de la época estimaron la mortalidad de sífilis en promedio anual del 0,57% en Madrid (Hauser, 1902). Por ello parece procedente estimar con cautela el tremendismo del discurso médico, teniendo en cuenta la dificultad y variabilidad en el diagnóstico al no disponer todavía de las determinaciones serológicas

---

<sup>6</sup> AML 101/42. *Memoria referente al servicio de higiene en esta capital durante el año 1889, en lo que respecta al reconocimiento de la prostitución, que presenta al Excmo. Ayuntamiento el médico higienista.* Logroño. Manuscrito. Donato Hernández Oñate.

de laboratorio, la escasa fiabilidad de los registros, la no obligatoriedad por parte de los médicos de hacer la declaración de enfermedad infecciosa y las presiones para que en los certificados de defunción no figurase la sífilis como causa de mortalidad (Castejón, 1991: 244-5).

### **El control higiénico de la prostitución**

Puesto que la prostitución engendraba marginalidad y enfermedad a la vez que se veía imposible su erradicación, se trataba de un asunto que requería un abordaje complejo para manejarlo, pues era preciso definir la perspectiva adecuada. Las tres opciones desde las que se podía intervenir eran: la abolición, que aumentaba la prostitución clandestina, la persecución y castigo que tampoco conseguía su disminución como se demostraba históricamente y la reglamentación que fue la pauta seguida por las administraciones europeas y españolas. El patrón europeo, inspirado en las tesis higienistas que en ese momento se debatían en los congresos internacionales de higiene de Turín (1876) y más tarde en Viena (1887) aprobaron y recomendaron la reglamentación. Por su parte, la Sociedad Española de Higiene, en la década de los ochenta, planteó la discusión sobre la reglamentación para la profilaxis de la sífilis, apoyada por la mayoría de los higienistas españoles, civiles y militares, sobre las bases de inscripción, visita sanitaria y hospitalización (Castejón, 1997:74). Pero en España no se manifestó un consenso claro a favor de las diferentes posturas entre los médicos higienistas para afrontar la prostitución, considerada el foco principal de las enfermedades venéreas, sino que hubo un amplio debate entre abolicionistas y reglamentaristas, siendo ésta la apuesta por la que se decantó la mayoría con el tiempo.

El contenido ideológico de la postura reglamentarista seguida en España se correspondía con la tradición agustiniana del “mal menor”, ante lo arraigada que se encontraba la prostitución en la sociedad, en aras de salvaguardar el orden social establecido y sobre todo las instituciones de la familia y el matrimonio, en la idea de que la prostitución “*representa una válvula de seguridad que protege las instituciones más santas, evitando el desbordamiento en el seno del matrimonio y haciendo el adulterio mucho más raro de lo que sería en el caso contrario*” (De Miguel, 1877).

El higienismo acometió el tratamiento de los aspectos clínico-patológicos de la prostitución como una misión moralizadora y dirigista de las conductas a seguir y, también, como medio profiláctico para prevenir y remediar sus consecuencias. En el debate científico-moral que supuso la prostitución para el higienismo, el punto de

contacto fue la aparición de reglamentaciones específicas de control sanitario y vigilancia policial y, como consecuencia de estos reglamentos, la creación en algunas ciudades españolas de las Secciones de Higiene especial, bajo la responsabilidad de los ayuntamientos y Gobiernos provinciales (Alcaide, 2000). La posición legal de la prostitución en España ha pasado por varias etapas, desde las *casas de mancebía*, propias del Antiguo Régimen donde la Iglesia llevaba a cabo un control moral que propiciaba las *casas de arrepentidas*, pasando lentamente al modelo reglamentarista con un creciente y marcado control sanitario. Las primeras manifestaciones de este proceso son el *Proyecto* de Cabarrús de 1792 que no llegó a aplicarse, más tarde se concreta en el *Proyecto de Reglamento General de Sanidad* de 1822 que tampoco prosperó. Es en 1847 cuando se elabora en Madrid el primer reglamento sobre la prostitución de la época contemporánea que sentaría las bases de la prostitución reglamentada. Hubo más iniciativas reglamentaristas posteriores a ésta, también en Madrid y, por supuesto en diferentes ciudades españolas, unas a iniciativa municipal como en Gerona y Jerez y otras de carácter provincial, como Sevilla, Alicante, Cádiz, Santander, Barcelona, etc. empezando a ser un hecho generalizado a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX (Guereña, 1995). La reglamentación de la prostitución en España fue un hecho hasta el decreto de 28 de junio de 1935 de la II República, en que se suprimió declarándola ilícita (Castejón, 1997:74).

Hasta el año 1889 en que se regula la competencia municipal sobre el control del ejercicio de la prostitución, como decimos, no había una norma en vigor sino que cada provincia, y no todas, lo regulaban a su entender, “*más bien por una costumbre hasta ahora no autorizada, que por observancia de disposición alguna legal...Pero la organización y el modo de ejercer la inspección corresponde a los Ayuntamientos, asociados de las juntas municipales de Sanidad*”<sup>7</sup>. Esta norma venía referida a la higiene y control de las casas de mancebía pero también al control de los criados domésticos, mediante registros de cartillas obligatorias y personales pues “*puede influir mucho en la moralidad de los sirvientes domésticos...Es conveniente precaver y evitar que personas, si no criminales, sospechosas por lo menos, se introduzcan en el hogar doméstico para llevar a él la intranquilidad, en lugar de servicios de confianza*”. Este aspecto anejo al control de la prostitución lo interpretamos como un gesto a los partidarios de las posiciones prohibicionistas, como Felipe Monlau que centra sus medidas de control en la

---

<sup>7</sup> Gaceta de Madrid nº 5, de 5 de enero de 1889.

profilaxis moral, como penar las ofensas a las buenas costumbres mediante “la Inspección municipal de costumbres” y moralizar el servicio doméstico, entre otras (Castejón, 1991:248).

Vemos que el reglamentarismo evoluciona con modalidades dispares en cuanto a la responsabilidad institucional sanitaria y policial de la prostitución a lo largo del siglo, siguiendo principalmente el vaivén de las crisis económicas y políticas. Pero la línea general en la que se basa esta reglamentación implica el creciente control de los médicos higienistas, cambiando así el énfasis de los valores morales hacia la salud social, apoyándose en bases lombrosianas e interpretaciones degeneracionistas, que agrupan a las prostitutas con los delincuentes y las consideran focos de peligro público que deben ser cuidadosamente vigiladas con informes sanitarios obligatorios (Juliano, 2002:131).

### **El Reglamento de Logroño**

A partir de la publicación de la Real Orden Circular de 4 de enero de 1889, y en el plazo de quince días, son los Ayuntamientos los que se hacen cargo previo inventario de los antecedentes de libros y registros de las casas de mancebía, quedando recogidos en los presupuestos municipales los arbitrios o impuestos asociados y tratándose los asuntos relacionados con la higiene en la Junta municipal de Sanidad. De este modo, una vez que se había otorgado la competencia de la higiene de la prostitución a los ayuntamientos solo quedaba pendiente el “reglamento” correspondiente, que enseguida se dispusieron a redactar y hacer cumplir. De este modo, el ayuntamiento de Logroño dispone el 16 de febrero de 1889 un reglamento de higiene<sup>8</sup> que se hace efectivo el uno de marzo, regulando las condiciones de las casas de mancebía en cuatro capítulos y treinta y dos artículos para crear una inspección municipal al efecto.

En el capítulo 1 se regulan las condiciones materiales de estas casas, que deben estar bien ventiladas, limpias y blanqueadas a cal bajo amonestación o sanción de 5 a 10 pesetas, según la gravedad de la falta. Una vez por semana se debe baldear con aspersiones de sustancias desinfectantes o aromáticas, también bajo apercibimiento por primera vez y multa de 2 a 5 pesetas si se reincide. El alumbrado de las escaleras de dichas casas no debe verse desde la calle y el portal y el acceso a las casas no debe contener objetos que puedan servir de “arma ofensiva”, a diferencia de Francia, donde se las reconocía por sus grandes rótulos y sus farolillos rojos (Guereña, 1995: 439). De

---

<sup>8</sup> AML. Reglamento de Higiene pública. 83/7.

igual modo y para evitar quejas de los vecinos, los balcones y ventanas tendrán persianas, celosía o cortinas, a juicio de la autoridad, según los casos.

En el capítulo 2 quedan reguladas las casas de mancebía, dividiéndose en públicas, si un ama hospeda a pupilas domiciliadas en la casa y clandestinas o de citas si el domicilio del personal es eventual. Para autorizar el ejercicio de una casa de mancebía es imprescindible la matrícula en la Inspección de Higiene, que se renovará todos los meses con el coste de 15 pesetas. Mediante un libro de registro anual, facilitado por la Inspección previo pago de 2,5 pesetas, quedarán registradas las pupilas que pertenezcan a cada casa, las que acudan a horas determinadas, los cambios de domicilio de las internas, el resultado sanitario de cada reconocimiento médico, las ausencias periódicas de las meretrices y los traslados de las mismas a otros pueblos. El médico higienista debía certificar el resultado de cada reconocimiento en dicho libro y en las cartillas de las pupilas. Curiosamente, cada dueña de estas casas de mancebía se debía proveer de un *Spéculum úteri* de Ferguson del número 2 para los reconocimientos, quedando patente la falta de medios que habilita la administración para ejercer el control sanitario. Nos parece de igual modo reseñable la falta de concreción de las condiciones de uso o modo de desinfección-esterilización de ese único espéculo para realizar los reconocimientos periódicos a las pupilas de cada casa, pero la especificación de su denominación técnica encierra un halo de misterio que parece otorgue más entidad a la pericia médica, insertando de este modo la formalidad simbólica de las palabras en la representación de la liturgia higienista. Las amas de las casas deben dar parte a la Inspección de las pupilas nuevas que reciben dentro de las primeras 24 horas además de presentar para su reconocimiento, dos veces por semana, tanto a las pupilas como a las que ejerzan en la casa en tiempo determinado. Deben también tener a disposición del público, en la sala de recibir y para garantía de los concurrentes, la hoja clínica sanitaria del último reconocimiento facultativo llevando el sello de la Inspección en lugar de la firma del médico. Las dueñas son responsables del pago de los reconocimientos de las pupilas, abonando el mismo en el acto a un agente municipal al efecto que acompaña al médico en todas las visitas. Las ocultaciones de personal y el ejercicio de las pupilas dadas de baja por la prohibición del médico serán castigados con todo rigor, sobre todo con sustanciosas multas con el objeto, siempre, de evitar la propagación de las enfermedades venéreas y sifilíticas. De las reclamaciones y quejas que produzcan las pupilas y amas se hará cargo el Inspector de Vigilancia sanitaria.



El capítulo 3 se refiere a las obligaciones de las pupilas que a su vez son clasificadas en tres clases: públicas o dependientes de un ama de mancebía, privadas o que ejercen en su propio domicilio y clandestinas cuando acuden a las casas de citas. Su situación es definida por la inspección con arreglo a estas clases y todas las pupilas deben inscribirse de forma ineludible en el Registro de la Inspección de Higiene, siendo castigada con mayor rigor la clase clandestina. Cada mujer dispone de una cartilla sanitaria en la que consta su filiación, cambios de domicilio y reconocimientos sufridos. Cada quince días se refrenda la cartilla por la Inspección previo abono de la tarifa correspondiente. Si una pupila inscrita se ausentaba por más de tres días debía presentarse a su regreso en la Inspección de Higiene para ser empadronada de nuevo, sufrir el reconocimiento y proveerse de nueva cartilla, abonando, siempre, los derechos que corresponden. Las prostitutas de Logroño, además de “sufrir” los exhaustivos reconocimientos médicos, exhibidos sus resultados en la “sala de recibir”, anotadas todas las incidencias genitales en la reglamentaria cartilla sanitaria, pagar tarifas cada vez que se contacta con la municipalidad, además, deben acatar normas de comportamiento fuera de las casas, para lo que “*se abstendrán de frecuentar los sitios públicos en las horas de concurrencia*” ya que “*si se falta a esta disposición o bien si con sus actos causan la menor ofensa a la moral pública se incurrirá en el castigo que la Ley determina para estos casos*”, pues no puede consentirse que el espacio público se vea contaminado por la mínima afrenta a las buenas costumbres.

En el capítulo 4 se determina el personal de la inspección municipal de higiene de Logroño, que se compone de: un Oficial de Negociado que lleva la parte administrativa del servicio, es decir, los libros de matrículas de las casas de mancebía, de inscripción de las pupilas, un talonario de recibos, un diario de ingresos y pagos y hojas clínicas para los reconocimientos facultativos que llevarán un sello con la siguiente inscripción: “*Inspección municipal de Higiene Pública*”. Este cargo lo desempeña el Inspector de Vigilancia Sanitaria, D. Eduardo Contreras Ortiz de Pinedo, jefe de policía y funcionario que auxilia en todo lo relativo a la higiene pública, tanto en lo administrativo como en lo referente a sanidad, velando por que las casas de mancebía y sus pupilas cumplan lo preceptuado en el Reglamento. Para ello estará al corriente de los Registros de la Inspección, girando visitas a las casas matriculadas, comparando los libros de registro de las casas y de la oficina, denunciando las ocultaciones de personal y obligando a someterse a los reconocimientos a las pupilas que no lo hayan hecho, ayudado si es preciso por los Agentes a sus órdenes, oyendo las quejas de dueñas y

pupilas en relación al servicio y, sobre todo, desplegando mucha prudencia a la hora de inscribir por primera vez en el Registro de pupilas las que pudieran pertenecer a la clase de privadas y clandestinas. Es también su cometido cuidar de que *“las mujeres empadronadas como pupilas no falten en público a las buenas costumbres, reprendiendo en el acto, con formas comedidas, las ofensas que infieran a la moral pública”*.

El alcalde como Presidente del municipio es el encargado de hacer cumplir el Reglamento asesorándose, siempre que sea necesario, de la Comisión permanente de Beneficencia y Sanidad. El Médico Jefe facultativo de Higiene y Salubridad, puesto que desempeña D. Donato Hernández Oñate, debe realizar los reconocimientos médicos dos veces por semana a las pupilas, estando presente la dueña de la casa de mancebía, para lo que la Inspección le facilitará una relación por duplicado de las pupilas que debe reconocer. También es obligación del médico firmar el libro de visita o registro de las casas y las cartillas de las pupilas, así como la baja para que la enferma sea ingresada en el hospital. Debe dar cuenta de las faltas que advierta tanto en las viviendas como de todo aquello que pueda afectar al buen estado de salubridad en general, exponiendo el modo de corregirlas a la Inspección e irá siempre acompañado por un Agente municipal designado también por la Inspección, puesto que desempeñó D. Luis Aliaga. Los sueldos o gratificaciones y los gastos de material se cubrían con los productos de las casas de mancebía. El Reglamento en Logroño se firma el día 4 de febrero de 1889 por: Melchor Fernández, Dionisio Pesa, Ramón Morales, Pedro Domínguez, Emilio Moroy, Isidoro Barona, Nicolás Sáenz de Tejada y Félix Sanz aprobándose por unanimidad en sesión ordinaria del día 16 de febrero del mismo año, firmado por el Alcalde, José Rodríguez Paterna y el Secretario, Anselmo Torralbo.

### **Memorias de higiene especial y vigilancia de la prostitución de Logroño**

Como problema de salud pública la prostitución en La Rioja es tratada como en el resto de las provincias, mediante un reglamento municipal como el mencionado de 1889, en función del cual el médico higienista de Logroño, Donato Hernández Oñate, realiza la memoria del estado de la prostitución en ese año y nos informa de sus características. De las tres opciones desde las que se abordaba la prostitución, el Dr. Hernández es partidario de la reglamentación frente a la penalización y castigo por el Código o la prohibición por considerarla inmoral.

La prostitución pública en Logroño no reviste especial importancia a su entender, pues cuenta solamente con 118 inscripciones durante el año de estudio de 1889, aunque no es un año completo, sino que se refiere a diez meses. En cambio, la prostitución clandestina, la que no queda registrada ni controlada sanitariamente es más del doble, por lo que si aumenta la clandestina disminuye la pública. La edad de las prostitutas que ejercían bajo control, tal como nos informa el Dr. Hernández, oscila entre los 15 y 40 años de edad, siendo el grupo etario más numeroso con 70 pupilas el comprendido entre los 20 y 30 años (59%) aunque sin desdeñar en importancia y trascendencia el de menor edad, el comprendido entre los 15 y 20 años, en el que se encontraban 45 de ellas (38%). En relación al estado civil de las pupilas, las solteras ocupan el primer lugar, con 107 inscritas frente a siete casadas y cuatro viudas. Es curioso el dato recogido por el médico higienista en relación al “*tipo de las pupilas*” al referirse a que la mayoría de la reunidas en Logroño son rubias (63%) dato que, por otra parte, no se da en otras localidades como por ejemplo en Cartagena, donde la mayoría son de pelo castaño y solamente un 5,2% lo son rubias (Egea, 2008:238). Las provincias de nacimiento son variadas. De todas ellas (118) son de Logroño el 23% (27), de Madrid 21, de Zaragoza 12, de Bilbao 12, de Pamplona 12, de Burgos 10, de Santander 5, de Jaén 3, dos de Palencia, Guadalajara, Orense y Lérida y una de Oviedo, León, Huesca, Granada, Valladolid, Zamora y Valencia, en total de 20 provincias diferentes. Solamente una es extranjera, de procedencia italiana (Florencia).

Las pupilas “oficiales” o inscritas, se repartían en nueve mancebías regentadas todas ellas por mujeres. La mancebía de la Gregoria contaba con 22 pupilas, la de la Herminia con 8, la de la Josefa con 25, la de la Rosa con 13, la Dolores con 10, la de la Elvira con 23, la de la Justa con 13, la de la Tomasa con 11 y la de la Leona con 23 pupilas. De esas nueve casas, la que más reclamaciones ocasionaba era la de Leona, también llamada de Las Monginas, situada en la calle de los Baños, de la que se quejaba el Gobierno Militar a través del jefe de Sanidad militar por los numerosos casos de enfermedades venéreas que ocasionaban en las tropas de los Cuerpos de guarnición de Logroño. Las repetidas quejas durante el año 1892, en octubre y noviembre, es por lo que se hace constar la deficiente situación de la inspección higiénica debido a la cantidad de ingresos hospitalarios que causan en la tropa<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> AML Correspondencia 100/2. Escritos números 20 y 21 del Gobierno militar de la provincia de Logroño dirigidos al alcalde de la ciudad, de 13 de octubre y 2 de noviembre de 1892 respectivamente.

El reglamento de Higiene obligaba a las pupilas a dos visitas médicas a la semana y al pago de cuotas por visita, por la cartilla de seguimiento médico además de las multas correspondiente si no se acudía a la cita médica. Todo ello generaba unos ingresos que, en el caso de Logroño suponían 2.478,50 pesetas frente a unos gastos de 1.353,50 pesetas en concepto de realización de 1.807 reconocimientos médicos en los diez meses, a 0,50 pesetas cada uno. Otro gasto añadido era la gratificación mensual al médico, 45 pesetas al mes, aunque existían otras formas de pago al facultativo, como por ejemplo, un tanto por reconocimiento, que en el caso de Gandía eran 2,50 pesetas para el médico en la primera visita y 1,50 pesetas para las siguientes (Alemany, 1997:201).

Los ayuntamientos conseguían sustanciosos ingresos como producto de la puesta en marcha de los reglamentos, que en el caso de Logroño alcanzaba un beneficio de 1.125 pesetas ese año. El aspecto de la provisión de fondos económicos era bien importante para las administraciones públicas, tanto que contribuyó a ser uno de los motivos de disputas competenciales (Guereña, 1997) entre el Gobierno Civil y el ayuntamiento. El alcance de la recaudación del ramo de la higiene podemos apreciarlo en el monto de 100.000 pesetas que alcanza Barcelona en el año 1882, frente a la misma cantidad que el Gobierno gasta para la lucha antivenérea en toda España en 1930 (Castejón, 1991:257).

Por su parte, el control médico periódico tenía por objeto registrar el estado sanitario de las pupilas para comprobar si podían seguir ejerciendo o no, causando baja si el examen médico lo requería, bien mediante el ingreso hospitalario una vez quedaron establecidos los servicios especiales para su atención o bien mediante visita domiciliaria.

Entre las mujeres que ejercían la prostitución era frecuente la movilidad geográfica, por haber sido expulsadas de su ciudad o dadas de baja por traslado a otra población para seguir ejerciendo la prostitución (Castejón, 1991:259). También era motivo de traslado que las amas se deshicieran de ellas en un momento de apuro económico o bien para la renovación de la oferta (Egea, 2008: 239). En cualquier caso, se encuentran prostitutas de origen logroñés ubicadas en grandes ciudades como Bilbao (González García, 2006: 227) y Barcelona (Alcaide, 2001) donde podían sortear quizá de mejor manera la traba social de la identidad lastrada.

Como relata el Dr. Hernández en su memoria *“la miseria, la carencia de lo necesario constituye el gran auxiliar del lenocinio. De las 118 mujeres inscritas en el registro de Logroño, 80 sacrifican su honradez a la miseria y las 38 restantes empezaron su perdición siendo seducidas y posteriormente abandonadas y sin*

*recursos*”. Así pues, la perspectiva de las mujeres jóvenes en situación de miseria no podía ser más penosa. Siguiendo la pista de un porvenir se empleaban en las casas de los burgueses como criadas, con trabajo agotador y sueldos mínimos donde, además, eran seducidas y posteriormente abandonadas a su suerte. La oportunidad de ser seducidas corría igual suerte si se empleaban en talleres o se dedicaban a otra actividad asalariada donde dependían de la talla moral de sus empleadores. Por su parte, la Administración se encargaba de llevar el registro de criados para que no introdujesen en los hogares de los señores “*malas costumbres*”. Sin recursos y marcadas para poder emprender una vida que supliese las necesidades siquiera de manutención, se veían abocadas a la prostitución, y también es en esta circunstancia donde la Administración las registra y somete socialmente. Otro tanto sucedía si se declaraban pobres, siempre acechadas por la sospecha de ser portadoras de “*las malas costumbres*”.

Nos parece importante incorporar a este trabajo las conclusiones del estudio llevado a cabo por parte del Dr. Hernández Oñate en 1889<sup>10</sup> por la aportación que hace de la mentalidad del momento, de la forma de pensar y expresar que el autor, como representante higienista, muestra sobre el tema de la prostitución, siempre desde el pedestal de su perspectiva médica y burguesa. Son las siguientes:

*1ª.- La causa remota de la prostitución es el incompleto desenvolvimiento psíquico del hombre.*

*2ª.- Las causas inmediatas y fundamentales de tal plaga son: la esclavitud o la escasa personalidad de la mujer; la deficiencia de su educación y la miseria; entre los principales auxiliares se cuenta la seducción.*

*3ª.- La prostitución es un mal por hoy irremediable; no puede desaparecer mientras persistan las causas que la determinan, y por eso la razón y la historia demuestran que el sistema de la persecución de las prostitutas además de cruel es injusto y contraproducente.*

*4ª.- La prostitución es el mayor azote que pesa sobre el género humano y el abandonarla es hacerse cómplice de los estragos que determina en la salud y en la moral pública.*

*5ª.- Los más caros intereses religiosos y sociales exigen y reclaman que la prostitución esté reglamentada.*

*6ª.- Los reglamentos puestos en vigor en todos los países son deficientes entre otros motivos porque les falta la condición de derivarse de un tratado internacional, que siendo único, imprimiría a todos los reglamentos el carácter de su unidad que tanto necesitan. Sirve de poco que en un país o en una población se tomen ciertas precauciones si no se toman al mismo tiempo en la población o en el país vecino.*

---

<sup>10</sup> AML. 101/42. Memoria del estado de prostitución en Logroño 1889. Donato Hernández Oñate.

*7ª.- Deben los reglamentos evitar todo lo posible la prostitución clandestina y la sífilis; acabar con la corrupción de menores y por consiguiente con las prostitutas de ocho, de diez y de quince años; impedir el tráfico inmoral de los rufianes y las amas que imposibilita la rehabilitación de las meretrices; poner remedio a los infanticidios, persiguiendo todas las ofensas inferidas al pudor en los sitios públicos.*

Lo que realmente nos parece notable de estas conclusiones es la mención expresa a la corrupción de menores y la edad temprana, menor de quince, años para el ejercicio de la prostitución, aunque este aspecto no se ve reflejado en las estadísticas aportadas para el estado de la cuestión en Logroño, bien porque los datos consignados son los oficiales o porque, de existir, derivarían de la prostitución clandestina o incluso con la intención de hacer una llamada de atención general a un problema tan lamentable que también es referido en otros lugares, como en Córdoba, para el caso de prostitutas menores de catorce años de edad (López Mora, 1994: 294). Entre los rasgos netamente higienistas que encontramos en esta memoria destacamos el intento de análisis de las causas de la prostitución; la defensa del pudor y del espacio público libre de ataques a la moral y las buenas costumbres y la intención de internacionalización de las soluciones donde la higiene podría, globalmente, redimir los males de la población. Otro rasgo detectado en la memoria es el interés higienista en el posicionamiento a favor de la reglamentación de la prostitución que, como ya se ha indicado, surge de la actitud política de mirar hacia otro lado, de tolerar hipócritamente una actividad necesaria e inmoral a la vez.

La competencia del control de la prostitución por parte de los ayuntamientos, en cumplimiento de la Real Orden Circular de 4 de enero de 1889<sup>11</sup>, es traspasada a los Gobiernos civiles debido a las reclamaciones por parte de las autoridades militares al incrementarse los casos de enfermedades contagiosas entre la tropa, que se materializa también por Real Orden de 6 de diciembre de 1892. El argumento que se arguye es que las casas de lenocinio “*son casi siempre centros de reunión de gente sospechosa y de mal vivir, cuya vigilancia y represión corresponde exclusivamente a la policía gubernativa, que es la llamada a imponer correctivos y defender a la sociedad contra las asechanzas de los criminales*”<sup>12</sup>. Por esta razón se manda a los gobernadores se hagan cargo en el plazo de quince días de la organización de este asunto, debiendo los

---

<sup>11</sup> Gaceta de Madrid nº 5, de 5 de enero de 1889. Ministerio de la Gobernación

<sup>12</sup> BOPL, nº 274 de 12 de diciembre de 1892. Ministerio de la Gobernación. Real Orden de 6 diciembre de 1892.

ayuntamientos traspasar los antecedentes, libros y registros existentes sobre el particular. Algunos ayuntamientos protestaron contra esta medida intentando hacer una demanda colectiva como el de Logroño<sup>13</sup>, a instancias del de Santander<sup>14</sup>, y San Sebastián, en base a que una competencia municipal, recogida en la Ley Municipal de 2 de octubre de 1877, no podía ser revocada por una norma de rango inferior como una Real Orden; pero la situación no se modificó tras la respuesta negativa recibida del subsecretario del Ministerio de la Gobernación, en febrero de 1893 (Guereña, 2003: 225).

Durante este periodo que comprende desde 1889 a 1892 es donde más actividad documentada se da en Logroño con respecto a la higiene especial o de vigilancia de la prostitución. A partir de la nueva norma como decimos, en Logroño se suceden una serie de actuaciones administrativas, un ir y venir de escritos oficiales, de réplicas y contrarréplicas relacionadas con el asunto. Así, el ayuntamiento, en sesión ordinaria del día 10 de diciembre de 1892<sup>15</sup> resuelve acatar la Real Orden de 6 de diciembre de ese año sobre el traspaso de competencias de los servicios de higiene de las casas de lenocinio a los Gobiernos Civiles provinciales. En consecuencia y a modo de inventario, el Gobierno Civil requiere del Inspector de Higiene Pública e Inspector de Policía urbana, Eduardo Contreras Ortíz de Pinedo los libros de registro y datos relativos al mismo servicio el día 19<sup>16</sup>, lo que es contestado el 21 de diciembre, traspasando el registro y 87 cartillas del ramo de la higiene<sup>17</sup>. El día 23, el secretario del Gobierno Civil, Joaquín María de Aldecoa, reclama confidencialmente al del Ayuntamiento que los antecedentes que le ha remitido son los mismos que fueron entregados a éste a la entrada en vigor de la R.O. Circular de 4 de enero de 1889, por lo que le solicita toda la documentación de libros y registros según el artículo 2 de la R.O. de 6 de diciembre de 1892, es decir, el periodo del que se hacen cargo de dicho servicio los municipios<sup>18</sup>. El ayuntamiento se reúne en sesión ordinaria al día siguiente, 24 de diciembre, para acordar que todos los libros y antecedentes entregados por el Inspector de Policía Urbana en la secretaría deben conservarse en el archivo del municipio, como prueba de la inversión

---

<sup>13</sup> AML 102/41. Escrito del Ayuntamiento de Logroño al Ministro de la gobernación de 31 de enero de 1893.

<sup>14</sup> AML 102/41. Escrito del Alcalde de Santander al de Logroño con copia dirigida al Ministro de la gobernación para que se derogue la Real Orden de 6 de diciembre de 1892.

<sup>15</sup> AML 102/41. Sesión ordinaria del Ayuntamiento de Logroño del día 10 de diciembre de 1892.

<sup>16</sup> AML 102/41. Escrito del Gobierno Civil de la provincia de Logroño, de fecha 19 de diciembre de 1892 dirigido al Alcalde de la capital.

<sup>17</sup> AML 102/41. Escrito dirigido al Gobernador Civil de la provincia, de fecha 21 de diciembre de 1892.

<sup>18</sup> AML 102/41. Escrito del Secretario del gobierno Civil al Secretario del ayuntamiento solicitando la documentación completa del servicio de higiene.

dada a los fondos recaudados y porque “*atestiguan la moralidad con que la representación del pueblo de Logroño ha atendido a un servicio tan interesante*”<sup>19</sup>. Por su parte, la Comisión Permanente de Sanidad, en sesión del 27 de diciembre de 1892, agradece al Inspector Eduardo Contreras y su Agente Luis Aliaga los servicios prestados, otorgando su agradecimiento mediante la compensación hasta el 30 de junio siguiente de su gratificación, consignada en el presupuesto de 1892 a 1893 por la labor realizada y el interés mostrado, los 9.121 reconocimientos realizados y las 7.266,50 pesetas recaudadas para la municipalidad<sup>20</sup>.

Los datos que el Inspector aporta para el traspaso, tras serle requeridos como ya hemos dicho, forman una memoria<sup>21</sup> donde se detallan minuciosamente las cantidades resultantes de la actividad mensual mantenida en las casas de mancebía, durante el periodo que va desde el uno de marzo de 1889 hasta el 18 de diciembre de 1892. La recaudación total en este periodo supone 11.827 pesetas, exceptuando los honorarios del Médico Higienista que ascienden a 4.560,50 pesetas, resultando un saldo positivo para el Ayuntamiento de 7.266,50 pesetas (Contreras, 1893). En la memoria que aporta el Sr. Contreras nos parece relevante destacar algunas consideraciones, como el caso de un ama de mancebía que al no haber pagado la matrícula de un mes se le cierra la casa de inmediato. Otro dato consignado refiere la condena de cárcel de una de las pupilas, por lo que no se pudo recaudar su cuota de cartilla. Otras causas de falta de recaudación son que algunas pupilas, cuatro en concreto, desaparecieron de la capital y otras veintisiete se fugaron sin pagar los refrendos. En los cuatro años de ejercicio del Sr. Contreras como Inspector de Higiene Municipal, se han dispensado 523 cartillas de las correspondientes pupilas, reuniendo el mayor número en 1891 con 151. Entre todas las pupilas se han producido 50 bajas, las cuales unas fueron admitidas en el hospital y las demás pupilas tuvieron que irse infectadas a otras capitales pero, desde luego, con el sentimiento del Inspector.

El ingreso en el hospital de las pupilas enfermas constituía otro tema espinoso de delimitación de competencias entre las administraciones, aunque en realidad se buscaba el resquicio legal para no hacerse cargo de los gastos ocasionados por las hospitalizaciones. En el intervalo que recae desde la disposición de 1889 hasta 1892 en que se determina la competencia del control de las casas de mancebía a los Gobiernos

---

<sup>19</sup> AML 102/41. Sesión ordinaria del ayuntamiento de Logroño, del día 24 de diciembre de 1892.

<sup>20</sup> AML 102/41. Escrito de la Comisión permanente de Sanidad de 27 de diciembre de 1892.

<sup>21</sup> AML 102/41. Liquidación y Memoria de las Casas de Mancebía desde 1889 hasta 1892.



provinciales, el asunto de los ingresos hospitalarios de las prostitutas era un asunto de debate institucional. El Ayuntamiento de Logroño consulta con el de Zaragoza en abril de 1889, un mes después de la puesta en marcha del servicio de higiene de las casas de mancebía, contestando que también había disputas en torno al asunto entre la Diputación y el propio ayuntamiento de Zaragoza<sup>22</sup>. En la sesión ordinaria del día 6 de abril de 1889 del Ayuntamiento de Logroño, a propuesta del Alcalde José Rodríguez Paterna, se acuerda que las mujeres dadas de baja en las casas de mancebía deben ser ingresadas en el Hospital Provincial, sin exigir cantidad alguna por ello al municipio ya que contribuye a levantar las cargas provinciales en proporción a su vecindario. Si las prostitutas infectadas no pueden ser ingresadas en el hospital, se hace imposible el servicio de higiene encomendado por el Gobierno a los ayuntamientos, por lo que se recurre a la Diputación para ello, incluso se justifica la prestación en el caso de que las mujeres enfermas procedan de otras provincias, pues son domiciliadas en Logroño y adquieren la cartilla de la Inspección de Vigilancia y, además, por considerarlo justo y humanitario. De no ser así, estas mujeres migrarían a otros puntos sin haber sido tratadas, aunque tampoco se consideraba eficaz el tratamiento y control de la enfermedad en las propias casas, “*porque el deseo de lucro está respecto de esas desgraciadas, por encima de todo género de consideraciones*”<sup>23</sup>. Este acuerdo es trasladado al vicepresidente de la Comisión Provincial de Sanidad dos días más tarde, el 8 de abril, para su conocimiento<sup>24</sup>.

El 8 de noviembre el Gobierno Civil contesta al alcalde de Logroño el acuerdo de la Comisión de Gobernación en el sentido de que hasta el momento *se ha permitido el ingreso en el Hospital Provincial a los enfermos pobres de la provincia, conforme al artículo 2 del Reglamento del Hospital y, por tanto, a las rameras que padecen enfermedades venéreas las cuales se instalan en una clínica separada según previene el artículo 3 del Reglamento*. Pero desde la publicación de la Real Orden Circular de 4 de enero de 1889 ya no debe procederse de este modo, por ser el Ayuntamiento el encargado de realizar el servicio, y en tal sentido “*las rameras...están redimidas del estado de pobreza*”, desestimando por tanto la solicitud del ayuntamiento y fundando la decisión en la ley municipal sobre la que se ampara la Real Orden. Por ello, en adelante

---

<sup>22</sup> AML 102/17. Solicitudes. Solicitud del Ayuntamiento para que se ingresen en el Hospital Provincial las pupilas dadas de baja en las casas de mancebía. Escrito de la Secretaría del Ayuntamiento de Zaragoza de 9 de abril de 1889.

<sup>23</sup> AML 102/17. Solicitudes. Sesión ordinaria del día 6 de abril de 1889 del Ayuntamiento de Logroño.

<sup>24</sup> AML 102/17. Solicitudes. Interposición de valimiento para que las mujeres que sean dadas de baja en las casas de mancebía vayan al hospital.

no serán admitidas en el Hospital Provincial las mujeres, cualquiera que sea el pueblo de su naturaleza, que procedan de casas de prostitución y se hallen enfermas de sífilis o venéreo salvo si pagan el precio establecido en el Reglamento por las estancias<sup>25</sup>.

Días más tarde, el 14 de noviembre, se reúne la Comisión de Sanidad<sup>26</sup> para tratar de nuevo el asunto desde otra instancia, pues al parecer el acuerdo municipal no consiguió su efecto. Mientras tanto, el hospital, en actitud previsor y para evitar abusos, impedía el ingreso *a los de enfermedades voluntarias*, lo que no era admisible por parte de Dionisio Presa, farmacéutico de Logroño y miembro de la Comisión, “*por faltar a las más elementales nociones de humanidad, fin principal de todo hospital*”. Desde esta perspectiva filantrópica, se las debía atender en el hospital por caridad, vinieran de donde vinieran y fueren de donde fuese, por ser la manera de entender la caridad. Pero la prostituta que paga el tributo al municipio, debe ser atendida, pactando solamente por estas enfermas con la Diputación, o bien, excogitar el medio de acogerlas, curarlas y prohibirles el ejercicio de su ocupación hasta obtener la patente de sanidad. Para poder proceder de este modo, el Sr. Presa plantea dos soluciones que aporta por escrito al no poder asistir a dicha Comisión<sup>27</sup>: la primera supondría poco coste al ayuntamiento puesto que dispone de asilo para pobres y transeúntes, por tanto puede proporcionar enseres como camas, colchones y ropas; tiene guardián y médico higienista, por lo que pueden habilitarse dos camas en dicho establecimiento para que las enfermas sean atendidas bajo la vigilancia del guardián y sean curadas por el higienista, proporcionando la comida las amas o bien se facilite con cargo al capítulo de beneficencia domiciliaria. Las medicinas se cargarían a los productos de higiene, pues no faltaría quien las pudiera facilitar en buenas condiciones económicas. La otra solución que propone el Sr. Presa, es ajustar con la Diputación un “*tanto por estancia*”, haciendo valer, eso sí, todos los derechos del ayuntamiento para obtener mayor economía, aunque esta opción es más gravosa, así que “*habrá que pensar en aumentar la contribución de higiene*”. En cualquier caso, propone el Sr. Presa, se puede hacer una modificación de tarifas a primeros de año, de 1890, que la Comisión de Gobierno y el ayuntamiento estimen oportuna y conducente.

---

<sup>25</sup> AML 102/17. Solicitudes. Escrito de la Comisión de Gobernación de Logroño, de fecha 8 de noviembre de 1889 dirigido al Alcalde de la capital.

<sup>26</sup> AML 102/17. Solicitudes. Convocatoria al Sr. Dionisio Presa del Ayuntamiento de Logroño para la celebración de la Comisión de Sanidad. 13 de noviembre de 1889.

<sup>27</sup> AML. 102/17. Solicitudes. Respuesta escrita de Dionisio Presa a la Convocatoria de la Comisión de Sanidad. 13 de noviembre de 1889.

También el médico higienista elabora un informe<sup>28</sup> para el alcalde el 30 de noviembre sobre el número de estancias hospitalarias que ocasionan las prostitutas enfermas de sífilis o venéreo. Los cálculos, según los registros de la Inspección de Higiene, indican que cada mes por término medio son dadas de baja tres pupilas y como se trata de una afección de carácter agudo, el número de estancias de cada pupila es de 15 a 20 días, por lo que resultan 60 estancias al mes, a 1,50 pesetas *que exige la Excma. Diputación*, asciende a 90 pesetas mensuales. Se da el caso, en algunas ocasiones, en que acuden prostitutas que no son de Logroño a las que se da de baja para ser ingresadas y tratadas en el hospital. Esta eventualidad de acudir al hospital mujeres de fuera de la provincia para conseguir un tratamiento médico le parece al médico higienista una burla al reglamento propia de la mala fe de las prostitutas. Desde 1884, en los últimos cinco años, cuando una prostituta era dada de baja y su permanencia en la capital le convenía a ella o la dueña de la casa, se trataban y curaban en casa, sin ser ingresadas en el hospital. El tratamiento lo pagaban al médico, a “las prácticas”, o al practicante, pero siempre pagaban, pues a su entender las prostitutas disponen de medios para curarse. Cuando las pupilas producen poco a sus amas, entonces las despiden a otras poblaciones o las dejan pasar al hospital si son naturales de la provincia. Pero para el médico higienista “*tal concesión no resuelve nada mas que establecer la Corporación un gravamen en sus ingresos*” de cálculo imposible en una población como Logroño, donde la prostitución clandestina se halla muy extendida. Por tanto, “*debe adoptarse un criterio que determine taxativamente el derecho que se les concede a estas mujeres, pero el cual no comprometa en nada el peculio de la corporación, es decir, que toda pupila tenga el derecho de pasar al hospital a curarse, pero respondiendo el ama de la casa de 20 estancias que abonaría por adelantado en la Inspección de higiene, devolviéndole el sobrante al ser declarada de alta si la curación exigiera menos tiempo*”.

Entre tantas manifestaciones y escritos oficiales que ocuparon a los poderes públicos, quedan claros varios aspectos acerca del asunto en cuestión, como la disputa institucional por los gastos de la hospitalización de las prostitutas y la organización de una atención especial desde el hospital provincial para este tipo de enfermedades, destinándose para ello un pequeño número de camas. También queda de manifiesto que en el Reglamento municipal no se determina la edad mínima para ejercer la prostitución, por lo que la corrupción de menores no es controlada oficialmente. A partir de la edad de

---

<sup>28</sup> AML 102/17.Solicitudes. Informe del médico higienista Donato Hernández Oñate. 30 de noviembre de 1889.

quince años sí queda esclarecido en las estadísticas reglamentarias el ejercicio de la prostitución de las mujeres en Logroño. La inspiración higienista aboga por la caridad y el sentimiento de humanidad hacia la atención médica de las mujeres que practican la prostitución, pero su posicionamiento siempre se inclina a favor de la administración para que no se destinen fondos públicos a su cuidado sanitario, otorgando de esta manera legitimidad al valor económico de su actividad, tan denostada y menospreciada socialmente.

Otro aspecto reseñable del control de la prostitución en esta época es la vigilancia policial que se establece de forma inseparable a la inspección sanitaria, lo que denota en todo momento la magnitud y consideración de peligrosidad social con que trataba de defenderse la clase dominante, médica y política, para el mantenimiento de las buenas costumbres de una burguesía incipiente.

Como ya hemos visto, la competencia del control de la prostitución correspondió a los Gobiernos civiles, excepto entre 1889 y 1892 en que es trasladada a los ayuntamientos. De este periodo es la documentación disponible por la que hemos podido conocer sus características en Logroño así como averiguar sus particularidades y protagonistas, mediante el reglamento dictado para Logroño, la memoria del médico higienista y la del inspector de vigilancia. Lamentablemente no hemos podido localizar más información de otros periodos en las fuentes consultadas y, por otra parte, no es posible disponer de la documentación relativa al Gobierno civil de la época del siglo XIX por haber desaparecido.

De las tarifas aplicadas y su rendimiento económico cabe concluir que la administración se convierte en proxeneta (Egea, 2008:221), animando a recaudar fondos con la contrapartida del control sanitario y social.

## TARIFA

*de los derechos que deben satisfacer las Casas de Mancebría públicas y clandestinas.*

PTAS. CÉTS.

Por la matrícula de las amas ó amos de casas públicas ó clandestinas con la obligación de renovarla todos los meses, previo pago de. . . . .	15
Por el Registro que deben llevar, que les facilitará la Inspección de Higiene. . . . .	2'50
Por cada reconocimiento de las pupilas, siendo las dueñas responsables del pago. . . . .	0'50
Refrendo de la cartilla, por la Inspección, cada 15 días y el de traslado á otro punto, siendo las amas responsables del pago. . . . .	0'50
Por derechos de inscripción en el Registro de la Inspección y expendición de la cartilla. . . . .	2
La que se ausentare por más de tres días, tiene el deber de presentarse para ser empadronada de nuevo en la Inspección, sufrir el reconocimiento y proveerse de nueva cartilla; derechos. . . . .	2

Logroño 14 de Febrero de 1889.

Vicente Infante.—Facundo Sengariz.—Bruno Sampietro.—  
Pedro Jesús Gimenez.

Tomado del Reglamento de Higiene Pública de Logroño, 1889. AML 83/7.

## **Documentos etnográficos**

**Espéculo de Ferguson:** Ferguson en 1870 inventa un espéculo que es una variante del de Recamier, introduce algunas innovaciones como: a) El pabellón externo de forma cónica y ampular, b) El interior en bisel y c) Tubo cónico de diferentes tamaños y materiales. Era un espéculo cómodo, fácil de introducir y no necesitaba ayudante, aunque estaba muy limitado porque la capacidad de visión era su calibre y otro defecto era que no reflejaba suficientemente la luz. Se construyeron espéculos de Ferguson en varios materiales, sobre todo metálicos, pero también de goma, de cristal, de madera, de plata.

### **Espéculo de Ferguson**



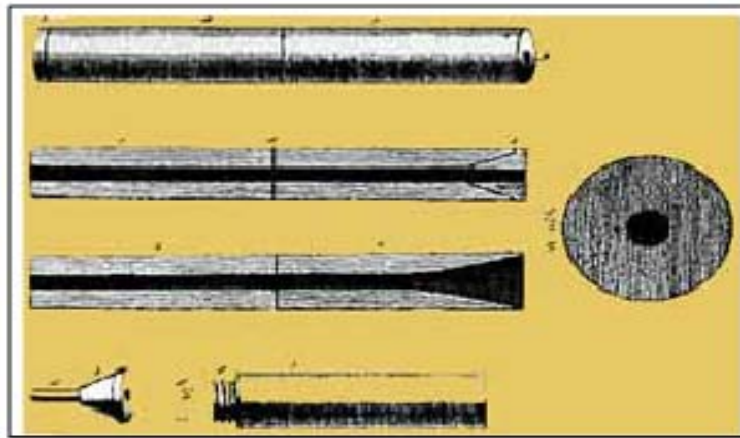
### **Espéculo de Ferguson. Ejemplar en madera**



### **Espéculo de Ferguson. Ejemplar de Cristal**



Tomado de: <http://tomascabacas.com/especulo-de-ferguson-2/> (Consultado en 1-10-2014)



Esquema estetoscopio de Laennec



Estetoscopio de Laennec



Estetoscopio actual



Laennec auscultando a un niño con su estetoscopio

Documentos gráficos de Universidad de Valencia: [http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/6\\_2.html](http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/6_2.html).



Estuche de instrumental para cirugía menor del Dr. Joaquim Rabassa, fabricado por Samson, París, segunda mitad del siglo XIX.

Tomado del Museo de Historia de la medicina de Cataluña. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Disponible en: <http://www.museudelamedicina.cat/cast/coleccions/formes.htm>





Cenicero, 1867. Fotografía de uno de los pueblos riojanos por excelencia, en una imagen decimonónica.

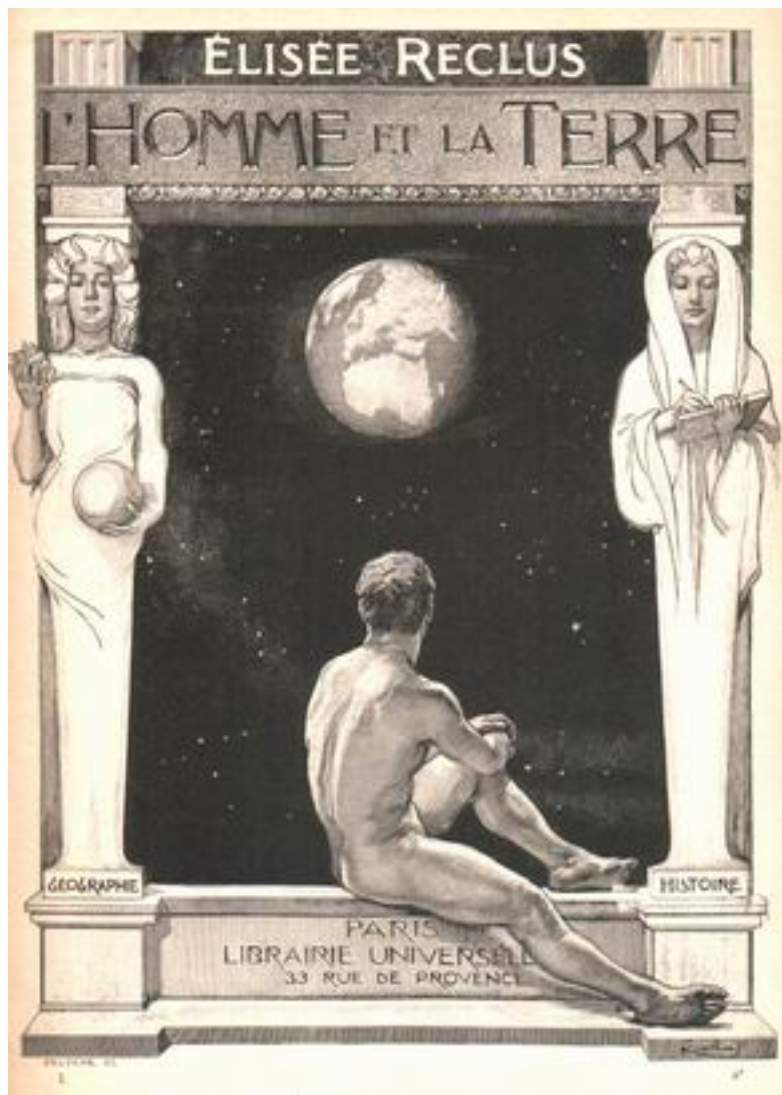


Trajes de Alfaro. La Ilustración española



## Capítulo 2

### Las memorias higienistas: una aportación al desarrollo de la salud pública



Portada de la obra cumbre de Eliseo Reclus *El hombre y la tierra* (1905-1908). Tomado de: <https://detroiaaitaca.wordpress.com/2014/02/14/la-guerra-de-troia-segons-elisee-reclus-a-lhomme-et-la-terre/>. [Consulta el 12-1-2015].



## Geografía médica

La relación estrecha entre geografía y medicina cristaliza en España en el siglo XIX aunque se trata de una línea de investigación materializada en la elaboración de topografías médicas que ya se empezó a gestar durante el siglo XVIII en otros países europeos (Urteaga, 1980). De hecho, durante el setecientos la historia natural fue el principal modelo de referencia para la medicina a la hora de organizar la información ambiental, como podemos constatar en España con la obra del médico Gaspar Casal “*Historia natural y médica de el Principado de Asturias*” de 1762.

La geografía médica recurre al positivismo como cuerpo teórico para detectar patrones territoriales o buscar modelos que muestren las variaciones espaciales en la incidencia de las enfermedades, por eso las topografías médicas y la geografía médica han sido conceptos utilizados como sinónimos, principalmente por los médicos e higienistas en general (Mota, 2006: 121).

Continuando con la historia natural como modelo de referencia, la Real Academia Médica de Madrid publica en 1797 el plan de ocupaciones de la institución donde la primera tarea debía ser la realización de la “*Historia natural y médica de España*”. Esta historia natural debía comprender la descripción topográfica de los lugares, la determinación de la longitud y latitud, el examen de los vientos, observaciones meteorológicas y sobre la naturaleza del terreno, la descripción de las producciones animal, vegetal y mineral, la cría de ganado, las epizootias y los medios de curarlas, las herborizaciones necesarias para la formación de Floras metódicas, el estudio de fósiles y minas, el análisis de las aguas potables y minerales, el carácter y educación física y moral de la población, el cómputo de nacimientos y mortalidad. Este ambicioso plan de la Academia de Medicina debía tanto a la historia natural como a los esquemas de descripción territorial ensayados desde el Renacimiento, en particular las relaciones geográficas y los procedimientos descriptivos de Diccionarios geográficos y geografía de países (Urteaga, 1993).

En Alemania, continuando la tradición geográfica de Humboldt y Ritter, los geógrafos destacan las relaciones existentes entre el medio físico y la vida del hombre, prestando menos atención a los fenómenos físicos y poniendo el acento en la vida social y los procesos históricos. De esta forma se ven influenciados por el *Volksgeist* o “*carácter nacional*”, el marcado sustrato nacionalista prerromántico de Herder. Por otra

parte Ratzel, fundador de la geografía humana, publica su obra *Antropogeografía*<sup>29</sup> como resultado de la reflexión que relaciona el espacio geográfico, la población y la historia universal con las leyes naturales, de manera que el medio físico determina a las sociedades humanas como colectivo, al hombre como individuo y a su nivel de desarrollo socioeconómico y cultural, por lo que los seres humanos deben adaptarse a las condiciones impuestas por el medio, es decir, que existe un determinismo geográfico. Tanto Ratzel como Haeckel, coetáneo y colaborador de éste, autor del concepto "*ecología*" que define como el "*estudio de todas las complejas interrelaciones a las que Darwin se refería como las condiciones de la lucha por la existencia*" o estudio del lugar en que se habita, o bien las interacciones entre organismos y entre éstos y el ambiente que los rodea, son exponentes del reconocimiento de los postulados positivistas y evolucionistas en la geografía. La geografía médica siguió ofreciendo durante buena parte del ochocientos un respetado patrón metodológico para analizar la frecuencia y distribución de las enfermedades.

En general, las investigaciones geográficas adquieren una relevancia principal para la comprensión de las condiciones físicas de los lugares y así poder establecer unas pautas higiénicas con todos los condicionantes espaciales. Por tanto, todas las perspectivas geográficas de estudio, desde la física, cartográfica, humana, histórica y médica van a dar respuesta a la necesaria visión holística de las poblaciones en su entorno natural.

El conocimiento de los accidentes geográficos y su correcta situación cartográfica van a facilitar el establecimiento de medidas para contener las epidemias y el planeamiento de infraestructuras de manera higiénica, como la ubicación de los cementerios, los lavaderos públicos, la canalización de las aguas y los lazaretos, por ejemplo. La geografía humana aportará los rasgos característicos de los habitantes con arreglo a las condiciones de su entorno natural y de esta manera poder llegar a descifrar su modo de asumir la enfermedad, dentro de su complejidad.

Pero son las investigaciones geográfico-médicas las que, sustentadas en otras líneas de interés geográfico y siguiendo las orientaciones científico-médicas del momento, van a formar parte de la "política de salud" de los gobiernos absolutistas para pasar a ser el sistema metodológico de "la medicina social" a lo largo del siglo XIX.

---

<sup>29</sup> Ratzel publica en dos volúmenes su obra *Antropogeografía* en 1882 y 1891 respectivamente.

## Relaciones topográficas

En España esta relación entre la historia, la población y el espacio geográfico se fraguó antes de 1559 en el *Interrogatorio para formar la historia civil, eclesiástica y natural de un país*, que se conserva autógrafo en el Escorial, realizado por el doctor Juan Páez de Castro, cronista real de Carlos I y de Felipe II y comprende cuarenta y nueve preguntas. En este cuestionario se requiere información a los pueblos de España acerca de cuestiones administrativas, costumbristas, de subsistencia y geográficas, aunque destacamos las preguntas que recogen el mismo interés que nos ocupa, las relaciones ambientales con la salud de los habitantes del lugar. Así, se solicita “*Qué complexiones tienen los de aquella tierra*” en la segunda pregunta, “*Qué remedios tiene contra pestilencia y otras enfermedades contagiosas, para guardarse y para curarse*” en la pregunta 39 y “*Qué remedio tienen contra las nieblas e injurias del tiempo que quitan los frutos*” en la pregunta 44. Es un claro precedente de las *Relaciones topográficas mandadas hacer por Felipe II*, que se conservan también en el Escorial.

En el cuestionario realizado en 1575 mediante una Cédula de Felipe II, despachada a los gobernadores y corregidores de los pueblos y acompañada de un interrogatorio impreso de 59 preguntas, destacamos las preguntas en las que encontramos influencia de los postulados hipocráticos y con ello el origen en España de los estudios sobre la salud pública (López Piñero, 1989: 63):

- XVII. *La calidad de la tierra en que está el dicho pueblo, si es tierra caliente o fría, llana o serranía, rasa o montosa y áspera, sana o enferma.*
- XXIII. *Si es abundoso o falto de aguas, y las fuentes y lagunas señaladas que en dicho pueblo y sus términos hubiere, y si no hay ríos ni fuentes de donde beben y a donde van a moler.*
- XXXII. *El sitio o asiento donde el dicho pueblo está poblado, si está en alto o baxo, llano o áspero; y si es cercado, las cercas y murallas que tiene, y de qué son.*
- XXXV. *La suerte de las casas y edificios que se usan en el pueblo, y de qué materiales están edificadas, y si los materiales los hay en la tierra o los traen de otra parte.*
- XXXIX. *Las casas y número de vecinos que al presente en dicho pueblo hubiere, y si ha tenido más o menos antes de ahora, y la causa porque se hayan disminuido.*

- XLII. *Si la gente de dicho pueblo es rica o pobre, las granjerías, tratos y oficios de que viven, y las cosas que allí se hacen, o se han labrado, o labran mejor que en otras partes.*
- LIV. *Los hospitales y obras pías que hay en el dicho pueblo, y las rentas que tienen y lo que valen, con los instituidores dellas.*

Las Relaciones de los pueblos de España (1575) y las Relaciones de Indias (1577) constituyen un material único en la Europa de la época desde el punto de vista geográfico, socioeconómico y estadístico, ya que se realizaron bajo el auspicio de la corona y contienen en su interrogatorio preguntas sobre el medio ambiente inspiradas en el tratado hipocrático *De los aires, las aguas y los lugares* (López Piñero, 1989: 20-21).

En la segunda mitad del siglo XVIII también se proyectó realizar unas relaciones topográficas en España, inspiradas en las célebres de Felipe II, con la intención de elaborar mapas y componer un Diccionario Geográfico de España. Este cometido fue encargado a Tomás López por el Marqués de la Ensenada primero, que le envió a París a instruirse en la técnicas cartográficas y por Godoy después, en 1795 para que confeccionase el Atlas geográfico de España (San Antonio et al, 2005). Otra motivación de esta empresa realizada por Tomás López, geógrafo de su majestad nombrado en 1770 (Uribarrena, 2002: 201) era la necesidad que sentían los historiadores de ubicar correctamente los lugares descritos por los geógrafos antiguos, muchos de los cuales habían sido distorsionados por los cronistas medievales. Esto mismo ocurre en La Rioja en enero de 1797, donde Santos Sáenz de Inestrillas, encargado de contestar el interrogatorio de Tomás López relativo a la villa de Autol, advierte “*la mala colocación que cabe al lugar de Alcanadre en todos los mapas impresos de su orden*” (Lope, 1947: 584). Esas mismas contradicciones topográficas obligaron a la intervención de maestros especializados en mediciones antiguas, que hicieron concordar los datos históricos con los topográficos, lo que llevó a un importante desarrollo de la Geografía histórica en España.

De Las Relaciones Topográficas se sirvieron tanto la Academia de la Historia que mandó realizar una copia de las mismas como D. Tomás López, geógrafo regio, para la elaboración de sus Diccionarios Histórico Geográficos, tan de moda entre los enciclopedistas. Incluso Pascual Madoz<sup>30</sup> desdeñando una parte de las informaciones,

---

<sup>30</sup> Diccionario Geográfico Estadístico Histórico de España y sus posesiones de ultramar, Madrid 1848, XVI.



particularmente las relativas a la iglesia y a la religión, no deja de reconocer que “*contienen interesantes datos de vecindario, de riqueza, de algunas poblaciones y hasta de instrucción, que hacen recomendable aquel trabajo por la época en que fue principiado, por el método que contiene*”. Para compendiar los datos de la geografía histórica, el cuestionario fue enviado a las autoridades eclesiásticas solicitando datos referentes a toponimia y vestigios de antigüedad como complemento a los mapas (Gimeno, 2012).

Desde el punto de vista geográfico la elaboración del mapa de todas las provincias de España de Tomás López, ha sido muy criticada debido a que los trabajos cartográficos se realizaban en el gabinete y no en el terreno, lo que ocasionaba distorsiones y errores de precisión y ubicación, como los descubiertos por Wellington durante sus campañas por la península entre 1809 y 1814 y también detectados por el Estado Mayor francés cuyos ingenieros geógrafos tuvieron que corregir la cartografía correspondiente a las zonas de interés militar. No obstante, a pesar de las deficiencias se considera una documentación de gran interés, incluso desde el punto de vista cartográfico. Los antecedentes del Diccionario Geográfico-Histórico de Tomás López son las relaciones de Felipe II, las respuestas al Catastro del Marqués de la Ensenada y el Diccionario de la Academia de la Historia en cuya elaboración participó el propio Tomás López. (San Antonio et al, 2005).

Desde el punto de vista histórico las relaciones topográficas de Felipe II son también cuestionadas en cuanto al valor que proporcionan ya que, necesariamente, deben correlacionarse con otras fuentes por presentar deficiencias propias de las encuestas orales, como las características y los condicionantes específicos de los informantes. Las personas consultadas son de avanzada edad y en sus respuestas influyen la experiencia personal y todo aquello que han oído contar a sus mayores, añadiendo a ello la escasa preparación cultural como otro indicador definitorio de los informantes. Así, los canales de información, la experiencia, la transmisión oral, la situación socioeconómica y cultural de los interrogados constituyen importantes limitaciones a la veracidad histórica de las Relaciones Topográficas (Pereira, 1985: 175).

Otra forma de interpretar las respuestas desde la cátedra de historia de la Universidad Central a principio de siglo XX es que los autores de las relaciones topográficas rendían culto a la verdad, y sólo la verdad dijeron, sin cuidarse de frases galanas, seguramente desconocidas por ellos mismos; “si no puede negarse que a veces los rudos labriegos o viejos vecinos de pequeñas aldeas, contaron como hechos

verdaderos leyendas y fábulas, en particular, cuando trataban de los orígenes de los pueblos o del significado de los nombres de dichos pueblos, y más todavía cuando narraban apariciones de santos y milagros de todas clases, sin embargo, la sinceridad y la buena fe resplandecía en todo lo que estaba al alcance de ellos.” (Ortega, 1918, 29-30).

La opinión de los informantes parece no ser fiable para los autores que analizan estas cuestiones, como ya se ha visto, aun perteneciendo a diferentes disciplinas por la variabilidad de los contenidos de las respuestas. Así, las informaciones aparecidas en los libros de viajes que dan cuenta de lo extraño para el viajero, siempre aportarán una interpretación de lo que se acaba de conocer y, por ello, no pueden ser consideradas como serias fuentes documentales. Esto ocurre en plena expansión colonial de Europa en América, África y Asia, lugares de los que cada vez se demanda más información, especialmente las condiciones de salud de los nuevos territorios.

A través de las observaciones, en la época en que se impone el empirismo como método científico, y la inquietud investigadora junto a la aparición de la higiene pública se detectan enfermedades características en determinadas zonas de la geografía global. Se sospecha, y luego se concluye, que el medio ambiente, del que forma parte el entorno físico y la condición social, derivada ésta de la revolución Industrial, es causa de enfermedades endémicas (Guerrero, 1987-88: 367).

Destacamos en el interrogatorio de Tomás López las preguntas que recogen lo que interesa a nuestro estudio, las cuestiones higiénico-sanitarias tratadas desde la geografía en España, en especial las relacionadas con el dictado hipocrático, precedente de las investigaciones de salud pública:

Interrogatorio: (Tomás López)

3. *Se pondrá cuántas leguas dista de la principal o Metrópoli, cuánto de la cabeza de Partido y cuántos quartos de legua de los lugares confinantes, expresando en este último particular los que están al norte, al mediodía, levante o poniente, respecto del lugar que responde, y cuántas leguas ocupa su jurisdicción.*
4. *Dirá si está a orilla de algún río, arroyo o laguna, si a la derecha o a la izquierda de él, baxando agua abaxo; dónde nacen esta agua; en dónde y con quién se juntan; y cómo se llaman. Si tienen puentes de piedra, de madera o barcas, con sus nombres, y por qué lugares pasan.*
6. *Qué bosques, montes y florestas tiene el lugar; de qué matas poblado, cómo se llaman, á qué ayre caen y cuánto se estiende.*

8. *Quáles son los frutos más singulares de su terreno, los que carece: cuál la cantidad a que asciende cada año.*
12. *Cuál es su Gobierno político y económico; si tiene privilegios y si se erigió en favor de la enseñanza pública algún Seminario, Colegio, Hospital, Casa de recolección y piedad.*
13. *Las enfermedades que comúnmente se padecen, y cómo se curan, número de muertos y nacidos, para poder hacer juicio de la salubridad del Pueblo.*
14. *Si tiene aguas minerales, medicinales o de algún beneficio para las fábricas, salinas de piedra ó agua, canteras, piedras preciosas, minas, de qué metales, árboles y hierbas extraordinarias.*

*NOTA: Procurarán los Señores formar unas especies de mapas ó planos de sus respectivos territorios, de dos o tres leguas en contorno a su Pueblo, donde pondrá, las Ciudades, Villas, Lugares, Aldeas, Granjas, Caserías, Ermitas, Ventas, Molinos, Despoblados, Ríos, Arroyos, Sierras, Montes, Bosques, Caminos, o que aunque no esté hecho como de mano de un profesor, nos contentamos con una sola idea o borrón del terreno, porque lo arreglaremos dándole la última mano. Nos consta que muchos son aficionados a la Geografía, y cada uno de éstos puede demostrar muy bien lo que hay al contorno de sus Pueblos”.*

El primer gran intento promovido por la corona para conocer la geografía física y humana de los territorios metropolitanos y de ultramar, en las Relaciones de los pueblos de España y las Relaciones de Indias, nos da idea de la importancia que adquirió la recogida sistemática de datos relativos a la población y a otros aspectos de interés sanitario, donde se incluyen siete preguntas más directamente relacionadas con la salud pública (López Piñero, 1989:63). Estas cuestiones sanitarias incluidas en el interrogatorio dan muestra de que la salud pública ya constituía un importante motivo de preocupación política en el siglo XVI (Jori, 2010).

### **Relaciones topográficas de La Rioja**

Tomás López elaboró un cuestionario que comprendía todos los datos necesarios para elaborar el proyecto de atlas geográfico y, bien por ser una obra de gran magnitud o por otros inconvenientes, como recopilar la información de todas las localidades de España, no se llegó a realizar y quedó arrinconado. Tal diccionario no llegó a publicarse y, precisamente, La Rioja fue una de las provincias que menos respuestas facilitó al efecto, hasta que en fechas recientes se han comenzado a publicar, aunque de forma

parcial, los datos relativos a ciertas zonas. Es precisamente, José María Lope Toledo, académico de la Real Academia de la Historia, quien nos revela a mediados de siglo XX las relaciones topográficas relativas a La Rioja, concretamente las de Arnedillo, Ausejo y Autol (Lope, 1947: 573), Anguiano y Calahorra (Lope, 1948), Cornago y Enciso (Lope, 1949a), Ezcaray, Fuenmayor y Haro (Lope, 1949b), Herce y Yanguas (Lope, 1949c).

Las respuestas al interrogatorio de Tomás López referidas a los pueblos de La Rioja fueron extraídas y publicadas por Lope Toledo, como se ha mencionado anteriormente. Aunque todas nos parecen de especial interés por la forma en que se manifiestan los datos y por éstos en sí mismos, vamos a exponer de forma sucinta las características relacionadas con la información sanitaria que contienen. Veamos a modo de ejemplo las contestaciones realizadas por el capellán D. Antonio Ignacio González desde Arnedillo, Villa de 150 vecinos, (Lope, 1947):

- 4 *Está este pueblo a la orilla del río llamado Cidacos a la izquierda agua abajo sus aguas nacen de diferentes manantiales en Monte Real cerca de Sta. Cruz Aldea de la Villa de Yanguas, en donde se juntan y forman un arroyuelo, en su discurso se le incorporan algunas fuentes que lo engruesan con bastante caudal al paso por esta para el movimiento de diferentes Molinos, Trujales, y Batanes; en los Terminos de esta Villa, con la de Munilla se le junta el mayor de todos los riachuelos llamado Manzanares, sin duda por los innumerables frutales, que a una, y otra orilla tiene, pasa inmediato a la Villa de Munilla dejándola a izquierda agua abajo; tiene una puente de piedra sillar de solo un arco... Todos los pueblos por donde pasa el río Ciacos están a la izquierda, agua abajo, excepto un lugarcito que está a derecha: no obstante es muy sano.*
- 6 *Este pueblo tiene dos bosques, el uno de Encinas, que cahe a Norte, tiene como media legua de extensión, pero muy destrozado; El otro de Roble, cahe al mediodía se extiende una legua de largo, y media de ancho... A las inmediaciones del Río hay diferentes Alamedas de Alamo blanco, y de Olmo, muy estimado para las fábricas de estas inmediaciones por su buena calidad.*
- 8 *Los frutos mas singulares de este Pueblo son el Aceite tan exquisito...y surte al Obispado, y el carnero, alabado por multitud de gentes que concurren a estos Baños atribuyendolo a la infinidad de yerbas salitrosas, que en su termino tiene, especialmente salvias; todos los frutos necesarios al sustento del hombre produce este Pays, aunque aspero, y Peñascoso, supliendo esta falta la*

*aplicación y continuo trabajo de sus naturales infatigables en sus labores; solo de pan tiene que surtirse para la mitas del año, de sus inmediaciones...Hay multitud de Lentisco para curtir las Pielas como también Zumaque, Salvia admirable que continuamente llevan para facilitar la pronunciaicóna los Tartamudos, puestas sus hojas bajo la lengua, y fumando las misturadas con tabaco, con otras muchas yerbas que yo ignoro por no ser de mi facultad, y no poder lograr me lo diga quien lo entiende.*

*12 Solo de gramatica hay estudio en este pueblo, su Gobierno Político se reduce a un Alcayde de la Fortaleza puesto por su Illma. Dos Alcaldes ordinarios cada uno por su respectivo Estado, dos Rejidores, dos Procuradores, dos Diputados, un Ayuntamiento compuesto de diez y siete vecinos con su Secretario tiene un Ospital muy indigno, y pobre, sin ningun Colegio, ni Seminario.*

*13 Los Muertos en un quinquenio ascienden a 136, los nacidos a 201 con la advertencia de que los mas que mueren son o niños, o decrepitos; las mugeres son muy fecundas y crian unos niñoa robustímos, lo que acredita su buena complexión, y sanidad; son muy pocas las esteriles, y las mas muy bien parecidas lleg[an]do a ser en algunas extremo.*

*14 Hay en este Pueblo unos Baños Reales, cuyas aguas son tan frecuentadas de los enfermos incurables...especialmente consiguen su restablecimiento los tullidos hipocondríacos, accidentados de mal de piedra; pero con especialidad los contagiados de Galico estos son los que más perfectamente se curan y no pongo otras enfermedades por no molestar...tienen estos Baños un Ochavo antiquisimo que según su extructura es obra de Romanos...sus aguas se conducen continuamente para Pyses remotos causando admirables produgios aun transportadas.*

Las contestaciones al interrogatorio relativas a Ausejo, villa de 500 vecinos, no van rubricadas y, extractadas, dicen así (Lope, 1947):

*Ausexo, Villa antigua, está situada enla Provincia de Rioja, a cinco leguas Poniente de la Ciudad de Logroño, y tres a Oriente de la de Calahorra, caveza de su Obispado.*

*...La penosa situación del Pueblo en una cima bastante alta, q[u]e a el mismo tiempo, q[u]e presenta una incomoda proporción para las Havitaciones, y dilatar con otras nuevas el Lugar, es causa sin duda de algunas enfermedades;*

*con todo si se pensase en mejorar de asiento, acaso con medios politicos los mas suaves, se lograria dentro de algunos años, ver logrado este bien.*

*...Es mui batido el Pueblo de los Aires, y en el Invierno, el Norte es muy crudo, y a el se atribuye, una Epidemias q[u]e se padece tres años ha; y que en un principio hizo victimas de su furor contagioso a alg[unos] havitadores. Consta haberse padecido en lo antiguo otra, aunq[u]e más terrible, q[u]e esta, sin envargo goza de un temperamento bastantes sano; y sus naturales son sumam[en]te Robustos...Tiene un hospital mui bien dotado, y una casa para pobres pasageros...Todos sus moradores son Labradores, y en el tiempo, q[u]e no tiene q[u]e hacer en sus casas, son Arrieros ia de generos de su Pais ia de otros, en cuio trafico emplean un crecido numero de Cavallerias. Las Haciendas estan mui Repartidas, y al mismo tiempo, q[u]e es muy raro, el que se halla destituido absolutamente de todo d[e]r[ech]o de propiedad lo es también el Mendigo o, Pordiosero, q[u]e se encuentra entre sus havitadores.*

De la información del interrogatorio de Autol, villa de 600 vecinos, recogemos los siguientes datos expedidos en enero de 1797 (Lope, 1947):

*Los cursos son enfermedad edemica de los labradores de este pueblo, curanse con vomitivos, también abundan los colicos especialm[en]te en primavera, y verano;curanse con refrescos, Sangrias, y algunas gotas de laudano...En la ultima matricula resultó tener esta villa dos mil cuatrocientas sesenta almas: han nacido en el ultimo quinquenio quinientas sesenta y seis, han muerto en el mismo quinquenio ciento cuarenta y ocho adultos, y doscientos y siete parvulos.*

En las relaciones topográficas de Cornago encontramos la siguiente información fechada en abril de 1796 (Lope, 1949a):

*Esta villa está al Medio día y la rodean: a medio día la Cordillera de la Laguna, a Norte los Altillos de Tamacon y a Poniente, el alto de la Carrasquilla, que assi se titulan...Las enfermedades regulares son Dolor de Costado y tabardillo que regularm[en]te los sangran y siendo a tiempo suelen librarse. Cassi todos padecemos de Dolores reumáticos aunq[u]e no suelen morir; muchos dolores de Muelas y dientes, y por lo regular dañada la dentadura. Son pocas las tercianas que se pad[ec]en aunq[u]e algunas suelen dar. Número de Muertes en el año pasado del 1795 murieron 36; y nacieron 45.*

La villa Enciso, que contaba entonces con 350 vecinos, es descrita en las relaciones de Tomás López y transcritas por Lope Toledo sin aportaciones de datos sanitarios. En el caso de Ezcaray, villa de unos 400 vecinos incluidas las catorce aldeas o barrios, la información de interés sanitario es:

*Hay un hospital para enfermos, que aunque mui pobre, y de corta Renta estando vajo del cuidado y protección de la Villa procura asistir en quanto es posible a los que en el se reciben...En una Hermita situada en un estrecho valle llamado Nuestra Señora de Ibagá: está al cuidado de un Monge Benito de la Casa de Nuestra Señora de Valvanera, es mui frecuente tanto ppr los que padecen maleficios, como en las enfermedades, y mortandan de Bestias, y ganados, en cuios casos concurren hasta de mucha distancia a por ciertas cédulas que reparte el Religioso, y se ven cada día prodigios admirables.*

La villa de Fuenmayor desvela las siguientes informaciones en sus relaciones topográficas de 1797 (Lope, 1949b):

*Su vecindario pasa de quinientos vecinos de toda clase, personas de comunión son como mil, y trescientas, y de todas personas son como de mil, y ochocientas a dos mil poco mas o menos. En este Pueblo de Inmemorial tiempo ha havido Médico Titular, Voticario, y a veces dos, lo mismo Cirujanos asalariados concejilmente ha havido.*

Las relaciones de Haro aportan en su descripción lo siguiente (Lope, 1949b):

*La villa de Haro se compone de ochocientos sesenta, y seis vecinos de toda clase en esta forma: 100 vecinos acendados útiles de el Estado noble: Oficiales del mismo Estado, 29. Moradores del mismo Estado, 15. Vecinos acendados del Estado G[enera]l, 92. Oficiales del mismo Estado, 242. Jornaleros del mismo Estado, 388.*

*Tiene esta Villa un magnífico Hospital, donde se recojen todos los Pobres, así de la misma Villa como foraneos, y se cura todo género de enfermedad, a q[u]e esta expuesta la naturaleza: dentro del mismo hai una insigne botica, con su Cap[ell]n para la mejor asistencia de los pobres así espiritual como temporal: hace años se entablo una casa de misericordia para los Mendiqantes, y viejos pobres, y para los hijos huérfanos donde se les mantiene y enseña oficio para su manutención en lo sucesibo.*

*En esta Villa naceran un año con otro según el computo echo por los libros de Bautizados, 200 criaturas, poco mas o menos, y morirán según la misma diligencia, un año con otro, ciento treinta, incluso en estos algunos oficilaes forasteros, y pobres enfermos, q[u]e los conducen de otros pueblos, de modo, q[u]e la gente del pueblo muere poca. No pongo las enfermedades regulares, y el método con q[u]e se curan, a causa de hallarse el médico enfermo.*

En las relaciones topográficas de Anguiano no se recogen datos de interés sanitario ni demográfico, en cambio la descripción geográfica es minuciosa. No obstante describe dos hospitales de la siguiente forma (Lope, 1948):

*Pasado el puente a la izquierda por el Varrio de cuebas se Va rio Naxerilla arriva a la Sierra de Canales, Camino mui aspero a una legua se encuentra una Venta que se llama Hospital de Ang[ui]a, hallí a la derecha se toma la Vereda que Va a el Monasterio de Valvanera que dista de esta Villa dos leguas, en d[ic]ho Hospital a la Yzquierda se pasa un puente de piedra pequeño en -/-, y Río Naxerilla arriva a una legua se encuent[r]a otro Hospital que llaman de Ventrosa, antes de llegar aeste Hospital se encuentra una puente de piedra do pasa Xaxerilla, y es para ir a Brieva dista de esta Villa tres leguas...*

La descripción topográfica de Calahorra corre a cargo de D. Judas Josef Cabriada y Zerezeda, capellán de la ciudad cuyo vecindario no pasa de ochocientos a mil vecinos (Lope, 1948):

*Hay un hospicio o casa para los pobres labradores, q[u]e habiendo llegado a vexe y siendo viudos, que no pueden trabaxar, se les asiste con comida, vestido, medico y botica... Tambien hay un hospital para enfermos baxo la inspeccion del mismo cavildo... Las enfermedades mas frecuentes son calenturas intermitentes q[u]e se curan con Emeticos, con disolventes, cocimientos amargos, y mui pocas con sangrias. Si alguna vez se hace preciso el uso de la quina siempre surte bien con el metodo de Alsinet. En el estio suele haber Diarreas, pero las mas son criticas, y alguna Disenteria q[u]e cede a los diluentes dulcificantes.*

*Sobre lo saludable de esta Ciudad y sus aguas como tambien su situación y alimentos escrivio en el año de 1730 un tratado o discurso fisico el D[oc]tor D[o]n Vicente Ezquerria Medico titular de esta Catedral, y Socio de la R[ea]l Sociedad de Sevilla el qual se imprimio en Zaragoza en dicho año.*



Las descripciones de las relaciones topográficas de Herce y Yanguas no recogen datos de interés sanitario ni demográfico (Lope, 1949a).

Por nuestra parte, la posibilidad de contar con las descripciones topográficas de algunos pueblos de La Rioja de Tomás López, en la década final de 1700, nos ha aportado una visión que se concreta en cada localidad, teniendo en cuenta que el interrogatorio es contestado por las autoridades eclesiásticas y, por tanto, personas con al menos una cierta ilustración, lo que destacamos a efectos de apreciar en su medida el contenido vertido en las respuestas. El descubrimiento más relevante ha sido encontrar a D. Vicente Ezquerro, médico titular de Calahorra y su obra de 1730 que se trataba de una topografía médica y comentaremos en el apartado correspondiente. Consideramos, por tanto, de incalculable valor estas relaciones topográficas para tomar conciencia de la realidad, en este caso de algunos pueblos riojanos, a finales del siglo XVIII porque nos brinda la oportunidad de obtener una información que cronológicamente son la antesala de las topografías médicas. De su contenido podemos extraer algunas conclusiones que nos dan una idea somera de la situación que nos ocupa en esta investigación. En los pueblos reseñados se observa, en general, mayor número de nacidos que de fallecidos. Se hace una descripción geográfica, ambientalista, del clima, de las subsistencias y de la instrucción de los lugares. Existen hospitales más o menos dotados para los habitantes y para los pasajeros, de igual modo que hospicios o instituciones de beneficencia para la atención de pobres, labradores añosos y viudos. Las enfermedades más frecuentes son “los cursos” o diarreas, endémica en los labradores de Autol que tratan con vomitivos y los cólicos, que curan con refrescos, sangrías y gotas de láudano. En Cornago las enfermedades más frecuentes son “el dolor de costado” y “tabardillo” o tifus que suelen sangrarlos para su tratamiento. Casi todos los habitantes padecen dolores reumáticos y de muelas y pocas veces “las tercianas”. En algunas localidades se describe la existencia de médico titular, boticario y cirujanos asalariados por el ayuntamiento. En Calahorra las enfermedades más frecuentes son las “calenturas intermitentes” que curan con eméticos, disolventes, cocimientos amargos y muy pocas sangrías. Se especifica el uso de la quina, siempre con el método de Alsinet<sup>31</sup>. Para las diarreas y disenterías usan los diluyentes dulcificantes. Estas pautas terapéuticas desveladas por legos en la materia médica van a

---

<sup>31</sup> Se refiere a Alsinet de Cortada, José (1774). “Nuevas utilidades de la quina, demostradas, confirmadas y añadidas...”. Se manifiesta el modo cómo cada uno en su casa podrá quitar el amargor a la quina, sin perjuicio de su virtud febrífuga. Madrid, Imp. Antonio Muñoz del Valle. Esta es una edición ampliada sobre el efecto terapéutico de la quina ya editada en 1763.

ser una medida de comparación con las que ofrezcan los médicos en las topografías médicas en el curso de cien años más o menos.

### **Memorias higienistas: modelo de expresión de una doctrina**

La literatura higienista era el exponente de las doctrinas médicas del siglo XIX. El contenido de dichas obras se diversificaba en varios focos de interés dentro de la higiene, como la sanidad donde se recopilaba la materia normativa, la terapéutica y la materia médica en general, la hidroterapia, la higiene militar, la higiene laboral, la higiene popular y las epidemias.

El reflejo del higienismo a través de sus obras, muestra la preocupación más consciente unido a un espíritu científico, en el ámbito de la medicina y referido a la salud, por las enfermedades y epidemias y sus posibles soluciones o medios preventivos.

Esta preocupación por el abordaje de las enfermedades y su prevención supuso un esfuerzo en la elaboración de pautas y medidas que cristalizó en un tipo de investigaciones y su correspondiente difusión social. En esta difusión del higienismo se diferenciaron dos escalas, una muy activa que se basaba en la intercomunicación de los miembros de las comunidades científicas involucradas en los procesos de reforma y otra escala de recepción de dichas directrices por parte de la población general, a la que iban destinadas con una aceptación lenta y quizá no muy extendida para lograr el éxito pretendido añadido a la casi inexistente educación popular (Alcaide, 1999b).

En el contexto de esta denominación de “literatura higienista” encontramos obras de diferente categoría temática como memorias monográficas, dedicadas al análisis y descripción de un tema concreto, bien por parte de los médicos, como por ejemplo el estado de la prostitución en un determinado momento y lugar, o por otros profesionales también dedicados a la higiene de las poblaciones, como ingenieros, arquitectos y farmacéuticos que, de igual modo, realizaban estudios sobre la salubridad de una localidad, por ejemplo. Así, encontramos memorias monográficas, memorias médicas de epidemias, memorias de aguas de baños y, por supuesto, las obras que son predominantes en esta categoría, las llamadas topografía médica.

### **Topografías médicas**

La relación entre el pensamiento médico dedicado al medio ambiente y la geografía, o marco espacial, cristaliza en una línea de investigación, plasmada en un tipo

de literatura higienista que se conoce como “*Topografías médicas*”, que representa una valiosa aportación de estudios empíricos.

Las topografías médicas son descripciones de lugares, una característica propia de la geografía, y los lugares son diferentes entre sí de igual modo que sus habitantes y sus pautas de morbilidad. El estudio de estas diferencias desde la etiología y la terapéutica es el legado hipocrático que la medicina occidental acató con entusiasmo en la época setecentista, principalmente porque en la medicina ambientalista el elemento patógeno es una combinación tenue de diversos factores como la temperatura, los vientos, la orientación, la proximidad o lejanía de focos infecciosos, etc.; incluso el factor climático puede ser afectado, neutralizado o potenciado por el tipo de alimentación, de hábitat o el modo de vida. Así pues, la descripción médica tiene que ser muy inclusiva si la enfermedad es resultado de una combinación aleatoria de factores ambientales, de manera que en este tipo de obras se reproduce la secuencia descriptiva propia de las obras de historia natural (Urteaga, 1999).

El inicio de las topografías médicas como trabajos de medicina ambientalista se sitúa a mediados del siglo XVIII en plena etapa ilustrada, aunque el grueso de su producción se publicó entre 1800 y 1936.

El fundamento originario de las topografías médicas es la obra de Hipócrates titulada “*De aires, aguas y lugares*” en la que ya desde el siglo VI o principios del V a. de C., el sabio de Cos relacionaba las enfermedades dominantes en una zona concreta con determinadas características ambientales, haciendo recomendaciones para averiguar qué enfermedades pueden atacar a la ciudad y cuáles pueden ocurrir durante un cambio en el modo de vida de la población. Estas premisas hipocráticas teóricas han formado parte del pensamiento médico a lo largo de la historia, aunque su fundamento ecologicista resurge en la Ilustración y principalmente en el siglo XIX elevando a categoría científica las características ambientalistas asumidas por el higienismo, al menos en su etapa inicial.

Por su sencillez y precisión expositivas se transcribe a continuación el apartado primero de la sección 1 de la obra de Hipócrates (López Gómez, 2004: 16-17):

*"El que quiera poseer con exactitud el arte de la medicina, debe, en primer lugar, tomar en consideración las estaciones del año y la influencia que ejerce cada una de ellas, pues no sólo son parecidas entre sí y difieren unas de otras, sino que cada una en ella misma sufre distintas variaciones. En segundo lugar, debe considerar los vientos, los cálidos y los fríos, empezando por los comunes a todos los hombres, para luego continuar con los peculiares y propios de cada región. Y conviene que no se muestre negligente en el conocimiento de las propiedades de las aguas, pues tanto como difieren en gusto y peso, así también se diferencian unas de otras por sus propiedades. Por eso, si uno llegar a una ciudad desconocida, observará la situación de ésta, es decir, cómo se halla orientada con respecto a los vientos y a la salida del sol, pues no ejerce un influjo igual la ciudad situada hacia el Norte que la expuesta hacia el Sur, o la que mira hacia el sol saliente y la que mira al poniente. Así pues, se examinará todo esto con el más escrupuloso cuidado, igual que cómo son las aguas que están cerca de ella; si se abastece de aguas pantanosas y blandas, o duras y que se deslizan desde un lugar elevado y que manan de las rocas, o saladas y crudas. También tendrá que estudiarse el suelo, ni es árido y carece de agua o si es boscoso y húmedo, o si pertenece a un lugar hondo y sofocante o a uno alto y frío. Además se averiguará el régimen de vida del que gozan los habitantes del lugar, si son bebedores y glotones y dados a descansar, o si practican ejercicios físicos y son resistentes a las fatigas y más aficionados a comer que a beber. A partir de estos principios hay que investigar cada cosa, pues quien los conozca bien, todos si es posible, o si no, la mayor parte, cuando llegue a una ciudad desconocida no ignorará cuáles son las enfermedades peculiares y propias de la región, y cuál la naturaleza de las comunes, de modo que ni tendrá dudas a la hora de diagnosticar las enfermedades, ni se equivocará si, sea donde sea, tiene que aplicar un tratamiento contra ellas, cosas ambas, que suelen suceder a los que no conocen con exactitud y con la suficiente previsión esos principios. Por eso el que los haya examinado aplicadamente, podrá predecir las características de cada estación y del año venidero, en otras palabras, qué enfermedades comunes afectarán a la ciudad tanto en verano como en invierno, y qué peligros habrá que temer para sus habitantes en el caso de un cambio en su régimen de vida" (4).*

(4) "Corpus Hippocraticum": Aires, aguas y lugares"; Sección 1, Apartado 1. Traducción, revisión y notas de Ana Gómez Rabal, Barcelona, 1996. (Se sigue la edición de Cornario, publicada en Venecia en 1737).

El tratado hipocrático "*Sobre aires, Aguas y Lugares*" no solo significa para la medicina el punto de partida de la tradición ambientalista y meteorologista, sino que se considera el primer intento de explicación científica que trata de relacionar la influencia del medio ambiente sobre las enfermedades y sobre los caracteres individuales, pues en su parte final está dedicado al estudio comparado de Europa y Asia, relacionando características físicas y morales de sus habitantes con las condiciones telúricas y climatológicas de los respectivos territorios geográficos (Casco, 2001: 215-6).

Desde el punto de vista cualitativo las topografías médicas ofrecen una visión antropológica de gran valor, aportando el resultado de "*observaciones participantes*" y directas acerca de las costumbres, modo de vida, nutrición, terapéutica o forma de tratar

las enfermedades, descripción de las clases sociales, modos de producción en la localidad, aspectos urbanísticos con descripción de las calles, los edificios públicos y privados así como la riqueza rústica y urbana. Por ello son estudios muy ricos desde el punto de vista etnográfico, ya que están basados en investigaciones empíricas con datos e informaciones de los médicos rurales en el lugar de su ejercicio profesional. Incluso se ha llegado a apreciar un paralelismo entre las topografías médicas y las obras folcloristas, ambas de la misma época cronológica aunque con un carácter diferenciado, unas recogiendo una visión bucólica y cuasi-etnocentrista de la vida y otras poniendo en evidencia las carencias, miseria y suciedad de la vida misma en el momento de la observación (Rafols, 1998). Todos estos datos pueden ser analizados o evaluados desde distintas disciplinas, como la historia de la medicina, la antropología social y cultural, la psicología y otras, como supervivencias renovadas del espíritu hipocrático en la Ilustración.

La investigación de los procesos morbosos requiere su ubicación en el tiempo y el lugar precisos, por eso la evaluación de la situación geográfica y el estudio atmosférico o constitución médica son las piedras angulares de las descripciones médicas. La situación queda explicada en tres planos: la posición topográfica o emplazamiento, la posición de una red geográfica (proximidad de ríos, pantanos, bosques, montañas, manantiales, etc.) y la posición respecto al hábitat humano (distancia y orientación respecto a hospitales, cementerios, muladares, cuarteles, escuelas, conventos, etc.). En cuanto a la constitución médica o epidémica era en realidad un estudio atmosférico longitudinal utilizando para ello instrumentos de medida como barómetros, higrómetros y termómetros (Urteaga, 1999).

Desde una concepción ambientalista las reglas higiénicas y sanitarias resultantes se deducen de las circunstancias locales como son la neutralización o modificación de emplazamiento de lugares infectos, algunas normas de policía sanitaria y poco más, ya que no puede cambiarse ni el clima ni la posición geográfica.

Los postulados ilustrados se interesaron en mejorar la salud de las poblaciones, con la idea de engrandecer el estado, y concordaban plenamente con este tipo de investigaciones que pretendían establecer, a través del estudio de las características ambientales de una zona geográfica, las enfermedades más frecuentes y así poder arbitrar medios para atajarlas. Podemos decir que según los planteamientos hipocráticos son las condiciones de vida y el entorno los que determinan el tipo de enfermedad que pueden sufrir las personas (Mestre, 1999).

Precisamente fue con la medicina de la ilustración cuando se perfiló uno de los puntos neurálgicos de las topografías médicas del siglo XIX: la consideración de un entorno social y de un ambiente físico como factores clave para analizar los procesos morbosos (Mota, 2006: 120). Se trataba de evaluar e identificar desde un punto de vista médico, con una visión integradora, la interacción existente de los vientos, clima, suelo, fauna, vegetación, etc., cuya respuesta serviría de referencia sobre la salud humana. Su interés traspasa el ámbito puramente médico para convertirse en documentos de indudable valor histórico, antropológico, sociológico y etnográfico por la variedad y cantidad de datos que aportan (Almendros, 2004).

Los médicos de la ilustración se apoyaron firmemente en el pensamiento hipocrático enlazando además con la teoría de “*las constituciones epidémicas*”, de Sydenham, que establecía la relación entre una determinada conjunción meteorológica y la aparición de enfermedades epidémicas.

También en la ilustración, pero más firmemente durante el siglo XIX, no todo el acento indagador era de tipo ambientalista, sino que se dio paso al análisis del entorno social, llegando a tomar carta de naturaleza, a la hora de adoptar criterios en la realización de investigaciones sanitarias de las localidades. Este matiz social dio pie a considerar la importancia de la valoración de las condiciones de vida de las poblaciones, especialmente las menesterosas, y de sus condiciones de trabajo como factores básicos en la aparición de enfermedades, como se vio a finales del siglo XVIII en la obra publicada en 1790 por el médico vienés J.P. Frank “*La miseria del pueblo, madre de enfermedades*”.

Con la asunción de los postulados hipocráticos por una parte y la consideración de las cuestiones laborales, de vivienda y de subsistencias de la población como causa de enfermedades, las topografías médicas se configuran como género de investigación donde se entrelazan la línea de pensamiento ambientalista clásica y la social que aparecía con la ilustración y el industrialismo.

Las topografías médicas fueron consideradas como tratados de estudio de las condiciones sociales de la población y por eso también “la más genuina base para el conocimiento de todo fenómeno sociológico” según el médico de la localidad tarraconense de García, quien estudió sus condiciones higiénicas (Raduá, 1891: 6).

Durante los siglos XVIII y XIX principalmente, el interés en los estudios topográficos se extiende por parte de Europa hacia los nuevos territorios colonizados de Asia, África y América. Este interés se fragua en la necesidad de administrar las

características higiénicas de las nuevas poblaciones, por eso la realización de topografías médicas era una necesidad paralela al conocimiento meramente geográfico del terreno.

Tanto los descubrimientos bacteriológicos como el desarrollo de la teoría bacteriana fueron motivo de una reformulación del contenido de las topografías médicas, pues las descripciones de las viejas topografías con su prolija información resultaban obsoletas e irrelevantes toda vez que la explicación de los mecanismo de infección fue transferida a la microbiología, por lo que a partir de entonces lo que se requería de estos estudios era documentar el estado sanitario de las poblaciones o bien describir las pautas espaciales de distribución de la morbilidad.

Esta necesidad se recogía en la Real Orden de 20 de marzo de 1894 del Ministerio de la Gobernación que pretendía, por medio de siete reglas, prevenir la producción y desarrollo de las enfermedades en general, muy especialmente las infecciosas y contagiosas, contando con las Juntas Municipales de Sanidad de las capitales de provincia y cabeza de partido judicial. Por lo tanto, debía conocerse el estado sanitario exacto de las principales poblaciones y las causas que pudieran ocasionar alteraciones de la salud como resultado de la urbanización y del modo de ser de los pueblos, así como los procedimientos y medios más eficaces y prácticos para reducirlos o evitarlos. Se trataba de elaborar una Memoria referente a las causas que contribuían directa o indirectamente a perjudicar la salud pública, enfermedades más comunes y frecuentes, epidemias en el último quinquenio, duración y fuerza expansiva o difusiva. Recogería también las causas probables o ciertas de la propagación de las epidemias, medidas de higiene pública y privada que deberían adoptarse para evitarlas o atenuarlas y para disminuir la mortalidad. En la memoria debía incluirse el estado higiénico de la población con respecto a las escuelas, mercados, mataderos, industrias, cárceles, cementerios, cuarteles, teatros y todo lo referido a policía en general, obreros y pobres, su alimentación y viviendas, abastecimientos de aguas, desagüe y alcantarillado, parques y plantaciones de arbolados, desecación de pantanos y lagunas y servicio general y gratuito de vacunación, laboratorios bacteriológicos, asilos y casas de beneficencia, hospitales oficiales y particulares, casas de socorro y asistencia domiciliaria<sup>32</sup>.

A esta cita gubernamental no faltó el Ayuntamiento de Logroño, desde donde se elaboró la memoria del estado higiénico de la ciudad a cargo del médico Pelegrín

---

<sup>32</sup> Gaceta de Madrid nº 81 de 22 de marzo de 1894, pp 1102-03.

González del Castillo y del arquitecto Francisco de Luis y Tomas, como requería la citada Real Orden que se analizará en el lugar correspondiente.

El principal fruto del interés por la mejora de las condiciones de vida en las ciudades, suscitado por las topografías médicas en España, será la aprobación de la ley de 1895 para el saneamiento, reforma y ensanche interior de las poblaciones (Ponce y Dávila, 1998:145). Otra consecuencia de las ideas higienistas en España, plasmadas por medio de las topografías médicas, esta vez de índole institucional es la creación en 1883 de la Comisión de Reformas Sociales, como consecuencia de las pautas propuestas por los médicos higienistas tendentes a mejorar las condiciones de vida de los trabajadores, seguros de que de esta forma disminuiría la incidencia de la mayor parte de las enfermedades. Esta postura no tenía un anhelo revolucionario ni estaba reñida con posiciones políticas conservadoras, más bien era la certeza de que la sociedad estaría en peligro físico y moral si toleraba en su seno situaciones de extrema pobreza y degradación. (Bernad, 2008). Esta Comisión nació para estudiar “*todas las cuestiones que afectasen directamente a la mejora o el bienestar de la clase obrera y las cuestiones que afectasen a las relaciones del capital y el trabajo*” aunque cobró importancia en 1903 con la creación del Instituto de Reformas Sociales. El antecedente directo de esta comisión de 1883 fue otra establecida por un decreto de 1855 que no tuvo efectividad por los cambios políticos del año siguiente en 1856 (Sánchez Agesta, 1981: 399).

### **Estructura de contenidos**

Por la misma época que Tomás López en España, aparece en Baden el decreto de 1767 que dio lugar a la aparición de médicos topógrafos en los distritos alemanes. Entre 1792-1795 aparece la *Geografía Médica* de L.L. Finke que relaciona el clima, terreno, ocupaciones, causas morales y físicas y las enfermedades. La parte final de esta obra refiere cómo deben prepararse las topografías médicas: Toda buena topografía tiene que exponer la localización geográfica, antecedentes históricos, características geográficas, tipos de tierras, aguas, minerales, plantas y animales, pues todo esto condiciona el clima. Tiene que tratar de los habitantes, su salud y enfermedad, el origen de las enfermedades más comunes, modo de vida, educación y costumbres, nacimiento y mortalidad, y los tratamientos empleados en cada país, si se consideran efectivos. También deben hacer referencia a las ordenanzas gubernamentales existentes para evitar las epidemias, los auxilios a enfermos pobres y necesitados y las instituciones sanitarias y hospitalarias existentes en una región para el cuidado de sus habitantes (Guerrero, 1987-88: 368).



Como ya hemos visto anteriormente, las topografías médicas guardan una estrecha relación con la geografía y por ello vemos similitudes y conexiones en los objetivos, directrices y metodología tanto del interrogatorio para la elaboración de relaciones topográficas de Tomás López (Uribarrena, 2002) como en los intentos de descripción de la historia natural que proponía la Real Academia de Medicina de Madrid en el setecientos. La diferencia esencial entre geografía y topografía es la escala; las topografías se refieren a localidades, comarcas o regiones y el término geografía se reserva para escalas más amplias.

El Colegio de Medicina de Madrid, según sus ordenanzas, se propone en 1817 otorgar un premio de 1500 reales para la realización de la Topografía Médica de Madrid, según el esquema hipocrático de la higiene, es decir: 1º Aire y ambiente. 2º Comida y bebida. 3º Movimiento y descanso. 4º Sueño y Vigilia. 5º Excreciones y secreciones, y 6º Afectos del ánimo. Debe referirse a los males endémicos de sus moradores y recoger los abusos principales de las seis cosas dichas no naturales. De esta iniciativa temprana en el siglo XIX se conserva el documento, un borrador a modo de bases, por el que se premia la que consiga la aprobación de la junta y se imprimirá a cargo del Colegio, para “distinguir y premiar el mérito de los profesores aplicados”. Para ello se pone a disposición de los aspirantes todos los libros que necesiten y se hallen en la biblioteca<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Borrador de la Academia de Medicina de Madrid para la publicación en enero de 1817 del premio de 1500 reales. Academia de Medicina de Madrid. Documento 1528.

Borrador para la publicacion  
del premio de 1500 rs.

En las ordenanzas del M.<sup>o</sup> Colegio de Medicina de Madrid, aprobadas por sus. se dice en el Cap. XIV. §. 6.<sup>o</sup> lo siguiente: De una Junta general a otra propondrá el Presidente algun programa relativo a la Topografía, medicina de Madrid, a los males endemicos & sus morados, y abusos principales de las seis cosas dichas sus naturales, el que deberán traer resuelto en una disertacion que leerán a la Junta general, y se imprimirá a costa del Colegio, si mereca su aprobacion, informandome el Presidente, por medio del Protector de la novedad y utilidad de este trabajo para distinguir y premiar el merito a los Profesores aplicados. En virtud de esta M.<sup>o</sup> resolucion, el Sr. D. Ignacio Euzuzqui, Presidente, no solo opuso llevar a efecto cumplidamente quanto viene prevenido, sino que animado del generoso y convido celo por el honor de la medicina y utilidad publica, propuso en la junta general celebrada el dia 16. de Diciembre del proximo pasado, el premio de 1500 rs. para el Colegial de Madrid su vasto y <sup>su objeto</sup> ~~objetos~~ M.<sup>o</sup> que ~~resuelva~~ <sup>mejor</sup> ~~el~~ <sup>programa</sup> ~~anunciado~~, <sup>propone</sup> ~~anunciado~~ al mismo tiempo a los aspirantes todos los libros que necesitan y se hallan en la Biblioteca del M.<sup>o</sup> Estudio de Sanio. Aprobada y aplaudida tan util proposicion, se hace saber para que en todo este año queden en la Secretaria, plazuela de la Cruz n.<sup>o</sup> 20. q.<sup>ta</sup> principal todas las memorias a lo que solicitan semejante recompensa y distincion. Madrid 15. de Enero de 1817.

De acuerdo de la Junta = D. Tomas Bermudez = Secret. & Sub.

D. Tomas Bermudez

Vale la voz programa  
corregida.

Bermudez

La Sociedad Médico Quirúrgica de Cádiz, en 1818, un año más tarde de su constitución, remite a sus socios corresponsales la clave de Higiene Pública para facilitar y uniformar la descripción topográfico-médica del país de su residencia que, según su reglamento, consta de siete capítulos. El periódico de la Sociedad<sup>34</sup> vuelve a dar cuenta del mismo esquema de normas en 1820 que describe los siguientes contenidos:

**“CAPÍTULO I. De la situación geográfica del país.**

*ARTÍCULO 1º. Situación del país en el Globo, determinada según el meridiano de Cádiz; su posición según los vientos cardinales.*

*ART. 2º. Estado habitual de la atmósfera tanto en razón de su pureza y temperatura, como en los demás fenómenos meteorológicos. Vientos reinantes; sus cualidades.*

**Cap. II. De los seres del reino mineral**

*ART. 1º. Naturaleza del terreno; planicie ó montañas que le rodean: y altura de estas.*

*ART. 2º. Número de arroyos, ríos, fuentes y aguas minerales: análisis de todas ellas y exposición de sus virtudes medicinales.*

*ART. 3º. Modo de corregir las malas cualidades de las insalubres.*

**Cap. III. De los seres del reino vegetal.**

*ART. 1º. Número y clasificación de los individuos de este reino según el sistema de Linneo.*

*ART. 2º. Enumeración de los que son de más frecuente cultivo y usos domésticos.*

*ART. 3º. Designar prolijamente los que son nocivos ó venenosos.*

**Cap. IV. De los seres del reino animal**

*ART. 1º. Noticia de los insectos y reptiles; y razón del daño que ocasionan en los sembrados, semillas &c.*

*ART. 2º. Determinar los venenosos y sus antídotos, tanto para su exterminio, cuanto para la curación de sus mordeduras.*

*ART. 3º. Noticia de los animales que sirven de alimento común, y de los de lujo ú comodidad.*

*ART. 4º. Descripción de las enfermedades de unos y otros.*

**Cap. V. De la industria y economía local.**

---

<sup>34</sup> Periódico de la Sociedad Médico Quirúrgica de Cádiz (1820). Tomo I. Cádiz: Imprenta de la Casa de Misericordia, 1-26.

*ART. 1º. Número de plazas y calles con la dirección de estas y la elevación de sus edificios, exponiendo también los paseos.*

*ART. 2º. Estado de los hospitales, hospicios y demás casas de beneficencia, sin omitir la posición y forma de los cementerios.*

*ART. 3º. Estado de la agricultura, de las artes y de las fábricas.*

#### **Cap. VI. Del hombre en salud**

*ART. 1º. Alimentos de un uso más general y de sus condimentos.*

*ART. 2º. Costumbres del país y método general de vida.*

*ART. 3º. Constitución física y moral de los habitantes.*

*ART. 4º. Progresos de la civilización.*

*ART. 5º. Cálculo de la población.*

#### **Cap. VII. Del hombre enfermo**

*ART. 1º. De las enfermedades endémicas con la asignación de las causas que las producen.*

*ART. 2º. De su método curativo.*

*ART. 3º. Medios que deben emplearse para hacer el país más saludable.*

*ART. 4º. Estado de la vacunación.*

*ART. 5º. Cálculo necrológico.”*

El mismo esquema de la Sociedad Médico Quirúrgica de Cádiz es el recomendado desde la Sociedad de Salud Pública de Cataluña a través de su periódico en 1821 (Durán: 1821: 46). También utiliza este esquema la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona (RAMCB) en 1831 que dirige a los médicos para la elaboración de las topografías médicas de la provincia de Cataluña, cuyo esbozo es el siguiente: 1.- Situación geográfica y estado meteorológico del país. 2.- Reino animal. 3.-Reino vegetal y agricultura. 4.- Reino animal. 5.- Economía local, artes y comercio. 6.- Hombre en estado de salud. 7.- Hombre en estado de enfermedad (Larrea, 1997: 327-333).

Aunque con trece años de diferencia entre ambas directrices (1818-1831), nos encontramos en la época pre-bacteriana, anterior al último tercio de siglo y de más influjo del ambientalismo en la medicina neohipocrática del siglo XIX. En la RAMCB se especifica de forma minuciosa en los puntos dedicados a la explicación del hombre en estado de salud la relación con la climatología: “*Buscar la relación que guarda el clima con el estado físico y moral de los hombres que viven en él, y determinar la parte que tiene sobre la organización, y ver hasta que punto influye sobre ella y la modifica*”. En

el apartado referido al estado de enfermedad, al apuntar las enfermedades endémicas “*indicando las causas que las determina, y su relación con las estaciones, influencias atmosféricas y lugares en que se desarrollan*”. En relación al cómputo de afecciones nerviosas y la naturaleza y frecuencia de los delitos y faltas criminales “*la parte que tienen en su producción el concurso de causas meteorológicas o el influjo de la civilización y corrupción de costumbres*”. Por último, en el apartado referido a la mortalidad se hace hincapié en las muertes repentinas “*señalando las causas que puedan haberlas ocasionado, haciendo particular atención a la disposición orgánica del sujeto, influjo meteorológico, etc., no olvidando a este fin la exacta formación de la constitución médica*”<sup>35</sup>.

En las investigaciones topográfico-médicas se estudian los fenómenos meteorológicos por ser éstos la base de las “*constituciones epidémicas*” de una región. Se intenta definir el “*temperamento*” de los habitantes de una población, dado que para la medicina de entonces eran palpables las relaciones entre las bruscas alteraciones del temperamento y el desarrollo de ciertas afecciones.

En el siglo XIX los médicos pusieron el acento en la influencia de los factores ambientales y sociales para explicar el origen y evolución de las enfermedades epidémicas. Una vez finalizado el periodo de auge en la elaboración de topografías médicas, en torno a los años 40’s del siglo XX, su interés cambió de orientación hacia la indagación histórica.

La geografía médica es el ejemplo más acabado de lo que denominamos “*enfoque ecológico*” en el desarrollo de la higiene. Este enfoque ecológico se define por la consideración de las enfermedades como resultado de una compleja interrelación de fenómenos ambientales como la temperatura, los vientos, el suelo..., y fenómenos socio-económicos como la miseria, el hacinamiento, las condiciones de trabajo..., en el plano metodológico se dictan por el recurso a la investigación empírica de base (Urteaga, 1980).

El “*enfoque ecológico*” es el dominante en la literatura higienista durante gran parte del siglo XVIII y XIX, siendo el sustrato teórico del paradigma de las topografías médicas que inician su crisis en las últimas décadas del XIX y comienza la agonía de la geografía médica en España hasta los años treinta del siglo XX. A partir de 1880 los

---

<sup>35</sup> Clave que la comisión permanente de topografías ha propuesto a la Real Academia de medicina y Cirugía de Barcelona para facilitar la formación de la topografía de los pueblos que componen la provincia de Cataluña. Manuscrito de la RAMCB, legajo 8, 13 de abril, 1831.

descubrimientos bacteriológicos permiten sentar nuevas bases sobre las explicaciones del origen y naturaleza de las enfermedades contagiosas, lo que se ha llamado “*mentalidad etiopatológica*” (Laín Entralgo, 1978: 489).

En las topografías médicas o estudios de poblaciones se abordan aspectos higiénico-sanitarios que se encuadran en una cierta estructura recogiendo, de forma sistemática, datos acerca de las localidades como los antecedentes históricos, la descripción física o mesografía (situación, clima, suelo, hidrología, entorno biológico con su flora y fauna), el temperamento físico y el carácter moral de sus habitantes, las costumbres, las condiciones de vida, los movimientos demográficos recogiendo los nacimientos, matrimonios y defunciones con sus causas, así como las enfermedades más frecuentes. Todo ello con el fin de establecer, a partir de las conclusiones, medidas conducentes a prevenir, tratar y mejorar las condiciones de salud de los individuos y la comunidad de habitantes.

El esquema seguido por los autores para la realización de las topografías médicas, más o menos rígido, constaba, generalmente, de cinco apartados (Urteaga, 1980):

Primero.- Introducción de tipo histórico-local recogiendo noticias sobre el pasado de la localidad, su fundación y antigüedad.

Segundo.- Estudio de la geografía física, con una descripción minuciosa de las variables meteorológicas y las clasificaciones de flora y fauna autóctonas. Se describe el relieve y el clima que suele incluir gráficos y cuadros estadísticos confeccionados a partir de observaciones termométricas y pluviométricas realizadas por el propio autor.

Tercero.- Descripción económico social que incluye datos de producción agraria y de subsistencias, la situación económica, vías de comunicación, estado del comercio, las profesiones, el temperamento de los habitantes, las fiestas, los vestidos, la dieta, referidos al ámbito rural o urbano. En el contexto de la ciudad se hace hincapié en la higiene urbana, con la descripción de las calles. El estado de las viviendas, el abastecimiento de agua, el sistema de alcantarillado y la descripción de los edificios considerados como focos de mefitismo: hospitales, casas de beneficencia, inclusas, cuarteles, cárceles, cementerios, templos, teatros, etc. A veces se incluye un plano de la ciudad.

Cuarto.- Demografía. A principios de siglo XIX se suelen encontrar referencias a la cifra total de población, su distribución por sexos y algunas tablas de defunciones. A medida que avanza el siglo aparecen series estadísticas de natalidad, mortalidad y

nupcialidad con tasas demográficas que suelen recoger los propios autores de las fuentes disponibles como los Quinque Libri de las iglesias, censos y diccionarios estadísticos.

Quinto.- Situación patológica de la ciudad, haciendo referencia a las enfermedades más comunes, medidas terapéuticas, epidemias recientes con su evolución y conjetura acerca de las causas.

La producción de topografías médicas en España, también llamadas memorias, se desarrolla desde mediados del siglo XVIII a mediados del XX, son muy frecuentes entre 1800 y 1940, resultando el máximo de obras realizadas en la década de 1880 a 1890 (Urteaga, 1980) y, cuantitativamente evaluadas, suponen la cuarta parte de la producción bibliográfica global sobre higiene entre 1800 y 1936 (Casco, 2001: 214).

La “topografía médica” o asociación entre salud y lugar formaba parte de la actividad de los médicos higienistas en el siglo XIX. Para acometer su elaboración, los mismos próceres del higienismo nacional imparten las orientaciones sobre los elementos que deben constituir una buena topografía médica “fundada en el método fisiológico” con las siguientes partes. 1ª La Mesografía que trata de la descripción de los medios vitales exteriores que actúan sobre el organismo: atmósfera, terreno, clima, estaciones, habitaciones, agua, fluidos aeriformes, subsistencias, vestido, limpieza pública y 2ª La Demografía en estado estático, razas; edades, sexos, estado social; agrupaciones administrativas, ideas políticas, religión y 3ª La Demografía en estado dinámico: reproducción, instrucción pública, pasiones”. De ello se deriva: “las influencias fisiológicas y morbosas de la localidad; las prescripciones higiénicas individuales para la población; y la naturaleza y tratamiento de las enfermedades (Rodríguez Méndez, 1876: 612-622).

Como decimos, las Academias de medicina propiciaban la realización de este tipo de estudios, como en 1848 lo hacía la Academia médica de Santiago de Compostela con el incentivo de un premio a propósito de la “Descripción topográfica, geográfica y geognósica de Santiago deduciendo de ella cuál debe ser el carácter de sus habitantes y de las enfermedades reinantes en las varias estaciones”. Por otra parte, la realización de estudios relacionados con la hidrología, manantiales de aguas mineromedicinales, junto a las topografías médicas era la producción científica que se generaba bajo el influjo y el espíritu de la obra hipocrática por excelencia en el contexto higienista: los aires, aguas y lugares (Ronzón, 1991: 231).

Las descripciones topográficas van a prescindir de la observación de casos clínicos que acompañaban a la investigación de las constituciones de la Ilustración, en

cambio las nuevas topografías del XIX van a dedicar una atención más decidida al hábitat antrópico y a las variables demográficas como test de salud. No obstante, el patrón ambientalista dominó durante mucho tiempo a cuyo esquema se adhirieron las numerosas obras presentadas a las Academias de Medicina en la primera mitad del siglo XIX.

Los estudios médico-topográficos, con sus observaciones constantes, minuciosas e ilustradas serían la piedra angular donde se cimentaría la legislación sanitaria, modificada periódicamente en función de la variación de las circunstancias, para imponer el precepto higiénico sanitario (Aguado, 1900: 218). De esta opinión era el presidente de la Asociación Médico-Farmacéutica del distrito de Navalcarnero, médico de Pozuelo de Alarcón convencido de que los principales factores que deben ilustrar al legislador en su propósito higiénico, son las condiciones climatológicas, las dinámicas sociales e individuales de la población “*que por multitud de circunstancias tienen estas últimas por característica la variabilidad*” modificando el consejo higiénico según dicha especificidad. Se trataba de reconocer “*una especie de Estado federativo*” atendiendo los preceptos generales y los particulares que las diversas regiones demandaran según las afinidades médico-topográficas, o sea, imponer el “*regionalismo en legislación sanitaria*” para resolver el problema higiénico social local.

Así pues, con las diferentes doctrinas higiénicas que se formularon durante el siglo XIX en ciclos temporales definidos, cabría pensar que ya en 1898, fecha del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía y establecida ya la época bacteriana, la importancia y trascendencia teóricas del ambientalismo y climatismo habría sido relegada y superada por nuevas doctrinas científicas. Sin embargo, y debido quizá a la larga trayectoria de estos estudios de campo, aún se establece la composición de las topografías médicas con datos de la climatología, por ser ésta diferente incluso en demarcaciones cercanas, como temperatura, presión atmosférica, calidad del aire, ozono, lluvias, rocíos, hielos, electricidad atmosférica, magnetismo terrestre, vientos dominantes, calidad del suelo y del subsuelo, etc., “*que por sí solos resulten multitud de problemas de trascendental importancia en higiene pública regional*”. Para este cometido se solicitaba de los municipios la instalación de modestas estaciones meteorológicas, dirigidas por los médicos, con un barómetro, un termómetro de máxima y mínima, un pluviómetro y un anemómetro (Aguado, 1900: 220).

Las topografías médicas del siglo XIX reunían en sus contenidos cuatro conceptos, como la densidad (de construcción o superficie edificada, de ocupación



media de las viviendas y de población), los miasmas (que permiten relacionar el aire corrompido con el curso de la enfermedad), la aireación y la reforma urbana. En la segunda mitad de siglo las topografías médicas incluyen nuevas descripciones como la vivienda, los consumos, la situación socio-demográfica, la oferta y demanda de servicios sanitarios, sin llegar a superar la mentalidad etiopatológica ambientalista. El enfoque naturalista de las topografías médicas de la segunda mitad de siglo con la incorporación del conocimiento sociológico como característica del siglo XIX, supuso una yuxtaposición de información territorial y social. Así, las topografías médicas ofrecían una mejor descripción de los problemas de salud, pero seguían aportando una explicación escasamente fiable de sus determinantes. Los descubrimientos bacteriológicos y el desarrollo de la teoría microbiana obligaron a una reformulación del contenido de las descripciones topográficas, ya que para los médicos de formación microbiológica las viejas topografías resultaban irrelevantes desde el punto de vista conceptual y su extensa información se tornó confusa y redundante. La microbiología se hacía cargo de la explicación de los mecanismos de infección y la higiene bacteriológica de la puesta a punto de técnicas químicas y biológicas de defensa frente a los gérmenes patógenos. Por todo ello y en este contexto, las topografías médicas debían documentar el estado sanitario de las poblaciones describiendo las pautas espaciales de distribución de la morbilidad, asumiendo de este modo un programa más modesto (Urteaga, 1999).

Las topografías médicas se han analizado desde diferentes perspectivas debido a la gran cantidad de información que recogen en sus páginas, una de ellas trata la dialéctica campo-ciudad (Bujosa, 1994) en la topografía Médica de Mallorca e Islas Baleares (Weyler, 1854). En esta perspectiva de análisis se busca la razón del predominio de unas enfermedades en el ámbito rural y otras distintas en las urbes, preguntándose si existía un antagonismo entre campo y ciudad en cuanto a las enfermedades y afecciones. Las diferentes condiciones sociales y de vida de las clases populares fue la explicación esgrimida a esta disparidad de morbilidad (Prats, 1996).

### **Las topografías médicas en la historiografía médica española**

Las topografías médicas en la actualidad son consideradas objeto de curiosidad histórica por verse superados los postulados teóricos que las impulsaron por una parte y, por otra, por la cantidad de información social y sanitaria que recogen, llegando a considerarse estas obras de un estilo literario propio dentro del higienismo médico, comprendidas en un periodo por determinar en función de sus características teóricas.

Por eso algunos historiadores de la medicina ya habían explorado el estudio de algunos trabajos que podrían clasificarse como topografías médicas, pues en ellos pueden encontrarse relaciones entre las condiciones ambientales y los procesos morbosos, como el publicado en 1545 por Nicolás Monardes, “*Sevillana medicina*” redactada en 1381 por Juan de Aviñón, estudiado en 1964 por Juan Riera y publicado en el Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Medicina que en ese año se denominaba “*Medicina e Historia*” (Riera, 1964).

El primer trabajo conocido en Europa sobre topografía médica se debe a un médico de Toledo, probablemente judío y cuyo nombre se ignora, que se titula “*Medicina castellana regia*” de principios de siglo XIV<sup>36</sup>. Desde mediados del siglo XVI se conocen las topografías de Sevilla, Méjico, Aragón, Asturias, Lima y Valencia (Viñes, 2005: 21).

La considerada primera “topografía médica moderna” en España data de 1686 “*De morbis endemiis Caesar-August*”, a cargo del médico aragonés Nicolás Francisco San Juan y Domingo, es citada por José María López Piñero en 1969 en su obra “*La introducción de la ciencia moderna en España*” (López Piñero, 1969: 85-86).

En esta primera topografía médica el autor analiza las constituciones epidémicas que se padecieron en Zaragoza por aquella época, o sea, la relación de las enfermedades con el ambiente en que se producían, atendiendo los postulados de la obra hipocrática “*Sobre los aires, las aguas y los lugares y las epidemias*”. El esquema que se sigue es el de la medicina antigua en lo fundamental y se interpreta todo el proceso patológico desde la teoría humoral. No obstante, San Juan introduce nuevas aportaciones, encajando la doctrina hipocrática en sus propias observaciones sin plantearse si dichos postulados coinciden con los suyos, a diferencia de Sydenham, que explicaba las enfermedades epidémicas como si fueran debidas a alteraciones atmosféricas. Otra aportación de San Juan, se refiere al método racional en el médico, aquél que es conforme a la razón y que sigue un método. Por tanto, al actuar racionalmente consiguen resultados positivos, a diferencia de los empíricos. Este método ha de ser específico según las distintas zonas geográficas ya que la terapéutica debe ser adaptada a cada lugar. Las enfermedades son debidas a causas externas, fundamentalmente el clima, determinado por los vientos y los ríos, y muy rara vez las atribuye a la constitución. En cuanto a la prevención de la enfermedad, introduce dos conceptos preventivos que aportan singularidad desde el punto de vista social, como son “el término medio” y “la dietética”. De este modo, según

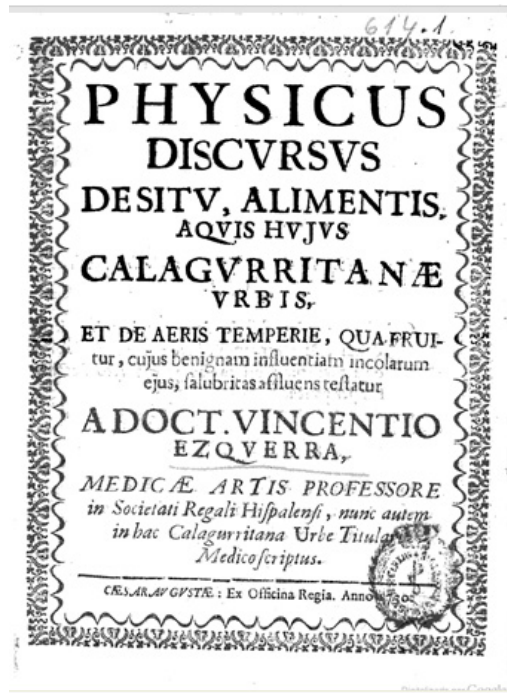
---

<sup>36</sup> Citado en Viñes, 2005: A. Hernández Morejón. citado en J. Giné y Partagás. “Curso elemental de Higiene Pública”. Barcelona: Librería de Juan y Antonio Bastinos, editores, 1876.

la profesión del sujeto se regulará las *sex res non naturales* para conseguir el equilibrio adecuado o estado de salud, como la comida por ser una de las cosas no naturales que más influye en la salud de los habitantes de la ciudad. Por otra parte, incluye el ejercicio físico como elemento importante para conservar la salud, por razones clásicas. Pero lo novedoso de la obra de San Juan son los destinatarios de la medicina preventiva, que no se limita a nobles sino que comprende grupos sociales más amplios, en función de la carga de trabajo y ejercicio físico que soportan. Con todo ello presenta una visión social de la prevención de las enfermedades, atendiendo al individuo según su peculiaridad y grupo social de convivencia (Ballester, Balaguer, 1980: 45-62).

En 1730 se publica en Zaragoza “*Phisicus discursus de situ, alimentis, aquaeis, humus Calagurritanae urbis, et de aeris temperie qua fruitur, cujus benignam influentiam incolarum ejes salubritas affluens tentatur*” a cargo de D. Vicente Ezquerra, médico titular de la ciudad de Calahorra y socio de la Real Academia de Medicina de Sevilla. Esta obra del médico riojano trata del examen del suelo y posición de Calahorra, comprendiendo las fuentes, ríos y producciones naturales del país; la consideración de sus alimentos y dolencias endémicas, así como la manifestación de los vientos suaves y saludables que tanto influyen en el carácter físico y moral de sus moradores, y puede por ello considerarse como una topografía físico-médica (Hernández Morejón, 1852: 34).

Otra mención a esta obrita que consta de 56 páginas editadas en latín, aparte de las censuras, nos dice también que es una descripción físico-médica-topográfica de la ciudad de Calahorra, que el autor desempeñó el objeto con la mayor perfección y en ella trata del terreno y situación de la ciudad, de los vientos que reinan, del carácter físico y moral de los habitantes; de sus alimentos y enfermedades; de las fuentes y ríos y de las producciones del país. En una palabra, *es de las mejores obras que se han escrito en España sobre la topografía médica* (Chinchilla, 1845-46: 124). Esta es la opinión vertida sobre la obra del Dr. Ezquerra a cargo de dos historiadores de la medicina en el siglo XIX, D. Antonio Hernández Morejón y D. Anastasio Chinchilla Piqueras. También es mencionada la misma obra como la topografía físico-médica de Calahorra por otro ilustre de la medicina del momento (González de Sámano, 1850: 356).



Vicente Ezquerra, 1730. Calahorra

El historiador Hernández Morejón incluye en su obra *“Historia bibliográfica de la medicina española”* los trabajos médicos topográficos de Casal sobre Asturias, Piquer sobre Valencia y Unanú sobre Lima entre 1737 y 1800, fecha convencionalmente admitida para el fin de la medicina de la Ilustración, unas treinta obras que podrían integrarse en lo que denominamos topografías médicas. De igual modo las Academias médicas incentivaban su estudio explícitamente, refrendado en sus estatutos, tanto la de Madrid en 1796 como la de Barcelona en 1786 (Casco, 2001: 220).

Pero hay que esperar al año 1980, especialmente importante para quienes estudiamos estas memorias higiénicas, pues es la fecha en que Luis Urteaga González realiza la tesina de licenciatura en la Universidad de Barcelona para obtener el título de Licenciado en Geografía titulada *“El higienismo en España en el siglo XIX y el paradigma de las topografías médicas”*. El mismo año se publica un resumen del trabajo en *“Geo Crítica. Cuadernos críticos de Geografía humana”* con el título *“Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”*. Este trabajo es de obligada referencia pues es el primer intento serio y logrado de abordar de manera global los orígenes, la evolución y la finalización del género de las topografías médicas en España.

Otro autor que ha estudiado las topografías médicas, su revisión y cronología es el médico psiquiatra Juan Casco Solís en el año 2001. Además de realizar un recorrido

histórico cronológico acerca de estas obras higienistas recoge en un inestimable Anexo las 224 obras que incluía Urteaga y otras más hasta alcanzar la cifra de 321, clasificadas por la fecha de edición o elaboración. La mayor parte de ellas se encuentran en los fondos bibliográficos de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de Medicina de Barcelona, aunque otras se encuentran dispersas en fondos de otras Academias aún sin catalogar. La última obra que figura en la revisión de Casco es del año 1968, un manuscrito anónimo relativo a la provincia de Cáceres que se encuentra en la Real Academia de Medicina de Madrid (Casco, 2001: 244).

Por lo que respecta a las topografías médicas de La Rioja vemos que Casco referencia como anónimo y sin fecha el “*Estudio médico topográfico de Cervera del río Alhama y su distrito*”; la aportación de Braulio Albanellos (sic) al IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía en 1898 sobre “*Algunas consideraciones generales relativas a la ciudad de Logroño*”. También recoge Casco el manuscrito “*Memoria higiénico sanitaria de la ciudad de Logroño*” a cargo del médico Pelegrín González del Castillo y del arquitecto municipal Francisco de Luis y Tomás en 1894, en la RANM, la “*Topografía médica y estadística demográfica de Logroño*” a cargo del médico higienista Donato Hernández Oñate en 1889 y del mismo autor, el manuscrito “*Memoria médico-topográfica y descripción de la epidemia variológica de 1878*” de Enciso, localizada en la Academia de Barcelona (Casco, 2001: 233-244).

#### Topografías médicas recogidas por Juan Casco Solís en 2001

Anteriores al siglo XVIII:	4
Del siglo XVIII:	6
Del siglo XIX:	152
Del siglo XX:	159
Total	321

El estudio cuantitativo como tal es muy descriptivo y nos da idea de la producción científica a cargo de los médicos, rurales principalmente, aunque como también hemos visto, en su elaboración participaron otros profesionales además de los médicos relacionados con el higienismo: farmacéuticos, ingenieros, arquitectos..., y según los autores que han revisado estos trabajos (Urteaga, 1980; Casco, 2001), se han podido recoger hasta más de trescientas obras de las diferentes localidades de España y territorios de ultramar.

Otro aspecto cuantitativo que podemos observar es el número de topografías elaboradas de una misma localidad. Según este aspecto, un autor apunta al concejo

asturiano de Tineo y a Aranjuez como los únicos municipios españoles que comparten el privilegio de tener tres geografías médicas (Feo, 2001). Sin embargo, hay que destacar que la ciudad de Logroño también goza del mismo privilegio, atendiendo a las referencias presentadas tanto por Urteaga como por Casco Solís y como veremos posteriormente en otro apartado.

En relación al estudio de las topografías médicas de La Rioja, la más citada es la realizada por el médico higienista Donato Hernández Oñate en 1889 y la más referenciada al tratar el tema higienista del siglo XIX en La Rioja, como en el artículo sobre “*Literatura higienista de La Rioja en el siglo XIX*” (Delgado, 1999). También es citada esta obra del Dr. Hernández en “*Historia de la ciudad Logroño*” (Bermejo y Sánchez, 1994), en la obra “*Logroño histórico*” (Gómez, 1893:94) y por Urteaga (1985-86:419) en su artículo sobre higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica.

En cualquier caso, no hemos encontrado un estudio que haya recogido más trabajos de los publicados hasta la fecha y trate globalmente estas memorias del higienismo riojano.

### **Evolución histórica de las topografías médicas**

Podemos resumir la evolución histórica de las influencias que han recibido las topografías desde su nacimiento en el setecientos o durante la Ilustración: en primer lugar, como ya hemos mencionado con anterioridad, la teoría de las constituciones de Sydenham que restaura el ambientalismo ecologicista hipocrático donde el medio ambiente (aire, clima, suelo) es el factor determinante de las enfermedades agudas (epidémicas y estacionales según Sydenham). En segundo lugar podemos destacar la nueva forma de afrontar las epidemias a diferencia del pasado en que se actuaba de un modo descoordinado, mediante la improvisación, el éxodo personal y/o colectivo y la apelación a los recursos asistenciales y expiatorios de la Iglesia. La nueva etapa suponía un nuevo sistema sanitario, público, estable, centralizado y burocrático. Se trataba de las nuevas medidas sanitarias propuestas por Felipe V en la lucha contra la peste de Marsella de 1720, para cortar toda comunicación marítima y comercial con Francia con lo que España pudo verse libre de la peste. Este hecho serviría de modelo en todos los lugares del reino en caso de necesidad. Se había establecido una estructura sanitaria centralizada, constituyéndose la Junta de Sanidad del Reino, auspiciada también por el auge y apoyo real de la Academia de Medicina, impulsora y receptora de toda clase informes y noticias médicas, incluidos los estacionamientos militares. La eficacia de las

nuevas medidas sanitarias de Felipe V contra la peste es un ejemplo paradigmático de la nueva política sanitaria. La tercera fuente de influencia para la topografía médica surge del aspecto más característico de la medicina de la Ilustración, el naturalismo terapéutico donde se encuentra muy generalizada la confianza en la fuerza curativa de la naturaleza, el agua, los baños, el ritmo estacional, los lugares saludables y sus elementos como el oxígeno, el cloro, el ozono, la electricidad incluso la vacuna... Por tanto, la teoría de las constituciones de Sydenham, la nueva política sanitaria y el naturalismo terapéutico son tres grandes aspectos que contribuyeron a diseñar el perfil de las topografías médicas en el siglo XVIII. Estos pilares que sirven de fundamento a las topografías médicas se condensan en la obra de Francisco Fernández Navarrete, médico de cámara de Felipe V en el Plan General de *Efemérides meteorológico-médicas* propuesto por la Real Academia Médico Matritense y avalado por ésta, que a su vez consideraba muy estrecha la unión de la medicina de un país y su historia natural. Fue una respuesta a la llamada de la Royal Society de Londres para que se verificasen observaciones meteorológicas en toda Europa, factibles gracias a la disponibilidad de instrumentos de medida como el barómetro y el termómetro (Casco, 2001).

Por otra parte, podemos distinguir en el desarrollo histórico del corpus topográfico médico varias fases. En primer lugar hay que situar su aparición en la época pre-bacteriana, que comprende el periodo que va de 1800 a 1885 y que podría encuadrarse dentro del modelo miasmático de enfermedad y dominado por una concepción de las enfermedades agudas y epidémicas, en gran parte heredada de la teoría de las constituciones. Es un modelo acorde con la corriente fisiopatológica.

En esta época pre-bacteriana también podemos hacer distinción entre dos periodos bien definidos, el primero se corresponde con la aparición de grandes epidemias como fiebre amarilla en 1800 y la pandemia de cólera de 1834 difundida de forma extraordinaria por las expediciones militares de las guerras carlistas. Fue un periodo azaroso políticamente, dominado por la guerra, el exilio liberal, el absolutismo, el subdesarrollo económico y el retroceso científico y cultural. En el contexto sanitario, este periodo estuvo ocupado por las polémicas científicas entre los partidarios del contagio de las enfermedades, por tanto del aislamiento de los enfermos y de la interrupción de los intercambios comerciales y personales, y los anticontagionistas que veían las medidas muy restrictivas, con lo que ambas opciones resumaban un trasfondo político en la defensa de intereses contrapuestos.

El segundo periodo de esta fase pre-bacteriana se desarrolla bajo el proceso de institucionalización de la sanidad Pública y la construcción del estado liberal y, sobre todo, con la lucha frente a las grandes oleadas epidémicas del cólera morbo. En este tiempo es obligado destacar la labor del Dr. Peset y Vidal en su estudio sobre la ciudad de Valencia que fue considerada como el modelo a seguir para la elaboración de las futuras topografías médicas.

La época post-bacteriana puede establecerse en España a partir de 1885, en que se consolida el modelo microbiano y positivista de enfermedad, y se desarrolla la corriente etiopatológica que supuso un mundo nuevo en la higiene y la sanidad en general. El positivismo bacteriano creó una nueva nosología, al poder conocer el agente causal de ciertas enfermedades contagiosas, lo que podría echar por tierra el marco teórico de las topografías médicas al derrumbarse las doctrinas tradicionales miasmáticas y telúricas. Sin embargo las topografías médicas no son portadoras de un determinado y concreto modelo de enfermedad, sino que proponen un método multidimensional para su abordaje y un enfoque dialéctico y complejo para su contextualización.

En este periodo post-bacteriano se produce una integración de la microbiología en la forma omnicomprensiva que los médicos adoptaban en el entendimiento de la enfermedad, aun siendo cierto que la bacteria sustituyó al miasma, la perspectiva holística de las topografías médicas siguió vigente. De hecho, el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en abril de 1898, días antes del desastre colonial, reservó una de sus secciones para las topografías médicas, donde se presentó entre otras la Memoria Higiénica de Logroño de 1894 a cargo de Pelegrín González del Castillo y Francisco de Luis y Tomás.

También pueden distinguirse dos periodos en la época postbacteriana: el primero desde 1885 a 1936, fecha en que se paraliza toda actividad del conocimiento, fue un periodo muy fecundo cuantitativamente y auspiciado por fundaciones académicas. De esta época destaca la obra de PH. Hauser “*Madrid desde el punto de vista médico-social*” de 1903 de un cariz parecido al de Peset en Valencia. El segundo periodo apenas comprende dos décadas entre los años 40`s y 50`s del siglo XX en que descendió de tal forma que llegó a ser testimonial, ya que los estímulos de la fundaciones académicas se debilitaron hasta llegar a su desaparición (Casco, 2001).

Las razones de su decadencia y desaparición fueron la usurpación de sus contenidos por el desarrollo acelerado de las ciencias naturales y por la implantación de sistemas sanitarios públicos tras la segunda guerra mundial. De este modo, los geógrafos



fueron ocupándose cada vez más de las relaciones entre el medio físico y los seres humanos.

Pero la trascendencia de estos estudios perdura en el tiempo a través de los actuales diagnósticos de salud de la comunidad. Esta larga tradición histórica ha sido reemprendida en el último tercio del siglo XX con la consolidación del Sistema Público, y es evidente que los actuales Diagnósticos de Salud de ámbito territorial son herederos de los conceptos epidemiológicos y ambientalistas de la salud pública pretérita, siendo obligados para el correcto acierto de las decisiones que las administraciones sanitarias hayan de adoptar (Viñes, 2005: 21-22).

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de salud de la comunidad, la familia y el individuo. El diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico-biológico, higiénico-epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud<sup>37</sup>. Con los términos en que en la actualidad se formula la definición de diagnóstico de salud, queda patente la similitud de objetivos con las topografías médicas, salvando las distancias históricas y metodológicas.

Pensamos que es preciso considerar este tipo de trabajos netamente higienistas como el elemento necesario y precedente de los diagnósticos de salud de la comunidad, con la consideración del individuo y su entorno en la planificación y gestión de los servicios de salud que en la actualidad llevan a cabo los Equipos de Atención Primaria<sup>38</sup>, uno de los pilares de la reforma sanitaria en España. Por tanto, estas investigaciones higienistas realizadas de forma metódica, esforzada e individual con todas las connotaciones históricas, científicas y sociales podemos considerarlas precursoras de los estudios que desde hace treinta años son considerados innovadores y fundamentales en el conocimiento de la salud pública de las poblaciones, como los diagnósticos de salud de la comunidad.

---

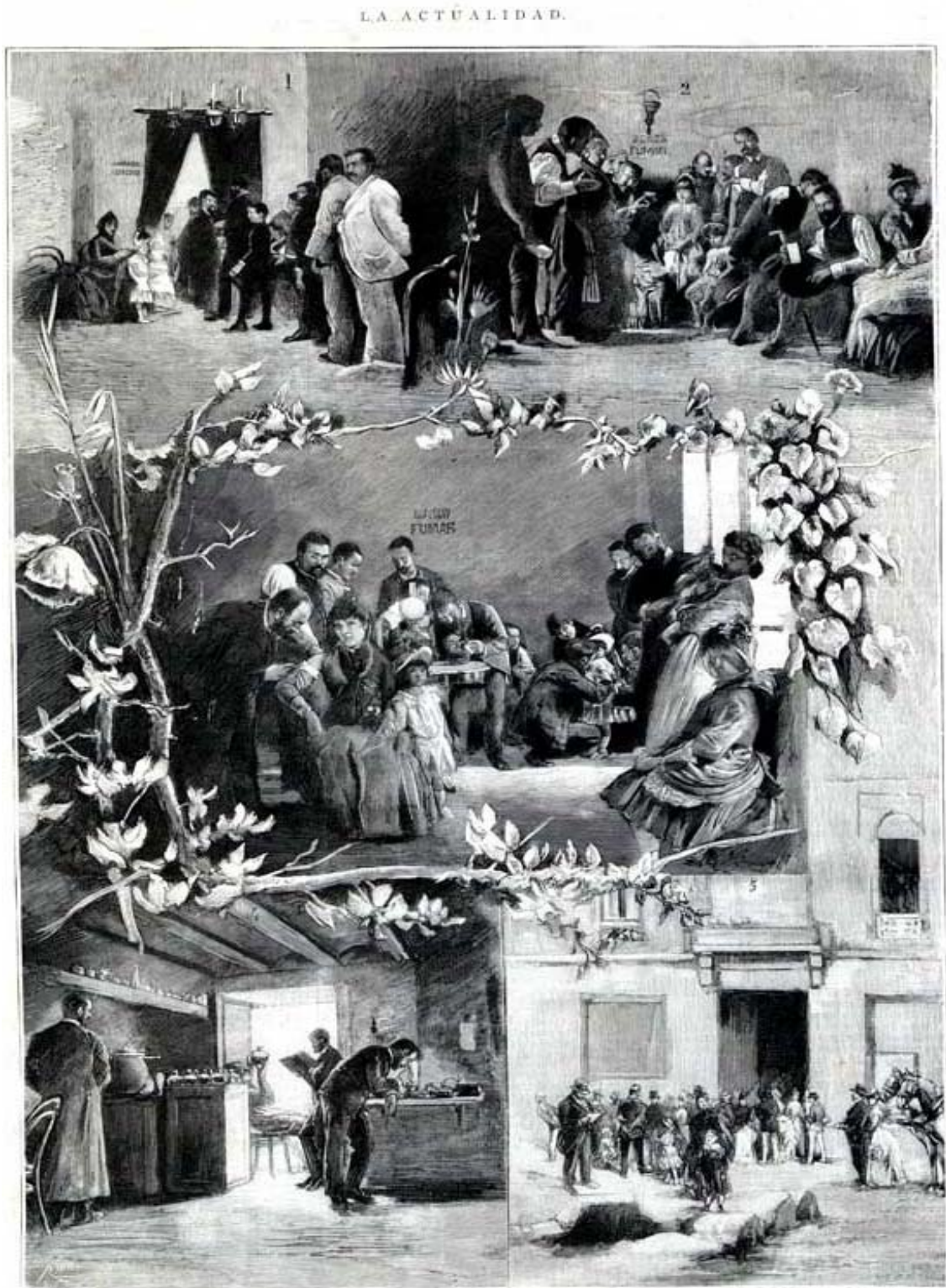
<sup>37</sup> Jesús Loera. El diagnóstico de salud. Disponible en: [http://es.slideshare.net/drloera/diagnostico-de-salud?next\\_slideshow=1](http://es.slideshare.net/drloera/diagnostico-de-salud?next_slideshow=1) [Consulta 4/11/2014].

<sup>38</sup> BOE n 27, de 1 de febrero de 1984. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. 2627 a 2629.



### Capítulo 3

#### El desafío del higienismo. El control de las epidemias y la mortalidad



Las inoculaciones anticólicas de Ferran en Valencia. 1. Sala de inscripción; 2. Sala de preparación; 3. Sala de inoculación; 4. Laboratorio de Ferran; 5. Exterior de la casa de la calle Pascual y Genís. Grabado de Bernardo Rico y Ortega en *La Ilustración Española y Americana* (1885). Tomado de: [http://hicio.uv.es/Expo\\_medicina/Patologia\\_XIX/microbiologia.html](http://hicio.uv.es/Expo_medicina/Patologia_XIX/microbiologia.html). [Consulta el 6-2 2015]



## **La viruela, enfermedad epidémica**

Desde el punto de vista médico la viruela es una de las enfermedades epidémicas más profusamente tratada en la época que nos ocupa, principalmente por la ausencia de tratamiento específico y la variedad de síntomas que manifiesta, sus formas de presentación y su rápida propagación entre la población. El contagio es directo a través de la vía respiratoria de hombre a hombre, ya que no existen reservorios animales. Este contagio interpersonal directo era el más importante y necesario para la difusión a gran escala de la enfermedad, ya que el hombre es la única especie conocida capaz de convertirse en huésped del virus de la viruela; y esto, junto con la inmunidad total que adquiría el enfermo que superaba la enfermedad, explica que la cadena del contagio se rompiera fácilmente si la población no alcanzaba densidades considerables o si predominaba un tipo de hábitat muy disperso. Tal vez sea ésta la causa primordial del desarrollo de la enfermedad tanto en los asentamientos más densos de las antiguas civilizaciones asiáticas y egipcia como de su particular virulencia en Europa a partir del siglo XVIII” (Pérez Moreda, 1980: 73).

En el siglo XVIII la viruela era una enfermedad devastadora, ocasionando una mortalidad entre la población que no estuviera variolizada (inoculada) entre el 10 y el 30%, calculándose en 60 millones las muertes ocasionadas por la viruela en todo el mundo durante el siglo XVIII (Parish, 1965:21); además, la muerte era dolorosa y terrible. Los que sobrevivían no estaban exentos de secuelas y con frecuencia sufrían ceguera, siendo la tasa de supervivencia especialmente baja entre los niños. El aspecto físico de la enfermedad era espantoso para los pacientes, no haciendo distinciones entre éstos y sus cuidadores, pues la piel del enfermo se cubría de grandes y abultadas pústulas dejando un llamativo hueco o lacra en la piel de los supervivientes. La enfermedad afectaba al cuerpo del individuo y también a sus relaciones sociales con lo que aumentaba el miedo, a la enfermedad y al rechazo. El tratamiento profiláctico ya se conocía y los poderes públicos habían tomado cartas en el asunto, propugnando su puesta en marcha en todas las poblaciones. Otra cosa era su cumplimiento y grado de desarrollo en los diferentes países.

## **Tratamiento preventivo: inoculación de la viruela o variolización**

En la segunda mitad del siglo XVIII se generalizó en Europa un remedio preventivo de origen oriental que se conocía de antiguo, denominado variolización o inoculación de la viruela humana. Con este método se trataba de transmitir, mediante

una técnica reglada, la sustancia procedente de las pústulas variolosas de un enfermo a personas sanas. Esta práctica se aconsejó en los brotes epidémicos, pues aunque su riesgo principal era que podía facilitar la transmisión y con ello el padecimiento de la enfermedad, preservaba del contagio a gran cantidad de los inoculados.

Antes de llegar a Europa ya se conocían diferentes métodos, según su origen y procedimiento, como el “método de los indios”, que consistía en dejar durante algunos días un tejido de algodón, previamente impregnado en pus extraído de un niño; el “método chino”, menos seguro, consistía en introducir por una o las dos ventanas de la nariz el pus arrancado de la superficie de las pústulas, siempre que no estuviera completamente seco; el “método de los árabes”, “griegos”, “circasianos” y georgianos”, coincidía en inocular mediante una ligera punción de la piel con una guja o un alfiler, aunque todos diferían en cuanto al sitio y al modo de hacerlo. El virus podía tomarse de las pústulas desarrolladas en el curso de una viruela inoculada, pues se creía que era más benigna (Mazana, Ariño, 1991:25, 29).

Con la demostración de su eficacia era necesario divulgar y propagar los beneficios de los escritos científicos, algunos traducidos del francés o inglés, realizándose a través de los papeles periódicos porque llegan a manos de más personas que los libros especializados de medicina. Esta labor de difusión se realiza por los poderes públicos a través de su medio de expresión general, la Gazeta de Madrid, donde se insertan algunas noticias particulares relativas no solo a epidemias, sino a descubrimientos científicos o avances quirúrgicos en general (Ramírez Martín, 1998).

Podemos por tanto reconstruir esta forma de actuar de forma cronológica por medio de las publicaciones aparecidas en la Gaceta de Madrid desde 1796: “*Por testimonio dado en Callosa de Ensarria, Reino de Valencia, consta, que Josef Botella y Juan Plana, Cirujanos de la misma Villa, practicaron felizmente el año pasado de 1769 la inoculación ó trasplatación de las Viruelas en seis niños y niñas; cuya operación han repetido este año con igual felicidad en 196 niños de ambos sexos, todos los cuales se hallan perfectamente restablecidos; notandose al mismo tiempo que ha muerto gran parte de los inficionados que no se inocularon*”<sup>39</sup>. Se da cuenta también en la Gazeta la erupción de las viruelas en 1774 de la realeza en Francia y, en el mismo número de la publicación oficial, la inoculación en Italia “*Florenca 30 de Abril de 1774. A pocos dias de practicada la inoculación en los Sres. Archiduques aparecieron las viruelas de la*

---

<sup>39</sup> Gazeta de Madrid nº 50 de 14 de diciembre de 1773, pp 436.

*mejor calidad, y continuaron tan felizmente sus términos regulares, que en el día de hoy se hallan Sus Altezas Reales casi perfectamente restablecidos. Colmados de júbilo estos fidelísimos Vasallos, y animados con el ejemplo de los hijos de las familias principales de esta Ciudad, se ofrecen voluntariamente á la misma operación, para libertarse de los funestos efectos de dicha enfermedad*<sup>40</sup>. En 1776 la misma Gazeta trata la inoculación de las viruelas haciendo un recorrido en tiempo y lugar y exponiendo las experiencias observadas en los diferentes países a modo de relato<sup>41</sup>. Se refiere a la inoculación como “*un preservativo admirable contra los estragos de la misma enfermedad desconocida de los antiguos, encontrándose esta práctica entre los armenios. De allí pasó a algunos griegos establecidos en Esmirna y Constantinopla, quienes sin conocer al inventor ni la época de tan feliz hallazgo, lo comunicaron a dos médicos italianos (Timoni y Pilarini) residentes en aquella capital*”. De las tentativas que se hicieron hasta entonces se dio parte a la Real Sociedad de Londres en los años de 1714 y 1716, hasta que en el año 1721 la Duquesa de Montaigne, embajadora inglesa, hizo inocular allí a su hijo de seis años por su cirujano Carlos Maitland que ejecutó otro tanto con su hija y empezó a acreditarse la inoculación. Posteriormente se probaba en otras partes de Europa como Holanda, Francia, Alemania y también en América, donde en la ciudad de Popayán, en el nuevo reino de Granada se practicaba con éxito desde 1746 por parte de D. Joseph Hidalgo que sin ser facultativo se dedicaba a ello por afición a falta de médicos.

Además de la divulgación periódica la producción científica en torno a la viruela fue tomando auge e influenciando a la case médica como la “*Memoria*” de La Condamine, una obra de 1754 que marcó en Europa una nueva época en la apología de la inoculación (variolización). La versión castellana de la “*Memoria*” por Rafael Osorio fue prohibida en 1757, lo que se puede interpretar como un retraso ostensible de la medicina española con respecto a Europa (Riera, 1985).

En España, “*donde tal vez en lo antiguo hubo indicios de ella va penetrando*”, y se ejecuta en la Corte por diversos profesores, entre otros el Dr. Gorman, médico del regimiento de Hibernia que la aprendió en Londres con el famoso inoculador Sutton. Igualmente se difundió por diversas provincias como lo recogen los extractos de la Sociedad Vascongada de 1771 y 72. Desde 1766 el Dr. Roque Lagorda, médico titular de Riaza la practicó en dos hijos suyos para persuadir a los demás lo que consiguió debido a que los más de 50 niños inoculados de cinco a seis años no sufrieron más que

---

<sup>40</sup> Gazeta de Madrid nº 21 de 24 de mayo de 1774, pp191-193.

<sup>41</sup> Gazeta de Madrid nº 44 de 29 de octubre de 1776, pp 385-87.

una leve calentura. Un mes más tarde hubo contagio de vuela en el pueblo y se inocularon más de 500 personas de todas las edades, acudiendo de localidades vecinas (Riofrío, Encinas, Sepúlveda) para el mismo fin y únicamente pereció un niño de seis años por haberla contraído previamente. Bajo su dirección la ejecutan los cirujanos de Sigüero, Sigüeruelo, Pradena, Encinas y Aldeonte. Se mencionan las obras de los célebres prácticos como Mead, Monró Dimsdale, Gatti, Tissot y “*las nuevas advertencias publicadas por el Dr. Ziegler y el tratado de Mr. D’Alembert sobre la aplicación del cálculo de las probabilidades a la inoculación para asegurar más el acierto en materia de tanta importancia*”. Como se aprecia en lo descrito en la Gaceta ya se practicaba la inoculación aunque sin un corpus médico que lo liderara y unas instituciones que lo implementaran. En 1788, también en la Gaceta<sup>42</sup>, aparece la noticia de una publicación que versa sobre una disertación físico médica en la que se prescribe un método seguro de precaverse de las viruelas, realizada por D. Francisco Gil, Cirujano de la familia real y miembro de la Academia Médica, leída en la misma en 1770, publicada en 1784 y reimpressa en 1786. Refiere el autor no solo el origen y propagación de la viruela, sino el de la inoculación y sus progresos, lamentándose de los estragos de la viruela y de la indiferencia ante los medios de los que se valen para precaverla. En 1798 contrae la viruela la infanta Doña María Luisa y se procede a la inoculación a los tres príncipes con en base a la experiencia admitida en todas las naciones cultas celebrando el éxito y la convalecencia con un *Te Deum* en acción de gracias en la Real capilla. Por todo ello se resuelve que se ponga en práctica en los hospitales, casas de expósitos y misericordia y demás que dependan de su munificencia. Aunque no se obliga a toda la población, los monarcas desean se adopte generalmente<sup>43</sup>. Así pues, hasta esta fecha la inoculación de la viruela (variolización) no se hace oficial en España, cuando, por otra parte, ya se empezaban a conocer los nuevos experimentos sobre la vacunación en Inglaterra. Esta medida sanitaria adoptada por el estado va destinada a toda la población y se ocupa de llevarla a cabo en las personas institucionalizadas en sus centros dependientes. Aunque es una decisión tardía supone el preámbulo de las actuaciones posteriores, que al igual que otros estados europeos ponen en marcha como única estrategia de prevención colectiva.

Las repetidas noticias a favor de la inoculación en medios oficiales eran la muestra de la actitud filantrópica de los monarcas, asumiendo la responsabilidad de la

---

<sup>42</sup> Gazeta de Madrid nº 98, de 5 de diciembre de 1788, pp 795-796.

<sup>43</sup> Gazeta de Madrid nº 94, de 23 de noviembre de 1798, pp 1004-1005.



salud pública de sus súbditos (*Salus populi suprema lex*), lo que a su vez trataban con un práctico sentido económico por las graves repercusiones del inadecuado estado de salud de la población. De esta forma de pensar formaban parte los filósofos y los gobernantes, partidarios ambos de la inoculación, pues incluso el protomedicato<sup>44</sup> defiende la inoculación de la viruela, “en tiempo de epidemia general, maligna y pestilente, con las prevenciones que dicta la buena medicina y con consejos y asistencia de un médico prudente” (Peset, 1876:169). En cambio los moralistas argumentaban en su contra por los inconvenientes que mostraban la técnica y sus efectos no esperados. Igualmente los médicos se dividían entre las dos posturas, unos aceptaron con entusiasmo la inoculación y otros prefirieron las medidas higiénicas preventivas como el aislamiento, evitando los riesgos de la inoculación entre la población a la que tenían que atender (León, Baretino, 2007: 209-211).

Un personaje entre los detractores convencidos acerca de la inoculación era el agustino Vicente Ferrer Gorraiz Beaumont y Montesa y así lo expone en su obra “*Juicio o dictamen, sobre el proceso de inoculación presentado al tribunal de los sabios para que la juzguen*”, editada en Pamplona, en 1785 (Viñes, 2008a), añadiendo a los malos resultados médicos razones éticas, dogmáticas y religiosas.

En 1801 el Dr. Francisco Piguillem, socio de varios cuerpos médicos de Madrid, se hizo traer de París “*una porción de virus o materia vacínica para verificar las calidades de la vacuna*” inoculando a cuatro niños y al undécimo día de la inoculación “*vacinó*” a otros seis niños con la materia de los granos que sacó de los primeros, practicando la operación en presencia del Gobernador, del Párroco y otros sujetos de distinción<sup>45</sup>. La benignidad de la operación, conforme a la descripción de los médicos franceses e ingleses hace esperar al Dr. Piguillem que esta invención podrá desterrar en algunos años las viruelas. Siguiendo con el papel difusor de la Gazeta en temas científicos, también en 1801 se anuncia los “*Ensayos sobre la inoculación de la vacuna o vaccina, ó método fácil y seguro de precaverse para siempre de las viruelas*”<sup>46</sup> escritos en francés por el Dr. Colon, médico de París y traducido por el Dr. Piguillem, “*socio íntimo de la Real Academia de Medicina Práctica de Barcelona y del Real Colegio de Medicina de Madrid*”. Se encuentra esta publicación en librerías de Madrid, Barcelona, Valencia y Zaragoza. En el mismo año se anuncia otra obra: “*Origen, descubrimiento y*

---

<sup>44</sup> Dictamen del tribunal del Real Protomedicato, sobre inoculación de viruelas (1757), de Andrés Piquer

<sup>45</sup> Gazeta de Madrid nº 2 de 6 de enero de 1801, pp 20.

<sup>46</sup> Gazeta de Madrid nº 37 de 8 de mayo de 1801, pp 460.

*progresos de la vaccina*<sup>47</sup> traducida del francés por el Dr. Pedro Hernández, médico del Real Colegio de la corte, adornada de estampas alusivas y tratando el origen, descubrimiento y progresos de la “vaccina” y del modo de hacer la inoculación de las calidades del fluido “vaccino” y reglas a observar durante la enfermedad. Otra obra que se anuncia oficialmente<sup>48</sup> recoge el primer informe dirigido a la Sociedad de Medicina de París, elaborado por la Comisión Médica establecida en esa capital para hacer observaciones y adquirir conocimientos sobre la inoculación de la vacuna. Se trata de una breve instrucción sobre la vacuna y modo de practicar la inoculación, traducido del francés que contiene informes de casos particulares, contrapruebas y otras experiencias sobrevenidas durante la inoculación y se considera la obra más interesante de cuantas se han publicado en España hasta la fecha. Por eso es la que el Duque de Osuna “*ha preferido para repartirla a todos los pueblos de sus estados, a fin de que sus instrucciones y noticias precedan a la llegada de los facultativos, que ha determinado enviar á vacunar y propagar la enseñanza de esta práctica en ellos*”. Para facilitar el acceso de esta obra “*á toda clase de personas*” a módico precio “*se ha reducido á tres pliegos de buena impresión*”.

### **El Dr. Ruiz de Luzuriaga en Logroño, precursor de la inoculación**

La Sociedad Vascongada de amigos del País, en los extractos de 1771 y 1772, da cuenta de las inoculaciones realizadas en Vizcaya por Joseph de Luzuriaga (1763-1822) médico titular de la villa de Lequeitio en 1769, poniendo en práctica el método del Dr. Gati, precursor de Jenner, practicando una ligera incisión en la epidermis de la parte superior de la mano, entre los dedos pulgar e índice, consiguiendo buenos resultados en la epidemia acaecida en aquel año. Tras concluir la misma, el médico Joseph de Luzuriaga (simplificando su verdadero nombre José Santiago Ruiz de Luzuriaga) dedicó a la Sociedad Vascongada de los Amigos del País una Memoria describiendo la situación de la epidemia, incluyendo la inoculación como método profiláctico (Feo, 2005). El Dr. Ruiz de Luzuriaga era una figura destacada en esta época del abordaje de la viruela debido a sus experiencias en las prácticas inoculatorias, aunque de los 1226 inoculados en las tres provincias vascongadas “*no se ha visto otra desgracia que la del niño del Socio Luzuriaga: la cual no puede ocasionar el menor descrédito al utilísimo método del Dr. Gati*”. La Sociedad Vascongada de Amigos del país dictaminó acerca de

---

<sup>47</sup> Gazeta de Madrid nº 78 de 14 de agosto de 1801, pp 868.

<sup>48</sup> Gazeta de Madrid nº 97 de 13 de octubre de 1801, pp 1055-1056.

la Memoria que elaboró, “*que se publique quanto antes la colección de observaciones sobre la inoculación, y se reparta un ejemplar gratis a todos los Médicos de las tres provincias, según el acuerdo de las Juntas de Vitoria*”<sup>49</sup>.

Pocos años después se conoce la llegada a Logroño del Dr. Ruiz de Luzuriaga mediante un concurso para ocupar la vacante de médico por fallecimiento del titular. Para cubrir dicha plaza, el Ayuntamiento recibe cinco memoriales<sup>50</sup> y para el siguiente mes los regidores comunican al pleno que se han presentado seis nuevos memoriales<sup>51</sup>. Son los titulares de Alcanadre, Soto de Cameros, Lequeitio, Laguna de Cameros, Agoncillo y Lumbreras. Los regidores son encargados para que informen sobre “*la habilidad práctica y conducta de cada uno de los pretendientes*”. Sobre los médicos aspirantes dicen que el de Lequeitio “*tiene todas las circunstancias que expresa en su memorial y aún los informes que hemos tomado dicen mucho más, contestando todos no solo en su grande habilidad teórica y práctica sino en sus aciertos, buena conducta cristiandad índole y asistencia a los enfermos*”<sup>52</sup>. En la selección obtiene el mayor número de votos y mediado noviembre viene desde Lequeitio a dar las gracias a la ciudad y a formalizar el contrato por nueve años. Figura en el vecindario de Logroño<sup>53</sup> como médico titular y tiene un hijo de nueve años llamado Ignacio María. A finales de diciembre de 1773 cursa un escrito ante el notario Juan de Altamira para tratar el salario a satisfacer al no poder cumplir el contrato de nueve años por haber sido elegido y nombrado médico titular de Bilbao<sup>54</sup>. Al no poder finalizar el plazo convenido, a finales de 1774 se despide de la ciudad para ir a cubrir la titular de Bilbao<sup>55</sup>. Detallamos su paso por Logroño como médico titular<sup>56</sup>, por ser protagonista destacado en el proceso previo de introducción y extensión de la vacunación, o sea, de la inoculación, en España, aunque de su paso por la ciudad de Logroño no queda constancia de su práctica y pericia en la inoculación de la viruela. Tampoco hemos encontrado testimonios de esta práctica en La Rioja por parte de otros médicos en esta época.

---

<sup>49</sup> Extractos de Sociedad Vascongada de los Amigos del País. 1771, pag 52.

<sup>50</sup> Acta Ayuntamiento de Logroño de 25 de septiembre de 1772.

<sup>51</sup> Acta Ayuntamiento de Logroño de 16 de octubre de 1772.

<sup>52</sup> Acta del Ayuntamiento de Logroño de 30 de octubre de 1772.

<sup>53</sup> AML 333/3. Vecindario de Logroño. 1773, pp 7.

<sup>54</sup> AHPLR Protocolos Notariales. 1773. Leg. 1192, Fols 350-52, esc. Pedro de Enderica.

<sup>55</sup> Acta del Ayuntamiento de Logroño de 28 de enero de 1774.

<sup>56</sup> Feo Parrondo (2005) lo sitúa en Logroño en 1771. En el Catálogo General Alfabético de los individuos de la Real Sociedad Vascongada de los Amigos del País a finales de 1772 figura como médico titular de Logroño. *Fundación Sancho el Sabio*. Vázquez Lasa, J.M. (2003) lo localiza en Logroño desde mediados de noviembre de 1772 hasta finales de enero de 1774, describiendo todo el proceso de selección en: *Asistencia médica en La Rioja, siglos XVI y XVIII. La figura del médico titular*.

A.21.P.L.R

- 121. Jph Campesin \_\_\_\_\_ Pechero
- 122. Sabada Royales Caso de pie \_\_\_\_\_ Pech.<sup>o</sup> <sup>copi</sup> <sup>una</sup>
- 123. D. Juan de Sotomayor Canonigo \_\_\_\_\_ Presv.?
- 124. D. Jph Ruiz de Luquinaga medico titular,   
 tiene un hijo llamado Ignasio Maria Benueve@. \_\_\_\_\_ medico titula
- 125. Adrian Arriola Canclero \_\_\_\_\_ Pechero
- 126. Man. Cuillas minor Labrador \_\_\_\_\_ Pechero
- 127. Jph Rodriguez Jimstao de Puente, tiene   
 un hijo llamado Barr. de Carrone ayo \_\_\_\_\_ Pechero
- 128. Jph Camero Viuda \_\_\_\_\_ viuda
- 128. Jph Leza Canclero \_\_\_\_\_ Pechero
- 129. Anaxer Diez Canclero \_\_\_\_\_ Pechero
- 129. Angela mecano Viuda \_\_\_\_\_ viuda
- 130. Diego de Saz Canclero; tiene un hijo   
 llamado Pedro Medad Medierachoano; otro \_\_\_\_\_ Pechero
- Antonio de Diez veu \_\_\_\_\_ Pechero
- Lucar Albert tejedra \_\_\_\_\_ Pech.?
- Angel Cuillas Canclero \_\_\_\_\_ Pechero
- 131. Dco. Juan. Maiz. Canclero; tiene un hijo llamado \_\_\_\_\_ Pechero
- Jph. Medad de Diez años \_\_\_\_\_ Pechero
- Mig. Laguna Canclero \_\_\_\_\_ viuda
- Maria Lacueta viuda \_\_\_\_\_ Pech.?
- 132. D. Ana. Pazmica Arcecano \_\_\_\_\_



M. 22

Ciente maravedis

350

SELLO QVARTO, VEINTE  
MARAVEDIS, AÑO DE MIL  
SETECIENTOS Y SETENTA Y  
TRES.

Yo el Notario de Anunciaga: Pedro de Enderica

ARCHIVO HISTÓRICO  
PROVINCIAL  
LOGROÑO

Yo don Joseph de Luzuriaga, Medico, Exilar de esta ciudad de Logroño, estando al presente en ella; Digo, q. habiendo vacado una de las plazas de Medico de la villa de Bilbao del muy noble y muy leal Señorio de Vizcaya, por Despedida de don Martin de Anzano, q. antes la exercia; los Señores Capitulares de aquel Ilustre Ayuntamiento tomaron las providencias correspondientes, y de esto en tales casos para buscar otro Medico en lugar del citado don Martin de Anzano; y despues de haber fixado edictos en diferentes lugares, que se bixieron de publicar la vacante, y mostrados pretendientes varios Medicos, en vista de los repetidos, respectivos informes, q. tomaron dichos Señores, unánimes, y conformes, se bixieron elegirme, y nombrarme por tal Medico Titular de dicha villa de Bilbao, para ocupar la vacante, q. ocasionó la Despedida del nominado don Martin de Anzano, señalándome el Salario Anual de Trescientos Ducados y dos r. v. por visita de veaños particulares enfermos, y a la precisa obligación en mi de asistir a los Santos Hospitales de dicha villa, presos de su Carcel p. casa de Misericordia, y demas q. se practica, y ha practicado por los otros Medicos Titulares asalariados de la dicha villa: Cuyo nombramiento, y eleccion, hicieron los dichos Señores Capitulares, para q. durase por tiempo de nueve años contados desde el dia, en q. yo pasé a habitar con mi familia a la dicha villa de Bilbao; Cuya eleccion, se me ha participado, y aceptandola, como la acepto en forma, para q. se verifique la celebracion de la Escritura correspondiente, en atención, a que no puedo pasar promptamente en persona a dicha villa por varias causas, que por ahora me lo embarazan

de de luego en la mesma forma, q<sup>e</sup> puedo, y a la ligera endio-  
otorgo, que doy mi poder cumplido, el que en tal caso tra-  
ciere, y se requiere, sin ning<sup>una</sup> alteracion, a d<sup>o</sup> Juan de Al-  
tamira, Maestro Doncario en d<sup>ha</sup> villa de Bilbao  
con la licencia expresa de que lo pueda substituir, expe-  
cialmente, para que en mi nombre, y representacion, pue-  
da junto con los Señores Capitulares del referido N<sup>o</sup>stro  
Ayuntamiento de d<sup>ha</sup> villa de Bilbao, o sus Comisarios,  
Alcaldes, y celebre la e<sup>n</sup>ta de condiccion competente, a con-  
secuencia del nombramiento de su Medico Titular en  
mi echo, obligandome, como yo desde luego me obligo en for-  
ma, a q<sup>e</sup> por tiempo de los nueve años, a q<sup>e</sup> se ha de exten-  
der, contados des de el dia, en q<sup>e</sup> yo pare a d<sup>ha</sup> villa de Bil-  
bao con mi familia, para exercer el empleo de tal Medico  
Titular, cumplire con las obligaciones de tal por el sala-  
rio anual de tres cientos Ducados, y dos m<sup>rs</sup> por visita de ve-  
nte años particulares enfermos, que aquellos se me han de  
satisfacer de los propios de la citada villa por tercios, igua-  
les, a vis<sup>ta</sup> de, y concurriendo con toda puntualidad  
en hacer falta alg<sup>una</sup> a los Santos Hospitales de Santa  
Zara, y San Juanes de ella, preter de su Excel<sup>ta</sup> y Ca-  
sa de misericordia, haciendo las visitas, q<sup>e</sup> me tocaren, y cor-  
respondieren en ellos, q<sup>e</sup> sea continuamente, o en la forma  
q<sup>e</sup> me combiniere, y conformare con los otros dos Medi-  
cos Titulares, y asalariados de d<sup>ha</sup> villa, arreglandome  
en todo a lo dispuesto por las ordenanzas de d<sup>hos</sup> Santos  
Hospitales, poniendo en la escritura las demas clausulas  
condiciones, y requisitos necesarios, y q<sup>e</sup> se han puesto, y con-  
sumbrado poner con las de los Medicos Titulares actuales  
de d<sup>ha</sup> villa, y q<sup>e</sup> se observaron, y entendieron para con el utro-  
do d<sup>o</sup> Martin de Arzans, que echa, q<sup>e</sup> sea por el enunciado  
d<sup>o</sup> Juan de Altamira, o sus substitutos, desde ahora pa-  
ra entonces la apruebo, y ratifico, y consiento de n<sup>ra</sup> la  
propia validacion, y firmes, que si se otorgare con mi  
intervencion personal. Fue el poder, que para todo, y lo



ansio, y conseruente por dho se requiere, y es necesario, el mis-  
 mo confeso, a el nominado D<sup>n</sup> Juan de Altamira, y su substitui-  
 do, con sus demas dependencias, anexasidades, y comodades  
 libre, franca, y g<sup>ral</sup> administracion, y celebracion en forma, tan  
 cumplido, que por falta de poder, o ning<sup>a</sup> requiera su ueritancia  
 expresa, no dexa de tener efecto, lo contenido en este, pues lo doy  
 con todas las acortumbradas, y por dho necesarias, y ning<sup>a</sup> aqui no  
 van explicadas, que todo lo habie por bueno, y firme, a que me  
 obligo en forma con mi persona, y bienes habidos, y por haber, y p<sup>a</sup>  
 su cumplimiento me someto a las justicias, y suces de S. M. con  
 p<sup>er</sup>petuas, recibo por ser<sup>a</sup> parada en autoridad de cosa juz-  
 gada, renuncio las d<sup>er</sup>es, y d<sup>er</sup>os de mi favor con la g<sup>ral</sup> en forma  
 No otorgo asi ante el presente Escrivano en esta ciudad de  
 Logroño a veinte, y dos de Diciembre de mil, setecientos, se-  
 tenta, y tres, siendo testigos Gaspar Antonio Garrido Simon,  
 Juan Rubio, y Angel Perez Alonso, vecinos, y natural de  
 ella, y el otorgante, a quien yo el Escrivano doy fe cono-  
 co, lo firmo

Don Juan de Altamira

Anterrio  
 Pedro de Encarnacion

do. dia ve de otorgam.  
 en papel del sello de S. M.

Z

22-12-1773



Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (1763-1822), contaba nueve años cuando su padre José era médico titular de Logroño, según se desprende del censo de Logroño en 1773, también fue médico y protagonista destacado de la vacunación, ardiente defensor y directo vacunador en la Corte y dejó manuscritos varios informes y cartas, planteando cuestiones como la ausencia de un comité central de vacunación, o la competencia profesional, pues entre los vacunadores podían encontrarse médicos, cirujanos, sacerdotes, funcionarios de la administración, alcaldes, aristócratas, visitantes de boticas, maestros de escuela, militares e incluso personas sin ocupación definida (Olagüe, Astrain, 1994).

### **La vacunación de Jenner**

En 1796 se produce en Inglaterra una novedad en el tratamiento profiláctico, donde Edward Jenner (1749-1823), cirujano inglés que ejercía en una zona rural e inoculador convencido, llevó a cabo experimentos empíricos fruto de la observación al comprobar que la variolización no prendía en las personas que habían padecido la viruela vacuna (viruela de las vacas o cow-pox en inglés), es decir, quien padecía viruela de las vacas no padecía viruela humana (small-pox). Lo comprobó científicamente de la siguiente forma: infectó a un niño con viruela vacuna (de la vaca) adquirida por una ordeñadora de vacas y un tiempo después le inoculó líquido de una lesión de viruela humana y vio que no le ocurría nada.



Edward Jenner (1749-1823)



La técnica de Jenner consistía en inyectar en la piel no el líquido de una lesión de un enfermo de viruela humana como en la variolización, sino el líquido o “linfa” de la vesícula provocada por la inyección de una lesión de viruela vacuna. Una vez la persona era “vacunada” se extraía “linfa” de la vesícula provocada por la “vacunación” para vacunar a otra persona, transmitiéndose de “brazo a brazo” (Asensi, 2009). Según esta observación, Jenner empezó a inocular linfa de la benigna enfermedad vacuna a las personas sanas y, por la experiencia, fue una práctica efectiva en el control de la viruela humana (Rodríguez Ocaña, 1992, 10-11).

El Dr. Jenner publica sus investigaciones en 1798 en un ensayo titulado *“Investigación sobre las causas y los efectos de la viruela vacuna”* que sirvieron para desatar toda una corriente de opinión científica y extracientífica en torno a la vacunación con vacuna animal, pues si ya la inoculación con vacuna humana concitó detractores en todos los estratos sociales, la introducción de la vacuna animal de Jenner no fue menos denostada que la práctica anterior. Bien es cierto que la vacuna humana tenía inconvenientes, bien contrastados, como la transmisión de la enfermedad de la viruela, la sífilis, tuberculosis y otros procesos infecciosos y la falta de asepsia en la preparación de la linfa a inocular. Pero la vacuna animal tenía otro cariz de todo punto de vista inadmisibles, como que una materia animal pudiera ser introducida en el cuerpo humano. Este matiz tuvo relevancia en el ámbito religioso en un principio, pero las buenas experiencias de su práctica, principalmente en el abordaje de las numerosas epidemias, tuvieron que rendirse a la evidencia. Los poderes públicos exhortaban a los religiosos a contribuir a la vacunación mediante su poder de inducción a la población, tanto en tiempos de la inoculación como en la vacunación. Aunque, como decimos, hubo detractores, los trabajos de Jenner tuvieron una gran acogida en la mayoría de los países europeos durante los años inmediatos a su conocimiento. La participación de España fue entusiasta, teniendo en cuenta que en ese mismo año de 1798 es cuando se hace oficial la inoculación por convencimiento de los poderes públicos.

La novedad profiláctica, asumida por parte de la monarquía española, tiene su expresión internacional en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, ordenada y financiada por la Real Hacienda para su extensión en los territorios de ultramar, tanto en América como en Filipinas. Este es otro hecho de especial interés del que nos da noticia la *Gazeta*, la decisión del rey Carlos IV de propagar en sus dominios de Indias el

*“precioso descubrimiento de la vacuna”*<sup>57</sup>. Se trata de organizar una expedición marítima dirigida por el Médico de Cámara Francisco Xavier de Balmis, costada de *“su Real erario”* llevando *“suficiente número de niños a quienes inocular sucesivamente en el curso de la navegación; y conservando por este y otros medios el fluido vacuno en toda su eficacia, hagan a su arrivo las primera operaciones de brazo a brazo, las que continuarán después en ambas Américas, y si fuere dable en la islas Filipinas”*. De esta expedición ultramarina, sus observaciones y resultados dieron cuenta en la época publicaciones y anuncios en los medios, como el propio Edward Jenner en 1806 quien al respecto manifestó: *“No me imagino que en los anales de la historia haya un ejemplo de filantropía tan noble y tan extenso como éste”* (García, Jiménez, 2004).

Los objetivos que se pretendían conseguir con esta empresa eran difundir la vacuna a los territorios ultramarinos, instruir a los sanitarios locales en la práctica y continuidad de la vacunación y crear la Juntas de la Vacuna para propagarla y perpetuarla, con la encomienda de la conservación y el cuidado del fluido vacuno (Ramírez Martín, 2004).

En este periodo de inicios del siglo XIX se presta gran atención al control de la viruela en España, pues se ponen en práctica los descubrimientos de la vacuna animal de Jenner, mediante publicaciones científicas<sup>58</sup>, órdenes oficiales<sup>59</sup> y experiencias de vacunación<sup>60</sup> que, sin embargo, no se traducen en una continuidad a lo largo del siglo aunque las epidemias no cesan en numerosas poblaciones españolas (Campos, 2004). La difusión de la vacuna fue temprana en España, pocos meses después de su presencia en Francia, apoyada por los medios impresos de comunicación (libros, folletos artículos periodísticos) y por los medios oficiales e informes sanitarios (Olagüe, Astrain, 2004). El tono casi familiar de los textos, su estilo y su reducido tamaño, ampliamente difundido en Francia, inauguraba en España un género literario dentro de los textos

---

<sup>57</sup> Gazeta de Madrid nº 62 de 5 de agosto de 1803, pp 676-677.

<sup>58</sup> Gazeta de Madrid nº4 de 12 de enero de 1802, pp 40. Se trata de la publicación de *“La vacuna en España, o Cartas Familiares sobre esta nueva inoculación. Escritas a la Señora”*. Está escrita por el Dr. Francisco Pinguillem (Socio íntimo de la Real Academia de medicina Práctica de Barcelona, del Real Colegio de Medicina de Madrid, y corresponsal de la Comisión Central de París). Con una Lámina fina que demuestra el grano vacuno en sus cinco periodos sucesivos.

<sup>59</sup> Gazeta de Madrid nº 36 de 3 de mayo de 1805, pp 390-1. Se publica la Real Cédula por la que se *“manda que en todos los hospitales de las capitales de España se destine una sala para conservar el fluido vacuno, y comunicarlo a quantos concurran a disfrutar de este beneficio, y gratuitamente á los pobres, baxo la inspección y reglas que se expresan. Se hallará á real en el despacho de la Imprenta Real”*.

<sup>60</sup> Gazeta de Madrid nº 96 de 29 de noviembre de 1803. pp 1035. Se dispone por parte del Director del hospicio de Madrid la vacunación de 115 personas de ambos sexos que no habían pasado las viruelas sin que se experimentase la más leve alteración de la salud de los vacunados, confirmando el éxito de esta nueva prueba las notorias utilidades y ventajas de la vacuna.

sobre vacunación, el epistolar (Olagüe, Astrain, 1995). Se formaron tres focos de vacunación en el norte, en Madrid y Levante (Murcia, Valencia y Barcelona). En la zona del norte figuraban entre otras las capitales de Soria, Vitoria, Burgos, Pamplona y Zaragoza, no encontrándose entre ellas la provincia de Logroño.

Con el descubrimiento de la vacuna animal de Jenner se plantea otra cuestión acerca del proceso de la vacunación como es el transporte del virus para hacerlo llegar allá donde sea necesario. En este sentido el cirujano titular de Fitero en Navarra, Don Francisco Blasco<sup>61</sup>, al no poder lograr el pus vacuno para la inoculación de las viruelas, *“se propuso ejecutarla con la costra del grano vacunado de un muchacho que habia sido vacunado en un pueblo distante”*. Explica el facultativo el modo de extraer las costras de los inoculados con el virus vacuno para pulverizarlas y volver a inocular de nuevo disolviéndolas en agua. *“Para conservar las costras por bastante tiempo es suficiente envolverlas en un papel”*, y es un método ventajoso y cómodo para remitirlas a largas distancias por el correo y preferible al uso de frasquitos y vidrios que se desvirtúan por el calor. No obstante se advierte la necesidad de renovar las costras cuando se realice la inoculación *“porque es más probable la seguridad del buen efecto con las más frescas”*. Al disponer del virus en forma de polvo procedente de las costras de los inoculados se conseguía también cierta satisfacción al evitar con ello la vacunación de brazo a brazo que entrañaba entre la población el temor a otros contagios. Tras haberse conseguido la disponibilidad del material de inoculación se llevan a cabo experiencias como la del Real Hospicio de la Corte donde se vacuna a sus ingresados y se avisa al público de la entrega gratuita del pus o fluido vacuno<sup>62</sup>. En 1805 se publica otra prueba con la vacunación, comparándose el efecto de inocular por un lado con polvo de costra de un niño vacunado en la Inclusa de La Coruña disuelto en agua templada y por otro lado y al mismo tiempo con pus fresco guardado entre cristales. El resultado fue que en los vacunados con el pus fresco apenas surgieron *“granos”*, por lo que el calor no descomponía el virus vacuno contenido en las costras, por eso se deduce que para la vacunación es preferible la costra del pus, principalmente por su efecto más seguro y por la mayor facilidad de remitirlo de una parte á otra<sup>63</sup>.

Para contraer la viruela había que tener una cierta predisposición personal al contagio, y si ésta no se poseía el virus vacuno no producía ningún efecto. Así, sucedía

---

<sup>61</sup> Gazeta de Madrid nº 59, de 23 de julio de 1805, pp 631-632.

<sup>62</sup> Gazeta de Madrid nº 69 de 27 de agosto de 1805, pp 739.

<sup>63</sup> Gazeta de Madrid nº 73 de 10 de septiembre de 1805, pp 774-775.

que había personas a las que se había inoculado “*de las naturales*” con “*pus varioloso*” en la etapa previa de la vacunación (en 1795) y tras no obtener el “*grano*” esperado fueron vacunadas al cabo del tiempo con “*el virus vacuno*” (en 1801 y 1803) consiguiendo preservarse de varias “*constelaciones de viruelas*”<sup>64</sup>.

En 1815 se publica una Circular del Consejo Real, encargándose por Real Orden el cumplimiento de lo mandado en Real Cédula de 21 de abril de 1805, con el fin de generalizar la inoculación de la vacuna en la península, y la instrucción que la Junta Superior de Medicina publicó en aquel año para el mismo fin<sup>65</sup>. En la década de los años treinta de este siglo XIX se comprueba que la virtud preservadora de la vacuna depende de la edad de la vacuna empleada, lo que llevó a plantearse que esta vacuna se degeneraba tras los continuos pases de brazo a brazo y por ello se requería volver al originario pus vacuno no humanizado (cow pox). Este sería el descubrimiento postjenneriano, el uso de la vacuna producida en la piel de vaca junto a la generalización de la revacunación a los 12-14 años (Viñes, 2008b). Es precisamente en 1830 cuando el rey Fernando VII aprueba el Reglamento de la Real Academia de Medicina, manifestando la preocupación en torno al tipo de preparado vacunal a emplear, por lo se encarga a ésta “*Se procurará en particular cuidado y esmero que en España tengan las vacas en sus tetas los granos vacunos para poder renovar el pus en caso necesario, ocupándose con el mayor celo y actividad en averiguar por todos los medios posibles el punto o puntos del Reino en que haya vacas con viruelas*”<sup>66</sup>. Este reglamento prescribe que las Academias promoverán los medios preservativos de las enfermedades que se hayan descubierto, como el de la vacuna contra las viruelas. Habrá también una comisión que se dedicará a la vacunación, anunciándolo al público para vacunar de forma gratuita a los niños que se presenten. También se ocupa este reglamento de otros aspectos técnicos y organizativos en general de la sanidad española (Viñes, 2008c), por lo que ha llegado a considerarse como la primera ley general de Sanidad (Viñes, 2006).

---

<sup>64</sup> Gazeta de Madrid nº 74 de 13 de septiembre de 1805, pp 785-6. Esta cita recoge las observaciones y conclusiones realizadas por el médico titular de Hellín en Murcia, Dn. Pedro Martínez, referidas a las bondades de la vacunación aun en plena epidemia. El fluido vacuno era facilitado por el “*corregidor político*” al “*profesor de medicina*” para la primera vacunación, la continuación en extender el preservativo y la conservación de su fluido.

<sup>65</sup> Decretos del rey Don Fernando VII. Se refieren todas las Reales Resoluciones generales que se han expedido por los diferentes Ministerios y Consejos en todo el año de 1815. Por don Fermín Martín de Balmaseda. Tomo II. Madrid. Imprenta Real. Año de 1819.

<sup>66</sup> Reglamento general por el régimen literario e interior de las reales academias de medicina y cirugía del Reino bajo control de la Junta Superior Gubernativa. Decreto de 28 de agosto de 1830. Madrid: Imprenta Real; 1830.

Podemos comprobar la información que profusamente se emite desde la *Gazeta* en torno a la inoculación y la vacunación, poniendo de manifiesto el esfuerzo de los poderes públicos en dar a conocer y extender las experiencias científicas sobre los resultados del profiláctico de la viruela entre la población, abordando la aplicación de los conocimientos del momento sobre la prevención de una enfermedad en la que se pusieron en marcha los dispositivos necesarios en materia de salud pública.

Como vemos, en este tiempo se suceden las recomendaciones oficiales en torno a la vacunación en todas sus dimensiones, incluyendo la infraestructura de su manipulación, todos los aspectos de la técnica debían ser probados y sistematizados de forma tal que se pudiese generalizar su correcta utilización. En este estado del asunto, quedaba todavía en evidencia un aspecto fundamental como es la provisión de la linfa vacuna a las poblaciones.

En 1871 se crea una institución específica, el Instituto Nacional de la Vacuna, por Decreto del Ministerio de Fomento con objeto del estudio y completo conocimiento de las viruelas como especie patológica<sup>67</sup> y doce objetivos más que pormenorizan las actuaciones. El Instituto será el centro por excelencia productor y distribuidor de la vacuna en España. Las funciones adscritas al Instituto Nacional de la Vacuna y la dependencia de la Academia de Medicina de Madrid motivan que se originen unas controversias de consideración, pues anteriormente, en 1851 se crea en Valencia la Comisión Central de Vacunación dependiente del Instituto Médico Valenciano, de carácter privado. La reacción de los médicos de la Comisión Central de Valencia es una queja clara sobre decreto de creación del Instituto Nacional de la Vacuna que da preeminencia a la Academia de Madrid, lo que significaba que no se habían valorado los trabajos que de forma continuada llevaban a cabo al frente de la vacunación desde veintidós años antes. Desde entonces y durante el periodo de poco más de dos décadas recibían el genuino “cow pox” que le proporcionaban con el mayor desinterés el Establecimiento Nacional de Vacunación de Londres”<sup>68</sup>. Hasta la década de 1880, el Instituto Médico Valenciano es el principal suministrador de vacuna de España, repartiendo pedidos a gobernadores civiles, alcaldes, Academias de Medicina, Dirección General de Beneficencia y Sanidad e, incluso a la reina Isabel II (Campos Marín, 2001).

---

<sup>67</sup> *Gaceta de Madrid* nº 212, de 31 de julio de 1871, pp 361.

<sup>68</sup> Reflexiones que sugiere al Instituto Médico Valenciano el preámbulo del Decreto del Ministerio de Fomento creando un Instituto Nacional de Vacuna. Va firmada por Enrique Ferrer Villarta, director de la redacción, en Valencia el 31 de diciembre de 1871, p 249-264. Disponible en: [http://hicio.uv.es/IMV/IMV\\_12/264.jpg](http://hicio.uv.es/IMV/IMV_12/264.jpg). Localizado el 9 de diciembre de 2008.

A pesar de su demostrada competencia en todas sus actuaciones, incluso de la publicación en el Boletín del Instituto Médico Valenciano de unas cuidadosas estadísticas de las vacunaciones practicadas, el Instituto Nacional de Vacunación no reconoció su labor y se le negó la categoría de Instituto Provincial de Vacunación (Báguena, 2004).

El descubrimiento de la vacuna frente a la viruela fue un hito para el control de la enfermedad en todo el mundo científico y, de hecho, hasta su culminación por la erradicación en 1978, ha sido un recorrido de unos tres siglos desde la introducción de la inoculación de la viruela (variolización), precedente posiblemente obligado de la inoculación de la vacuna (vacunación). A lo largo de todo este proceso se desarrollaron movimientos científicos, sociales y políticos que jalonan la salud pública de los siglos XVIII, XIX y XX (Viñes, 2008a).

Así pues, a modo de síntesis, la práctica de la vacunación antivariólica fue apoyada por la monarquía desde que se introdujo en España a principios del siglo XIX, de tal forma que financió la Real Expedición filantrópica de la Vacuna en 1803 y promulgó en 1805 la Cédula Real para promover la instalación de salas de vacunación en los hospitales de las capitales de provincia. A pesar de ello, la vacuna no aplicaba de forma constante y adolecía de una estructura organizada que permitiera su difusión. Por su parte, la población confiaba poco en esta innovación científica y solamente recurría a ella en las situaciones epidémicas y la enfermedad se cobraba víctimas. Cuando pasaba el peligro de epidemia se abandonaba la vacunación posibilitando con ello el retorno de la enfermedad al aumentar el número de susceptibles no protegidos. La reticencia de la población implicaba un temor justificado hacia la vacuna pues a veces era practicada incorrectamente por personajes sin escrúpulos, ocasionando lesiones que provocaban el descrédito y la consiguiente falta de adherencia. Otra dificultad añadida era la dificultad de establecer el abastecimiento constante del fluido vacuno que desalentaba a los facultativos encargados de llevar a cabo la inmunización. Entre 1850 a 1890 se sostuvieron tres debates médicos en torno a la vacunación. El primero corría a cargo de los antivacunistas con su idea de que el procedimiento de la inoculación de la viruela comportaba el riesgo de transmisión de otras enfermedades como la sífilis y la tuberculosis. La desigual implantación de la vacuna llevó discutir la conveniencia o no de darle carácter de obligatoriedad, por lo que se dio un marco legislativo propio. La segunda polémica giraba en torno a la idea de si era o no conveniente la revacunación y cada cuánto tiempo sería necesaria. El tercer debate se produjo por la introducción de la

vacuna animalizada que se producía con el fluido vacunal de terneras pues sus partidarios la alababan por ser una práctica que minimizaba el riesgo de infección que podía ocasionar la vacuna humanizada o de brazo a brazo utilizada desde la época de Jenner. El Instituto Médico Valenciano fue el proveedor de vacuna en España desde 1857, posteriormente se creó el Instituto Nacional de Vacunación en 1871, ordenándose en consecuencia la libre circulación de la vacuna en 1872 y la creación de establecimientos privados de vacunación para finalmente, implantarse el Cuerpo médico de Vacunadores del Estado en 1885 (Duro, Tuells: 2013:186) . Aun y con todos los avances, en España se seguían produciendo epidemias de viruela.

### **Las epidemias de viruela: memorias y vacunación en la Rioja**

Las recomendaciones oficiales o normativa que regulaban los aspectos a tratar sobre la viruela serán la pauta de las actuaciones posteriores en torno a la enfermedad y su repercusión social.

La reglamentación oficial en relación con el tratamiento de la viruela, según el Real Decreto de 18 de agosto de 1891<sup>69</sup> dicta como fruto de la investigación “...*ya como verdad demostrada que para precaverse contra la enfermedad de la viruela, es remedio eficaz, si no llega a establecer inmunidad completa, el uso de la vacunación y revacunación en diversos periodos de la vida*”. Dicha norma reconoce que “*uno de los más importantes deberes de los Gobiernos es procurar, ...el progreso y generalización de la higiene, evitando en lo posible las alteraciones de la salud pública*”. Se indica con precisión la edad de vacunación “*antes de los dos años de edad sean vacunados todos los niños de la población, distrito o provincia*” y “*revacunados los que no lo hubieran sido con cuatro años de anterioridad*”. La actividad de la vacunación “*se procurará por cuantos medios directos o indirectos le sugiera su celo*” a los Gobernadores civiles de las provincias, Alcaldes, Subdelegados de Medicina y Médicos municipales. Se obliga a los Ayuntamientos “*a llevar un registro en el cual conste la fecha, el nombre, edad y vecindad de cada uno de los vacunados en el término de cada Municipio*”. Se dictan de igual modo las medidas en caso de epidemia de viruela, concernientes a las Juntas de Sanidad municipales y provinciales. Este Real Decreto también recoge los cambios legislativos realizados en cuanto a la vacunación antivariólica en los últimos años del siglo XIX, pues “*no ha sido ciertamente España de las naciones que menos cuidado han*

---

<sup>69</sup> “Real Decreto de 18 de agosto de 1891 del Ministerio de la Gobernación”, *Gaceta de Madrid*, 234, 22-8-1891, 632-633.

*puesto en legislar sobre la materia*". Así, comienza mencionando la importante Real Orden de 14 de agosto de 1815, recomendando a las autoridades que no permitieran la asistencia a ningún niño a las Escuelas sin certificado de hallarse vacunado, continúa con otras normas en la materia como la Instrucción de 30 de noviembre de 1833, la ley de 27 de diciembre de 1855, Reales Órdenes de 27 de diciembre de 1860, 15 de enero de 1868 y 30 de noviembre de 1873. En suma, se dispone "*que se vacunase a todos los niños, haciéndolo gratuitamente a los pobres, y ordenaron que todos los individuos que dependan de las Autoridades civiles, de las de Guerra y de Marina, se hallen vacunados, excitando a la vez el celo de las Corporaciones en beneficio de la vacunación en general*".

Como se ha mencionado, los datos de personas vacunadas debían ser enviados para su cómputo nacional y así en la provincia de Logroño se recoge en el año 1866<sup>70</sup> un total de 5.432 niños vacunados de los que fallecen 133 (2,45%) y 3.145 no vacunados, falleciendo 591 de ellos (18,80%). Entre los púberes y adultos se vacunan por primera y segunda vez 1.678 individuos y fallecen 41 de ellos (2,44%). De esta forma el Ministerio de la Gobernación recopilaba datos provinciales a fin de elaborar una estadística nacional y verificar los resultados de la vacunación y su demostrado efecto en el descenso de la mortalidad.

En Calahorra el Dr. Hita y Comas refiere en su estudio médico topográfico realizado entre los años 1884-1885 la relación de las 97 defunciones habidas en el bienio y su causa, y según las certificaciones facultativas no aparece la viruela (Hita, 1886, 63). De hecho, aunque no se conoce el tiempo en ejercicio en Calahorra el Dr. Hita reconoce que "*las varioloides, viruela, escarlatina y miliar no son tan frecuentes que merezcan un estudio detenido, pues por mi parte rara vez las he tenido que tratar*" (Hita, 1886, 71-3). Bien es cierto que durante los años estudiados el problema en Calahorra no era la viruela, sino otra enfermedad también epidémica, el cólera.

En Cervera del Río Alhama y su distrito el Dr. Juan Manuel Zapatero González en su estudio Médico Topográfico presenta unas cifras de mortalidad por viruela de 65 casos ocurridos entre 1880 y 1898. Aunque los años 1882 y 1897 son lo más duros, 1880 es el que bate el récord de mortalidad, con 20 niños, 8 niñas, 4 mujeres y 4 hombres. (Zapatero, 1916:172-3).

---

<sup>70</sup> INE: Anuario 1866-1867. Niños púberes y adultos vacunados en 1866, y mortandad causada por la viruela en dicho año. Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística.



La epidemia de viruela en Quel ocurrida en 1882 es recogida por su médico titular D. Augusto García Barrio en su “Memoria Médico topográfica de la villa de Quel” quien presentó este trabajo a la Real Academia de Medicina de Barcelona y consiguió por ello una mención honorífica en el concurso de 1886. Es un trabajo manuscrito de 24 páginas con cuadros estadísticos y especificaciones topográficas de la villa. La presenta con el siguiente lema: “La higiene es la rama más hermosa y lozana del frondoso árbol de la medicina” (García Barrio, 1886). La epidemia de viruela acaeció entre los meses de marzo a junio de 1882, importada de Calahorra y se extendió por todo el pueblo atacando principalmente a los niños no vacunados. La enfermedad se presentó en diferentes formas: discreta, confluyente, en corimbos, hemorrágica y gangrenosa. *“En los individuos vacunados la erupción fue benigna, escasa, siguió un curso regular, necesitó un ligero tratamiento y no causó ninguna defunción. Los no vacunados presentaron casos más graves, formas más peligrosas, fue más lenta la marcha de la enfermedad, más larga la convalecencia...”* y algunos murieron.

Las medidas higiénicas aconsejadas a los vecinos se centraron en la más exquisita limpieza y para ello se cerraron las escuelas, se fumigaron las casas con agua clorurada y fenicada y se destinó un lavadero para las ropas de los epidemiados. La otra recomendación higiénica era la vacunación y revacunación que estaba bastante descuidada. Debido a la epidemia la mayor parte de los vecinos se dejó inocular la vacuna, pudiéndose comprobar que *“si el virus es fresco y reúne las condiciones debidas prende, y las dos erupciones su curso”*, la espontánea y la producida por la vacuna. El Dr. García Barrio tras la invasión de la enfermedad a la población de Quel recomienda la revacunación cada diez años y, en caso de epidemia, administrarla a todas las familias.

Los invadidos fueron en total 102, de ellos 96 eran menores de quince años de edad y el grupo más afectado fue el de las niñas entre cinco y diez años. De las 13 defunciones ocho eran niñas menores de quince años.

Formas de presentación de la viruela. Quel. 1882

Demostración por clases	Invasiones	Defunciones
Discreta	51	2
En corimbo	12	-
Confluyente	29	3
Hemorrágica	8	6
Gangrenosa	2	2
Total	102	13

Fuente: (García Barrio, 1886)

### **Santo Domingo de la Calzada 1871**

Entre los años 1871 y 1872 tuvo lugar en Santo Domingo de la Calzada, localidad de la Rioja alta, una epidemia de viruela descrita por el médico titular D. José María Caballero y Villar, en una memoria presentada a la academia de Medicina de Barcelona para optar al concurso en 1896 del premio Salvá y Campillo, obteniendo por ello accésit. Esta memoria manuscrita consta de cincuenta páginas y presenta la siguiente estructura: tras una breve introducción sigue con la descripción topográfica de la localidad, de la población, epidemias anteriores, la epidemia de viruela, seis observaciones de casos clínicos y las conclusiones. No contiene cuadros estadísticos del devenir de la epidemia porque no tuvo tiempo debido al excesivo trabajo y porque delegó las vacunaciones y revacunaciones en un practicante de su confianza y otro que actuaba independientemente, que variaron el curso de la epidemia, y no pudo coordinar sus notas. Santo Domingo de la Calzada contaba con 987 vecinos en 1871, unos cuatro mil habitantes cuyo modo de subsistencia era la agricultura de cereales y bastantes huertas, y una industria escasa reducida a la alpargatería, dos fábricas de curtidos, alfarería, cordelería y tejares. Los vientos dominantes, del N y O, las tormentas, las lluvias escasas por falta de arbolado y los cambios bruscos de temperatura son la causa de las enfermedades dominantes, de índole catarral y reumática.

Santo Domingo de la Calzada es una que estaba dotada con dos plazas de médicos titulares aunque un mes antes del desarrollo de la epidemia el compañero se trasladó a otro pueblo, por lo que fue el Dr. Caballero quien tuvo que hacerse cargo de la atención de la epidemia.

Las citas que encontramos en esta memoria del Dr. Caballero son: Chanffard, Sanson, Domillard, Resnier, Conidert, Martinelli, Nimeyer, Skada, Behier, Cohn, Huger, Koch, Tronssean p40, Sidenhan, Van Sorciten y Roherha, Jenner, Gregory, Julio Gerson y Gautihier, Steimbrunner, Otto, Pfaft, Verde-Delisle y la publicación Union Medicale. Destacamos de este apartado que no se cita a Hipócrates.

Hay en Santo Domingo edificios públicos importantes como la catedral, las casas consistoriales, juzgado y cárcel, un convento de monjas, otro de exclaustrados de San Francisco donde se ubica el hospital municipal, de escasas condiciones higiénicas, aunque bien pertrechado de ropas y utensilios domésticos y abundante alimentación. En el piso bajo de dicho edificio se encuentran las escuelas municipales para niñas y párvulos, dirigidas por las Hermanas de la Caridad. Las escuelas para niños ocupan otro edificio antiguo de no muy buenas condiciones higiénicas para el fin destinado. El

cementerio es reducido, rodeado de casas del arrabal del norte. Las casas son en su mayor parte de sillería y de ladrillo en el casco urbano, de dos pisos y otras de tres, lo mismo que algunas de los arrabales, aunque aquí dominan las de adobe y suelen ser de un piso. Las paredes de las habitaciones suelen estar enlucidas con cal o yeso, pero abundan las empapeladas, incluso en los arrabales y están habitadas por gente dedicada a la labranza. En todas las casas hay, por lo menos, una pareja de mulas para el trabajo del campo. Los suelos son de ladrillo aunque en ciertas casas particulares se va generalizando el pavimento de madera. En la parte sur de la población hay un lavadero público que no recibe el cuidado y aseo necesario por parte de la municipalidad, aunque la mayoría del vecindario utiliza el río Oja para el lavado de ropas, o en el molino que se divide en varios canales para el riego de las huertas.

Los alimentos son de buena calidad y abundantes en la clase labradora y en la artesana, haciendo gran consumo de garbanzos, alubia, caparrón y patatas, con tocino, carne de cerdo y vacuno. Se consume mucha lechuga y en verano muchos pimientos, tomates, pepinos, abusando en todas las épocas del año del vino y del picante. También el pan es de buena calidad.

El vino fue considerado alimento, medicamento por indicación facultativa, como el vino de Jerez, y elemento esencial en la dieta de los labradores durante las tareas del campo, en las comidas y en el tiempo de ocio. Se postula por tanto como un elemento imprescindible en las relaciones sociales. El picante es un condimento que se consume en exceso y las razones por las que esto ocurre podemos encontrarlas en su alto contenido en vitamina C que estimula la producción de endorfinas y serotonina, ofreciendo una sensación de bienestar general. Podemos pensar también que su utilización era debida a la necesidad de enmascarar el sabor de las carnes en estado dudoso para su consumo. De todas formas, el gusto por las salsas picantes no sólo se debe a su sabor, sino a un componente fundamental de estos alimentos llamado capsicina, sustancia que otorga al pimiento su poder irritante. Esta sustancia estimula las terminaciones nerviosas de la boca y hace experimentar una sensación cerebral de endorfinas con su consiguiente euforia temporal. Por tanto, el vino y el picante son elementos accesibles para toda la población, por los que se consigue un cierto estado de bienestar mediante su consumo y forman parte por ello de la búsqueda individual y constante del hombre hacia nuevas sensaciones, especialmente si son aceptadas y compartidas socialmente, hasta el punto de definir rasgos culturales que se manifiestan

en los usos y costumbres de su producción, la manera de su consumo y la preferencia de su uso como rasgo distintivo en la forma de hacer comunidad.

No se dan las enfermedades endémicas, aunque entre los operarios de las fábricas de curtidos se dan casos de carbunco y pústulas malignas por el contacto con pieles infestadas. La policía sanitaria está muy descuidada pues las calles se limpian muy pocas veces y en muchas casas hay patios sin desagües donde se arrojan toda clase de inmundicias, como en los arrabales, donde los vecinos colocan grandes montones de fiemo delante de las casas que extraen de las cuadras. Entre las afecciones frecuentes se dan las dermatitis de naturaleza eccematosa producidas por la falta de higiene de los vecinos, que nunca se lavan. La robustez que aparentan los habitantes, según el entendimiento de don José María, no es tal, pues cuando en alguna ocasión tuvo que ordenar una emisión sanguínea o sangría, nunca copiosa, incluso en hombres, seguidamente se presentaba la anemia. El temperamento de las gentes es el linfático y se explica por la clase alimentación, en la que dominan las leguminosas y las feculentas y el abuso, como ya se ha dicho del alcohol y el picante. Entre las mujeres es frecuente la cloro-anemia y la amenorrea, que atribuye a las mismas causas.

Santo Domingo padeció la epidemia de cólera en 1834-35, produciendo gran mortalidad, según cuentan los ancianos, aunque en el archivo municipal no existen dichos datos, relata don José María. La epidemia de cólera de 1855 se presentó bruscamente desde el 23 de septiembre hasta finales de noviembre, ocasionando el primer día catorce invadidos y cinco defunciones y en total, según referencias de otras personas, 150 invadidos y 90 fallecidos. También ha habido algunas epidemias de sarampión sin carácter maligno y, desde 1868 en que comienza la estancia de don José María en Santo Domingo, concretamente en el año 1869, se produjeron 32 casos de fiebre tifoidea, de carácter adinámico mayoritariamente, sin producir defunciones. En 1870 se presentó otra epidemia, esta vez de escarlatina, con 47 invadidos menores de 16 años y dos fallecimientos.

El doctor Caballero se enfrentó a una epidemia de viruela en 1871, en medio de incomprensiones de todo tipo, tanto de la población que no atendía sus recomendaciones profilácticas, como las vacunaciones y revacunaciones y el aislamiento debido en los casos de afectados, pues desoyendo las indicaciones los enfermos eran visitados por parientes y amigos, favoreciendo de esta manera la extensión de la enfermedad. Pero la incomprensión más dolorosa a la que tuvo que enfrentarse fue la de la autoridad que no procuró medios, ni procedimientos ni ayuda de ningún tipo. Desde la detección del

segundo caso, el médico pidió repetidamente al alcalde que tomara medidas, que convocara a la junta municipal de sanidad que, aunque sí se reunió no concluyó nada efectivo debido a que estaba compuesta en su mayoría por personas ajenas al ámbito sanitario. La junta resolvió el asunto enviando a un alguacil que vigilara si las sardinas que se vendían en un puesto de la plaza estaban en mal estado y pudieran ser la causa de la epidemia, con lo que el médico se percató de que no tenían en cuenta su parecer como autoridad sanitaria, “*ante tamaño desatino*” y que no contaba mas “*que con sus propias fuerzas y la ayuda de la divina providencia*” (Caballero Villar, 1871: 15).

Las personas afectadas eran visitadas por sus familiares y vecinos a pesar de las advertencias en su contra lo que facilitó la propagación de la epidemia. El médico pidió asimismo que el alcalde se comunicara con el gobernador civil de la provincia para que procurase cristales de linfa vacuna y proceder así a las vacunaciones del vecindario, sin obtener resultado. Así es que como subdelegado de medicina de Santo Domingo puso en conocimiento del gobernador la aparición y carácter alarmante de la epidemia, incluso solicitó él mismo, por su cuenta, al Instituto Médico Valenciano desde donde se le proveyó prontamente de lo necesario para iniciar las vacunaciones y revacunaciones y así, delegando su puesta en marcha en un ministrante de su confianza, poder atenuar el contagio y el curso de la epidemia. El doctor Caballero se enteró de que el lavado de las ropas de los variolosos se efectuaba en cualquier parte, mezclándose entre las de todo el vecindario, lo que hizo saber al alcalde y, por fin, le autorizó a publicar un bando mandando que el lavado de las ropas se hiciera en la parte baja del río, reservando la parte alta para el vecindario sano, encargándose un guarda particular de vigilar lo mandado. Otra medida que pudo tomar fue la de informar a los maestros y maestras de primera enseñanza de que no admitieran en la clase a aquellos niños que hubieran padecido la viruela hasta que no llevasen un certificado de él mismo en que constase que podían ser admitidos. Con estas medidas, tardías a su entender, en el mes de mayo, desde noviembre en que comenzó, se empezó a notar la disminución de las invasiones. Este cambio en el curso de la epidemia también lo atribuye al efecto de las vacunaciones y revacunaciones realizadas entre el vecindario, que fomentó todo lo que le fue posible y que fue aceptada por el miedo colectivo a la enfermedad más que por los consejos.

El tratamiento utilizado durante la epidemia por el médico fue principalmente el ácido fénico, interna y externamente modificando, según su experiencia, la fórmula del Dr. Chanffard que lo utilizaba para rebajar los síntomas febriles y disminuir la supuración. En el apartado del tratamiento encontramos anécdotas dignas de mención

como la relatada en la memoria: se trata de un remedio que le ofreció una persona ilustre que se encontraba de forma accidental en Santo Domingo refiriéndose a la eficacia obtenida por la horchata de lentejas blancas que había dado excelentes resultados en Granada. Aunque el Dr. Caballero no veía en las lentejas virtudes específicas ni siquiera como desinfectante aunque aceptó su uso de buen grado considerando las lentejas como agente atemperante, reparador y nutritivo. Hubo casos de invadidos con delirio agitado en los que utilizó con buen resultado el almizcle y los refrigerantes, estableciendo la causa del delirio a la fiebre elevada. Para calmar la sed de los invadidos recomendaba agua de limón, nitrada o azucarada, aunque había quienes le pedían con insistencia el agua con unas gotas de vinagre, a lo que accedió sin dificultad. En los casos con síntomas tíficos o adinámicos, en el periodo de maduración o supuración, recomendaba el cocimiento de quina o el cocimiento antiséptico simple, caldo sustancioso y vino de jerez, que ya había sido utilizado como agente higiénico y terapéutico desde el siglo XI (Doña, Herrera, 1990: 337-348), huevos duros y alguna sopa ligera. La forma hemorrágica se presentó en pocos individuos en los que se consiguió alguna ventaja relativa mediante la quina y el ácido sulfúrico y alumbre según una fórmula que él mismo administra y de la que al menos no tuvo que arrepentirse. No ha usado los opiáceos aun en los casos de insomnio pertinaz y delirio porque considera que son un desequilibrio nervioso causado por la fiebre intensa, para lo cual ha usado en algunas ocasiones el baño templado con excelentes resultados. Para la erupción de las mucosas recurre a colutorios boratados en lugar del clorato de potasa. Para evitar las cicatrices del rostro emplea pomada de sublimado blanco, alabado por autores del momento como Nimuyer, o el aceite de almendras dulces fenicado en lugar del colodión y el emplasto de Vigo por parecerle medios “demasiado crueles”. Tampoco le parecen apropiados los mercuriales y la disolución de sublimado, aconsejados por Skada, por los efectos perniciosos que puede ocasionar su absorción en determinada cantidad. La pomada de precipitado blanco y el aceite fenicado, unidos a la precaución de tener las habitaciones con muy poca luz pero bien ventiladas le dieron resultados excelentes para evitar deformidades y cicatrices extensas, sin declarase este efecto excepto ligeras señales en algunos enfermos. No llevó a cabo la punción de las vesículas y su cauterización porque son medicamentos abandonados de la buena práctica y tampoco se atrevió a usar la digital por la “*tendencia que tiene esta planta a aplanar las fuerzas y porque no considera que su acción de un efecto seguro*” (Caballero Villar, 1871: 21). La quinina, que juzga como el antipirético preferente, no la ha usado en la fiebre variolosa por considerar su resultado dudoso

según había consultado en una publicación. En estos casos, le ha parecido prudente “propinar” el alcohol, coñac a partes iguales con agua administrado a cucharadas, según aconsejaba Béhier y en algunos casos el baño general templado con buenos resultados.

El Dr. Caballero es contrario a atajar la fiebre por sí sola, como síntoma, antes bien es partidario de atajar la causa productora de la hipertermia, investigando su génesis, la entidad patológica que determina y desarrolla esta cohorte que la acompaña y que se conoce con el nombre de síntomas, es decir, no le parece todo lo filosófico que debería ser. Por ello que deplora el abuso que se hace de los antipiréticos, “sobre todo de la antiperina”, que se administra aun en casos leves de “calentura efímera”. Su actitud investigadora ante la realidad del tratamiento de la viruela, tan solo sintomático, le hace cuestionarse si el ácido fénico u otro antiséptico será el agente capaz de atenuar la infección variólica, ya que no se conoce el agente causal y solamente la vacunación es el medio de prevenir la infección. De los estudios de tentativas de cultivo en los tejidos de los variolosos no se conocen todavía resultados positivos por parte de Cohn, Koch y otros, según nos dice, por lo que propone investigar si el ácido fénico es efectivo en esta enfermedad para poder generalizar su uso, mediante estadísticas de resultados ya que el ácido fénico preserva en gran medida las cicatrices y las huellas cutáneas características y con su uso se consigue una curación rápida según los hechos recogidos por Chanffard, Domillar y Resnier, además, le ha dado buenos resultados en esta epidemia asegurando que a ninguno de los enfermos les quedaron cicatrices profundas “*ni repugnantes*”. Años más tarde cuando ya no era médico titular, según pudo saber el Dr. Caballero, hubo otra epidemia de viruela en Santo Domingo en la que no se usó el ácido fénico y “*la mortalidad superó con mucho a la observada en esta memoria*” y “*las condiciones locales, topográficas y climatológicas eran las mismas, aunque pudieron variar las cósmicas y telúricas*” (Caballero Villar, 1871: 26).

El número total de invadidos según las edades en la epidemia de viruela en Santo Domingo de la Calzada entre los años 1871-1872 es el siguiente:

0-1 años	1-5 años	5-10 años	10-20 años	20-30 años	30-40 años	> 40 años	Total invadidos
56	88	97	276	157	33	16	723

Los datos de la resolución de los invadidos, según su clase y forma de gravedad son: Total invadidos: 723. Viruela discreta: 171. Viruela confluyente: 552, de las cuales fueron graves 408. De éstas fueron más graves, por los accidentes que las acompañaron:

adinámica, 22; hemorrágica, 15 y una gangrenosa. La forma dominante, por tanto, en que se presentó la viruela fue la confluyente.

Una de las dificultades que más trabajo le costó vencer fue la de recomendar a las familias que no se abrigase en exceso a los enfermos en la cama, pues la costumbre era echarles cuatro o cinco mantas de lana encima, para así favorecer la erupción según les decía la costumbre, aunque les dificultara incluso la respiración y una mínima comodidad. La recomendación del baño general templado fue otra indicación a la que encontró gran resistencia, sobre todo cuando la enferma era una mujer casada y el marido, según su criterio, contestaba que no quería matar a su mujer, pero según el curso de la enfermedad, que se agravaba, el médico la mandó confesar y fue entonces cuando el marido consintió a duras penas, encargando a un ministrante que preparara y presenciara el baño para verificar si así se hacía. La epidemia atacaba a toda clase de individuos, incluso a familias con cinco hijos, principalmente cuando las condiciones higiénicas en las que vivían eran muy insuficientes, compartiendo todos ellos la misma habitación y sin apenas ventilación.

Una de las actividades que el médico desempeñaba era procurar la debida atención espiritual a los enfermos, como parte de la debida atención integral cuando el pronóstico no ofrecía más expectativas, recomendando estuvieran sacramentados, mediante la confesión y la unción de los enfermos.

La mortalidad no llegó al 6% de los invadidos, siendo el mayor número de fallecidos los comprendidos entre los 9 y los 13 años de edad. De los vacunados y revacunados desde que se empezaron las inoculaciones, de cuya operación se encargaban los practicantes, no hubo ningún invadido desde principio de febrero a últimos de julio que duró la epidemia. Se verificaron unas 400 vacunaciones, de las cuales aproximadamente 20 lo fueron en personas adultas. También hubo individuos vacunados y revacunados en los que la operación no dio resultado, incluso repitiéndose dos y tres veces. De todo ello, el Dr. Caballero da buena cuenta a pesar de no poder aportar datos exactos debido al excesivo trabajo que lo mantuvo ocupado y no pudo detallar la estadística.

La vacunación y revacunación estaba muy abandonada en Santo Domingo de la Calzada, siendo muy escasos los padres que cuidaban de que se administrase el preservativo de la viruela entre sus hijos. Según el parecer del médico, si la epidemia no duró más tiempo fue porque las vacunaciones y revacunaciones practicadas garantizaron a muchos de los vecinos que si no hubieran usado el medio profiláctico no se habrían



librado del contagio; la enfermedad habría discurrido con más número de invadidos y con pronóstico más grave. La forma de presentación varioloide, que no ofrece gravedad, también se dio en esta epidemia aunque pocos casos.

La viruela, de origen desconocido, nos dice el médico, se engendra por la transmisión del hombre enfermo al hombre sano, siendo la transmisibilidad fija cuando el líquido de las pústulas actúa sobre la epidermis, como la inoculación, o bien difusa cuando las pústulas en estado de sequedad son absorbidas por un organismo en receptividad, sin haber perdido su poder infeccioso primitivo. No se conoce, ni está demostrado hasta la fecha, si el “veneno” existe en la sangre o en las exhalaciones de los enfermos, ni si el líquido incoloro de las pústulas es de origen animal o vegetal.

Durante la epidemia el Dr. Caballero se encontró con algunos casos en los que la vacuna no fue eficaz, no “prendía” y no se formaba la pústula ni la areola inflamatoria, características tras la inoculación. Este fenómeno pudo contrastarlo con un colega de una capital de provincia, que refería su aparición en demasiados casos a su entender. La explicación que le trasladó fue que la linfa utilizada era la misma una y otra vez, por lo que era necesario también tener en cuenta la calidad del material a inocular en el procedimiento de la vacunación y revacunación. Hacía cuatro o cinco años que había traído varios tubos de verdadero cowpox, lo había inoculado en algunos individuos y de aquéllos a otros y así sucesivamente. Después recogió cristales cargados de linfa extraída de los últimos individuos vacunados y los guardó desde el mes de octubre hasta abril siguiente que hizo inoculaciones en una ternera; cuando las pústulas estuvieron formadas, transmitió el virus a muchos niños y adultos, de éstos a otros lo mismo que el año anterior, y vuelta a cargar los cristales y a verificar la misma operación. En estas circunstancias sucedía que algunos inoculados, cuatro y hasta cinco veces eran atacados de viruela. Tras comprobar el procedimiento de inoculación, recomendó a su colega que renovara todos los años la “linfa germinatriz”, buscándola en la misma fuente donde se produce el verdadero cowpox. Ya entonces la vacuna era objeto de comercio o de industria y debían asegurarse de la procedencia de los “cristales de simiente” ya que podían estar adulterados o ser ineficaces.

Esta reflexión acerca de la eficacia de la vacunación la refuerza con su propia experiencia al observar que los vacunados en el primer tercio del siglo XIX, cuando empezó a extenderse la vacuna, se habían mostrado más refractarios al contagio. La explicación que encuentra es que en aquella época no se hacían tantas derivaciones del “virus genésico”, no se habían generalizado los centros de vacunación y la “linfa

generatriz” en la mayor parte de las localidades era legítima y verdadera y, por consiguiente conseguía que la inmunidad fuera un hecho. Se funda en estas razones para decir que una inoculación con estas garantías tiene mucho más valor profiláctico que las realizadas posteriormente. En cuanto al tiempo que dura la inoculación protectora se inclina a decir que es de diez a doce años y en los que han recibido una buena vacuna, la revacunación nunca desarrolla pústulas tan amplias y típicas como en la primera vacunación.

El mismo entusiasmo que despertó un adelanto en la práctica vacuna levantó al mismo tiempo una corriente de detractores de la misma, *“como los tiene todo pensamiento que brota espontáneamente y que produce una revolución en las ideas, como todo hecho innovador que determina”* y tanto unos como otros, defensores y adversarios exageran sus afirmaciones según entiende el Dr. Caballero.

Entre 1825 y 1829 se trató de demostrar por parte de algunos médicos de Europa que la vacuna no era perniciosa, todo lo más inofensiva o inútil como medio profiláctico contra la viruela. El detractor más destacado y que más despiadadamente ataca y condena la vacuna es el Dr. Verde-Delisle quien publica sus razonamientos en 1855 y atribuye a la vacuna la propagación de la fiebre tifoidea, la escrofulosis, el cáncer, la enajenación mental, las enfermedades de la médula, la tendencia al suicidio, hasta el simple catarro (Verde-Delisle, 1856: 151), debido a que la influencia fatal de la vacuna priva al organismo de un medio de depuración y eliminación de agentes tóxicos que se verifica a expensas de la erupción de la viruela. Era partidario de la inoculación en lugar de la vacunación, pues a su entender no se había reflexionado debidamente los efectos de la vacunación. En la época del descubrimiento de Jenner, el progreso era la moda, la pasión de la sociedad, el progreso y la filantropía lo que colmaba los anhelos del momento (Verde-Delisle, 1856: 173). Lo cierto es que se prodigaba la vacunación como panacea, pues *“además de ser un eficaz preservativo de las viruelas, cura también muchas otras enfermedades, como las cutáneas, hidropesías, fiebres, tercianas y quartanas rebeldes..., no siendo menos admirable en las diarreas y disenterías que padecen los niños en la dentición, la que facilita también prodigiosamente; y por último, que da esperanzas de ser un preservativo de la fiebre amarilla o vómito negro”*. Con estas afirmaciones dictadas por el Dr. Balmis en el Reglamento para que se perpetúe la vacuna en la Nueva España, también se conminaba a los vacunadores a continuar los experimentos con prolijidad y fina crítica para no confundir los resultados de esta práctica (México, 1810: 6).

En las conclusiones extraídas por sus observaciones, el Dr. Caballero indica que en Santo Domingo de la Calzada no se reconocen enfermedades endémicas. La epidemia de viruela se produjo a partir de un caso, el de una joven que la había padecido en Miranda de Ebro, en la que se observaron todas las formas de viruela siendo la más numerosa la confluyente. Las defunciones se produjeron en el periodo de supuración y ninguna en el de erupción. Las edades en las que se produjeron los fallecimientos fueron de los 9 a los 14 años. La marcha de la epidemia no se circunscribió a una zona o barrio concretos, sino que se diseminó por toda la ciudad y sus arrabales, sin seguir un patrón determinado. El número de invadidos fue de 723, el de fallecidos 39 (6% de los invadidos). No hubo grandes diferencias entre sexos en cuanto a la enfermedad y la mortalidad. Las medidas profilácticas fueron nulas al principio y no muy eficientes después debido a lo poco que podía hacer observar al vecindario en cuanto a sus costumbres que facilitaban el contagio, solo restaban las vacunaciones y revacunaciones como profilaxis, lo que hizo que la epidemia no se propagase más. El tratamiento, aunque no puede ser más que sintomático, fue el antiséptico basado en el ácido fénico “*inter et extra*” consiguiendo resultados beneficiosos.

El médico se encontró en una situación complicada con varios frentes de resistencia, fundamentalmente debido a la escasa aceptación de la población de las recomendaciones higiénicas de los usos y costumbres relacionados con la salud y la enfermedad junto con otro factor, no menos penoso, como era la turbia implicación de la autoridad o la administración, parapetadas en la burocracia que encofradas con el tinte institucional no ofrecían soluciones a las fundadas demandas del facultativo. No cabe duda que estas resistencias al cambio estuvieron implicadas en la marcha y resolución de la epidemia.

### **Enciso 1878**

La “*Memoria médico-topográfica de la villa de Enciso, escrita con motivo de la Epidemia Variolosa de 1878*” (Merino y Hernández, 1879) es un estudio realizado por Froilán Merino y Hernández, médico titular de Enciso y Subdelegado de Sanidad del partido de Arnedo junto con Donato Hernández Oñate, Socio de número de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Barcelona, y comisionado por la Excma. Junta Provincial de Sanidad de Logroño para la asistencia de dicha epidemia. La obra se encuentra depositada en la Academia de Medicina de Barcelona (Urteaga, 1980: 34), (Casco Solís, 2011: 233). Consta de 41 páginas impresas y está publicada en Logroño en

1879 por la imprenta y librería El Riojano. Esta memoria de Enciso también está disponible en formato manuscrito<sup>71</sup> con una extensión de 70 páginas. Fue premiada con Accésit en el concurso de la Academia de Barcelona en 1890 (Vallribera, 2000:108)

El primer apartado que encontramos es una introducción de generalidades y parte topográfica de la villa de Enciso, encabezado por el primer aforismo de Hipócrates que dice: “Vita brevis, ars longa, occasio paeceps, experientia fallax, iudicium difficile.- Oportet autem nen modo se ipsum exhibiere quae oportet facientem, sed etiam aegrum et praesentes, et aeterna” (*La vida es corta y el arte largo; la ocasión, fugaz, el experimento, peligroso y el juicio, difícil. Así, no sólo debemos estar preparados para cumplir con nuestro deber, sino que también deben cooperar el paciente, los ayudantes y las circunstancias externas*). Continúa con la parte histórica de la epidemia, etiología, sintomatología y curso de la epidemia describiendo con casos particulares las formas de presentación de la enfermedad, diagnóstico, pronóstico, demostración por clases de las invasiones de viruela, terminación, tratamiento, cuadros estadísticos de invadidos y defunciones causadas por la epidemia, las medidas sanitarias tomadas en la localidad, la vacunación y la revacunación, la lista de suscriptores y cantidades con que han contribuido en el transcurso de la epidemia y, por último, la aprobación de la Junta Provincial de Sanidad a cargo del gobernador D. José Bellido en Logroño, el 18 de febrero de 1879.

El cometido de ambos médicos era atajar o remediar en la medida de lo posible la epidemia de viruela que se desarrollaba en la localidad de La Rioja Baja de Enciso. Para ello disponían de vacuna de aplicación a la población y también de recursos económicos que se procuraron por medio de una suscripción a la que cada uno contribuía con su voluntad. Esta recogida de donativos que alcanzó la suma de 19.442 reales, fue por supuesto registrada en el ayuntamiento por su secretario, quien realizó una nómina de suscriptores y la facilitó a los autores para su inclusión final en la obra impresa. Por este motivo conocemos que el Dr. Hernández Oñate condonó sus honorarios a favor de la suscripción, un total de 800 reales; sin embargo, el Dr. Merino donó 100 reales. Las aportaciones principales corrieron a cargo de la Diputación Provincial y del obispo, con 4000 y 2000 reales respectivamente. También donó 100 reales el párroco y 200 Juan José Gutiérrez, diputado provincial (pag 39-40).

---

<sup>71</sup> Real Academia de Medicina de Barcelona. Caixa V, nº 2.

Las citas de autores que encontramos son en primer lugar Hipócrates, Jenner, como no podría ser de otra forma al tratarse de una epidemia variolosa en las fechas en que ocurría, y en el apartado de vacunación y revacunación se cita a Monneret y Fleuri, Husson (2 veces), Odier, Herpin, Rayer, Clerault, Rilleet y Barthez, Guersaut y Blache, Jauvet y Rendú, resultando un total de quince autores citados en toda la obra.

En esta obra encontramos mención concreta al ambientalismo, pues de forma minuciosa se describe el clima, que es benigno en general, la presión atmosférica y los vientos, contando el lugar con buena ventilación. Los autores añaden su interpretación sobre el efecto del climatismo en las personas: *“estas condiciones físicas no solo modifican, sino que ejercen su acción en el estado fisiológico y patológico en las afecciones morales: si a esto se agregan los ejercicios y género de vida, los alimentos y bebidas, el trabajo y la ociosidad, se tendrá el carácter diversificado que se observa en los pueblos separados por una corta distancia; si la localidad y la atmósfera participan de distintas y opuestas cualidades, se tendrá la diferencia notable que ofrecen los sentimientos, las costumbres, las inclinaciones, la fisonomía y hasta las enfermedades”*.

En la descripción de este apartado también se alude a las cualidades geológicas del terreno, donde encontramos relación directa con las teorías telúrica y miasmática, cuando afirman *“Sabemos que la atmósfera es el fomes de la vida, y que las cualidades se modifican por las emanaciones de los diferentes terrenos”*, o sea, *“Tal es el cielo, cual fuere el suelo”* según afirmaba Hipócrates en su obra más mencionada *“De aires, aguas y lugares”*.

Enciso cuenta con 280 casas de regular construcción, distribuidas en 31 calles, bastante llanas y espaciosas, bien empedradas y limpias con cinco plazuelas, además de la mayor, y dos iglesias. En la parte menos declive existen algunos edificios de moderna construcción, de elegante arquitectura. De los 270 vecinos de que se compone la localidad, dos terceras partes están dedicadas a la fabricación de paños, que es la industria por excelencia, otros vecinos se ocupan en oficios artesanales (herrerros, carpinteros, sastres...) y bastantes jóvenes emigran a Andalucía para el comercio de diferentes artículos. Según los cálculos de los autores, hay aumento de población, pues tomando por término medio un quinquenio, nacen en un año 39 y fallecen 28 personas.

Los vecinos de Enciso son robustos, activos, vigorosos, prudentes, previsores, trabajadores, económicos y de buenas costumbres. El temperamento dominante es el sanguíneo-bilioso y se alimentan con carnes frescas y de puerco, hortalizas, legumbres, buen pan y vino.

Aunque no se detalla el número de personas que reciben instrucción sí que nos dicen los autores que hay dos escuelas de ambos sexos y una tercera sostenida por varios particulares, y todas están perfectamente regidas.

Las enfermedades más frecuentes son las estacionales, como pleuresías, pulmonías, catarros, reumatismos y rara vez las intermitentes, encontrándose con frecuencia la cloro-anemia en las jóvenes, y en la estación del estío dolores cólicos y algunas irritaciones intestinales.

Con respecto a las subsistencias hay que destacar que funcionan cinco fábricas de paños, por cuya celebridad se conoce a Enciso en toda la nación, dos fábricas de curtidos, una de chocolate y tres molinos harineros. La agricultura es escasa y la vinicultura nula, aunque la horticultura es abundante y variada. Existen numerosas huertas y a ello se dedican con predilección los habitantes. También cuentan sus montes con abundante caza mayor y menor.

En relación con las infraestructuras sanitarias, la villa de Enciso cuenta con una “elegante” oficina de Farmacia a cargo del licenciado y titular D. Pedro Sarabia. También hay una sola mención al Hospital Municipal. Existe un lavadero público de moderna construcción, posiblemente a consecuencia de las últimas invasiones de epidemias coléricas, que dejaban al descubierto la necesidad de construcción de lavaderos adecuadamente ubicados en el entorno de la localidad. También se indica una carretera que se dirige a las aguas sulfurosas de Villarijo, en la provincia de Soria, propiedad del diputado provincial D. Juan José Gutiérrez

La epidemia comienza de viruela en octubre con dos casos, importada del pueblo de Santa Cruz en Soria, (distante 19 kilómetros) por un vecino que visitó Madrid en los meses de agosto y septiembre. En el mes de noviembre ya había en Enciso ochenta y tres personas invadidas, tal era la propagación entre el vecindario. Tras destacar los deplorables estragos que ocasiona una mala topografía, las causas de la epidemia apuntan a tres factores. Por un lado la viruela es causada por un miasma contagioso que se exhala del cuerpo de los individuos atacados y *“dado que ciertos estados desconocidos de la atmósfera, independientes del frío y del calor, comunican este miasma a las personas predispuestas, por medio del aire infectado que pudo ser el conductor de dicho germen desde Santa Cruz, puesto que aquellos días soplaban de allí los vientos.”* Por otro lado, las aguas que fluían de Santa Cruz se mezclaban con las encharcadas y sucias que bebían los vecinos debido a la sequía. Además los autores se cuestionan si no pudo ser la influencia de las cargas eléctricas, que se sintieron por esas

fechas, del desarrollo de la epidemia e incluso de su incubación. En suma, aire infectado que se propaga, agua encharcada y contaminada por la sequía y descargas eléctricas son los tres factores planteados como causa de la epidemia. La enfermedad comienza a principio de noviembre y cursa hasta finales de diciembre, se desarrolla en ambos sexos, tanto en los pocos vacunados como en los que estaban sin vacunar. Los mayores estragos los causa en la infancia y la juventud y en *“los que vivían envueltos en la miseria y la estrechez”*, siendo inevitable la transmisión del germen suspendido en el aire, pues además de la afluencia de mucha familia, las habitaciones son reducidas, mal ventiladas y sin ningún medio de aislamiento, de tal modo que *“ha habido casas donde en una habitación y en dos camas hemos tenido cinco variolosos de diferente sexo y edad”*. La memoria ilustra con estadísticas desagregadas por edad y sexo los casos de invadidos (209) y fallecidos (45), resultando una mortalidad de 21,531%. El mayor número de fallecidos recae sobre la población menor de seis años de edad. Las vacunaciones son realizadas por *“el Practicante D. Miguel Cenicero, quien después de ejecutar con acierto y sin aprensión cuanto se refiere a la cirugía menor, ha inoculado la vacuna a unas 800 personas”* (Merino, Hernández, 1879, 38). Merece atención la mención del autor en cuanto a la labor desempeñada por el practicante, reconocido para la cirugía menor y las vacunaciones así como su aportación en favor del control de la epidemia.

La viruela se manifiesta en todas sus formas de presentación a lo largo de la epidemia, siendo la hemorrágica, petequial o negra la más letal, junto con la gangrenosa. La mortalidad afecta a más del 20% de individuos afectados, como se muestra en la siguiente tabla:

Formas de presentación de la viruela en la epidemia en Enciso.1878

Formas de presentación de la viruela	Invasiones	Defunciones	Mortalidad (%)
Discreta o Diseminada	94	4	4,26
Confluyente, Coherente o Supuratoria	76	24	31,58
En Corimbos	24	2	8,33
Petequial, Hemorrágica o Negra	11	11	100,00
Gangrenosa	4	4	100,00
Total	209	45	21,53

Fuente: Elaboración propia

Las varioloides, otra forma de presentación de la enfermedad muy frecuente y benigna, no causan defunciones, no se describe en el curso de las epidemias pero es otra forma de padecimiento que cursa tras la vacunación y/o revacunación o por contagio; la vacuna prende y modifica la viruela natural, atenúa sus efectos y es más rápida y benigna su terminación. En la memoria de la epidemia los médicos *“hacen caso omiso de la abundancia de varioloides, cuya forma padeció el más joven de nosotros”*, pues al igual que el resto de vecinos los médicos estaban expuestos a los avatares de la enfermedad y a sus consecuencias, *“que a los quince días de revacunado, manifestóse la erupción, sin fiebre ni síntoma alguno más que pústulas, muy limitadas, que han dejado señales indelebles”*.

En la viruela discreta o diseminada se suceden los cinco periodos de la enfermedad, incubación, invasión, erupción, supuración y descamación y difiere de la confluyente por la diseminación de las pústulas, siendo en ésta la muerte la regla y la curación la excepción. La corimbosa es muy semejante a la confluyente excepto que las pústulas se presentan superpuestas y separadas a intervalos de piel sana. En la viruela hemorrágica el signo son las petequias, manchas purpúreas equimóticas y hemorragias digestivas en forma de melenas, casi siempre de pronóstico fatal. De la forma gangrenosa, mortal en la totalidad de los casos, fallece un chico de doce años, *“de temperamento sanguíneo muy pronunciado”* apareciéndosele manchas, sin supuración, de color violado negruzco que profundizaban a los músculos subyacentes formándose grupos esfacelados que se desprendían en escaras al sexto día, de un olor comparable al de la carne podrida *“obligando al enfermo a dar grandes alaridos, tanto que se veían algunos huesos del brazo y antebrazo al descubierto y en este estado falleció al noveno día en medio de crueles sufrimientos y en perfecta integridad de sus facultades intelectuales”*.

De la fiebre variolosa sin erupción, otra variedad muy frecuente, apenas dan cuenta por no ser grave aunque la padecen 50 personas. En general, las mujeres embarazadas que eran invadidas por la viruela sufrían un aborto con grandes metrorragias.

El diagnóstico de la enfermedad no entrañaba dudas y mucho más en época de epidemias. El pronóstico varía según la naturaleza de la constitución epidémica y de la fiebre concomitante, según la edad del enfermo, temperamento, género de vida, posición social y el carácter de los síntomas. Con respecto al tratamiento, el método curativo empleado es el que *“de tiempo inmemorial aconseja la ciencia”* puesto que no se



conocía “*específico alguno directo*”. Según se consideraba el padecimiento de índole flogística o nerviosa se decidían los medios a emplear, así los médicos “*sangrábamos, purgábamos y poníamos revulsivos, dábamos tónicos, estimulantes, antisépticos y difusivos*”. En el momento de la invasión, si las condiciones particulares lo permitían, “*se hacía necesario el uso de los eméticos y emeto-catárticos con la sangría para disminuir la fuerza flogística o inflamatoria de una vasta erupción con el fin de que fuera completa, evitando que sobreviniese una retropulsión del exantema, de resultado muy grave*”. En general las indicaciones principales son dos: “*sostener las fuerzas del enfermo para que éste dure más que la enfermedad*”, para lo que se empleaba la dietética, caldos, sustancias y vinos secos, leches, preparaciones ferruginosas y quínicas y en segundo lugar tratar que la erupción se verificase empleando eméticos, abrigo, diaforéticos, polvos de Dover<sup>72</sup>, sales amoniacaes, sinapización ambulante a toda la piel, etc.

Al principio del curso de la enfermedad se sometía al paciente a dieta absoluta aconsejándose en unos casos refrescos y agua acidulada e hidrógala en otros. Al presentarse la erupción coincidía con la remisión de la fiebre y se pasaba al “*método expectante*” no violentando el curso de la enfermedad y “*se les concedía a los enfermos algún alimento tenue como caldo, yema, agua panada o de avena, arroz, etc.*”. El tratamiento sintomático se administraba cuando volvía la fiebre, otra vez con dieta absoluta y preparaciones antipiréticas para pasar al régimen analéptico una vez comenzaba la convalecencia para restablecer las fuerzas. También se administraban “*ligeros purgantes con objeto de depurar el mal y librar al paciente de innumerables complicaciones*” y “*cuando predominaba el síntoma Delirio, el almizcle asociado a la quinina*”. Se producían estados inflamatorios afectando a las membranas serosas como pericarditis, endocarditis o pleuritis, en otros casos afectaba a los tejidos como neumonías secundarias, hepatitis intersticiales o nefritis. El órgano más afectado era la piel, desarrollándose flemones y forúnculos en número considerable, consiguiéndose en algunos casos resultados positivos recomendando privación de la luz junto con toques en la cara de disoluciones débiles de nitrato de plata, colodión, azafrán y glicerados de ácido fénico para evitar las señales indelebles de la enfermedad.

---

<sup>72</sup> La composición de los polvos de Dover (polvos de ipecacuana y opio compuesto) es una mezcla que contiene un 10% de polvos de opio, un 10% de polvos de ipecacuana, bien mezclado con el 80% de cualquier otro ingrediente en polvo, que no contenga estupefaciente alguno.

Dentro de las medidas higiénicas a tomar hacia las condiciones que tomaba la enfermedad en la población se ordenan los sahumeros con plantas aromáticas, la ventilación de las habitaciones y mantener una temperatura más bien fresca, mucho aseo, mudar las ropas con frecuencia y agua clorurada y fenicada como desinfectantes. Era necesario transmitir estas recomendaciones *“pues sucedía que en pequeñas y mal ventiladas habitaciones, tenían herméticamente cerradas las puertas y ventanas, con grandes braseros que daban lugar al enrarecimiento de la atmósfera, unido al empeño de tener muchas cubiertas en la cama, así como la mucha luz, que sabido es, perjudica.”*

Al comienzo de la epidemia, *“hubo tan solo cinco casos y no siendo posible la secuestación, se procuró el aislamiento, poniendo centinelas en las puertas de las respectivas casas, para que nadie se comunicase con los enfermos mas que los asistentes”*. Pero a los cuatro días la enfermedad se propagó a unas veinte personas, por eso se pasó a tomar medidas generales más enérgicas como la clausura de las escuelas públicas y privadas y el casino. Se precedió a hacer hogueras en las calles y plazas con plantas aromáticas, previniendo al vecindario que usara esas plantas en las casas. Se ordenó hacer fumigaciones continuas de agua clorurada y fenicada y quemar pólvora en abundancia en las casas, la limpieza general de calles, cuadras, letrinas y corrales y el alejamiento de los acúmulos de estiércol. Se construyó un lavadero provisional para el lavado de las ropas de los epidemiados al abrigo de la intemperie. Se invitó a los dueños de fábricas a que procediesen con limpieza y ventilación esmeradas.

La atención religiosa también se tuvo en cuenta y los *“auxilios espirituales se prestaban privadamente a los enfermos”* y se prohibió el toque de campanas en estos actos para disminuir el pánico que, con fundamento, existía. Se hizo un depósito en el cementerio para los cadáveres, disponiendo se echasen 25 kilos de cal viva en las fosas y regándolas con desinfectantes líquidos. Se hacían reconocimientos en la carnicería, tiendas de comestibles y demás establecimientos públicos y se recomendaba no hacer excesos en las comidas y bebidas para evitar estados de predisposición al contagio. La última recomendación, la más importante, es la vacunación y la revacunación,

Convencer a la población de la necesidad de la vacunación era una tarea ardua, pues se desconfiaba de sus efectos desde los tiempos de la inoculación. La falsa creencia de que, vacunando y revacunando en tiempo de epidemia variolosa, podía ésta incrementarse y tomar un carácter maligno o hacerse confluyente en los que llegaran a padecerla era muy difícil de eliminar y solamente se conseguía en situaciones críticas. Se

organizó una suscripción entre las autoridades provinciales y eclesiásticas y los particulares para recaudar fondos que sufragasen las necesidades durante la epidemia consiguiéndose 19.442 reales. Los autores agradecen la colaboración a la Junta Provincial de Sanidad que además de sus aportaciones da su aprobación a la memoria realizada. También se proclaman loas tanto al alcalde que es el presidente de la Junta Local de Sanidad como a los concejales y a las autoridades eclesiásticas.

### **La viruela negra de Arnedillo 1888**

La repercusión de la viruela entre la población trasciende en el tiempo pues afectaba a todos los órdenes de la vida y suponía modificar los hábitos de conducta bajo la amenaza de la terrible enfermedad. Tal es así que en la actualidad se conmemora en la localidad de Arnedillo la conclusión de una epidemia de viruela negra, según las crónicas actuales, ocurrida en 1888. Podemos imaginar sin mucho esfuerzo, después de adentrarnos en la memoria de Enciso diez años antes, lo que pudo suponer la viruela de tipo hemorrágico o viruela negra en una población de 1300 habitantes<sup>73</sup> ocasionando 35 defunciones<sup>74</sup>: fiebre, dieta, purgas, supuración y necrosis de los tejidos, pústulas generalizadas en la piel, dolor agudo por el roce con las ropas, abortos y metrorragias en las embarazadas, pronóstico de secuelas en órganos y tejidos, fallecimiento de algún miembro de la familia, incapacidad para llevar a cabo las tareas del campo y dificultades en la subsistencia, en una palabra pánico generalizado en la población.

En diciembre de 1887 comenzó en Arnedillo una epidemia de sarampión apareciendo el último caso en el mes de marzo de 1888 ocasionando 26 víctimas. En octubre de ese año 1888 comenzó la epidemia de viruela terminando en el mes de enero de 1889, en verdad un mal año para el pueblo y para su médico D. Isidoro García<sup>75</sup>. De las defunciones ocurridas por viruela solamente en un caso aparece definida y es viruela confluyente y no hay información alguna que aluda a la viruela negra o hemorrágica, en la fuente consultada. Este dato nos hace pensar que la memoria colectiva del vecindario

---

<sup>73</sup> INE. Censo de 1887

<sup>74</sup> Archivo Diocesano de Logroño-La Calzada. Libro de finados 1852-1892, Libro 10, Caja 11. Arnedillo, 1888. Folios 372-384.

<sup>75</sup> Conocemos el nombre del facultativo al consultar el número de fallecidos en ese año para contrastar el dato referido en la prensa que todos los años hace una crónica del suceso. Figura el Dr. Isidoro García en el Libro de finados del Archivo Parroquial de Arnedillo el 7 de mayo de 1889 quien, además de sus cometidos en la asistencia a los vecinos en la enfermedad y en las epidemias, *bautiza privadamente a una niña que había nacido unas horas antes*. Archivo Diocesano de Logroño-La Calzada. Libro de finados 1852-1892, Libro 10, Caja 11. Arnedillo, 1889. Folio 387.

como víctima, se ha construido en base a los acontecimientos epidémicos que se sucedieron en torno al año 1888 aunque no sea de forma rigurosa.

Todos los años, desde entonces, el último domingo de noviembre se celebra en el pueblo una procesión con la imagen de San Andrés, a quien los vecinos veneran debido a la protección recibida por los estragos de la enfermedad. Las crónicas actuales relatan la “procesión del humo” como una supervivencia de lo ocurrido, atribuyéndose a la tradición y a la fe. Para la conmemoración se realizan hogueras con haces mojados de romero, produciendo una gran humareda entre la que se desarrolla la procesión portando al santo en prueba de agradecimiento. Ahora sabemos que la tradición popular ha incorporado los saberes médicos en cuanto a los sahumeros de plantas aromáticas pues, como se ha expuesto, eran ordenados por los médicos como una más de las medidas higiénicas a adoptar en la epidemia, aunque ya se usaba desde la edad media con propiedades desinfectantes. También forma parte del rito la propia hoguera como elemento simbólico purificador y así lo manifiestan los lugareños, que quien respira el humo del sahumero queda libre de afecciones. Esto se traduce en la actualidad en una particularidad tradicional del pueblo o una manifestación folclórica que reúne a los visitantes en torno a la procesión, entre el humo de hogueras de romero humedecido, por las calles y esquinas de las plazas. Los actos religiosos con la celebración de una misa en la que participan las cofradías y la procesión por las calles con la imagen de San Andrés, culminan con otro elemento tradicional como es la comensalidad, con el asado de alimentos propios del lugar (choricillo, panceta, huevos o cebollas) en las ascuas de las plantas aromáticas. De esta forma se otorga a la comida compartida el sentido de celebración y opera como otro elemento unificador en la comunidad e insertada en las manifestaciones sociales, en las que quedan incluidas las de tipo religioso. El hecho de recordar la temida epidemia nos informa de cómo el vecindario actúa en comunidad, resaltando la participación de todos los habitantes y allegados con sus roles y estatus, formando un conjunto unido frente a una gran adversidad que afecta a todos.

La devoción a San Andrés, según las crónicas, se debe al azar, pues los vecinos hicieron rogativas a varios santos, dedicándoles una vela encendida a cada uno y, de entre siete velas, la de San Andrés fue la que más tiempo duró encendida. Las crónicas actuales atribuyen a un milagro del santo la resolución de la epidemia, pero nada se sabe de las vacunaciones y revacunaciones que para 1888 se realizaban en situaciones epidémicas como norma sanitaria.

## **El Instituto Higiénico de Logroño, una institución para la vacunación**

El Instituto Médico Valenciano creó el 2 de julio de 1851 la Comisión Central de Vacunación por solicitud de sus socios para fundar un centro de vacunación y extender la vacuna. Esta Central de Vacunación recibía directamente el genuino cowpox del Establecimiento Nacional de Vacunación de Londres. En su reglamento se dispone el nombramiento de comisiones de distrito en las ciudades o pueblos donde residan socios corresponsales, prestándose a ayudar en la propagación y estudio de la viruela y, consecuentemente, funcionaron en diferentes épocas las de ciudades y localidades entre las que se encontraba Logroño. Se ocupaban de inocular y propagar el preservativo remitido por la Central y enviando a la misma, anualmente, los registros de vacunados y una memoria con datos esclarecedores de las debatidas opiniones en relación con la profilaxis de la viruela. También disponía el reglamento *“la adquisición del cowpox, que natural o artificialmente pueda desarrollarse en las vacas del país, e inoculado en el hombre describir los síntomas que produzca, comparándolos con los del cowpox inglés. Pero los estudios al respecto “no han dado un resultado satisfactorio en pro del cowpox procedente de las vacas de nuestros países”* (Ferrer, 1871).

En 1882, se creaba en Logroño el Instituto Higiénico, instalado en enero de 1883 en la calle de los Baños como centro de vacunaciones contra la viruela, de iniciativa y propiedad particular, subvencionado por la Diputación y el Ayuntamiento. Estaba dirigido por los médicos D. Gerardo González del Castillo y D. Víctor Lorza, quienes se encargaron de la vacunación de civiles y, sobre todo, de militares, puesto que sobre este colectivo pesaba la obligatoriedad de la vacunación. Su cometido comprendía, además, la vacunación a los pueblos de la provincia que lo solicitaban y acudían cada año a Burgos y a San Sebastián por solicitud de sus Ayuntamientos<sup>76</sup>. De su actividad, estos médicos con espíritu emprendedor, rendían cuenta al Ayuntamiento mediante una memoria anual en la que se justificaba su creación y mantenimiento. La finalidad de este Instituto de Higiene de Logroño era el cultivo de la vacuna animal para cubrir las necesidades de Logroño (De Luis, González, 1894) y la vacunación directa de la ternera a la población, por ser la técnica mediante la que se evitaba la transmisión de enfermedades, como así se hacía en muchos otros lugares de España y el exterior. Hay que recordar que la introducción de la vacunación entre la población estuvo sometida a muchas dificultades para llegar a ser exitosa. Una de esas dificultades era el temor de la

---

<sup>76</sup> A.M.L. Expedientes de vacunaciones. 1883. Sig 51/13. Cód 2.4.3

gente a infectarse de sífilis, tuberculosis y otras infecciones con la vacuna de linfa humanizada, por eso se extendió la vacunación con linfa de ternera. Al ser un centro subvencionado el servicio de vacunación era gratuito para las clases necesitadas y para las pudientes se ofrecía por una módica retribución. A pesar de que Logroño contaba con un centro bien dotado para prevenir y atajar en su caso las epidemias de viruela, no se evitó la epidemia ocurrida en Logroño, principalmente en el barrio del Cortijo en 1881 tal como refiere el Dr. Hernández Oñate, ocasionando 140 defunciones. El barrio de El Cortijo era una aldea de unos 90 a 100 vecinos que estaban todos sin vacunar y la epidemia produjo de 30 a 40 víctimas (Hernández, 1889, 128-30).

Las causas de la epidemia no están claras *“porque se presentan ocultas, no hay medios de indagarlas, pero ella se manifiesta más o menos persistente, ella cada día ataca nuevos individuos y no hay necesidad de que reine una determinada temperatura para tomar vastas proporciones”* (Hernández, 1889, 97). Se cree que la epidemia en Logroño se debe en primer lugar al contagio, ya mediato ya inmediato y después al descuido en lo referente a la vacunación. Esto se fundamenta en que en los establecimientos de beneficencia donde la vacunación no se olvida, apenas se presentan atacados de viruelas y se observan menos defunciones, pues son los últimos en ser invadidos y los que menos mortandad presentan cuando la viruela toma carácter epidémico. Se recoge en la mencionada obra una tabla con los siguientes datos de defunciones por viruela, destacando las cifras del año epidémico de 1881.

Defunciones por viruela. Logroño Quinquenio 1877-1881

Defunciones por Viruela en Logroño	1877	1878	1879	1880	1881	Total
Hombres	20	0	1	9	80	110
Mujeres	27	1	0	0	60	88
Total	47	1	1	9	140	198

Fuente: Hernández Oñate, D. (1889)

En abril de 1894 el arquitecto municipal Francisco de Luis y Tomás junto con el médico Pelegrín González del Castillo presentan una memoria manuscrita de 135 páginas sobre el estado higiénico de la ciudad de Logroño al Ayuntamiento. En esta memoria presentan datos comparativos de mortalidad entre el quinquenio estudiado por el doctor Hernández (1877-1881) y por ellos mismos entre 1889 y 1893, arrojando un total de 125 defunciones por viruela, de las cuales 105 corresponden al año 1891 por la

epidemia ocurrida en la ciudad y la pedanía del Cortijo, destacando a su vez el año de 1893 en que no hubo defunciones por esta causa (De Luis, 1894: 133).

INSTITUTO HIGIÉNICO DE LOGROÑO.					
(Instalado en Enero de 1883.)					
	Vacunaciones practicadas de la ternera.	Número de pústulas obtenidas.		Revacuaciones practicadas.	Pústulas obtenidas.
Enero. . . . .	9	12			
Febrero. . . . .	8	13	Marzo. . . . .	3	12
Marzo. . . . .	73	284	Abril. . . . .	82	257
Abril. . . . .	254	716	Mayo. . . . .	6	20
Mayo. . . . .	76	253			
	420	1278		91	289

Estadística de vacunaciones practicadas de la ternera. Instituto Higiénico de Logroño. (Hernández, 1889:98)

La técnica de la vacunación directa de la ternera es mencionada por el Dr. Hernández Oñate (Hernández, 1889, 34-5): “*la vacunación directa de la ternera hecha en las mejores condiciones, consiguiendo propagar...tan precioso preservativo el cual se inoculaba anteriormente de brazo a brazo, transmitiendo a un ser inocente el germen quizá de enfermedades diatésicas o específicas, lo que en parte contribuía a que se mirase con indiferencia tan valioso recurso, hasta que el Instituto Higiénico ha generalizado la vacunación directa de la ternera*”. Esta institución era apreciada en el entorno profesional por su innovación, y porque en materia de Higiene era “*de las primeras de la Península*”.

La técnica de la “*vacunación directa desde ternera*” en la vacunación contra la viruela era conocida en Europa desde 1860, pero en España comienza a introducirse en Madrid en 1883 por el Dr. Balaguer. Era un procedimiento más seguro e higiénico que la vacunación de brazo, y como se ha mencionado preservaba a los vacunados de los temidos contagios (Simón, Rúa, 2007).

Logroño también contó con esta técnica avalada médicamente para la profilaxis de la viruela, a cargo del médico Víctor Lorza a principios del siglo XX.



D. Víctor Lorza extrayendo la vacuna antivariólica directamente de la ternera. Logroño, 1905.  
(Rocandio y Trespaderne, 2012:149).

La proliferación de centros privados de vacunación fue favorecida por Real Orden de 14 de diciembre de 1872, que consagró el libre mercado vacunífero al disponer que los médicos no necesitaban la autorización del Gobierno para establecer Institutos de vacunación por ser “*industria libre y lícita para los Profesores de la ciencia de curar*” (Campos Marín, 2004:99). Por medio de esta Orden el Ministerio de la Gobernación resolvió la solicitud del Doctor Sosvilla para crear en Sevilla, bajo su dirección, y costeadado exclusivamente a sus expensas, un centro de vacunación animal con el nombre de Instituto Práctico de vacunación animal de las provincias de Sevilla, Córdoba y Cádiz, ofreciendo y facilitando la linfa vacuna a las clases pobres y al Gobierno<sup>77</sup>. Se confeccionaron incluso las tarifas, que eran aprobadas por el Presidente de la Comisión vacunadora para la venta de cristales, tubos y costras en el Centro General de Vacunación, así se disponen los precios: Por una vacunación, ya sea directamente de la ternera, de brazo a brazo, o de tubo se cobraban 2,50 pesetas; por un tubo con linfa de la ternera 3 pesetas, por un cristal de ídem dos pesetas y por una costra seca 15 pesetas<sup>78</sup>. Hay que tener en cuenta que de cada costra se podía extraer linfa para al menos seis vacunaciones.

Orense cuenta también con un Instituto de Vacunación del Colegio Médico Farmacéutico, por iniciativa de éste desde 1885, y su actividad transcurre ofreciendo vacunaciones diarias contra la viruela y “*vacunación directa desde terneras*” los domingos y lunes. Palencia cuenta también con un centro de vacunación privado, unos años más tarde que Logroño “*existe un centro de vacunación directa de directa de la ternera, fundado en 1887 por iniciativa particular*”, y que “*el público prefiere la*

<sup>77</sup> Gaceta de Madrid nº 354, de 19 de diciembre de 1872, pp 882.

<sup>78</sup> Gaceta de Madrid nº 170, de 18 de junio de 1876, pp 727.



*vacunación directa de la ternera a la de la linfa enviada por el Instituto de Vacunación del Estado*<sup>79</sup>. Por lo tanto Logroño no se situaba a la zaga en estas cuestiones, sino que actuaba por iniciativa propia al compás de los acontecimientos técnico-médicos en trono a la vacunación de la viruela.

El informe de las actividades realizadas en el Instituto Higiénico de Logroño en 1883, un año después de su inauguración por los médicos fundadores del mismo, es remitido al Ayuntamiento, justificando el Centro de Vacunación especialmente animal, *“por ser de resultados indudablemente preferentes a la humanizada según la doctrina del momento y casi universalmente aceptada por la ciencia”*. El reglamento de dicho Centro es aprobado por el Ayuntamiento en sesión de 9 de enero de 1883, señalando una subvención por el servicio gratuito de los pobres de la ciudad y todo su apoyo moral. Los objetivos del centro, plasmados en su reglamento<sup>80</sup> eran conservar la vacuna animal y la humanizada de forma continuada y en toda su pureza, propagar la práctica de la vacunación por los medios convenientes, estudiar el virus de forma experimental en seres vivos, su transmisión y efectos, analizar física, química e histológicamente las diferentes linfas obtenidas, determinar los medios de transporte y conservación de la linfa-vacuna a lugares distanciados sin pérdida de efectividad, investigar la virtud profiláctica de los virus por si alguno pudiera garantizar mayor eficacia o seguridad, indagar si se pueden inocular otras enfermedades virulentas junto con la linfa-vacuna y realizar estadísticas epidemiológicas anuales con todos los datos disponibles cuyos destinatarios eran el gobernador civil, la diputación provincial y el ayuntamiento. Entre los compromisos que los directores del centro adquirirían se encontraban el de proporcionar fluido vacuno a otros centros o institutos de vacunación que lo solicitasen y con los que mantuvieran relaciones de reciprocidad (Cerdeira, 2013: 687)

El artículo segundo de dicho reglamento señala la presentación de los resultados y al ser el primer año de funcionamiento, los médicos directores del centro destacan el número considerablemente mayor de vacunaciones de personas pobres practicadas durante ese año que las que se realizaban con anterioridad en la ciudad. Para este cometido los firmantes se sienten secundados por los compañeros médicos de la población que *“realizaron la oportuna propaganda a su favor”*. Otro factor que influyó

---

<sup>79</sup> *Semblanzas médico sanitarias de Palencia*. Carlos Bendito González. Disponible en: [http://www.google.es/search?hl=es&rlz=1T4GGIK\\_esES287ES291&q=carlos+bendito+gonzalez+palencia&start=10&sa=N](http://www.google.es/search?hl=es&rlz=1T4GGIK_esES287ES291&q=carlos+bendito+gonzalez+palencia&start=10&sa=N). [Consulta el 5 de mayo de 2010]

<sup>80</sup> AML, expedientes: Reglamento para el Centro de Vacunación de Logroño de 16 de diciembre de 1882, sig. 101/16.

en los buenos resultados era la mayor facilidad que el público encontraba para vacunarse en este centro, que funcionó durante cinco meses en 1883, aunque la exigencia de la población no requería ni con mucho tanto tiempo para cubrir sus necesidades en este punto. La vacunación animal también fue otro factor que contribuyó al mayor número de vacunaciones ese año, siendo una verdadera novedad en Logroño.

El número de vacunaciones con éxito fue del 95%, resultado verdaderamente satisfactorio ya que se asemejaba al de casi todas las estadísticas publicadas por diferentes institutos de Vacunación. Destacan los autores que todos los años durante la estación de otoño han tenido ocasión de observar que con mayor o menor importancia se ha presentado en Logroño la epidemia variolosa. Sin embargo en ese primer año de funcionamiento no ha habido viruela ni en el hospital ni en la población, a pesar de hallarse infectados diferentes pueblos de la provincia que sostienen comunicación con la capital. No ha sido suficiente la existencia de algún caso, como otras veces, para propagar la enfermedad. Aunque los médicos no pretenden que el hecho sea debido exclusivamente al centro de vacunación, lo ponen en conocimiento del alcalde. Firman el informe el día 28 de diciembre de 1883 los médicos Ezequiel Lorza, Pelegrín González del Castillo y Tomás Sáenz Viguera. El presidente y alcalde, Miguel Salvador, anota en sesión de 29 de diciembre el brillante resultado obtenido por los profesores y destaca el servicio realizado a las clases menesterosas por lo que les traslada el reconocimiento del municipio. En la memoria se presentan datos precisos de la actividad vacunadora en 1883, realizándose 545 operaciones en total. Vacunados 461, de los cuales prendió la vacuna en el 95% y revacunados 84 con un 88% de éxito. Las operaciones gratuitas fueron 451 (83% del total de las realizadas) y 94 las de pago. Se realizaron vacunaciones a 333 pobres con papeleta del Ayuntamiento (61,10%). Nótese el término “operados” para describir a las personas que recibieron el profiláctico de la viruela, como así se denominaba también en otras obras médico-topográficas, como la realizada por D. Miguel Coll, médico titular de Peñaranda de Bracamonte (Coll, 1899, 190) y en general, para describir la técnica inoculadora de las incisiones y seguimiento de su evolución y maduración. En la vacunación por grupos de edad llama la atención, a primera vista, que el techo de la edad de vacunados se señala en los cuarenta años. Así, según la estadística presentada, se vacuna a 291 niños de cero a un año de edad,

suponiendo más de la mitad de todos los vacunados ese año (53,39%) que se produjo a lo largo de nueve meses<sup>81</sup>.

En 1884 presentan de nuevo al Ayuntamiento la memoria de las actividades realizadas en el Instituto de Vacunación D. Ezequiel Lorza y D. Pelegrín González del Castillo. Se refiere al estado de las vacunaciones y revacunaciones practicadas en Logroño, recogándose esta vez el total de inoculados, que no operados, lo que denota ya un cambio en el lenguaje técnico. Se notifica un total de 987 inoculados en cuatro meses, marzo, abril, junio y octubre, evitando los periodos estivales, de los cuales 786 eran militares de la guarnición de la plaza de Logroño. De los 380 vacunados “*prendió*” en el 89% y de los 607 revacunados el 98,90%. En este estadillo presentado el 31 de diciembre de 1884 se hace notar también el ítem de “*se ignora el resultado de la vacunación*”, esto es, no se supo si prendió o no la vacuna por dos motivos, por no encontrar el domicilio, lo que supone que se comprobaba la eficacia de la operación visitando al inoculado en su domicilio y el otro motivo por ser forasteros los inoculados. Otro dato de interés en el estadillo presentado es que “*muchos de los vacunados tenían menos de 10 años y sin embargo prendió*”<sup>82</sup>, circunstancia que ponía de manifiesto la calidad de la linfa empleada para vacunar gratuitamente a los niños pobres (Perdiguero et al, 2004). Los propios médicos hacen notar el menor número de inoculados con respecto al año anterior y es que era difícil superar las cifras de operados debido al éxito alcanzado, el primer año de su puesta en marcha entre la población, de la vacunación directa de la ternera, teniendo en cuenta la resistencia que la población tenía hacia la vacunación de brazo. Se vacunó a niños y adultos, hasta cuarenta años de edad, que no lo habían sido anteriormente “*... por el proverbial abandono que se venía notando en ciertas clases especialmente, a pesar de que nunca fue desatendido por la autoridad local*”. Asimismo llamaban su atención al Ayuntamiento para que “*se excitase bien a los señores maestros, bien al vecindario en general a no mirar con indiferencia un asunto tan altamente favorable a la salud pública*”. El caso es que la viruela se presentaba en Logroño de una manera casi endémica y cuando no había epidemia la gente no consideraba de excesivo interés la vacunación. Los autores se congratulan de la confianza recibida para llevar a cabo la inoculación de los militares, lo que presentan al alcalde como garantía de su buen hacer. Otro hecho referenciado en la memoria de ese año es el de “*haber sido encargado al personal del centro de vacunación de Logroño*

---

<sup>81</sup> AML. Expedientes de vacunaciones. 1883. Sig 51/13. Cod 2.4.3

<sup>82</sup> AML. Expedientes de campañas de vacunaciones de 1884. Sig 51/14. Cód 2.4.3

*por la Corporación municipal de la importante capital de San Sebastián, de practicar las inoculaciones de la clase pobre de aquel vecindario*". Esta medida tuvo muy buena acogida tanto por las autoridades como por los médicos, por ello fueron convocados en la siguiente primavera, pues habiéndose presentado la viruela en la ciudad tuvieron noticia oficial de no haber sido atacado ni uno solo de los vacunados. Hacen notar que sean requeridos sus servicios por parte de una ciudad con más recursos que los de Logroño, por eso vuelven a destacar la importancia del centro de vacunación, adelantándose a capitales más importantes.

Los profesionales del centro de vacunación, dos médicos vacunadores, un visitador y un veterinario de primera clase, también contaban con el personal subalterno necesario. Los médicos vacunadores realizaban las técnicas de inmunización, bien con fluido de la ternera, de brazo a brazo o con otro material fluido conservado previamente. El médico visitador se encargaba de realizar el seguimiento de los vacunados, observando la evolución y resolución de las pústulas, incluso en los casos de inmunizaciones a domicilio. El veterinario del centro era el encargado de contratar las reses y practicar la vacunación para conservar la vacuna animal, ocupándose de su manutención y estado de salud y que era D. Victoriano Cantera, veterinario titular de Logroño e Inspector de carnes. Otra actividad de este centro fue la de proporcionar a los ganaderos de reses lanares *"una provechosa novedad"* no especificada, similar a la viruela y que causaba estragos en los rebaños.

En sesión ordinaria del día 8 de enero de 1887 el alcalde de Logroño da el visto bueno a la memoria presentada de nuevo por los doctores D. Ezequiel Lorza y D. Pelegrín González del Castillo, correspondiente a los años 1885 y 1886, otorgando un *"voto de gracia por las benévolas frases dedicadas a la representación popular y que se siga apoyando todo lo posible a dichos facultativos que tan laudable empeño demuestran por la conservación de la salud pública, primera necesidad de los pueblos cultos."* Este reconocimiento escrito a modo de "coletilla" lo firman el presidente y alcalde Francisco Díez. Según los datos presentados, en 1885 fueron inoculadas 252 personas prendiendo la vacuna en el 93% de los vacunados y en el 70% de los revacunados. También asumieron la vacunación de 846 militares de la guarnición, lo que suma un total de 1098 vacunados durante cinco meses ese año, observándose en el mes de febrero un solo día de vacunación. Además se hicieron vacunaciones en Haro, San Sebastián y Burgos. En 1886 se vacunó durante siete meses, siendo el de octubre el que más actividad registró. El total de inoculados fue de 436, de ellos 327 eran vacunados

con una eficacia del 92% y de 86 revacunados prendió en un 70%. También se vacunó a 992 militares que suman un total de 1428 inoculaciones realizadas e hicieron vacunaciones en Haro, San Sebastián, Tarazona y Burgos. Sin contar a los militares, que se notificaban aparte, se lamentan los facultativos de haber alcanzado un menor número de inoculados que el año anterior por la dificultad de encontrar terneras en condiciones para conseguir *“una linfa inmejorable por su origen y esmerado cultivo”*. El propósito del centro era *proporcionar al público vacunación casi constante y por el procedimiento directo de la ternera, hoy unánimemente reconocido como el único exento de peligro*. En el mes de julio aparecieron algunos casos de viruela en el Hospital Provincial que se propagaron lentamente por algunas casas próximas, *“donde la higiene y la de sus habitantes no era la más ejemplar”* temiendo pudiese llegar a una epidemia, pero se *“vio que la enfermedad no encontraba elementos de propagación y que los pocos sujetos atacados eran casi todos sin vacunar”*. Se lamentan de lo ocurrido por la facilidad que existe para vacunarse, *“pudiendo la clase pobre hacerlo sin más que presentarse y solicitándolo”*. En noviembre y diciembre pareció recrudecerse algo la enfermedad aunque siempre contenida y ello *“es prueba del poder profiláctico de la vacuna”*. Las proporciones alcanzadas por la viruela en el último año *“han sido mucho menores que las anteriores”* ya que Logroño sufría sus efectos con frecuencia. Este año de 1886 se sufrieron las consecuencias *“debido a haberla importado el regimiento de Infantería de Andalucía que salió epidemiado de Burgos”*, y *“ha sido más atenuada”*. El hecho sirve de enseñanza *“pues no tan solo se ha confirmado la acción favorable de la vacuna tanto en la inmunidad producida en los vacunados expuestos al contagio, sino la marcha benigna de los atacados por la enfermedad”*. Se manifiesta en la memoria *“el conocimiento de lo recomendable que la ciencia considera hoy la revacunación, puesto que la acción del virus inoculado se supone que pierde su virtud al cabo de un periodo de tiempo de diez a quince años”*<sup>83</sup>.

El Dr. Hernández Oñate refleja en su memoria topográfica de Logroño una tabla describiendo las vacunaciones practicadas en el Instituto Higiénico en los primeros cinco meses de su instalación, diferenciando las practicadas de la ternera y el número de pústulas obtenidas siendo estas últimas aproximadamente tres veces superiores en número y, de igual modo, en las revacunaciones (Hernández Oñate, 1889: 98). La linfa obtenida de los individuos inoculados era destinada a la propagación de brazo a brazo si

---

<sup>83</sup> AML. Expedientes de campañas de vacunaciones (1885-1887). Sig 51/15 Cód 2.4.3

era adecuada y así evitar las enfermedades transmisibles por este método. Tras la operación se observaba la marcha de la erupción en los vacunados y revacunados mediante la visita al domicilio del individuo inoculado. De la linfa desarrollada en las primitivas pústulas de un individuo inoculado se podía, por inoculaciones sucesivas de brazo a brazo, inocular a seis más.

## **Huércanos 1892**

Entre 1891 y 1892 se desarrolla en Huércanos otra epidemia de viruela que describe su médico titular, el Dr. Emilio Casas Arriola en una memoria que presenta primero a la Academia de Medicina de Barcelona en 1892 y a la Academia de Medicina de Madrid en 1895, ambas manuscritas. El hecho en cuestión es la descripción de la epidemia, como así dice su título, aunque al contemplar ambas ediciones podemos observar al menos una significativa diferencia. Se trata de la posición teórica desde la que se aborda la higiene, la epidemia al fin y al cabo. Desde el comienzo de la obra de 1895, el Dr. Casas introduce su memoria con un significativo elogio de la aportación de la Bacteriología a la higiene pública, por *“las maravillosas conquistas realizadas por la medicina experimental que han dado impulso poderoso al estudio de las enfermedades epidémicas, desentrañando los oscuros problemas de etiología en que se hallaban envueltas y haciendo desaparecer las pretendidas causas de influencias meteorológicas y dietéticas, de misticismo astrológico, constitución endémica y epidémicas y cuantas concepciones metafísicas y filosóficas trataban de resolver su definitiva verdad científica. Desde que el microscopio nos ha revelado un nuevo mundo de seres imperceptibles y se nos ha hecho objetiva la causa ..., se ha adquirido el convencimiento que para dar origen a las epidemias se necesita un ser animado, un microorganismo, un germen específico en la actualidad seriamente demostrado”*... La rapidez de la difusión de la teoría microbiana y el entusiasmo con que se la acogió por tantos investigadores, debía producir una reforma radical en la manera de considerar las enfermedades epidémicas. *“...Del conocimiento de la causa se desprenderá una profilaxis cierta y sumamente poderosa”*. *“La anatomía y fisiología patológicas, la histología y microbiología y cuantas ciencias trabajan en la resolución de los problemas clínicos, nos han puesto en posesión de la causa eficiente de los estados patológicos, señalando el mecanismo, lecciones y evolución de las enfermedades infecciosas. La clínica ha abierto de par en par sus puertas a todas las corrientes de la ciencia; el laboratorio es oído y consultado por ella, y dándole fundamento sólido a la*

*higiene y a la terapéutica han sabido aminorar el contingente patológico de las epidemias reduciendo a insignificantes las horrorosas hecatombes de otros tiempos”.*

Con estas afirmaciones el Dr. Casas hace un recorrido por las corrientes científico médicas desarrolladas durante el siglo XIX, desde la medicina fisiológica a la etiológica contando con las aportaciones del laboratorio en el ámbito de la bacteriología, un compendio de la historia de la mentalidad de la ciencia médica del momento.

La memoria recibida en Barcelona el 10 de septiembre de 1892 por el secretario perpetuo de la Academia mereció accésit en la sesión inaugural de 1893 del premio Dr. D. Francisco Salvá y Campillo conteniendo 89 páginas manuscritas con el título de “Observación de una epidemia”. En esta primera edición de la descripción de la epidemia se cita a Fonssagrives, Sidenhan, Trousseau, M. Williams, Rhásis, Borsien, Boerhaave, M. Pasteur, Planchud, Coze y Feltz de Estrasburgo, Tigri, Davaine, Miller, Doctor Cornill, Salmi y Gautier, Brieger. Incluye una cita de la publicación “Clínica Medica”. El autor exordia la obra con un aforismo de Domenico Cotugno (1736-1822) que dice: “*Morborum curatio ita fere instituenda est in variolis uti institueretur si variolae non adessent*”, que podría traducirse como que el Tratamiento de la enfermedad debe establecerse porque la organización no está presente.

El propósito de estos trabajos no es demostrar la causa de la viruela, porque todavía no se conocía con certeza, aunque la doctrina parasitaria contaba con muchos partidarios en el mundo científico, según la cual en un proceso infeccioso tiene que haber un patógeno y un huésped o terreno en el que desarrollarse. Aún así cabía averiguar si los patógenos encontrados no serían “*uno de los efectos del envenenamiento en vez de ser el veneno mismo*”.

Con una perspectiva higiénico-sanitaria y siguiendo el modelo generalizado de las topografías médicas de la época, el autor de la memoria describe un bosquejo topográfico de la localidad, epidemias previas y una descripción de cada forma de presentación de la viruela en personas con nombre y apellidos, gráficas y tablas de evolución mensual de invadidos y fallecidos según la edad y según el estado de vacunación, además de una descripción el curso de la epidemia: incubación, invasión, erupción, desecación y pronóstico, así como estadística, etiología, tratamiento y conclusiones.

En ese tiempo la enfermedad era rara y hacía mucho que no se producía en Huércanos. La epidemia de viruela se desarrolla entre los meses de septiembre de 1891 a marzo de 1892. El primer caso es importado de Logroño donde tuvo lugar un brote de

viruela en 1891 con 105 casos (García Arriaga, 1986), y el siguiente de Nájera a través de los vecinos que tuvieron contacto con personas de esas poblaciones o bien se habían trasladado previamente, trayendo consigo el mal. Se describen así los casos índices de la epidemia, formando dos focos entre las viviendas de los familiares, propagándose después en toda la localidad.

Desde el comienzo de la epidemia, en el mes de septiembre, se disponía por haberlos solicitado de doce cristales de vacuna remitidas “*con toda urgencia*”, para hacer frente a la situación. En Logroño se encontraba el centro de vacunación animal del Instituto de Higiene desde 1882 como centro proveedor cercano, para satisfacer debidamente y con la rapidez deseada las necesidades de los pueblos de la provincia, así se disponía en la circular del 6 de agosto que alertaba sobre la aparición de la enfermedad en la provincia<sup>84</sup>

A pesar del desarrollo de la epidemia, no fue hasta el mes de diciembre, pasados ya tres meses de la invasión, cuando el vecindario se impregnó de la acuciante necesidad de recurrir al único remedio preventivo eficaz. La reacción popular ante la epidemia se mostró de forma irregular, a medida que la gravedad se iba instaurando, pues al principio el vecindario no se quería vacunar, pero en vista de la marcha de la epidemia y las primeras víctimas la población cambió de actitud “*llegando hasta el extremo de que la indiferencia pública se convirtió últimamente en un verdadero fanatismo, precipitándose y atropellando unos a otros, por vacunarse primero, llegando día que vacuné 200 personas sin que apenas me dejasen un solo rato de reposo*”.

Las dificultades de los médicos para llevar a cabo la vacunación eran patentes, pues entre la población no era una técnica bien acogida. De ello dan cuenta los médicos en otras obras, como describe el médico titular de Carcelén en Albacete, haciendo notar la escasa disposición de la población hacia la vacunación “*...desoyendo nuestros consejos y amonestaciones,... despreciaron nuestras súplicas, apenas fueron muy pocos los vacunados en su principio*” (Feo, 2002). A medida que se propaga la enfermedad y aumenta el número de atacados, crecen el miedo y la preocupación y, por fin, se recurre a la vacunación “*...Víctimas de la ignorancia y de las preocupaciones... ¡Triste condición la de un público insensato, que no sabe aprovecharse oportunamente de los beneficios conque les brinda la ciencia!*”. A medida que transcurre la epidemia se observa que los que estaban vacunados con anterioridad pasan la viruela con carácter

---

<sup>84</sup> BOPL n° 170, de 7 de agosto de 1891. *Circular del Gobierno Civil* de 6 de agosto de 1891



más benigno y se ve que las defunciones que ocurren son todas de individuos no vacunados; entonces acuden en tropel a casa del médico formando cola extraordinaria en la calle, sin exclusión de edad ni sexo (Casas, 1892: 35-6). En Huércanos el mayor número de atacados se encontraba entre los diez y treinta años. En la franja de edad de menores de seis años, el número de invadidos es menor aunque la mortalidad mayor, debido a que en su mayor parte no están vacunados y a que la forma de presentación de la viruela es confluyente, con complicaciones nerviosas. En dos casos la viruela es de tipo hemorrágico, y en general, la afección es más grave precisamente por razón de la edad. Las formas de presentación de la viruela en esta epidemia, a excepción de la forma gangrenosa como ocurría en Enciso, son: discreta, corimbosa, confluyente y hemorrágica, con la siguiente distribución entre los individuos invadidos y fallecidos:

Formas de presentación de la viruela. Huércanos. 1891

Formas de la viruela	Invadidos	Fallecidos	%
Discreta	20	-	
Corimbosa	25	-	
Confluyente	73	12	16,43
Hemorrágica	2	2	100,00
Total	120	14	11,66

Fuente: Casas Arriola (1892)

Como se observa, la forma hemorrágica es la más letal, y la confluyente concluye con la vida del 16,43% de los invadidos, siendo la forma de presentación más numerosa de la viruela epidémica. El número de atacados por la enfermedad es de 120 personas y, con respecto a los 847 que componen la población de la villa, supone uno de cada siete habitantes.

La riqueza de esta memoria de observación y afrontamiento de la epidemia de viruela comprende las estadísticas de vacunación, que durante el periodo de desarrollo de la epidemia fueron 43 vacunados y 316 revacunados entre los meses de octubre a diciembre. De los revacunados, únicamente un caso fue atacado por la enfermedad. Los datos de vacunaciones y revacunaciones efectuadas, por meses y sexos eran enviados al Gobierno Civil de la provincia, aunque lamentablemente en la actualidad no se conserva dicha información.

Los casos de los catorce fallecimientos son recogidos en observaciones individuales y responden a personas no vacunadas, principalmente menores de doce años

de edad. Hay que destacar que el 85% de las personas atacadas en la epidemia estaban vacunadas previamente.

El tratamiento de la enfermedad lo divide en dos fases: la profilaxis y el método curativo. En cuanto a la prevención de la viruela el Dr. Casas es un vacunador convencido aunque como a todos los facultativos le costaba conseguir la aprobación de la gente. No obstante, su esfuerzo logró una mortalidad menor que la ocurrida en Enciso.

Además de la vacunación y revacunación de la población, se pusieron en marcha otras medidas profilácticas como el aislamiento *“hasta donde lo permita el estado social y los deberes humanitarios”*, la desinfección y ventilación, aseo esmerado en las habitaciones, lavado de ropas, inhumaciones hechas a la debida profundidad, lavaderos especiales fuera y a distancia de los públicos, hogueras en calles y plazas de plantas aromáticas, fumigaciones desinfectantes. Con estos medios el autor reconoce que *“si por sí solos no alcanzan a evitar las epidemias, ayudan a contener sus estragos”*.

El tratamiento curativo se aborda con el convencimiento de que la viruela *“es una enfermedad que una vez incoada, ha de recorrer forzosamente sus diferentes periodos hasta su terminación, no pudiendo modificarse ni abreviarse su evolución con ninguna medicación”*. Por tanto se llevan a cabo las siguientes indicaciones: 1º Facilitar la erupción con diferentes medicaciones como diaforéticos y sales amoniales, sinapización ambulante, eméticos y baños templados. 2º Pasada la erupción sostener las fuerzas del enfermo con caldos sustanciosos, leches, vinos secos y medicación tónica. 3º Por las condiciones endémicas locales, las altas temperaturas y los síntomas nerviosos se recurre a las sales quínicas con buenos resultados, al hidrato de cloral, bromuro potásico y éter sulfúrico en inyecciones hipodérmicas. En la mayoría de los casos bastó la observancia de las prácticas higiénico-dietéticas.

En el apartado de conclusiones, el autor manifiesta que la duración de la epidemia ha dependido entre otras causas, del abandono de la vacunación y revacunación, las insuficientes medidas higiénicas adoptadas para detener el desarrollo de la epidemia. Otro factor que contribuyó a su desarrollo fue las malas condiciones higiénicas de las viviendas, con poco espacio, luz y ventilación. Las defunciones ocurrieron en el periodo de erupción. De los catorce fallecidos, once se hallaban sin vacunar y de 316 revacunados solo un caso fue atacado, lo que demuestra la utilidad de la vacunación y revacunación.

Para el Dr. Casas la única medida par combatir la viruela como enfermedad era la vacunación y revacunación de susceptibles, pues la práctica había demostrado que la

inmunidad dada por la vacuna no es permanente (Apraiz, 1896), poyada por actuaciones higiénico-sanitarias. Desde esta perspectiva higienista y preventiva donde la práctica de la vacunación ocupaba el lugar más destacado, esgrimía para su defensa no solo sus observaciones locales, sino también los excelentes resultados obtenidos en los países en que se instauró su obligatoriedad, como Rusia, Dinamarca, Suecia, Londres y Bruselas. De este modo, Casas Arriola participaba del debate que se estaba produciendo a nivel nacional y proponía seguir los ejemplos internacionales, ya que opinaba que las vacunaciones “constituyen una de las obras de sanidad que más poderosamente ayudan al acrecentamiento y prosperidad de las naciones. El fomento de este preservativo, es uno de los más importantes deberes sanitarios de todo Gobierno y de las autoridades o corporaciones así provinciales como municipales, debiendo estar en banco la mortalidad de esta afección en toda capital o pueblo civilizado a fines del siglo XIX”.

La opinión del Dr. Casas, médico rural en ese momento, se sumaba a las demandas emitidas desde diferentes foros académicos, donde se pretendía instar a las autoridades políticas a que se promulgase una ley que hiciese obligatorias la vacunación y la revacunación, esgrimiendo para ello razones de eficiencia en salud pública. Estas exigencias estuvieron presentes durante el desarrollo del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en abril de 1898, donde la vacunación antivariólica y su obligatoriedad fue una temática que contó con un elevado protagonismo en las 65 comunicaciones presentadas en ese sentido, un 19% del total y suponiendo con ello la mayor contribución al evento. Hasta el año 1903 no se publicó un decreto que recogía estas exigencias (Cortezo, 1903) y aunque la viruela estuvo presente como problema sanitario hasta prácticamente la década de los años cuarenta del siglo XX, es cierto que desde entonces, siendo obligatorias las vacunaciones y revacunaciones, la mortalidad por viruela descendió de forma notable.

En la primera década de siglo XX, la situación de la viruela es completamente contraria a tiempos anteriores, pues ya no arrebató vidas debido al efecto de la vacunación profiláctica, respaldada por el Estado en la Ley Orgánica de Sanidad, artículos 99 y 100, así como en el Real Decreto de 18 de agosto de 1891 y en el de 15 de enero de 1902. El virus de la viruela, o “*el Cytorrhycles vacunae de Guarnieri, o el Esporidium vacunae de Funk, o el blastomiceto de Dombrovosky o los corpúsculos de Casagrandi o quizás estados distintos todos del mismo parásito al que se atribuye la infección*” pudieron ejercer su efecto nefasto sin temor a ser dominada por acciones científicas potentes, “*en un pueblo sumido en la idiotez colectiva, que lleva a los*

*españoles al atraso y a la ruina*” (Zapatero, 1916: 173). Vemos cómo con el tiempo ha calado la normativa, la oficialidad, incluso en el ejercicio médico rural, lejos ya de arbitrariedades y opiniones encontradas. Un ejemplo de estas posturas encontradas lo encontramos en la epidemia de Briviesca ocurrida entre 1897 y 1899. El alcalde convocó a la Junta Municipal de Sanidad para debatir y aprobar los medios más adecuados para evitar su propagación. La primera medida adoptada por la Junta fue vacunar y revacunar a las personas que no lo hubieran sido en los seis años últimos, pero el propio alcalde no aceptó la medida por no ser partidario de ella, lo que fue causa de su fallecimiento junto a dos de sus hijos. Ante el impacto causado por lo ocurrido, la viuda y tres hijos que quedaban tras el paso de la epidemia en la familia, procedieron al fin a vacunarse (López Gómez, 2004: 134, 143).

La práctica de la vacunación y revacunación era obligatoria para todos los médicos en ejercicio de su profesión en 1891<sup>85</sup> y también en 1903<sup>86</sup> en función de sendos Reales Decretos que dictaban con precisión las medidas a adoptar. Para lograr su cumplimiento se solicitaba la colaboración de las autoridades y por supuesto de los médicos, a quienes se premiaba con distinciones como la Cruz de Epidemias y la Cruz de Beneficencia; además desde 1891 se conseguía la preferencia para ascensos y méritos a plazas por concurso para los trabajos especiales en el ejercicio de la vacunación. Tenemos conocimiento de estas distinciones, la Cruz de Beneficencia de primera clase a favor del doctor en medicina D. Emilio Casas Arriola en 1904<sup>87</sup> y antes de 1889 al médico higienista de Logroño D. Donato Hernández Oñate, como consta en primera página de su memoria topográfica de la ciudad.

Los factores profesionales, sanitarios, legislativos, políticos, económicos y sociales estuvieron relacionados con las dificultades que hubo para generalizar la práctica de la vacunación en nuestro país a lo largo del siglo XIX e incluso parte del XX (Porras, 2004). El control de las epidemias de viruela sirvió para establecer los cimientos de la salud pública y de la sanidad española en cuya tarea hubo de conformarse todo un sistema sanitario.

Los testimonios de los médicos ante las epidemias de viruela muestran un sentimiento de impotencia y abnegación, pues son los únicos encargados, de facto, de

---

<sup>85</sup> Real Decreto del Ministerio de la Gobernación de 18 de agosto de 1891. Gaceta de Madrid, nº 234, de 22 de agosto de 1891, pp 632-633.

<sup>86</sup> Real Decreto del Ministerio de la Gobernación de 15 de enero de 1903. Gaceta de Madrid, nº 17 de 17 de enero de 1903, pp 227-229.

<sup>87</sup> Hoja de Expediente del Doctor Don Emilio Casas Arriola. Archivo Familiar.

desenvolverse ante tal fatalidad, exponiéndose ellos mismos y sus familias a las consecuencias de su curso. El arsenal terapéutico era más arsenal que terapéutico y el medio preventivo de control estaba en entredicho en muchas ocasiones, bien por parte de la vecindad o por parte de la autoridad. Las medidas de aislamiento eran insuficientes y en la mayoría de los casos imposibles por la estrechez de las calles y la contigüidad de las casas. Hubo que esperar a que se cimentase la práctica de la vacunación generalizada para alcanzar, al fin, su erradicación en 1978.



El gobernador civil de Madrid, señor Romeo (X), presencia la vacunación antivariólica en familias de la zona de La Tinaja (Moncloa). 1918

Tomado de Rico-Avelló, 1969: 279. Fotografía tomada a principio de siglo XX en Mdríd.

## El cólera. El azote de las poblaciones

Las poblaciones de todo el mundo se han visto afectadas esporádicamente por brotes devastadores de cólera a lo largo de la historia. En su día tanto Hipócrates (460-377 AC) como Galeno (129-216 DC) describieron una enfermedad que probablemente era cólera, y hay muchos indicios de que los habitantes de las llanuras del río Ganges conocían en la antigüedad una enfermedad similar al cólera.

Es una enfermedad que se presenta en epidemias de diversos tipos, pero en todos ellos hay signos y síntomas que se manifiestan en común entre los enfermos como los vómitos frecuentes acompañados de abundante diarrea, de ansiedad y desfallecimiento. Sus estragos han constituido siempre un azote para la humanidad y su mortandad era aterradora.

Los modernos conocimientos sobre el cólera, sin embargo, datan sólo de los comienzos del siglo XIX, época en que los investigadores empezaron a profundizar en las causas de la enfermedad y en su tratamiento. La primera pandemia, o epidemia mundial, comenzó en 1817 a partir de la zona de endemicidad de Asia sudoriental, y posteriormente se propagó a otras partes del mundo. Esa primera pandemia y las que la sucedieron se cobraron un oneroso tributo, propagándose por todo el mundo antes de remitir.



*Mapa itinerario del cólera-morbo, En que se demarca su curso, desde el Indostán (en donde apareció en 1817) hasta los países que ha invadido hasta principios de 1832. Pablo Alabern lo grabó en Barcelona año 1832. [http://hicio.uv.es/Expo\\_medicina/Patologia\\_XIX/microbiologia.html](http://hicio.uv.es/Expo_medicina/Patologia_XIX/microbiologia.html) [20-2-2014].*

Además del sufrimiento humano que provoca la enfermedad, los brotes de cólera causan reacciones de pánico, desorganizan la estructura social y económica y pueden dificultar el desarrollo de las comunidades afectadas. Las reacciones de pánico injustificadas de otros países pueden dar lugar a restricciones de los viajes desde los países en que se haya declarado el brote, o a limitaciones de las importaciones de ciertos alimentos. Por ejemplo, en la época actual, el brote de cólera registrado en Perú en 1991 le costó al país 770 millones US\$, debido a los embargos impuestos al comercio de alimentos y a los daños que sufrió el turismo<sup>88</sup>.

El problema social que ocasionaba la enfermedad trascendía en la población en todos los órdenes de la vida cotidiana, como en otras epidemias de enfermedades contagiosas. Las medidas a tomar eran el aislamiento, los cordones sanitarios y los lazaretos, todas ellas de infausta memoria e ineficacia probadas.

Las condiciones de vida ante una epidemia de cólera en poblaciones de diseño medieval, de calles estrechas con viviendas hacinadas y cuadras anejas a las edificaciones, sin sistemas controlados de abastecimiento de aguas ni desagües, eran el medio propicio para la diseminación de epidemias dentro de las ciudades y poblaciones.

Durante el siglo XIX en España el cólera toma el relevo de la viruela y la fiebre amarilla como factor epidémico que irrumpe en Europa a partir de 1830, siendo epidémica en ciertos países asiáticos. De esta forma la endemia se convierte en pandemia al sucederse cuatro oleadas caracterizadas por una irradiación extraordinaria en Europa, siendo por tanto las epidemias españolas una prolongación de las continentales debido al carácter expansivo de la enfermedad.

### **Primera epidemia 1834-35**

La primera epidemia se declara en enero de 1833 en Oporto, debido a las tropas llegadas de Bélgica, Inglaterra y Francia para intervenir en las luchas dinásticas de Portugal. De ahí la enfermedad pasó a Vigo y de los Algarves a Andalucía y Extremadura. En 1834 el cólera es vehiculado por toda España debido al ejército del marqués de Rodil, enviado desde los cuarteles extremeños a impedir la insurrección carlista de Vascongadas y Navarra. También en este tiempo el puerto de Barcelona se convierte en punto de partida de las epidemias levantinas. De manera significativa se apunta a la crisis política y posteriormente también económica, como factores decisivos

---

<sup>88</sup> Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html> [Consultado el 17-11-2010]

en la propagación de la enfermedad y no hay acuerdo en las cifras de mortalidad registrada (Nadal, 1984:144-7).

En La Rioja se conoce la enfermedad denominada *cólera morbo*, análoga a la antigua *peste*, en los pueblos cercanos a Logroño, a principios de agosto de 1834. Las actuaciones por parte de la municipalidad estaban determinadas para que inmediatamente se constituyera la Junta de Sanidad y se reunieran fondos por medio de una suscripción entre el vecindario, mientras se preparaban 200 camas en el convento de Valbuena para prevenir la epidemia que vendría más tarde y que duró 67 días, ocasionando 265 invasiones, 171 fallecidos y 94 curaciones. Al declararse la enfermedad en la ciudad, el vecindario víctima del miedo se apresuraba a emigrar para huir de la epidemia. Igual proceder se observó en abril de 1849, cuando se da cuenta de lo que se consideró una entidad sospechosa, no llamándola por su nombre y aunque se declaró *no haber epidemia* la gente huía de los focos de enfermedad, por lo que las autoridades dieron orden de que no se tocasen las campanas anunciando el Viático para evitar el alarmismo (Gómez, 1893: 184-5).

Esta primera oleada de cólera de 1834 comenzó en La Rioja el 15 de agosto y terminó el 14 de noviembre, invadiendo 31 pueblos en total siendo el primero Alfaro. La epidemia duró tres meses y atacó a 1.893 personas de las que fallecieron 712 (González de Sámano, 1858: 482).



Tomado de Martínez Lacabe, 1996:89.



## Segunda invasión 1854-1855

La segunda pandemia colérica se inició en Indostán en 1842, llegó a Constantinopla en 1847 y a Vigo en noviembre de 1853, por el mal régimen del lazareto. En 1854 desde Marsella se introduce en Barcelona y de aquí por todo el litoral mediterráneo. De igual modo que en la epidemia anterior, las campañas del general O'Donnell contribuyeron a expandir la enfermedad desde Andalucía a Madrid. También en esta nueva oleada epidémica las cifras de afectados y fallecidos se muestran escasas.

Esta epidemia se documentó ampliamente con datos de todas las circunscripciones de España en diversos estudios y obras médicas para indagar sobre su origen, modo de propagación y tratamiento. Es especialmente importante reseñar la obra que recoge la historia de las dos primeras invasiones, de 1834 y 1855 (González de Sámano, 1858).

La interpretación de la causalidad del cólera estaba sujeta a las corrientes médicas que dominaban en el momento, teniendo en cuenta que no existe una fecha concreta que delimite ninguna de ellas hasta la llegada de la bacteriología, casi a final de siglo que anula todo supuesto que no admita el agente causal infeccioso concreto del cólera. En esta tesitura, el Dr. D. Nicasio Landa y Álvarez de Carvalho, médico de epidemias de Navarra que actuó como tal en los pueblos de la ribera como Peralta, Falces, Funes..., elaboró una memoria sobre la epidemia de 1855 fundamentada en la teoría telúrica de su origen, titulada *“sobre la relación que ha existido entre la constitución geológica del terreno y el desarrollo del cólera –morbo en España”* y presentada a la Academia de Medicina de Madrid en septiembre de 1861. La memoria no fue publicada por no considerarse su teoría telúrica como causa para el desarrollo del cólera. El informe que la Sección de Higiene de la Academia elaboró a modo de dictamen, concluía que *“la Sección debe decir con franqueza que las observaciones citadas por el autor en la Memoria que analiza no autorizan a establecer principios fijos respecto de la influencia que en la irregular marcha del cólera pueda ejercer la edad, la naturaleza y el modo de ser especial de los terrenos”*. Este informe, suscrito por el Decano D. Francisco Méndez Álvaro (Viñes, 2000), era simultáneo y contemporáneo del realizado por John Snow en la epidemia de Londres de 1854 y por el que recibió el reconocimiento como primer investigador epidemiológico. Pero al trabajo del Dr. Landa *“no fue dado a la estampa”* por lo que al no ser publicado ha permanecido desconocido.

Se trataba de investigar si se confirmaban en España las teorías infeccionistas, (por la corrupción de los terrenos, de las aguas subterráneas y por las emanaciones

aéreas de suelos, cadáveres y enfermos) seguidas por Pettenkofer, Boudin, Boubée y Fourcault que sostenían la asociación del cólera con condiciones medio-ambientales en base a las teorías telúricas, y más concretamente con la composición química y geológica del terreno, frente a la corriente contagionista seguida en Europa, principalmente por Snow, que finalmente fue la que triunfó con la evidencia de la etiología bacteriana del cólera por *Vibrio cholerae*.

En la actualidad se sigue investigando y se conoce la influencia medioambiental y ecológica de las aguas de algunas zonas geográficas en las que pueda sobrevivir el microorganismo, relacionado con la temperatura, pH y salinidad y dependiendo de los sustratos orgánicos e inorgánicos que contengan<sup>89</sup>, aunque no en el sentido que el Dr. Landa investigaba, esto es, la influencia de la composición geológica de los terrenos con el desarrollo del cólera. No obstante, en la actualidad se reconocen interacciones humanas y ambientales que conducen a las epidemias estacionales en zonas endémicas (Franco et al, 1997).

El Dr. Landa utiliza un nuevo método en el estudio de esta epidemia de 1855, la estadística médica, ya utilizado en Inglaterra en 1830 por W. Farr y que en España se hace oficial en 1847 con la creación de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, consolidada en la Ley orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855. Según esto, los datos que analiza el Dr. Landa son los publicados en la Gaceta de Madrid sobre la estadística general de Beneficencia y Sanidad en 1856<sup>90</sup>. En estos datos la intensidad (morbilidad) de la epidemia en 1854-55 en Logroño (provincia) fue la mayor de España, con 235 casos por mil habitantes ocupando el último lugar de las provincias (el n.º 47) y la malignidad (mortalidad) se encontraba en el puesto octavo con 223 fallecidos por mil habitantes. Con los datos de esta publicación oficial podemos resumir la epidemia de 1855 de la siguiente forma: hubo 59 pueblos invadidos, ninguno en 1856, con 41.962 invadidos y 9.379 defunciones con una duración de diez meses. En esta epidemia la provincia de Logroño perdió más del 5% de su población. El máximo de invasiones/día fue de 312 y de defunciones/día de 30. El total de personas socorridas a domicilio fue de 31.360; 2.680 atendidas en hospitales y se gastaron 500.535 reales (figura 3). El personal

---

<sup>89</sup> Ver en este sentido: Borroto, René J. (1998) Supervivencia de *Vibrio cholerae* O1 en agua dulce superficial y cólera endémico: una hipótesis geoecológica. *Rev Panam Salud Pública* 4:371-374.; Borroto, René J. (1997). La ecología de *Vibrio cholerae* serogrupo O1 en ambientes acuáticos. *Rev Panam Salud Pública* 1:3-8

<sup>90</sup> Gaceta de Madrid, n.º 1803, de 12 de diciembre de 1857. Estadística General de Beneficencia y Sanidad en 1856, pag 1-3.

empleado en el servicio de beneficencia en 1856 era de 11 facultativos, 18 practicantes y enfermeros, 6 hermanas de la caridad.

La estadística general de beneficencia y sanidad de 1856, pasada ya la epidemia, recoge datos estadísticos de variables de todas las provincias, correspondiendo a la de Logroño, cuatro establecimientos generales, 87 municipales, 5 particulares y 11 de beneficencia domiciliaria con un déficit de 428.554,14 reales. El número de acogidos en los establecimientos fue de 855 y ninguno a domicilio. Hay dos establecimientos de baños y aguas minerales y ningún lazareto. Existe cementerio en 187 pueblos y no hay pueblos que no lo tengan, 9 depósitos de cadáveres, 118 Juntas de Sanidad, 17 subdelegados de Medicina, Cirugía y Farmacia, 87 médicos, 148 cirujanos, 77 farmacéuticos, 12 sangradores, 204 veterinarios, 77 boticas, 1 comadrona y partera y no hay drogueros, herbolarios ni dispensarios. También figuran 53 hospitales, un hospicio y dos inclusas, 21.636 jornaleros o braceros y aproximadamente 4.462 mendigos. El personal empleado en la beneficencia provincial se componía de 7 capellanes, 8 empleados en las oficinas y 20 en los establecimientos, cinco maestros, once facultativos, dieciocho practicantes y enfermeros, seis hermanas de la caridad y se contaba además con 217 nodrizas externas.



El medio rural.

Tomado de: <http://azuaraorg.blogspot.com.es/2013/10/noticias-de-azuara-1885-1930.html>.  
[Consulta el 22-11-2014]

PROVINCIA.	NUMERO DE PUEBLOS INVADIDOS EN		NUMERO DE		DURACION DE LA EPIDEMIA EN EL PUESTO EN QUE MAS SE HA ENSAYADO.		MAXIMUM DIARIO DE		TOTAL DE PERSONAS SOBRIDAS A		RESUMEN DE GASTOS DURANTE LA EPIDEMIA. Rs. cñts.
	1855.	1856.	Invasión.	Defunciones.	Meses.	Días.	Invasiones.	Defunciones.	En hospitales.		
									Destellos.	En hospitales.	
Alava.....	90	..	12.010	3.403	5	..	200	47	6.056	..	165.039
Alicante.....	78	..	25.216	7.177	3	..	350	42	5.438	105	191.374,10
Alicante.....	80	..	17.028	3.041	3	27	84	31	4.176	1.099	360.759,20
Almería.....	09	..	18.051	4.107	3	..	275	31	2.800	209	257.079
Asturias.....	32	5	2.560	1.270	3	4	34	13	..	..	51.000
Badajoz.....	83	10	25.725	7.080	6	..	170	37	7.793	760	218.920
Barcelona.....	..	7	..	..	..	..	..	7	..	..	..
Barcelona.....	26	7	3.331	706	4	..	30	7	439	..	65.318,28
Burgos.....	174	59	11.718	3.084	3	10	31	15	10.151	1.451	484.425
Cádiz.....	50	14	8.919	2.343	3	20	52	16	1.325	..	100.738,03
Cádiz.....	27	6	16.750	3.503	4	8	101	51	6.289	259	220.172
Castellón.....	114	..	24.183	6.317	3	10	50	19	3.591	310	118.579,09
Ciudad-Real.....	30	..	12.296	3.172	3	6	264	38	1.347	80	166.864,02
Córdoba.....	38	8	15.189	6.079	4	..	350	37	6.177	358	326.333,22
Córdoba.....	16	2	3.360	1.033	3	..	278	18	656	256	15.810
Cuenca.....	117	1	18.671	4.290	4	23	90	39	8.111	229	191.426,47
Extremadura.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Extremadura.....	4	..	795	280	3	..	17	7	1.236	..	35.700
Granada.....	132	6	39.330	15.002	3	27	600	152	10.295	661	631.804,47
Guadalajara.....	275	26	35.671	8.379	4	4	200	43	10.205	1.572	281.072
Guadalajara.....	85	..	13.605	4.636	4	23	150	30	2.910	379	651.392
Guipúzcoa.....	38	23	12.781	3.350	5	..	100	35	4.114	78	136.030
Huesca.....	120	..	19.430	3.877	3	70	312	33	289	..	203.061
Huesca.....	100	3	23.473	7.248	3	20	435	49	6.337	501	260.472,40
Jaén.....	24	7	9.918	749	3	..	23	9	..	82	70.247
Lérida.....	33	..	9.397	1.935	3	..	41	19	..	645	..
Lérida.....	59	..	41.502	9.370	40	..	312	106	11.500	2.680	500.133
Lugo.....	79	23	6.239	1.165	3	3	50	7	2.596	97	62.504,02
Lugo.....	78	19	17.281	7.922	8	1	113	81	6.805	2.272	636.085,28
Málaga.....	48	..	17.210	7.516	7	..	225	135	1.437	48	46.844
Murcia.....	32	..	10.220	3.893	2	10	167	106	5.608	672	236.321
Navarra.....	756	..	40.827	13.715	6	..	250	97	10.000	6.090	1.350.805
Navarra.....	26	..	1.626	631	2	..	16	8	1.410	475	704.850
Orense.....	40	9	13.327	3.239	3	23	86	35	6.353	540	494.257,47
Palencia.....	143	..	25.031	5.173	7	25	222	118	561	56	71.892
Palencia.....	..	28	..	109	3	..	20	10	..	..	1.800
Pontevedra.....	194	7	16.625	4.192	6	25	68	20	9.209	1.016	233.581,26
Salamanca.....	263	5	12.111	3.290	5	..	75	27	8.176	325	377.057,27
Santander.....	107	7	8.314	1.836	4	8	165	147	..	..	31.100
Segovia.....	70	47	32.463	7.723	7	3	2.000	212	8.911	1.233	844.660
Sevilla.....	191	..	11.135	2.825	3	..	179	45	11.202	147	116.450
Sevilla.....	59	..	30.210	2.117	3	19	278	167	1.637	103	53.812,17
Tarazona.....	226	..	51.609	9.281	4	8	100	46	6.614	325	443.882,01
Teruel.....	97	7	25.693	10.670	4	..	200	82	6.756	864	314.167,02
Toledo.....	213	..	47.231	12.767	5	36	387	69	11.887	1.085	430.342,26
Valencia.....	67	..	7.127	1.916	5	70	70	15	1.725	459	193.540
Vizcaya.....	116	6	22.013	5.662	5	..	68	22	5.518	1.976	850.432,32
Vizcaya.....	74	..	5.729	2.259	1	23	32	27	..	110	..
Zamora.....	284	16	46.383	12.695	5	20	300	57	8.135	1.613	605.429
Zamora.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
<b>Total</b>	<b>4.964</b>	<b>359</b>	<b>839.189</b>	<b>236.744</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>70.104</b>	<b>2.260</b>	<b>230.186</b>	<b>33.429</b>	<b>18.689.162,06</b>

NOTAS.

- 1.º El número de invadidos, soorridos y muertos, como el gasto ocasionado, se refiere á todo el periodo de la invasión.
- 2.º Tomando por tipo el último censo, resulta que durante la epidemia fué atacado el 8-35% por 100 de la población de la Península y sucumbió el 1-55% por 100.
- 3.º Comparando la mortalidad habida en cada provincia, aparece que la de Logroño perdió más del 8 por 100 de su población; más del 6 las de Guadalajara, Navarra, Teruel y Vizcaya; más del 5 las de Alava, Alicante, Granada, Guipúzcoa, Palencia, Toledo y Zaragoza; más del 3 las de Castellón, Jaén, Sevilla y Valencia; más del 2 las de Almería, Badajoz, Ciudad-Real, Córdoba, Cuenca, Huelva, Huesca, Madrid, Málaga, Murcia, Orense, Salamanca, Santander, Segovia y Soria, y menos del 1 las restantes.
- 4.º Las provincias de Lérida y Zamora atendieron á los gastos del cólera con el presupuesto de Beneficencia.

Madrid 9 de Diciembre de 1857.—Manuel Bermúdez de Castro.

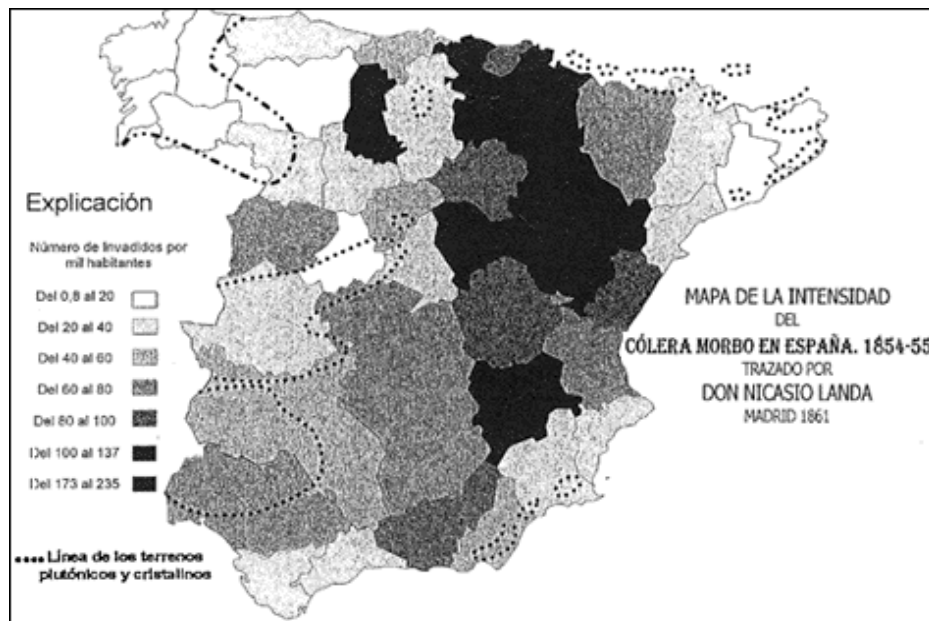
Figura 3.- Gaceta de Madrid nº 1803, de 12 de diciembre de 1857. Estadística del cólera morbo. Cuadro número 6, p3.

Con todos los datos estadísticos recogidos durante el discurrir de la epidemia, el Dr. Landa realiza un mapa de España de la invasión del cólera en las diferentes provincias entre 1854 y 1855, ofreciendo de este modo la visión espacial y epidemiológica de la epidemia.

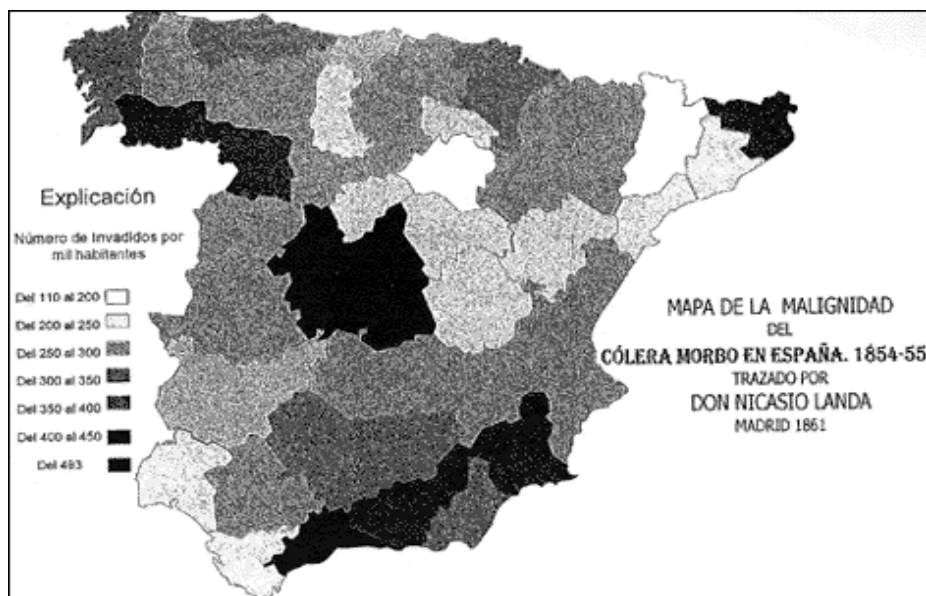
A pesar del ingente esfuerzo realizado en la recopilación y análisis de datos generales, los trabajos del Dr. Landa, pioneros en su expresión y síntesis de la epidemia de 1854-55, fueron desestimados porque su teoría telúrica se vio superada años más tarde por las explicaciones microbiológicas, tras el descubrimiento del bacilo vírgula de Koch. Fue una muestra de cómo una teoría que durante años tuvo su fundamento quedó relegada por el imparable empirismo bacteriológico.

Como decimos, en los mapas elaborados por el Dr. Landa, puede notarse cómo destacan en el mapa las líneas de los terrenos plutónicos y cristalinos para intentar relacionar la influencia de los tipos de terrenos sobre el mapa con el desarrollo del cólera. En los dos mapas estadísticos que se adjuntan, así como en el cuadro de morbilidad y mortalidad, vamos a destacar la situación de Logroño.

En las representaciones espaciales o mapas estadísticos aparece Logroño entre las provincias de máxima incidencia de enfermedad colérica durante esta segunda invasión en España. En el desglose de datos del cuadro de morbilidad y mortalidad que se muestra seguidamente, Logroño destaca como la ciudad de mayor morbilidad entre todas las provincias atacadas, encontrándose en octavo lugar en cuanto a la mortalidad, entre 200-250 afectados por mil, según indica el mapa correspondiente.



Mapa estadístico-topográfico. Tasa de incidencia acumulada por 1000 habitantes en la epidemia 1854-55 (N. Landa).



Mapa estadístico topográfico de tasa de letalidad por 1000 enfermos en la epidemia de 1845-55 (N. Landa).

En el verano de 1854 se declaró epidemia de cólera en España y a Logroño llegó el 20 de noviembre, atribuyéndose entonces a las condiciones ambientales como las humedades abundantes y especialmente las nieblas. Las autoridades municipales prepararon una serie de medidas precautorias en varias sesiones, presididas por el Gobernador Civil, llegando a una serie de acuerdos como la organización de las Juntas Parroquiales y el servicio médico, nombrando para ello un facultativo y un farmacéutico para la asistencia a los coléricos pobres, sin perjuicio de las medidas que ya se adoptaban desde la Junta Provincial de Sanidad. Unos días antes el médico titular de Fuenmayor dio parte de dos casos declarados y otros dos fallecidos al Subdelegado de Medicina del partido, D. Ubaldo Fernández. El alcalde de Logroño D. Guillermo Crespo y dos médicos comisionados fueron al pueblo vecino decidiendo tras la visita que no era todavía motivo para abrir el hospital de coléricos, aunque dando orden a los directores del Instituto Provincial, Seminario Conciliar y establecimiento provincial de Beneficencia de que los edificios quedasen aptos para el objeto que habría de dárseles en caso de epidemia. Se hizo una distribución de parroquias destinando un médico, un cirujano y un boticario a cada una para que prestasen asistencia a los pobres atacados en la epidemia.

La corporación municipal estuvo en sesión permanente desde el 21 al 30 de noviembre aunque la epidemia solo se había desarrollado con intensidad en una parte de la parroquia de Santiago, siendo el foco principal de infección la calle de Zurrerías y sus cercanas, y los contagiados del cólera superaban la centena.

Intensidad				Malignidad				
Grado	nº de orden	Provincias	Invasidos por 1000 habitantes	Grado	nº de orden	Provincias	Muertos por 1000 habitantes	
1º (5)	1	Pontevedra	0,8	1º (2)	1	Lérida	110	
	2	Gerona	2		2	Soria	199	
	3	Orense	4		3	Huelva	202	
	4	Barcelona	4		4	Palencia	206	
	5	Coruña	6		5	Tarragona	207	
	6	León	8		2º (8)	6	Segovia	220
	7	Lugo	9			7	Teruel	223
	8	Ávila	15			8	Logroño	223
	9	Oviedo	21			9	Cuenca	229
	10	Zamora	22			10	Guadalajara	232
2º (15)	11	Murcia	27	11		a	236	
	12	Valladolid	29	12		Barcelona	247	
	13	Cáceres	29	13		Cádiz	252	
	14	Alicante	29	14		Salamanca	257	
	15	Lérida	30	15		Vizcaya	261	
	16	Tarragona	31	16	Castellón	262		
	17	Burgos	33	17	Huesca	262		
3º (23)	18	Cádiz	36	3º (22)	18	Cáceres	263	
	19	Madrid	36		19	León	267	
	20	Málaga	39		20	Ciudad	268	
	21	Almería	41		21	Real	269	
	22	Córdoba	54		22	Valladolid	271	
	23	Segovia	56		23	Valencia	275	
	4º (29)	24	Santander		56	24	Zaragoza	277
25		Badajoz	62	25	Alicante	280		
26		Salamanca	63	26	Burgos	281		
27		Jaén	67	27	Badajoz	285		
28		Sevilla	70	4º (34)	28	Lugo	288	
29		Huelva	72		29	Oviedo	290	
30		Huesca	74		30	Álava	299	
31	Valencia	77	31		Albacete	304		
32	Toledo	78	32		Sevilla	308		
6º (42)	33	Ciudad Real	78		33	Pontevedra	316	
	34	Cuenca	81		34	Coruña	322	
7º (46)	35	Guipuzcoa	88	5º (41)	35	Córdoba	323	
	36	Granada	88		36	Almería	329	
	37	Castellón	92	6º (44)	37	Santander	334	
	38	Soria	95		38	Jaén	335	
	39	Zaragoza	120		39	Guipúzcoa	359	
	40	Albacete	125		40	Navarra	361	
	41	Álava	125		7º (47)	41	Gerona	382
	42	Palencia	134			42	Murcia	389
	43	Vizcaya	137			43	Granada	394
	44	Navarra	137			44	Orense	415
	45	Teruel	173			45	Zamora	426
	46	Guadalajara	179			46	Toledo	453
	47	Logroño	235			47	Málaga	498
						Madrid		
						Ávila		

Cuadro de morbilidad (intensidad) y mortalidad (malignidad) de la epidemia de cólera en 1854-55. Tomado de: Viñes Rueda, J.J. (2000). El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial de epidemias en la de cólera de 1854-1855. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n1/salud1a.html>. [Consulta el 1-10-2008]

Las familias, independientemente de la clase o grupo social, huían despavoridas ocasionando con ello la paralización casi completa de toda clase de industrias y trabajos. Para paliar esta situación se publica un bando el día 23 de noviembre, para que “*todos los jornaleros que hallándose sin trabajo y quieran ganar el salario de cinco reales diarios acudan a la puerta de la glorieta para ir a trabajar en un tajo abierto en el camino a Villamediana. Los niños ganarán la mitad del jornal*” (Sáenz, 1948). Se trataba de paliar los efectos de la crisis social ocasionada por la epidemia, pues facilitando una ocupación a los vecinos que no tenían trabajo ni dónde huir era una manera de sobrellevar la preocupante situación de carencias, incluyendo en esta dinámica a los niños a los que se consideraba parte del capital de trabajo.

Las actuaciones de la corporación municipal y demás personas implicadas fueron destacadas en Real Orden<sup>91</sup> para agradecer los servicios prestados durante la epidemia, publicando sus nombres en la Gaceta con mención honorífica y en el Boletín Oficial de la Provincia. Se propuso para comendadores de la orden de Isabel la Católica al alcalde D. Guillermo Crespo y a Ezequiel Lorza de la junta de beneficencia y así mismo para caballeros de la misma orden a concejales, miembros de las Juntas de provinciales de Sanidad y Beneficencia, el gobierno político de la provincia, correos, Diputación provincial, Milicia nacional, profesores del arte de curar, cirujanos, practicantes, el ingeniero del Ministerio de Fomento, el clero en general, inspectores de hacienda, el gobierno militar y muchos particulares. De igual modo que se publicaban los honores hacia las personas destacadas por su abnegada contribución en la epidemia se afeaba la conducta de los que no seguían este proceder, como el caso del Síndico segundo del Ayuntamiento y capitán de la milicia nacional, D. Sebastián Jimeno, que huyó abandonando sus puestos en los momentos críticos de la invasión del cólera morbo. Por su parte, el Secretario del Gobierno de la provincia de Logroño fue nombrado Gobernador en consideración a los “*importantes y distinguidos servicios prestados*” en la epidemia y, también, porque el cargo se hallaba vacante<sup>92</sup>.

En Fuenmayor la epidemia comenzó entre noviembre y diciembre de 1854 y continuó entre junio y septiembre de 1855, afectando a 524 personas (26%) y falleciendo 153 de los 2020 habitantes (7,57%). Entre los muertos por el cólera 46 eran niños (30% del total de fallecidos). Las causas de la enfermedad, evidentes hoy día, no lo eran

---

<sup>91</sup> Gaceta de Madrid nº 725 de 27 de diciembre de 1854. Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 25 de diciembre.

<sup>92</sup> Gaceta de Madrid nº 705 de 7 de diciembre de 1854.



entonces mas que para “una minoría” entre los que hallaba el médico titular D. Francisco Domínguez (De Marcos, 1986, 307-9). No obstante, todavía no se conocía el agente etiológico, por lo que no era un asunto que el “poder” de “las clases acomodadas” pudiera resolver, sino que era la ciencia de entonces, la que se centraba en medidas higiénicas generales, pues estaba claro que el cólera atacaba a todo tipo de personas.

En Santo Domingo de la Calzada también hubo epidemia de cólera entre los años 1854 y 1855 y el estudio de su incidencia determina la disparidad de cifras de mortalidad en función de las fuentes consultadas (Arce y Mahave, 1986). Generalmente se intenta atribuir causas a esta disparidad de resultados, y como los registros son responsabilidad del clero o de los médicos que atienden el óbito, o incluso del Registro Civil<sup>93</sup>, se interpreta que la ocultación de los casos es por motivos interesados de la clase burguesa.

La estadística sanitaria requiere precisión en todas sus anotaciones y homogeneidad de criterio en la definición y recogida de datos. En este caso nos encontramos en un tiempo que no se conocía la clasificación de enfermedades como tal, por lo que todas las interpretaciones de este tenor son vanas ya que más bien quedan opinadas que explicadas. Lo cierto es que perduran los diferentes registros para ser analizados en su contexto. En este sentido el estudio de Arce y Mahave constata este planteamiento desde su hipótesis: *“la adulteración de los informes médicos en las primeras víctimas del cólera en previsión de manifestaciones alarmistas entre la población. Una lista nominativa elaborada por la Junta de Sanidad certifica la muerte por cólera de nueve casos que los registros parroquial y civil asignan a otras enfermedades (ocho neuralgias gastrointestinales y un tifus)”*. Resulta fácil tratar en nuestro tiempo sobre la “adulteración de informes médicos”, dando por supuesto que consignar a un diagnóstico médico preciso en 1854 era algo sencillo y trivial aunque, entre las posibilidades de interpretación siempre caben los intereses de toda índole.

Al igual que en Logroño, en Santo Domingo de la Calzada se propuso, junto con la asistencia benéfica a los necesitados, el empleo en obras públicas que restringían la alarmante ociosidad en época de epidemia. La enfermedad afectó a 391 personas en una población de 3420 habitantes y la mortalidad supuso el 5% de la población, ocasionando 173 fallecimientos.

Otro aspecto del estudio de esta epidemia en Santo Domingo de la Calzada, es el referido a las normas de aislamiento ante las epidemias que es tratado de la siguiente

---

<sup>93</sup> Este registro funciona en España de forma irregular antes de 1871, así en el Archivo Municipal de Santo Domingo de la Calzada, figura el Registro Civil de finados entre 1848-1871.

forma: “*El debate que, con evidente carga política, planteó la epidemia relativo a si era más efectiva la cuarentena en los pueblos afectados a la libertad de movimientos, en Santo Domingo inquebrantablemente se siguieron las directrices marcadas desde arriba*”. Ignoramos a qué carga política se refieren los autores al quedar regulado este aspecto. Desde 1834, al menos, se recomendaba levantar los cordones sanitarios, lazaretos y cuarentenas para impedir la propagación del cólera morbo<sup>94</sup>. En esta regulación se justifica su prohibición por ser inútiles en la evitación de la transmisión, inhumanas por dejar aisladas en las más precarias condiciones a los afectados y perjudiciales y antisociales, por quedar paralizadas las poblaciones en las comunicaciones y en las actividades diarias de mercadeo y transacción de productos entre localidades. Por tanto la supresión de estas medidas coercitivas, sencillamente son de sentido común y sobre todo, fundadas en amargas experiencias.

El papel de la Iglesia en el transcurso de las epidemias, concretamente sobre el cólera, es un asunto que queda poco explicado en la bibliografía. La principal mención es a la celebración de acción de gracias con el Te Deum al finalizar la invasión en la localidad, acompañado generalmente de procesiones en las que todo el vecindario está llamado a participar. Estas manifestaciones públicas recogen el sentir de la población, aterrada por los efectos fulminantes de la enfermedad en todos los afectados, indistintamente de su clase social. Es una demostración colectiva que la Iglesia, con su liturgia y su patrimonio cultural y artístico, pone a disposición de la vecindad para proporcionar un alivio espiritual. En muchas ocasiones también la aportación de la Iglesia era de tipo material. Intentamos imaginar lo que tuvo que suponer en su momento este aspecto de las epidemias coléricas decimonónicas. Por un lado, por ejemplo, la población más necesitada que habitaba casas que muchas veces no merecían este nombre, trufada de necesidades de todo tipo, siempre amenazada por las enfermedades y punto de mira en caso de epidemias, entre calles embarradas y ambientes saturados e insalubres..., frente a la iglesia, centro del pueblo, arquitectónicamente barroca o de algún otro estilo definido, monumental, conteniendo las principales riquezas del patrimonio cultural del lugar, con una variedad de actos religiosos contemplados en la liturgia católica, donde además se rezaba en latín. Todo ello tuvo necesariamente un valor social incalculable que ayudó a mitigar la desesperación. Si la enfermedad atacaba

---

<sup>94</sup> Boletín Oficial de la Provincia de Logroño nº14 de 31 de enero de 1849. Circular nº 26 del Gobierno de la Provincia de Logroño de la Real Orden del Ministerio de la Gobernación sobre levantamiento de cordones para impedir la propagación del cólera morbo. pp1-2.

la población y quebraba las esperanzas, la iglesia no defraudaba en sus expectativas, pues la potencia simbólica y la solemnidad del culto operaban como atemperante en la comunidad.

A lo largo de la geografía diocesana de La Rioja se sucedieron solemnes funciones religiosas, organizándose en todas las parroquias fervorosas procesiones con las imágenes de la localidad que estuvieron concurridísimas, ya que de todas partes brotaba la plegaria a Dios, por mediación de la virgen y de los Santos. Acompañado de la súplica, iba la contrición y el arrepentimiento y se cumplían los preceptos de la confesión y comunión. Como consecuencia de ello se observó una mejora general de las costumbres, perdón de las ofensas mutuas, reconciliación de viejas enemistades y una elevación del nivel moral de los pueblos. Se dieron casos de generosidad y heroísmo entre el clero como por ejemplo el Canónigo Magistral de Calahorra, encargado de las Hermanitas de los Pobres, al ser invadidas de la enfermedad, que lo fueron casi todas, se volcó en su protección y cuidado hasta el fin. En casi todos los pueblos se oficiaron cultos religiosos como novenas, procesiones de noche, como en Galilea el 2 de agosto, con antorchas acompañada de “profusa iluminación de balcones y ventanas, con la tranquilidad de una noche apacible y serena, invocando a los santos y el conmovedor *ora y orate pro nobis* con que contestaba el pueblo en masa, elevaban el alma”. En Logroño, el 30 de julio hubo procesión desde las nueve de la noche hasta las 11, unos tres mil logroñeses con luces y otros tantos sin ellas, acompañada de la música del Regimiento de Infantería de Bailén, y según sus habitantes, es el acto más sobrepujado de los que se han celebrado en Logroño (Abad, 1984:322-323). Las manifestaciones religiosas durante el cólera de 1885, como reacción general de la población, eran una consecuencia añadida de los efectos sociales y personales, por la desgracia colectiva a la que se veía sometida cuando la enfermedad se presentaba de forma epidémica.

La información de la epidemia colérica era un asunto de interés político, por lo que su tratamiento dependía de la disposición de la municipalidad. La impresión general en torno a la epidemia expresada por el facultativo Sr. Góngora, médico en Motril es la transcripción de la realidad: “En teoría está todo organizado para un caso dado; tenemos instrucciones extensísimas dictadas por el gobierno y observándolas se atiende a atenuar los estados del mal, a disminuir la alarma que produce, a contrariar las causas de su producción, a asegurar el servicio médico, a socorrer la calamidad, a recoger noticias útiles y datos importantes. Pero poco o nada de este se realiza; los pueblos en general temen el confesar que han sido atacados del cólera, por no sufrir interrupción en su

tráfico, los contribuyentes se oponen a una contribución que les compromete a sufragar los gastos; las autoridades locales transigen fácilmente con las opiniones de los que los han elevado al poder; el aviso del médico le estiman como no desinteresados, y la epidemia pasa sin publicidad o ha cundido ya demasiado cuando se declara oficialmente. Esta ha sido la conducta general; conocemos pueblos que atacados del cólera y negándolo, se han suscrito con sus recursos pecuniarios a favor de otros, como para probar su buen estado; y no han faltado algunos que interrogados por el gobierno para que suministrasen datos con que satisfacer cierto número de noticias sobre el cólera, pedidas por el gobierno inglés al nuestro el año anterior, contestaron que nada podían decir porque no se había presentado el cólera en su recinto y lo decían precisamente cuando lo estaban experimentando” (González de Sámano, 1858: 493-4). Por tanto, había que contar con este tipo de vicisitudes a la hora de reflexionar sobre los acontecimientos y valorar en su conjunto los resultados dificultosamente obtenidos.

Al término de la epidemia se concedieron condecoraciones por parte de la corona a los facultativos que prestaron sus auxilios a los invadidos del cólera como la Cruz de Isabel la Católica a D. Rafael del Río, médico de Ortigosa de Cameros y la Cruz de Beneficencia de tercera clase a D. José Sanz Terroba, médico de Torrecilla sobre Alesanco (González de Sámano, 1858: 495-6).

Los facultativos que fallecieron por causa de la epidemia en La Rioja son: Anastasio Goya, médico de Autol, Bernabé Soto de Logroño, Claudio Arpón de Herce, Eugenio Saez de Ezcaray, Felipe Alonso de Villar de Arnedo, Francisco Alangua de Baños de río Tobía, Fructuoso Esteban de Cuzcurrita, José Pastor de Arnedo, José Bustamante de Grañón y Juan Pérez de la villa de Ocón (González de Sámano, 1858: 502).

### **Tercera oleada 1865.**

La tercera epidemia se desarrolla hacia 1865 y sus noticias son escasas. El cólera entró en España por el puerto de Valencia procedente de la Meca, por la gran afluencia de fieles muchos de ellos procedentes de Indostán, pasando luego a Europa y de ahí a España. Según Monlau, el cólera de este año hizo subir la mortalidad media del 1 por 35 al 1 por 29 (Martín, 2004:48). Las estadísticas del movimiento natural de la población distinguen 59.612 muertes de enfermedades epidémicas o contagiosas que, atribuidas al cólera, representan una mortalidad media de 3 por 1.000. Esta cifra que está de acuerdo con la elevación de la tasa general de mortalidad, 33,1 por 1.000 en 1865, frente a 30,9

en 1864, sugiere una invasión peor que la precedente, más extensa y mortífera que las dos primeras (Nadal, 1984:150).

En relación a las dos epidemias anteriores, en España la de 1865 las autoridades trataron la información intentando ocultar su dimensión aminorando su importancia, por lo que se dispone escasas fuentes y de datos estadísticos imprecisos. No se dispone de datos por provincias al detalle, aunque según el Dr. Hauser en 1865 fueron invadidas por el cólera 31 provincias y 486 localidades (Hauser, 1887), entre las que no se encuentra la provincia de Logroño que por entonces ya estaba constituida como tal.

A pesar de las dificultades de las fuentes hay investigadores que han cifrado el número de muertes por cólera en las tres epidemias. En la primera invasión, de 1833 a 1834, se cifraron hasta 300.000 fallecidos. En la segunda oleada que tuvo lugar entre los años 1853 a 1855, la estadística oficial arroja un total de 236.744 muertes. En la tercera invasión de 1865 se calcularon 120.000 fallecidos (Fernández Sanz, 1990). Como se ve en estas cifras, en las sucesivas epidemias disminuía la mortalidad con respecto a la anterior. Las cifras varían según las fuentes y la impresión es que la ausencia de datos amplios y contrastados solamente clarifica que efectivamente hubo invasión colérica.

### **Haro y los cuarteles coléricos**

En 1865 el cólera se desarrolla en Haro y tenemos constancia de ello por la documentación del archivo municipal que agrupa datos al respecto en esa fecha. Lo destacable de este caso es la forma en que se preparó la localidad en previsión de la epidemia, pues es una muestra de cómo se organizaba una sociedad ante una crisis colérica que ponía a prueba las estructuras sanitarias.

En estas informaciones extraídas del Archivo Municipal de Haro no queda claro que hubiese tal epidemia, se deduce porque hay descritos cuadros de individuos que se supone fueron atendidos por causa de la enfermedad. También nos induce a pensar en ello la composición de los cuarteles para el caso de epidemia, pero no vemos claro que se produjera, al no encontrar datos de mortalidad atribuible a la enfermedad, o quizá la epidemia fuera leve y no se produjeron óbitos por ello. Bien es cierto que de 1855 a 1865 se produjo en España un cambio político además de sobrellevar una fuerte crisis que afectaría también al ámbito sanitario. En 1855 gobernaban los llamados progresistas que gestionaron la epidemia de forma que se prohibieran las ocultaciones sobre el tema, publicando semanalmente en la Gaceta oficial los partes diarios y resúmenes semanales de la evolución de la epidemia. En cambio en 1865 gobernaban los unionistas liberales

(O'Donnel) que trataron la epidemia a remolque de las circunstancias, esforzándose en no divulgar noticias sobre el cólera (Martín, 2004:48).

En el Boletín Oficial de la Provincia de Logroño no aparece mención a la epidemia durante ese año de 1865 en los resúmenes mensuales, pero sí en cambio aparece la transcripción de la Real Orden de 9 de agosto de 1865<sup>95</sup>, prescribiendo las Reglas Higiénicas para prevenir el desarrollo del Cólera morbo-asiático. Se incluye la Recopilación de las instrucciones, comprendidas en 85 artículos, que deben observar los gobernadores de provincia y las autoridades locales para prevenir el desarrollo de una epidemia o enfermedad contagiosa, o minorar sus efectos en el caso de su aparición. En esta recopilación se aborda la organización de las Juntas de Sanidad y Comisiones permanentes de Salubridad en los primeros 19 apartados o artículos. Las Precauciones higiénicas se dictan incluyendo la organización y cometidos de la hospitalidad domiciliaria, las casas de socorro, los hospitales comunes y enfermerías del cólera. El estado de la cuestión acerca del cólera era que no se conocía su etiología, de la que se derivarían las soluciones del problema higiénico-terapéutico. Se admitía, casi unánimemente, que era una enfermedad contagiosa y que en el cuadro de la nosología ocupaba un lugar entre las enfermedades infecciosas.

La ciudad de Haro se divide para el abordaje del cólera<sup>96</sup> en tres cuarteles, con diez señores que lo componen, once en caso del tercero, comprendiendo cada uno de ellos un número determinado de calles. A su vez se realiza una suscripción popular para “socorrer a las clases desvalidas en el caso de ser invadidas por la enfermedad del cólera morbo”. En dicha suscripción se recogen las aportaciones de los vecinos, sus nombres y las calles en las que residen.

Las calles que comprende el Cuartel 1º son: Plaza Mayor, San Agustín, Calzada de ídem, Taranco y callejas, Arrabal, Platerías, Plaza de la Cruz, Santa Lucía, Cerrado, San Miguel, *Cuebas*, Plaza San Agustín, Era de íd 1ª, 2ª, 3ª, 4ª y 5ª, *Caba*, Ventilla, Peso, Juego de Pelota viejo, Sereno. Las calles que forman el segundo Cuartel comprenden la Tejera vieja, Lagos, Juego de Pelota, Tejera nueva, Corrales, Eras de Motulleri, Casas Nuevas, Patio de Comedias, San Bartolomé, Campo Santo viejo, Pardo, Carrión, Garrás, Papagayo, Santiago y Soledad y las que componen el Cuartel Tercero: La Iglesia, Loya de la Campana, Paz, Calle Mayor, Establo, San Martín y su plazuela, Mota, Castillo, Costanilla, S. Bernardo, Pilar Alto y Bajo, Granada, Portillo,

---

<sup>95</sup> Boletín Oficial de la Provincia de Logroño n° 99, de 18 de agosto de 1865, pp1-4.

<sup>96</sup> Archivo Municipal de Haro. Expediente de epidemia del cólera morbo de 1865. Sig. 2120-7.

Trasportillo, *Athalaya*, Plazuela del Carbón, Puente, San Roque, Palomar y Londilla. En total se recogen 17.230 reales y enseres de todo tipo que pasamos a detallar:

Resumen de la colecta realizada para el afrontamiento de la epidemia de cólera. Haro 1865

Cuartel	Metálico (en reales)	Camas	Sábanas	Almohadas	Servilletas	Paños de mano	Gavillas de bálago	Jergones	Toallas	Mantas	Fundas	Clujas
1º	13.788	4	32	6		2				2	2	1
2º	1.926		13	7	1		15	1	4	1		
3º	1.516	1	5	4			28	2				1
Total	17.230	5	50	17	1	2	43	2	4	3	2	2

Tomado del Expediente de epidemia del cólera morbo 1865. Archivo Municipal de Haro

Enseguida podemos ver diferencias destacadas entre los cuarteles, como la aportación económica del cuartel primero que comprende las calles principales de la entrada a la ciudad con fincas y bodegas. El cuartel más pobre, el tercero, en la parte norte, aporta la mayor cantidad de gavillas de bálago, de gran utilidad para cubrir el suelo mojado o enlodado, y probablemente para hacer colchones.

En los tres cuarteles se donan sábanas y almohadas y se puede pensar que las servilletas no son de uso común en esta época, por lo que se hace notar su aportación.

Nos llama la atención el uso de localismos por los que quedan perfectamente definidos sus términos, como “cluja” que no viene descrito en el DRAE<sup>97</sup>; aunque en otra referencia de localismos riojanos encontramos que en Nájera sería la cuna y en general, en La Rioja, el armazón de madera de la cama, que sostenía el marragón (otro localismo) o jergón de paja, sin bastas (Goicoechea, 1961). Al comprender su significado entendemos que formara parte de los enseres necesarios.

Otro documento que informa acerca de la enfermedad del cólera en Haro es una descripción por cuarteles de las personas atendidas en el hospital, a domicilio y en ambas circunstancias, el número de la casa, nombres de los jefes de familia, número de individuos, su clase y otro apartado para observaciones. Los afectados en total suman 413 personas, distribuidas según el cuartel al que estaban adscritas y el domicilio.

Tabla .-Número de afectados por cólera. Haro 1865

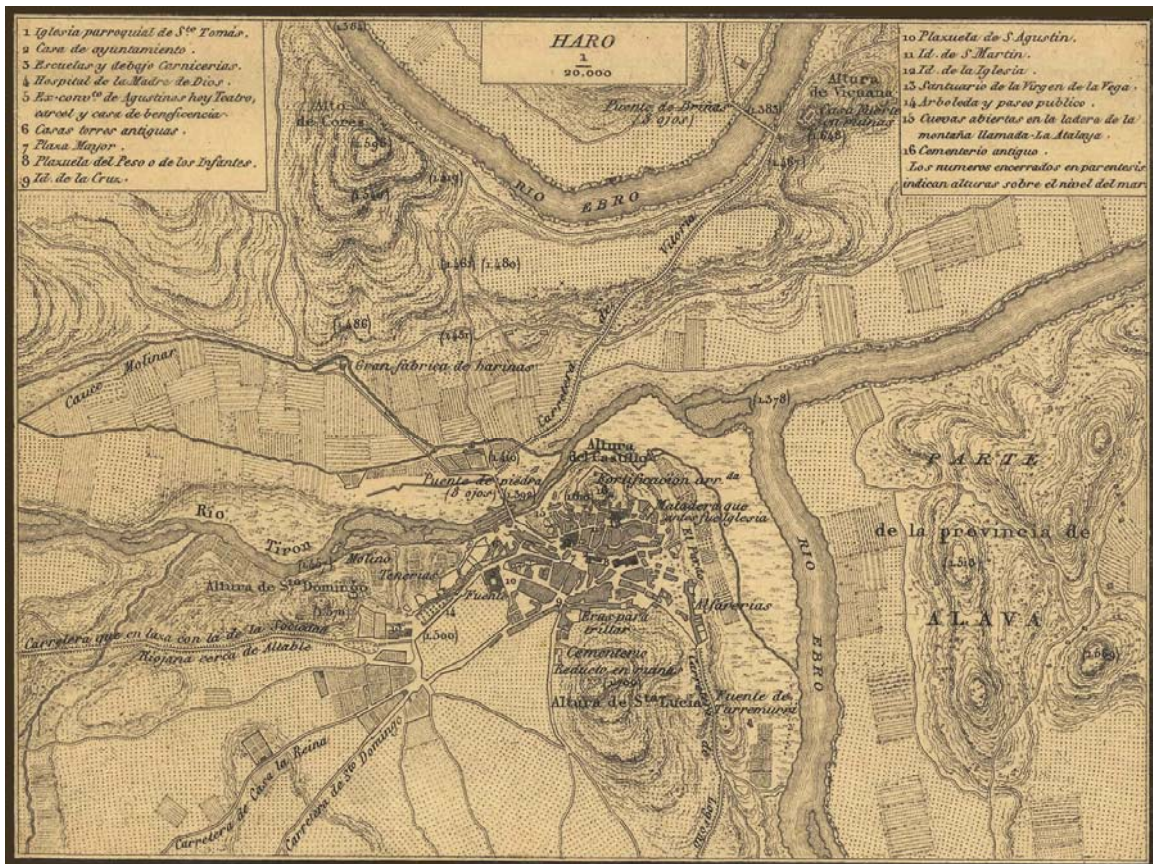
Localización	Hospital	Domicilio	Hospital-Domicilio	Total
Cuartel 1º	55	25		80
Cuartel 2º	83	92	3	178
Cuartel 3º	77	78		155
Total	215	195	3	413

Fuente: Elaboración propia

<sup>97</sup> Diccionario de la Real Academia Española.

En relación a la clase social, en el cuartel primero hay más diversidad, como por ejemplo: pescador, al trato, carpintero, peón, viuda, colmenero, amarrador, etc., en el cuartel segundo la mayoría son jornaleros y en el tercero se distingue entre otras clases la de pordioseros. La división geográfica por cuarteles definía en cada uno de ellos la clase social de pertenencia de los vecinos. Otra clase de ocupación que se detalla es la de aguador que, como ocurrió en las epidemias de Valencia, fue un factor de contribución al desarrollo de la enfermedad.

Con respecto al número de individuos por domicilio y que fueron atendidos en el hospital, en la mayoría hay 3 o 4 por casa con excepciones como nueve en una casa con un cuarto y dos camas, o bien siete individuos en 1 cuarto y dos camas. Este detalle nos informa del hacinamiento humano en las viviendas que junto a la falta de higiene general suponía un elemento decisivo para el contagio y propagación de la enfermedad dentro del hogar. También vemos en las observaciones casos de un cuarto y una cama, pues si la casa era considerada buena se atendía a domicilio, lo que garantizaría en alguna medida su diseminación. En esta descripción no figuran las edades de los afectados ni se distingue si son niños.



Mapa de Haro de Francisco Coello de 1851. Escala 1:20.000 Tomado de <http://www.enorioja.com/mapa/>



#### **Cuarta epidemia 1885. La Comisión de Valencia y la cuestión Ferrán**

De las cuatro epidemias de cólera que padeció España y asimismo La Rioja, la de 1885 fue la que reunió más protagonistas del ámbito científico, principalmente médicos, lo que supuso una cruzada científica dispuesta a hacer frente al cólera mediante todos los resortes a su alcance y desde el higienismo como método de proceder.

En Valencia se estaba ensayando una vacuna con un preparado colérico que estaba dando buenos resultados en las localidades epidemiadas. El hecho de contar con un preservativo frente al cólera suscitó una gran curiosidad e interés nacional e internacional, que concitó a gran número de seguidores y detractores hacia su descubridor, el Dr. Ferrán y Clúa quien junto a sus colaboradores, el químico Paulí y el doctor Gimeno, investigó sobre vacunas pasteurianas y, en enero de 1885, dio con la vacuna anticolérica. Era tal la expectativa que las instituciones médicas como las Academias de Medicina, el Instituto Médico Valenciano, la prensa médica, las corporaciones locales y diputaciones provinciales y todo el entorno sanitario participaba en lo que se llegó a denominar “la cuestión Ferrán”.

Para este evento científico de máxima relevancia en el momento, se designaron delegados del ayuntamiento de Linares y por las Diputaciones de Granada, Sevilla, Albacete, Córdoba, La Coruña, Guipúzcoa, Ciudad Real, Zaragoza y Logroño (Matilla, 1977:121). La Diputación Provincial comisionó para ello a los doctores Pelegrín González del Castillo, Donato Hernández Oñate y Ezequiel Lorza para estudiar la epidemia de la provincia de Valencia y el método del Dr. Ferrán sobre la inoculación preventiva contra el cólera (VVAA, 1885).

La misión de estos médicos comisionados de Logroño era averiguar ambas cuestiones, participando a su vez del debate científico que se dirimía por esta cuestión en Valencia. Bien es cierto que esta comisión fue solicitada por los tres médicos el 21 de mayo de ese año, demandando la representación y apoyo de la Diputación Provincial.

Al término de la visita a Valencia hubieron de entregar una memoria con la recopilación de las actividades y debates científicos en torno al tema en cuestión, el estudio de la epidemia de cólera y el método de la inoculación preventiva del Dr. Ferrán. El secretario de la Diputación D. Joaquín Farias y Merino, certifica el 22 de julio de 1885 el acuerdo registrado en el acta de la sesión extraordinaria del día 13 agradeciendo el buen desempeño de la comisión en primer lugar y determinando que se impriman dos mil ejemplares de la Memoria presentada para ser distribuidas enviando un ejemplar a cada uno de los alcaldes y médicos de los pueblos de la provincia “y otras personas de

*reconocida ilustración*". También el Ayuntamiento distinguió a los comisionados "*con un expresivo voto de gracias*" por "*su animosa decisión de estudiar los medios que puedan contribuir a salvar este vecindario de una plaga tan temible y desconsoladora, y por las investigaciones hechas a riesgo de su propia existencia*" en sesión ordinaria del día 11 de julio, firmada por el secretario D. Anselmo Torralba por ausencia del presidente D. José Rodríguez Paterna.

Sabemos que el Dr. Hernández era el médico higienista municipal de Logroño, que el Dr. Lorza dirigía el Instituto Higiénico de Vacunación y el Dr. González del Castillo realizó memorias del estado higiénico de la ciudad de Logroño, por tanto constituían una tríada en consonancia con los tiempos, esto es, emprendedores y con inquietudes profesionales de las que se desprenden habilidades sociales por las que podían representar a las instituciones de La Rioja.

Aunque la trascendencia del cólera era bien conocida y sentida por los poderes públicos, fueron los médicos los que tuvieron la iniciativa de participar en el debate científico y solicitar apoyo para ello. Este viaje a Valencia abría las puertas a la notoriedad, tanto personal como profesional, a las relaciones con personalidades provinciales y nacionales así como con colegas de distintos estamentos, en una palabra, consideraron que las relaciones sociales debían ser al máximo nivel que pudieran permitirse, no en vano eran "los comisionados de Logroño". En la memoria no dejan de agradecer a las autoridades la posibilidad de haber recibido una benévola acogida a su paso a Madrid, por Don Práxedes Mateo Sagasta, y visitar a los diputados a Cortes D. José María de Eulate y D. Miguel Villanueva, que les facilitaron las relaciones oficiales para poderse manejar con más libertad de acción. También contactaron con D. Alejandro San Martín, catedrático de patología quirúrgica de la Universidad de Madrid, típico representante de la mentalidad fisiopatológica, que formaba parte a su vez de la Comisión del Gobierno para el mismo estudio del cólera. Visitaron a San Martín, natural de Cenicero, porque debían conocer a su familia, y les informaba de todo lo que pudiera ser de interés para el cometido. En realidad lo que suponían estas relaciones con personajes notorios era otorgar más eco a la comisión del estudio del cólera, el asunto que les ocupaba y sobre el que se debía apostar desde todas las instancias, especialmente las del poder.

En Valencia no había duda de que la enfermedad era cólera morbo asiático, sin embargo los comisionados ofrecen una ligera idea de lo que significa la enfermedad "*en el estado actual de la ciencia*", o sea, con las posibilidades teóricas del momento.

La causa del cólera era una materia pendiente desde que apareció en Europa la primera epidemia en 1830 y a ello se dedicaron los científicos con el consiguiente debate. El descubrimiento por Robert Koch del *Vibrio comma* en 1884 (denominado *bacilo vírgula* en España por estas fechas y asimismo por los comisionados) no puso término a las discusiones sobre la patogenia del cólera. La transmisión a través del consumo de agua contaminada era conocida desde 1848 por Jhon Snow en Inglaterra (Cerde y Valdivia, 2007:334) y las observaciones de peculiares objetos al microscopio en las deposiciones de los enfermos por William Budd en 1849, precediendo en cinco años al italiano Filippo Pacini quien los observaría en los intestinos de los enfermos en 1854. Los trabajos de ambos investigadores adolecían de una adecuada descripción, sin aislar e identificar los microbios que vieron. Max Von Pettenkofer coincidía con los hallazgos sobre las virtudes del agua limpia y libre de contaminación fecal, aunque en el caso del cólera tenía dudas y se dedicó a estudiar la cuestión en 1854 con ocasión del brote de Munich, publicando sus hallazgos y concluyendo que sus experiencias no bastaban para demostrar la transmisión directa del cólera a través del agua, ya que faltaba el contacto con la tierra. Así nació su *teoría del suelo* que predominó y consiguió la aprobación en la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de 1866 que derivaría, tras ser revisada, en la tríada epidemiológica: agente + medio ambiente = huésped susceptible (Walter, 2003: 84-5).

Nuestros comisionados tuvieron ocasión de observar la sintomatología general en la provincia de Valencia desde el primer día, por la excursión a los pueblos invadidos y se daba por admitido el descubrimiento de Koch el “*vibrio comma*” como agente causal del cólera.

En el tratamiento durante el primer periodo de la enfermedad se procuraba un remedio ácido, creando un medio inadecuado para el bacilo, pues para su desarrollo precisa un medio alcalino. En este estadio también se usaba el opio en su forma más generalizada como era el láudano, para contribuir al mismo fin, secar la mucosa disminuyendo la diarrea y facilitando el calor y la transpiración a la piel, que producía admirables resultados. En el periodo álgido no se atacaba terapéuticamente por el tubo digestivo, pues por esta vía poco o nada podía intentarse por su escasa absorción, todo lo más algún alcohólico, el éter sulfúrico y luego las inyecciones hipodérmicas de quinina, cafeína o digitalina que activando las funciones del órgano central de la circulación, le tonifican dando tensión a los vasos y fuerza a los músculos circulatorios. También se usaba con buen resultado el hielo para calmar los vómitos y la morfina para los

calambres. Convencidos de esta estrategia se pronunciaban al respecto: *“Este concepto de la terapéutica basado en la doctrina de Koch podrá acaso desmentirlo el tiempo, pero es claro, satisface y hay que admitirlo a falta de otro mejor”*.

El tratamiento adoptado en Valencia no difería del ordinario en la época y los médicos usaban comúnmente el láudano y el subnitrate de bismuto. Se les dio a conocer, no obstante, una novedad, la administración de la helenina, principio activo de la émula campana, planta dotada de propiedades tónico-estimulantes, pero sin datos suficientes para poder apreciar su resultado. El tratamiento era una cuestión principal, objeto de todas las consideraciones médicas que había que estudiar con detenimiento y atendiendo a todas las observaciones realizadas en los diferentes países.

En relación con las medidas a adoptar ante la epidemia se atienen, para las referidas al individuo, a las sintetizadas en la Cartilla Sanitaria del doctor Capdevilla que pueden servir de norma para saber lo que conviene hacer ante la amenaza de la invasión.

Los autores de la memoria son partidarios de la opinión de que la humedad y más aun el agua, es el medio más adecuado para favorecer el desarrollo del microbio. No todos son de esta opinión, pues los adeptos de la teoría del higienista Petenkkofer, entre los que se encuentra el catedrático Sr. San Martín, dan más importancia que el agua como agente transmisor del cólera a la tierra, suponiendo que el microbio para proliferar necesita volver a ella donde adquiere nuevamente su virulencia. Así pues, se establecen medidas para el uso de los alimentos. El agua debe ser hervida y agitada después de enfriarse, para airearla, pues ya se había demostrado que el microbio muere a la temperatura de ebullición. Lo mismo debe hacerse con las verduras, pues por la misma razón no deben consumirse crudas en tiempo de epidemia y deben proibirse las frutas acuosas y las que se crían a flor de tierra como la fresa, melón, etc., y en general, se han de someter a la acción de altas temperaturas todos los alimentos y bebidas.

Con respecto a la profilaxis individual, la primera recomendación es huir de la estancia en los retretes desde que aparezca la epidemia, prescindiendo de ellos en absoluto en las casas donde exista algún enfermo, sin perjuicio de desinfectarlos convenientemente con agua hirviendo además de guardar rigurosamente los preceptos de la higiene.

Las medidas generales de aislamiento que se pueden tomar en los pueblos para tratar de cerrar el paso a la epidemia son los cordones y lazaretos, así como la fumigación y desinfección. Otro aspecto de la enfermedad que también admiten los comisionados es el contagio, considerando que el hombre y las ropas de su uso son el

principal origen del que procede el principio contagioso y, consecuentemente, todo lo que tienda a su aislamiento y evitar la propagación del germen colérico es bueno y recomendable. No son partidarios de los lazaretos y aislamientos porque en base a la experiencia causan vejaciones inútiles casi siempre, no dan resultado y no evitan la epidemia. Estas medidas de aislamiento llegan a ser perjudiciales porque el temor en los pueblos de verse acordonados es causa de la ocultación de la epidemia, que conocida en un principio pudiera combatirse con más éxito, siendo motivo de desastres irreparables al propagarse debido al horror instintivo al ser objeto de acordonamiento. Por todo esto, son partidarios de reemplazar los cordones y lazaretos por la inspección médica procurando el aislamiento de los primeros enfermos.

Entre los asistentes al encuentro de Valencia, numerosas comisiones provinciales y algunas del extranjero, se pronunció unánimemente la idea de que aquella enfermedad era el cólera morbo asiático, pues no había absoluta certeza y entre la clase no médica se sospechaba que pudiera ser fiebre perniciosa coleriforme, para lo que se estableció el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades. Se basaban en la importación del mal, su carácter contagioso y la inutilidad de la quinina, eficaz en las manifestaciones de la infección palúdica. Los estudios al microscopio realizados por la comisión del Gobierno, descubrían la existencia del bacilo vírgula en la ropa de uno de los enfermos y del que trajeron la preparación de microbios por si la corporación tenía la curiosidad de observarlos y, por temor a alarmas, no trajeron también cultivo de bacilos vírgula vivos.

Las observaciones de los comisionados consistieron en el estudio clínico de la enfermedad y el examen de los individuos que habían sido sometidos a la inoculación del Dr. Ferrán.

Una vez despejada la cuestión de si era o no cólera morbo la enfermedad epidémica de Valencia, se proponían estudiar lo relativo a la inoculación preventiva, en qué consistía y en qué fundamentos se apoyaba. Para ello describen la trayectoria del doctor Jaime Ferrán y Clúa, médico de Tortosa y comisionado por el ayuntamiento de Barcelona, tras aprobar un concurso público, para estudiar las epidemias de cólera en las ciudades francesas de Marsella y Tolón en el verano de 1884.

Para entonces ya se había considerado el microbio de Koch como la causa determinante de la enfermedad colérica y los principales “micrógrafos” del mundo se dedicaron al estudio del bacilo coma, confirmando todos ellos el descubrimiento de Koch en lo relativo a la morfología del agente colerígeno. Los resultados del estudio de

las epidemias de Tolón y Marsella los reflejó en una memoria dirigida al ayuntamiento de Barcelona, comprendiendo las siguientes cuestiones:

a) Morfología del microbio colerígeno. Ferrán demostró que el bacilo coma de Koch no representaba más que una de las fases de un microorganismo cuyo ciclo evolutivo, de forma resumida y con las limitaciones del microscopio o de los instrumentos amplificantes conocidos hasta la fecha, se manifestaba en estos términos: espirilos, oógonos, oóferas y polinidos, granulaciones, cuerpos muriformes y de nuevo espirilos naciendo de estos cuerpos muriformes para repetirse la misma evolución.

Logrado pues el conocimiento por Ferrán de la evolución completa del microbio colerígeno, e incluido por él en el grupo de las “*criptógamas peronosporas*”, lo bautizó con el nombre de *Peronospora-Barcinonis*, en honor a la ciudad que le comisionó para el estudio del cólera en Francia, y que fue modificado por el de *Peronospora Ferrani* a propuesta del doctor Rodríguez Méndez, ponente del informe aprobado por la Real Academia de Medicina de Barcelona sobre la memoria presentada por el doctor Ferrán al municipio, como justo homenaje a su descubridor.

La descripción de la morfología del microbio descubierto por Ferrán que hacen los autores es la reproducción que de ella hace el Dr. López Alonso en el Correo Médico Castellano que dirige con el oculista D. Juan Alvarado, en Salamanca.

b) La acción patógena del microbio se refiere a los efectos morbosos que la inyección en el tejido subcutáneo de cierta cantidad de un cultivo<sup>98</sup> de la criptógama colerígena produce en los animales, donde primero ha sido ensayada, como en el hombre, cosa que consiguió el Dr. Ferrán mientras Koch no lo consiguió en animales, según comprobó la Academia de Medicina de Barcelona. Así, de la consecución del cólera experimental en los animales y su relación con los experimentos de Pasteur sobre el carbunco y el cólera de las gallinas, Ferrán aplicó el procedimiento de inoculación en el hombre del cultivo atenuado como medio profiláctico o preventivo del cólera, lo que nos sitúa en la tercera cuestión.

---

<sup>98</sup> Los comisionados describen en la memoria los términos propios en los que discurre la microbiología en su afán de hacer comprensible el proceso de los descubrimientos, que por entonces eran determinantes para el abordaje de las enfermedades infecciosas. Así, en la página 27 a pie de página hacen la siguiente aclaración en relación a los términos cultivo y esterilización: “Se llama **cultivo** en microbiología la operación que consiste en colocar al parásito en condiciones de nutrirse, desarrollarse y reproducirse, para lo cual se le siembra en un medio apropiado en el que encuentra las sustancias necesarias a su desenvolvimiento”. “Tanto los líquidos como cuantas sustancias se emplean en los cultivos, son siempre esterilizados, entendiéndose por **esterilización** el acto de destruir por medio del calor los gérmenes de los diferentes seres que aquellos puedan contener y que como es sabido abundan en la superficie de muchos objetos o ululan por el aire, los cuales podrían dificultar el desarrollo del microbio que se trata de cultivar”.

c) La acción profiláctica del microbio mediante las inyecciones hipodérmicas de sus cultivos atenuados. Ferrán investigó en su laboratorio de Tortosa la posibilidad de producir el cólera experimental en los conejos de indias y también la acción preventiva de las inoculaciones para hacerlos resistentes a la acción de cultivos más enérgicos. Cuando consideró regularizado el experimento, con cultivos preventivos con efectos que creyó seguros, empezó los ensayos en el hombre, comenzando él mismo a inocularse, junto con su ayudante y amigo doctor Pauli, catedráticos de Valencia, varios médicos y hasta quince personas más. Entonces presentó la memoria al ayuntamiento de Barcelona remitiéndola a informe de la Academia de Medicina de dicha ciudad y tras largo debate, fueron confirmados los estudios experimentales del doctor Ferrán acordando hacerle objeto de todas las distinciones dispensadas por la academia Científica. En sesión de 23 de marzo de 1885 a propuesta de la comisión encargada de dar dictamen sobre su memoria, la academia acuerda el nombramiento de socio corresponsal, la entrega de la medalla de oro con dedicatoria personal y se estimule al municipio barcelonés para que facilite los recursos necesarios con el propósito de seguir sus investigaciones.

Una vez logrado el éxito en el laboratorio, el experimento estaba listo para ser probado en condiciones reales, lo que se produjo con la aparición de la epidemia en la provincia de Valencia dando comienzo las inoculaciones a gran escala.

Tras la aprobación de la Academia, la comunidad científica y la opinión pública no permanecían ajenas a los acontecimientos, por eso las corporaciones de España y del extranjero enviaron comisionados para estudiar sobre el terreno el estado de la cuestión e informaran de lo que se podía esperar del descubrimiento. En estas circunstancias fueron comisionados los tres médicos de Logroño, teniendo cuidado éstos de coincidir con la comisión nombrada por el gobierno, como el doctor San Martín, lo que les permitía hacer el estudio junto a los eminentes personajes que la constituían y utilizar las poderosas influencias que de ella podían disponer.

Del intercambio de impresiones con otros colegas nacionales se generaron dudas en torno al descubrimiento, por una parte debidas al desconocimiento del asunto en sí y por otra parte por el estado de imperfecto desarrollo en que se hallaba, resultando que no pudieron esclarecer todas las dudas existentes. Para dar a entender el procedimiento de la inoculación preventiva, la memoria recoge el discurso que el catedrático de Valencia D.

Amalio Gimeno leyó en el Ateneo de Madrid el 27 de mayo de ese año<sup>99</sup>. La cuestión principal es el concepto de inmunidad, que resuelven con la teoría microbiana y que consiste en que el organismo sea refractario a la invasión de una enfermedad infecciosa. La segunda cuestión es qué es la inoculación preventiva anticolérica del doctor Ferrán, cuya respuesta es la aplicación de los principios precedentes a la atenuación del virus colérico, que es el bacilo vírgula de Koch o el peronóspera Ferrani, pues los vírgulas del cólera tienen sus caracteres propios y exclusivos, que se distinguen por su ciclo evolutivo descubierto por Ferrán. Las bases que sirven de apoyo al sistema de inoculación contra el cólera son en primer lugar la atenuación de los virus, debida a Pasteur y en segundo lugar a la seguridad de que la causa del cólera es el bacilo coma de Koch, pues si el cólera es debido al microbio y el microbio se puede atenuar, si una vez atenuado es capaz de producir en el hombre una enfermedad ligerísima y sin ningún peligro, que le haga refractario a la terrible enfermedad, la vacunación anticolérica, nombre no adecuado pues la vacunación se refería al caso de la viruela, es un hecho científico y experimental.

Estos planteamientos contaron con grandes adversarios y también con autoridades como Pasteur que afirmaba que todas las apariencias estaban de parte de Ferrán. Van Ermengen, secretario adjunto de la Sociedad de Micrografía de la Capital de Bélgica y reconocido como ilustre en la ciencia médica, emitió su opinión favorable al sistema del Doctor Ferrán después de haber corroborado gran parte del ciclo evolutivo del microbio.

Los argumentos de los detractores se referían al mal empleo de la palabra vacuna y los que atacaban el procedimiento de la inyección subcutánea, no intramuscular y los que no creían en la inmunidad, pues si no es cierta la inmunidad colérica, la vacuna anticolérica no puede ser verdad, argumentando como ejemplo que un ataque de cólera no produce inmunidad y hay personas que padecen la enfermedad dos y tres veces. Aunque otras enfermedades infecciosas dan inmunidad es cierto que otras producen el efecto contrario, ocasionando la predisposición a volver a padecerla. Para la argumentación a favor de la inmunidad se recurre a la ley de la analogía con respecto a las enfermedades infecciosas y contagiosas como la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea, la peste negra de Levante, la viruela, el sarampión y la peste bubónica, para aseverar, por

---

<sup>99</sup> Actas de la discusión habida en El Ateneo acerca de La Cuestión Ferrán. 1885. Madrid. Imprenta y librería de Nicolás Moya. Comprende el discurso del 27 de mayo de 1885 y el del día 10 de julio del mismo año.



sabido y admitido, que el cólera también produce inmunidad. En cambio enfermedades como el paludismo y la erisipela producen predisposición a volverse a padecer. Así, el número se inclina también en ese sentido, dos enfermedades infecciosas no producen inmunidad y seis contagiosas como el cólera y otras, dan inmunidad. Por ello expresan, que la experiencia demuestra lo mismo, rara vez un individuo que ha sufrido el cólera, vuelve a pasarlo.

La mención a la experiencia se refiere a la “*hecatombe de 1854*”, bien por haber sido tristes testigos de ella o por haberla oído referir a las familias, conservando lúgubres recuerdos de esos días. En este caso, se recuerda, para abundar en la teoría de la inmunidad colérica, que alguna persona volviese a ser invadida cuando el cólera volvió a atacar al año siguiente de 1855.

Otra duda presente era si el bacilo vírgula era la verdadera causa del cólera, fundada en que no se había descubierto el microbio en las aguas del Ganges, pues incluso solo Koch lo había aislado en aguas estancadas una sola vez. Pero esta duda se disipaba por los experimentos de Nicati, Rietsch, Van Ermergen y Ferrán, los cuales siempre que han aislado el microbio, abundante en el tubo digestivo del individuo colérico, lo han cultivado inyectado o ingerido en los animales, han producido la misma enfermedad provocando a su voluntad el cólera experimental.

Otra objeción era la de suponer que una enfermedad producida artificialmente con las inyecciones anti-coléricas, mal puede dar inmunidad contra el cólera cuando los síntomas que determina no tienen analogía con los de la enfermedad que se trata de preservar. Se apoyaba esta idea en que los síntomas del aparato digestivo aparecían siempre en la infección espontánea y estaban ausentes en el cólera experimental. Para contrarrestar esta duda se apelaba al dictamen de la Real Academia de Medicina de Barcelona, basada en experimentos con conejos de indias, que el microbio por su sola presencia en el canal intestinal no produce la infección, sino la irritación de la mucosa y síntomas locales. Aprovechándose otra vía para producir la infección, como las inyecciones hipodérmicas, queden casi exentos los trastornos consiguientes en la mucosa gastrointestinal y falte en la mayoría de los casos el cuadro sindrómico que el aparato digestivo presenta en la infección espontánea.

También se dudaba si la inoculación en los individuos predispuestos era capaz de provocar el desarrollo de un ataque de cólera. Las estadísticas demostraban lo contrario, dado el menor número de los invadidos vacunados que de los no preservados por la vacunación.

Todavía quedaba pendiente una duda sin respuesta y era la teoría que explicaba la inmunidad que, según el doctor Gimeno consiste en *“suponer que con la inoculación anticolérica se consigue que agotando el microbio los elementos propios para su vida que encuentra en la sangre, deja el organismo estéril para que en otra invasión no encuentre pasto por decirlo así, el agente colerígeno, haciendo de este modo si no imposible, difícil al menos la enfermedad”*. Según esto la duda central era que si el microbio no vive en la sangre, en cuyo elemento no ha sido posible hallarlo nunca, ¿de qué modo puede el vírgula extraer nada de la sangre sin llegar a ella? Y esta duda aumentaba *“si se considera el poco tiempo que el microbio vive en el tejido celular donde se inyecta, en el que sin embargo se supone tiene vida las horas suficientes para elaborar la ptomainas que absorbidas han de producir el agente preservador”*. Esta duda no la aclaraba nadie así que según la creencia general *“la inmunidad se efectúa por el hábito que produce en la economía un veneno atenuado, después de cuya acción la de otro más enérgico puede ser nula o poco intensa”*. Para Ferrán la inmunidad se producía sin que el microbio se hubiese multiplicado y era debido a la acción a distancia de sustancias elaboradas por el germen, identificadas como "diastasas".

Tras rebatir los argumentos de los impugnadores del sistema preventivo de Ferrán, la idea de los comisionados es que su teoría es enteramente científica, racional y lógica, y lo pensaban de igual modo que otras corporaciones y autoridades científicas. En lo tocante a lo experimental las estadísticas eran ya suficientes para inclinarse a favor del método de Ferrán, observando las cifras muy favorables de individuos vacunados que han sido invadidos con respecto a quienes no se habían inoculado. En relación a estos resultados prácticos hay que destacar, en favor de la estadística, que entre las instrucciones insertas en las tarjetas entregadas a los vacunados por el Dr. Ferrán, figura la de que todo ataque de cólera sobrevenido dentro de los cinco primeros días después de la inoculación, se presenta fuera de su acción preservativa, por ser el tiempo que se supone que puede durar el periodo de incubación, en el cual la vacunación no producirá efecto.

El estudio del proceso era riguroso en los inoculados, pues la interpretación de los resultados era crucial para el control de la epidemia. Para la comisión del Gobierno una vez se aclaró que lo que había en Valencia era cólera, lo siguiente era comprobar la inocuidad del procedimiento preventivo de las inoculaciones. En la localidad de Algemesí se practicaron novecientas inoculaciones y una vez examinados atentamente algunos centenares de los inoculados, no fue posible comprobar en uno solo la existencia

del más benigno flemón como efecto secundario. Esta comisión del Gobierno pasó a investigar sobre el examen y detenido análisis químico y microscópico de los líquidos empleados en las inoculaciones, donde se demostró la ausencia de toda sustancia tóxica y la presencia del bacilo vírgula en cultivos puros y, en consecuencia, no había duda de que los efectos que la inoculación de estos líquidos produjeran en el organismo, tenía que ser debida a la introducción del microbio en el organismo. No obstante las reticencias, los socios del Ateneo Científico de Valencia se prestaron a la experimentación y a ser observados después de inoculados tantas veces como fuera necesario o conveniente por la comisión. El examen era realizado cada cuatro horas por el catedrático San Martín, no presentándose ningún fenómeno especial ni grave. Los síntomas que manifestaban los individuos sujetos a la vacunación eran locales como las molestias propias de la inyección, dolores contusivos bastante pronunciados en los puntos de inoculación que se presentaban a las pocas horas, pues se empleaba un centímetro cúbico de líquido de cultivo en la parte posterior inferior de cada brazo, seguido de tumefacción y calor en la zona de inyección. Se trataba de lesiones localizadas y limitadas. Los trastornos generales observados consistían en malestar, poca actividad para el trabajo, quebrantamiento general, náuseas a veces y luego enfriamiento pronunciado que duraba varias horas, todo lo cual duraba unas 24 horas y algo más en los efectos locales.

Las conclusiones, claras y categóricas acerca del cometido por el que fueron comisionados los autores son:

1. *Que la enfermedad reinante en la provincia de Valencia, es el cólera morbo asiático.*
2. *Que las modernas investigaciones científicas permiten asegurar que la causa de dicha enfermedad es el bacilo vírgula de Koch, o Peronospera de Ferrán.*
3. *Que está probada la completa inocuidad de las inoculaciones anticoléricas de cuyo sistema es autor el mencionado Doctor Ferrán.*
4. *Que los líquidos de cultivo del microbio que éste emplea para dichas inoculaciones, están exentos de todo principio tóxico y demostrada en ellos la presencia del bacilo colerígeno atenuado.*
5. *Que la doctrina en que se apoya el método preventivo contra el cólera es racional y científica, y que si bien los experimentos hasta ahora practicados no permiten asegurar en absoluto que se ha descubierto la verdadera vacuna del cólera, los resultados prácticos ya conocidos y bastante numerosos, permiten abrigar la*

*fundada esperanza de que el Doctor Ferrán podrá en breve ser considerado como el autor de ella.*

Como corolario de la memoria refieren que si hubiera una epidemia en Logroño recurrirían a la vacunación anticolérica y, de hecho, contaron con la promesa del Dr. Ferrán de proporcionarles la vacuna necesaria. Sin embargo, estaba prohibido practicar inoculaciones que no fueran realizadas por el Dr. Ferrán personalmente o bajo su inmediata dirección. Este apartado resulta paradójico ya que experimentalmente la vacuna funcionaba, incluso una delegación francesa se personó en Valencia para estudiar el cultivo del preparado anticolérico y al no permitirles llevar consigo las muestras necesarias abandonaron la comisión.

Se determinó en la Comisión que la inoculación no debía intentarse nunca en los pueblos no invadidos, aunque el cólera experimental producido no es contagioso y no se ha demostrado la existencia del microbio en las heces de los vacunados, en los que falta casi siempre el síntoma de diarrea, aún no está determinada la duración de la inmunidad que proporciona y por ello sería inútil en la mayoría de los casos.

Antes de llegar a las inoculaciones preventivas en caso de epidemia en Logroño, insisten los autores en la necesidad de cumplir estrictamente las prescripciones de la profilaxis individual, como son: someter a ebullición todos los alimentos y bebidas que se consuman ya que el cólera invade el organismo por el tubo digestivo; en segundo lugar huir de las deyecciones de los coléricos y de los objetos que hayan podido contaminar y los lugares en que se viertan, pues en ellos se producen los medios de infección. Para ello las deyecciones deberán recogerse en recipientes que contengan una disolución desinfectante, preferible el cloruro mercúrico, debiendo verterse después en agua hirviendo para su completa esterilización. Por supuesto añaden el precepto higiénico<sup>100</sup>, tan sabido como mal practicado de que las personas que hayan de abandonar la población por temor a la epidemia deben salir muy pronto y regresar tarde, para evitar servir de vehículo de la enfermedad y porque si regresan antes de que la epidemia termine, están más expuestas a ser invadidas que los individuos que han permanecido cerca de ella.

Durante la estancia en Valencia, los comisionados asistían con asiduidad a la discusión que tenía lugar en el Instituto Médico, guiados del espíritu más imparcial,

---

<sup>100</sup> Entendemos que se refiere al *precepto salernitano* que reza: “*Hoec tria tabificam tollunt adverbia pestem: Mox, longé, tardé, cede recede, veni*” (Tres adverbios son los que libran de toda peste: Sal pronto, vete lejos y regresa tarde)

oyendo con entera neutralidad a las dos partes que sostuvieron aquella gran controversia, según manifestaron en la memoria. El presidente de dicho Instituto, Dr. Magraner, les reservó un sitio preferente para presenciar el debate por lo que se sentían muy honrados dada la inmensa concurrencia y la reconocida competencia de sus ilustrados patrocinadores además de la propuesta de nombramiento como socios corresponsales de aquella corporación.

La teoría del Dr. Ferrán había que entenderla desde la perspectiva de la ciencia de la observación de los hechos, y ésta era que quienes eran inoculados estaban protegidos contra el cólera, excepto si la inoculación se efectuaba en los cinco días siguientes al comienzo de la incubación de la enfermedad. Pero no se conocía “el caldo” preparado para la inoculación. Como otras teorías que eran superadas por otras nuevas o complementarias, era necesario sopesarla con experiencias a gran escala dentro del mundo científico.

Las conclusiones de otras dos delegaciones comisionadas, la de Albacete y Zaragoza concluyen de igual forma que la de Logroño, la enfermedad es cólera morbo, la inoculación preventiva es segura y eficaz mientras se ha observado su acción aunque no se pronuncian en su generalización pues, aunque escasas, hay voces en contra.

En esta reunión de Valencia se inocularon en total 301 médicos, entre catedráticos, incluido D. Santiago Ramón y Cajal, médicos de Valencia y Castellón, comisionados de España (incluidos D. Pelegrín González del Castillo y D. Donato Hernández Oñate) y del extranjero (de Coimbra, París, Nueva York y Río de Janeiro) (Jarro de Té, 1885). La relevancia mundial la alcanzó el doctor Ferrán al realizar 50.000 inoculaciones contra el cólera, la mayoría en Alcira, convirtiéndose según destaca el catedrático de Historia de la Medicina José María López Piñero, en la primera población del mundo donde se vacunó contra el cólera. Entre las víctimas del cólera se encuentran también personas ilustres como el Dr. Bautista Peset, colega de Jaime Ferrán, quien mantuvo durante la epidemia una postura contraria a la vacunación, aunque antes de morir pidió que se apoyara esta técnica preventiva que Ferrán estaba administrando desde Alcira, reconociendo así su descubrimiento contra el cólera.

Las inoculaciones anticoléricas del Dr. Ferrán se prohibieron por medio de una Orden Circular de 25 de mayo de 1885, tras informes de la Comisión del Gobierno al efecto y de la Real Academia de Medicina, en la que tres académicos hicieron voto particular para que no se autorizasen dichas inoculaciones porque consideraban los líquidos inoculables como causa productora y propagadora de la enfermedad, y a cuya

elaboración y transporte se les debiera aplicar todo el rigor de la Ley de Sanidad. Una segunda comisión técnica y el dictamen del Real Consejo de Sanidad de 1886 se ratificó en su reticencia, en virtud de que quedaba probado que los síntomas que ocasionaba la vacuna Ferrán no se parecían en nada a los del cólera, sino que la consideraban más bien los de una verdadera septicemia, como la producida por la absorción de cualquier sustancia orgánica en putrefacción. Además, las diferentes entidades técnicas y administrativo-sanitarias que estudiaron el procedimiento profiláctico ideado por el Dr. Ferrán, ninguno lo informó de modo claro, rotundo y sin limitaciones ni restricciones, sino que se vertían opiniones opuestas muy respetables<sup>101</sup>. Esta decisión publicada en la Gaceta en 1891, responde a la solicitud de los doctores Ferrán y Amalio Jimeno para que se formara la estadística de los inoculados, en aquellas localidades cuya población se prestase voluntariamente a la práctica de la inoculación contra el cólera morbo, recibiendo como respuesta “*que no ha lugar a acceder a lo que se solicita*”. De esta forma queda prohibida definitivamente la aplicación de las inoculaciones anticoléricas y los trabajos en torno a ello del Dr. Ferrán. Fue un tema de una gran polémica que incluso llegó al Parlamento el 18 de mayo de 1885 y donde el ministro Romero Robledo, en réplica a Castelar, lanza una incógnita, con pretensión ingeniosa, que no da cuartel al asunto y se aleja de consideraciones científicas ulteriores: “*¿Son los microbios, son los bacillus, causa o consecuencia de enfermedades? Este es el problema*”<sup>102</sup>.

Mientras Pasteur pudo gozar del reconocimiento aun teniendo que superar muchas contrariedades, en España se conminó al silencio y al olvido a Ferrán, aunque su teoría fue publicada en el semanario francés L’Illustration el 25 de julio de 1885, mostrando su retrato y sus dibujos de la inoculación subcutánea con la vacuna del cólera y la inflamación local resultante, así como las formas microscópicas que Ferrán pensaba constituían el ciclo vital del germen infeccioso (Leyva-Cobián, 1988).

Ante la hostilidad que producía su metodología profiláctica<sup>103</sup>, Ferrán, silenciado por Koch, mantuvo correspondencia escrita con Pasteur, del que recibió la crítica a las conclusiones morfológicas del vírgula y a la necesidad de esclarecer los métodos de

---

<sup>101</sup> Gaceta de Madrid nº 183, de 2 de julio de 1891. Real Orden de 19 de junio por la se declara subsistente la orden circular de 25 de mayo de 1885 en cuanto a la prohibición de la práctica de las inoculaciones anticoléricas del Dr. Ferrán, pp 17-18.

<sup>102</sup> Diario de las Sesiones de Cortes. Sesión del lunes 18 de mayo de 1885, nº 150, 1885; 4.268.

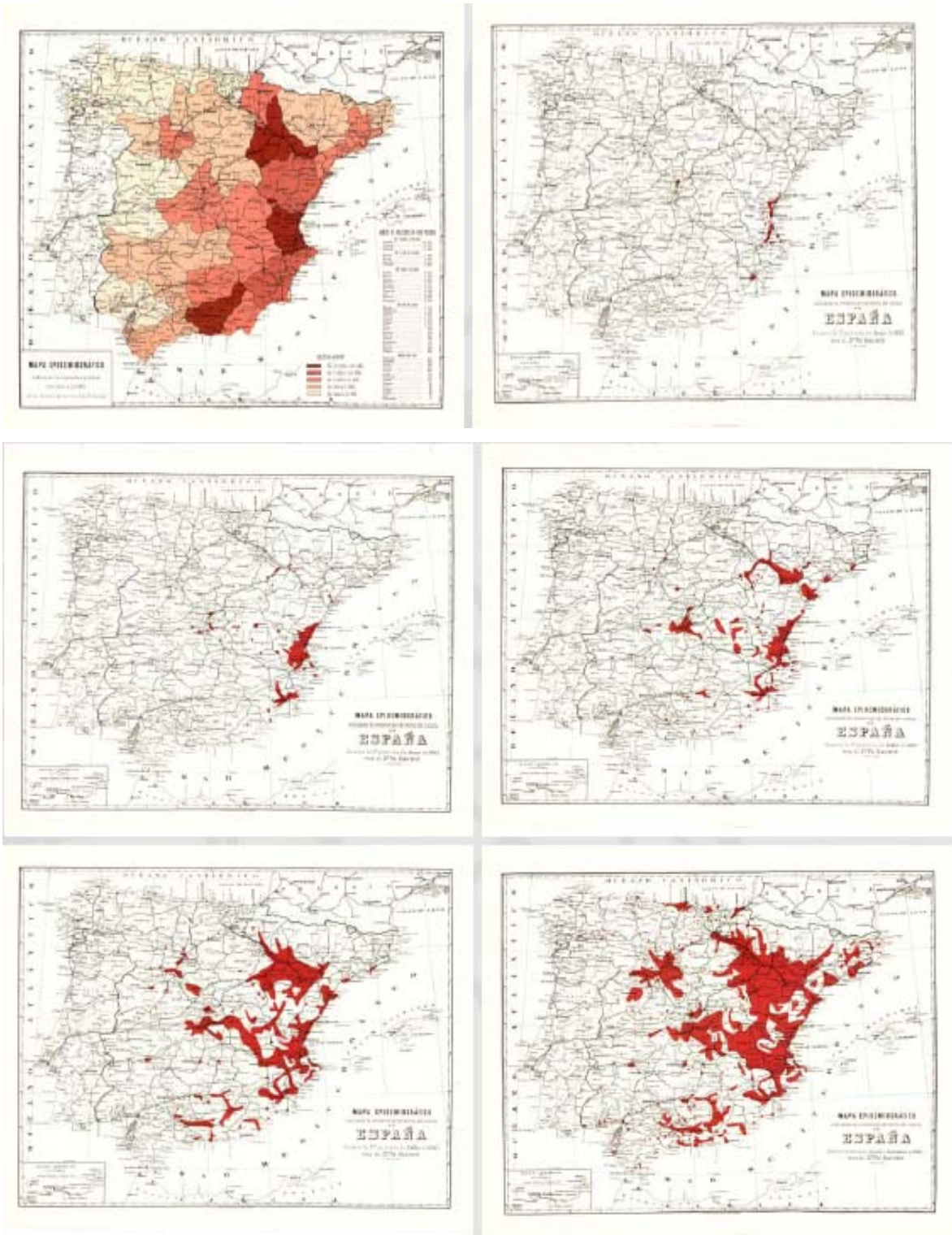
<sup>103</sup> Una muestra de los trabajos de Ferrán: - Ferrán, J. (1885). El microbio del cólera. Su morfología, acción patógena y profiláctica. Barcelona; - Ferrán, J.; Pauli, J. (1886). El cólera morbo-asiático. Breves consideraciones sobre la etiología y la profilaxis de esta enfermedad. Sevilla. - Colerización Ferrán: Estadísticas de la inoculación preventiva del cólera morbo-asiático. 1ª serie. Valencia. 1885. -Estadísticas de la inoculación preventiva del cólera-morbo asiático. 2ª serie. Valencia. 1886.

preparación de las vacunas. Ferrán también intercambió correspondencia con Ramón y Cajal para pedir el refrendo de su campaña anticolérica, basada en unas estadísticas sin duda positivas, e influido por las líneas de investigación más inmunológicas que morfológicas y tratar de lograr la efectividad de unos resultados profilácticos (Cid et al, 1982). El reconocimiento internacional le llegó años después, en 1907, cuando le fue concedido el premio Bréant de la Academia de Ciencias de París al reconocerse su vacuna.

Sin duda la cuestión Ferrán fue un asunto polémico desde perspectivas médico profesionales, políticas y sociales, sometido a una encrucijada de reticencias iniciales y críticas posteriores por parte de los coetáneos, una cuestión que podemos sintetizar en la profunda verdad que encierra este antiguo y sentencioso dicho: *Esta es tierra de Castilla, que así face los homes como los desface* (Compaired, 1887: 242).

Mientras se sucedían estas controversias en torno a la vacuna, el cólera se extendía por toda la geografía en España. La marcha de la epidemia se registró atentamente, mediante una minuciosa recogida de datos que facilitó el destacado estudio del Dr. Philip Hauser sobre la intensidad gradual del cólera de 1885 en todas las provincias de España, que representa el mapa epidemiológico, donde Logroño adquiere una intensidad moderada con respecto a otras provincias de incidencia más acusada.

Los siguientes mapas representan la invasión progresiva desde la primera quincena y segunda de junio, y primera y segunda quincenas de julio, cuando los comisionados se encontraban en Valencia y la epidemia se propagaba sin obstáculos. Se ve con claridad el comienzo y progresión en las zonas más atacadas como el levante y la cuenca del Ebro, algunas zonas del centro y otras aisladas del sur de España. Ya en agosto y septiembre la epidemia alcanza toda su extensión como se ve en el último mapa.



Mapa 1 que indica la intensidad gradual de la epidemia en las provincias y mapas 2 a 6 que indican la invasión progresiva del cólera durante las primeras y segundas quincenas de junio y julio y durante los meses de agosto y septiembre

Tomado de de: Philip Hauser. Atlas epidemiográfico del cólera de 1885 en España con diez y ocho mapas representando la marcha invasora de la epidemia en la Península.1887.



Si la elaboración de mapas epidemiológicos del cólera de 1885 por parte del Dr. Hauser<sup>104</sup> nos impresiona por el detalle de las observaciones y la cantidad de información contenida en estas representaciones gráficas, parte del impacto que tales mapas debieron causar a sus contemporáneos, deriva de su habilidad para asociarse con el ingeniero y cartógrafo Francisco Coello en la tarea. Esta llamativa calidad cartográfica es solo la parte visible del ingente iceberg de recogida de información de base y de capacidad para plasmar y transmitir sus hipótesis interpretativas y para acompañar sus propuestas de intervención.

Dentro de las representaciones gráficas realizadas a lo largo del desarrollo de las sucesivas epidemias, la Junta Municipal de Sanidad de la ciudad de Valencia elaboró una memoria (VVAA, 1886) que recogía un conjunto de gráficos lineales y de barras con información de variables meteorológicas y telúricas, de mortalidad y morbilidad del cólera, así como la mortalidad por otras causas en los meses de primavera y verano de 1885, cuando Valencia sufrió la epidemia de cólera.

En Valencia nadie quería pronunciar la palabra cólera y las autoridades las primeras, pues se calificó como enfermedad peligrosa y para no alarmar a la población se diagnosticaba como una gastroenteritis. También el comercio quería ocultar la epidemia, intentando presionar a periódicos como *Las Provincias* para que no informaran de las muertes, pero fue en vano, porque el periódico dio cuenta de los partes municipales sobre evolución del cólera: “Enfermos sospechosos, 6; muertes, 3”.

La prensa se hacía eco de lo que sucedía, publicando el número de víctimas causadas por la epidemia que mató a 30.000 valencianos entre 1884 y 1885, y poniendo de manifiesto cómo atacaba la bacteria maligna a todos, ricos y pobres, aunque se cebó en los barrios más humildes, donde escaseaban las medidas de higiene. Son las clases

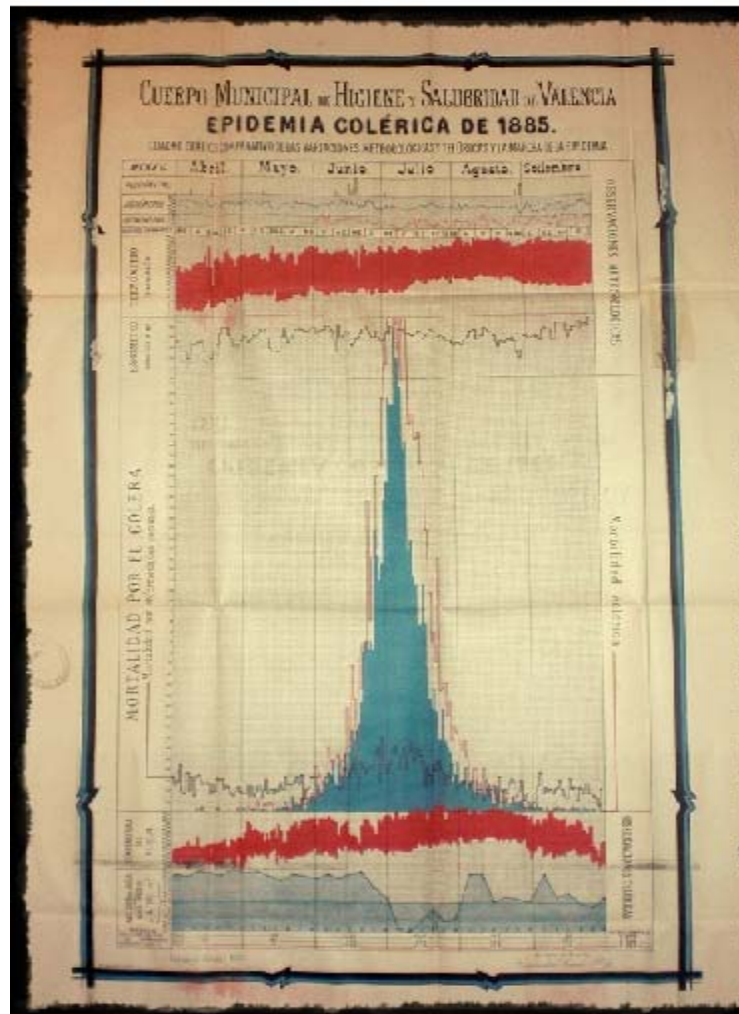
---

<sup>104</sup> I.D. (2003) *Geosanidad*. 8; 6-7. Disponible en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1132045333535&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&language=es&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&sm=1109265844004](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1132045333535&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&language=es&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&sm=1109265844004) [Consultado el 7-3-2011].

El Dr. Hauser era húngaro de nacimiento y de formación austro-germana, se convirtió por su inmenso trabajo en una figura fundamental en los esfuerzos españoles en salud pública en el último tercio del XIX y con ocasión de la invasión colérica mencionada puso en marcha, de forma incipiente pero ya plenamente moderna y positiva, el arquetipo de Encuesta Epidemiológica, cuya magnitud nos sobrecoge si tenemos en cuenta su situación externa a los cuerpos médicos de la administración (pero no a los círculos influyentes del estado de la Restauración). Siguiendo a su maestro Pettenkofer, dentro del paradigma telúrico y localista y su acre polémica con Ferrán, un pionero también volcado en las soluciones a la misma epidemia, le ha restado sin duda pervivencia y reconocimiento. Pero tanto en este terreno como en el de las Topografías Médicas que realizó, de Madrid, Sevilla y la Península Ibérica, supo elevar el nivel de los trabajos españoles de la época.

más adineradas las que pueden pagarse la vacuna, aunque muchos deciden “adelantar el veraneo”, es decir, abandonar la ciudad.

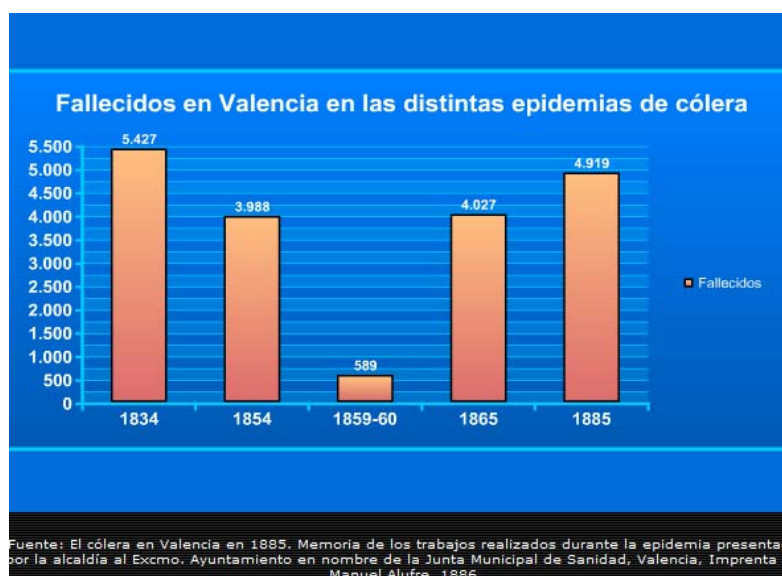


Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico y Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Estadística. 180, [28] p. Gráfica de mortalidad por cólera en Valencia, 1885.

Mientras, en las clases bajas, creció un sentimiento de miedo al médico. Se decía que los galenos habían causado la enfermedad para enriquecerse, puesto que cobraban seis duros por cada certificado de defunción. Quienes así pensaban, recurrían a otro tipo de remedios: fumar mucho, protegerse con caretas, rezar en procesión a la Virgen de los Desamparados y a San Luis Beltrán y, sobre todo, ungirse con aceite de las lamparillas de la Virgen del Puig, que vendía el sacristán. Valencia quedó sitiada. Un cordón sanitario establecido por las tropas del ejército impedía salir o entrar de la ciudad. Las exportaciones se paralizaron. La ciudad fue declarada “materia sucia”. No se podían comprar alimentos, y el hambre se extendió. Todo esto en un año difícil por las heladas y las lluvias torrenciales. Las Provincias fue el primer periódico en informar de muertes sospechosas por cólera en Játiva. Fue el 25 de marzo de 1885. Apenas días después, el

13 de abril, la epidemia tocaba a las puertas de Valencia. Ese día, dos columnas de la primera página iban dedicadas al cólera, en concreto a la visita del gobernador civil de la provincia, acompañado por los médicos Candela y Gimeno, a Cullera y Sueca. Allí habían visitado a los enfermos sospechosos de tener cólera, uno de ellos una mujer de 50 años que había estado cuidando a una niña “*que padecía cólera, o lo que sea*”, apuntaba la crónica<sup>105</sup>.

La enfermedad produjo en 1885 en la ciudad de Valencia casi 5000 muertes, concentradas casi todas en el mes de julio. De los cinco ataques de cólera que padeció Valencia durante el siglo XIX, la epidemia de la primera invasión fue la peor en cuanto a mortalidad, registrando una menor curva en las siguientes oleadas para elevarse de nuevo en 1885.



Ateniéndonos a las cifras globales, las dimensiones de la epidemia de cólera de 1885 muestran a la provincia de Logroño en mejor situación, si puede decirse, con respecto al total de España, ya que aunque se registra mayor morbilidad es menor la mortalidad y la letalidad, y ésta de forma destacada.

Epidemia colérica de 1885. Provincia de Logroño y total en España (46 provincias)

Provincias	Población estimada	Muertos	Mortalidad ‰ Muertos / Población	Letalidad ‰ Muertos/ Atacados	Morbilidad ‰ Atacados/ Población
Logroño	178.288	1.220	6,84	24,18	2,83
Total España	17.254.764	120.254	6,96	35,39	1,96

Fuente: Boletín de Estadística demográfico-sanitario, apéndice al tomo VI (1888)

<sup>105</sup> Diario *Las Provincias*. Valencia queda sitiada por el cólera. Disponible en: [www.lasprovincias.es/comunitat](http://www.lasprovincias.es/comunitat). [Consulta el 31 de enero de 2006].

## **El hospital de coléricos de Logroño**

La epidemia de 1885 en la ciudad de Logroño está descrita por varios autores (García Arriaga, 1987; Lacalzada, 1979) que han estudiado las actas municipales donde se recogen todas las actuaciones llevadas a cabo desde las diferentes instituciones. En estos estudios podemos observar la planificación de las medidas a tomar en caso de epidemia, al ver que se acercaba desde poblaciones vecinas a la provincia. Para ello lo primero es constituir las Juntas de Sanidad, la provincial y la municipal, la provisión de fondos mediante la aportación y colecta económica por parte del vecindario<sup>106</sup> y la instalación del hospital de coléricos en las afueras de Logroño. Este establecimiento fue objeto de diferentes incidentes y controversias, debido a que los atacados no querían ser atendidos en él por miedo a morir de la enfermedad por una parte, y por otra, la animadversión hacia la clase médica que hubo de posicionarse posteriormente, mediante un comunicado enviado al Ayuntamiento por las condiciones en las que se hacía la atención a los enfermos<sup>107</sup>. También fue sobresaliente la actuación de las órdenes religiosas, en especial las Siervas de Jesús e Hijas de la Caridad, el clero en general y el Obispo de la diócesis D. Antonio María de Cascajares, quien recibiría la Gran Cruz de Beneficencia por haber expuesto su vida y destinado sus recursos a auxiliar a los enfermos. Otras asociaciones que se aprestaron a los efectos de la epidemia fueron las Juntas de Voluntarios, la Junta de Socorros, la Sociedad de Señoras de San Vicente de Paúl o “Roperero de los Pobres”. Entre todos estos protagonistas que actuaron en la epidemia, queremos destacar los nombres de los médicos como actores implicados que secundaron un manifiesto dirigido al alcalde de Logroño para que en caso de epidemia contase con ellos como mejor se dispusiera al efecto. El manifiesto, firmado por Rafael del Río como presidente electo por ser el de mayor edad, incluía las siguientes rúbricas: Donato Hernández, Secretario Subdelegado, Ricardo Pereda como secretario, Ramón Morales, Victorino Novoa, Fermín Valverde, Saturno Palanco, Marco Antonio Díaz de Cerio, Joaquín Corral, Martín Navasa, Carpo Zapatero, Pedro León Díez, Ezequiel Lorza, Pelegrín González del Castillo, Pedro Alfaro, Emilio Moroy, Luis Sánchez, Martiniano Arcenilla, Mariano Fontana.

---

<sup>106</sup> Esta medida fue adoptada para toda España, distribuyendo los rendimientos entre las provincias más necesitadas e, incluso, se invita a los funcionarios a aportar íntegramente el salario del día 30 de agosto para esta obra humanitaria. La lista de suscriptores de publicaría en la Gaceta. La recaudación alcanzó 4.090,73 pesetas y 20.215 por parte del vecindario. Gaceta de Madrid nº 253, de 23 de agosto de 1885. Real Decreto de 21 de agosto para abrir una suscripción pública por los gobernadores Civiles para atender las necesidades de la epidemia de cólera.

<sup>107</sup> A.M.L.; L.A.M.: Ordinaria 16 de agosto 1885. Fº 295v-298v.

La disposición incondicional al alcalde de la prestación de sus servicios en el caso de epidemia, alcanzó el altruismo en el caso de Segundo Mendiando, director médico del hospital de coléricos, quien llegó a ofrecerse a continuar en el puesto sin ninguna remuneración, aunque no se le aceptó tal sacrificio<sup>108</sup>. Como el cólera ya había atacado a La Rioja en tres ocasiones más, el colectivo médico facultativo toma postura a favor de la colaboración con la autoridad municipal, consciente de la trascendencia de los efectos de la epidemia en la población y con el firme propósito de aunar fuerzas para conseguir hacerle frente desde los presupuestos higienistas, reuniendo las implicaciones disponibles del momento como gran estrategia.

También queremos poner de manifiesto la tarea de los practicantes en esta epidemia, en especial de D. Bartolomé Lacarra y D. Lorenzo Alonso, que lo fueron del hospital de coléricos. La disposición del sueldo del personal de este hospital de coléricos viene jerarquizada<sup>109</sup> de manera importante en cuanto a los emolumentos, de manera que se aprecian las diferencias entre las distintas profesiones implicadas en la epidemia. Las ocupaciones femeninas son las más penosas y arriesgadas para el caso de la enfermedad colérica, por estar en contacto directo con los agentes de infección, como la cocinera, las mujeres dedicadas a la limpieza, las Hermanas de la Caridad y las colanderas. Además del riesgo a que se veían sometidas por su cometido recibían el sueldo más bajo entre todo el personal adscrito al hospital.

Vemos en primer lugar que solamente hay un médico a cargo del hospital, el director, y es el que más sueldo tiene. Dos practicantes que cobran lo mismo que el farmacéutico y que el jefe de camilleros. El administrador, el enfermero, los camilleros, los enterradores y el aguador también tienen el mismo sueldo. Las empleadas femeninas, como decimos, son las que menos cobran, las colanderas, cocinera y sirvientas de limpieza y en último lugar las Hermanas de la Caridad.

---

<sup>108</sup> A.M.L.; L.A.M.: Extraordinaria 13 de Agosto 1885. Fº 284v-286

<sup>109</sup> A.M.L.: Leg 62/4

CUADRO Iº: PERSONAL DEL HOSPITAL DE COLERICOS			
CARGO QUE OCUPA		SUELDO EN PTS. POR DIA	
		(1)	(2)
DTOR. MEDICO:	Segundo Menciondo	16,50	7,50
CAPELLAN:	Luis Hernez	10	3
PRACTICANTES:	Bartolomé Lacarra	7,50	4
	Lorenzo Alonso	7,50	4
FARMACEUTICO:	Bruno Martínez	7,50	2,50
ADMINISTRADOR:	Benito García	5	4
COCINERA:	María Heras	2,50	1
SIRV. LIMPIEZA:	(varias)	2,50	?
ENFERMERO:	Vidal S. Andrés	5	3
CAMILLEROS:	Castor Merino	5	2,50
	Rafael Parejo	5	2,50
	Pedro Chiveli	5	2,50
	Eduardo Blanco	5	2,50
	Telesforo de Abajo	5	2,50
JEFE CAMILLEROS:		7,50	?
HERMANAS CARIDAD:		1,50	?
ENTERRADORES:		5	?
COLANDERAS:	Josefa Córdoba	3	2
	Saturnina Salcedo	3	2
AGUADOR con caballería:	Santos Sancho	5	3

(1) Sueldo al comenzar el funcionamiento del Hospital Coléricos.

(2) Sueldo desde el 12 de Octubre.

Tomado de: García Arriaga, M. (1987). "La epidemia de cólera en el municipio de Logroño en 1885". *Berceo*. Logroño, 112-113, 125-162.

Debemos hacer mencon al papel del aguador como profesión en el desarrollo de la epidemia que, por otra parte, no se menciona en otras publicaciones sobre el tema en La Rioja. El aguador es el que distribuye y vende el agua por las casas de la ciudad. Era una profesión agremiada y se reunían en una fuente para después repartir su carga, bien en pequeños cántaros de barro cocido sobre una caballería o bien en un carro.



El aguador. Tomado de Emilio Jiménez Díaz. Oficios perdidos y costumbres del ayer. 4 de enero de 2012. [http://desdemitorrecobalto.blogspot.com.es/2012/01/oficios-perdidos-cosas-y-costumbres-del\\_04.html](http://desdemitorrecobalto.blogspot.com.es/2012/01/oficios-perdidos-cosas-y-costumbres-del_04.html) [Consulta 7-11-2014]

Teniendo en cuenta que el foco de infección se encontraba cerca de la fuente de Santiago y que ésta fue clausurada, debemos pensar que pudo obrar de forma implicada para que se diseminara el cólera, bien por la propia manipulación del agua o bien porque el agua de la fuente estaba contaminada. Vemos por otra parte, que el personal de este hospital de coléricos no fue atacado en la epidemia, tampoco los médicos firmantes del comunicado conjunto, a excepción de D. Donato Hernández, médico cirujano de 30 años de edad, casado y con domicilio en la calle Villanueva 4, según la relación elaborada por el Ayuntamiento en el seguimiento de la epidemia (García Arriaga, 1987). Tampoco fueron afectados los miembros de las Juntas de Socorros de los ocho distritos en los que se constituyó. De los 79 fallecidos, 22 lo fueron en el hospital de coléricos, 13 en el hospital provincial, 28 en su domicilio y en los demás no consta. En el tan temido hospital de coléricos también fueron dados de alta 14 afectados.

Una vez pasada la epidemia, la Junta Provincial de Sanidad emite una circular a cargo de su secretario, el Dr. Hernández Oñate y el gobernador para que se sigan unas reglas y evitar se repita la epidemia. La primera medida es que se limpien las calles, recomendando que se construya el alcantarillado en aquéllas que no lo posean, y que circule el agua con profusión evitando que se embalse. Además se facilitará la apertura de las calles cerradas para mejorar su ventilación y su vigilancia. La segunda medida recomienda que el número de metros cúbicos de aire renovable sea el necesario en las escuelas, la desinfección de los urinarios y excusados con frecuencia. Se determina que no serán admitidos en la escuela a los niños que padezcan alguna enfermedad contagiosa. La tercera medida va referida al cumplimiento de las reformas ordenadas en cuanto a la ubicación y adecuación de los cementerios y sus dependencias<sup>110111</sup>, pues según la Dirección General de Beneficencia y Sanidad muchos de ellos no reúnen las condiciones higiénicas necesarias. La cuarta medida a adoptar se refiere a la limpieza de los edificios públicos, especialmente a los dedicados a matadero de reses, mercados, pescaderías, carnicerías. También son de especial vigilancia otros edificios como cafés, casinos y tabernas y los productos que en ellos se expenden, así como la ventilación debida y necesaria. La quinta medida ordena la limpieza quincenal de las cuadras, establos y corrales, con una fumigación de ácido hiponítrico y conduciendo el estiércol a una distancia de al menos doscientos metros del pueblo y veinticinco de las carreteras. La sexta y última medida trata de la inspección de las casas destinadas a vivienda de la

---

<sup>110</sup> Boletín Oficial de la Provincia de Logroño, n° 151, de 23 de diciembre de 1884. Pags 1-3. Cementerios.

<sup>111</sup> Boletín Oficial de la Provincia de Logroño, n° 152, de 24 de diciembre de 1884. Pags 1-3. Cementerios.

clase proletaria, si reúnen condiciones de salubridad, la ventilación de las habitaciones y su blanqueamiento a la cal dos veces por año, la salida de humo de las cocinas, si hay retretes y si acometen los residuos a las alcantarillas o a pozos ciegos y su limpieza mensual. Con todo ello, además de la plantación de arbolado que purifica la atmósfera y embellece los sitios de esparcimiento general, se da prueba del interés de la autoridad local por la higiene y policía de los pueblos<sup>112</sup>

### **Calahorra**

De los seis médicos que había adscritos en Calahorra, D. Sotero Hita y Comas también cirujano, es quien en 1886 da cuenta de la epidemia de cólera ocurrida el año anterior de 1885 en su estudio médico topográfico de la ciudad (Hita, 1886). De la descripción detallada que nos ofrece sobre las calles y plazas de la ciudad, son las casas ubicadas en el plano inclinado las que le merecen especial atención, pues con excepción de alguna de ellas, la mayoría no merecían el título de casa, sino de chozas o albergues en los que sus moradores respiraban aire realmente infecto. Adentrándose en esta descripción, el autor nos relata la siguiente estampa vivida durante la epidemia de cólera de ese año 1885 que no puede sino conmovernos en toda su dimensión, el miedo, la pena, las convulsiones, el caos de la higiene, la miseria, la noche, el aguacero... como si de una narración de Dickens se tratase:

*“No olvidaré jamás el cuadro casi irracional que... presencié en una de estas chozas, acompañado de dos héroes de los cuatro (D. Faustino Briebe, D. Eustaquio Segura, D. Alejandro Alcalde y D. Basilio Oña que acudieron las 76 noches que duró y bastantes de ellas también lo hacía D. Fernando Baroja) que visitaban a los atacados en unión del médico de guardia. Era una noche en la cual el agua corría en abundancia, una noche de esas en las que no sé si por acatar las leyes del Divino Hacedor o por hacer algo en pro de la humanidad doliente, caminaba en compañía de aquellos héroes hacia una de las callejuelas sitas en el Arrabal de esta Ciudad; la lluvia con sus incesantes golpes en el pavimento y el trueno con su creciente estampido, hacían de aquel barrio algo parecido a esas mansiones infernales que la Mitología*

---

<sup>112</sup> Boletín Oficial de la Provincia de Logroño, nº 141, de 11 de diciembre de 1885. Pags 1-2. Circular de la Junta Provincial de Sanidad.



*describe en sus páginas aterradoras. Un joven, que con su correspondiente farolito nos guiaba hacia el lúgubre aposento en que yacía el desgraciado colérico, tuvo la feliz idea de advertirnos la conveniencia de que parásemos un momento en la antepuerta y en el intermedio colocaría una tabla, especie de puente, con objeto de que no nos mojásemos más de lo que íbamos. Apenas entramos, acudimos a la cabecera del enfermo, una vez pulsado y prescrito el tratamiento conveniente nos retiramos; cuando ¡qué sorpresa no sería la nuestra al ver junto al lecho del enfermo a dos hijos de éste, un asno y un perro en amistosa compañía! Al salir, el mismo guía nos contó que días atrás había fallecido su esposa y una hija de aquel que acabábamos de dejar postrado en cama con terribles convulsiones...”*

El resto de las casas o “chozas” de ese barrio eran iguales o parecidas y la situación de miseria en la enfermedad, patente en la epidemia, merece una mención de este médico que comprende que es en vano la higienización de la localidad por el inmenso caudal que se necesitaría para su saneamiento. Ante tanta necesidad percibida, el Dr. Hita destaca la labor desempeñada en la atención a los coléricos de Calahorra por parte del Sr. Obispo (D. Antonio María de Cascajares y Azara, obispo de Calahorra y posteriormente cardenal), aportando consuelo con su presencia, con cantidades de dinero en metálico y con palabras afectuosas que contribuían a levantar el ánimo.



Foto 24. Antonio M<sup>e</sup> Cascajares obispo de Calahorra a finales del siglo XIX, intervino en la política nacional de forma habitual, siendo famoso por el «Memorándum» enviado a la reina M<sup>a</sup> Cristina contra el partido liberal.

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 121)

También colaboraron de forma ejemplar y destacada la Congregación de San Vicente de Paúl, formada en su mayoría por “*respectables señoras*” de Calahorra que acudían cada lunes al lado de los pobres enfermos, suministrándoles “*vida moral y material*”. Tampoco se olvida de cuantos médicos visitaron esos albergues, ante lo cual el Dr. Hita se pregunta: “*¿Es posible ni siquiera una mediana higiene en ellos? De ninguna manera*”.

En el año transcurrido entre agosto de 1885 y 1886 la mortalidad por cólera en Calahorra fue de 158 casos para una población de 8.300 habitantes o 135 desde el día que se declaró oficialmente. Las imprecisiones en los datos de mortalidad durante el desarrollo de las epidemias son un aspecto recurrente entre los investigadores, concluyendo al respecto la gran repercusión social que tenía la declaración de localidad atacada de cólera. El entramado económico entre poblaciones se truncaba por miedo al contagio, lo que traía consigo una crisis de subsistencias.

En el tratamiento utilizado por el Dr. Hita se distinguen dos periodos sin que se aclare el motivo, desde fin de julio al 20 de agosto y desde esta fecha hasta su terminación. En el primer periodo los enemas laudanizados, algún laxante, los astringentes y provocar el sudor fueron la base. Para los atacados de cólera el láudano por las vías anal y bucal precipitaba la muerte por lo que se levantó una cruzada entre la población contra los médicos que lo prescribían. En otras ocasiones el vecindario procedía a la automedicación, tomándose de 80 a 85 gotas de “*disolución*”. En el segundo periodo los atacados se contaban por docenas y el tratamiento era “*el tan cacareado por el vulgo, el colmo del especifismo, el llamado Le Roy*” conocido en España con el nombre de *Le Rua*. Se trataba del vomi purgativo del doctor Le Roy, llegado de Francia años atrás. El efecto terapéutico del tratamiento dependía de la manera en cómo se administraba según el estadio de la enfermedad, pues tras el periodo álgido poco se podía hacer. Este método también se utilizaba sin indicación facultativa y por iniciativa particular, y los resultados conseguidos de este modo produjeron desconfianza entre los vecinos, quedando desacreditado su poder profiláctico o terapéutico, por eso la población no quería saber nada de vomipurgativos. No obstante, se usó desde las primeras epidemias<sup>113</sup> por legos y facultativos, incluso el Dr. Hita obtuvo buenos resultados en la epidemia de Calahorra. El método en cuestión es tratado de forma detallada por un procurador de los tribunales eclesiástico y civil de Calahorra,

---

<sup>113</sup> En 1828 se publica en Valencia la 4ª edición de: *La Medicina curativa o la Purgación por Mr. Le Roy cirujano consultor de París*. En 1875 se publica también en Valencia la décimo sexta edición.

D. Segundo Sáenz Yoldi que, sin ser facultativo médico, tenía amplia experiencia en el cuidado de enfermos coléricos y en la utilización de este remedio que tenía bien estudiado y experimentado en personas cercanas. Según cuenta, consiguió buenos resultados en muchas de las personas tratadas, lo que era transmitido de boca en boca aunque advirtiendo siempre que no era médico. Sus actuaciones se remontan a la epidemia de 1855 en Calahorra, Azagra, Peralta, Funes y pueblos de la ribera Navarra, pues era tal el prestigio alcanzado que era requerido por los habitantes de los pueblos vecinos (Sáenz Yoldi, 1884).

El tratamiento de su método curativo consistía en provocar el vómito y una gran sudoración, embozando al paciente con una sábana mojada cubierta de muchas mantas, suministrando infusiones anisadas cada poco tiempo o bien el purgativo si se consideraba necesario, siguiendo las indicaciones del Dr. Le Roy. El tratamiento de este médico francés era una especie de panacea universal aunque tuvo detractores en Francia debido a que se usaba sin seguir de forma estricta su preparación, ocasionando en un momento dado que enfermara todo un regimiento. A consecuencia de ello se prohibió su uso mediante un dictamen de la Academia de Medicina de París, lo que, por otra parte no fue óbice para que el “remedio” se difundiera traduciendo al inglés, italiano y español su tratado.

En España también hubo detractores al citado método galo, como el médico de Alcalá de Henares que también manifestó su desacuerdo en una publicación (Del Gras, 1829). Incluso en 1829 se decretó una Real Orden prohibiendo la preparación de los purgantes y vomi-purgante de Dr. Le Roy para todo el que no fuera médico o licenciado en cirugía y que ningún farmacéutico pudiera despacharlos, como está mandado en toda clase de medicamentos, sin expresa receta de profesor competente autorizado para usarlos (De Jaime, 2010).

En cualquier caso, se hace especial hincapié en distinguir los estadios de la enfermedad y recurrir con prontitud a su tratamiento, de tal modo que si la diarrea colérica aparece, de aspecto claro y espumosa, se recomiendan las infusiones de té con aguardiente anisado. Una vez que aparecen otros síntomas como pesadez de estómago, vómitos, calambres o pesadez en la cabeza puede declararse la verdadera invasión colérica. El método de Le Roy incluye un preparado vomitivo y otro purgante; el vomi consta de una infusión de vino blanco con Sen de Palta u oriental a la que se añade una dracma de emético (tartrite antimoniaco de potasa). El purgante consta de Escamonea de Alepo, raíz de Turbit y Jalapa añadiendo un jarabe de Sen de Palta y agua. Es de especial

importancia que el preparado se realice de acuerdo a las cantidades y proporciones establecidas en la receta, por lo que se especifica la necesidad de que sea preparado por un boticario, especialista en la materia y se confeccione de manera escrupulosa. El tratamiento en cuestión iba acompañado de “*serviciales*” o lavativas que podían ser de agua fría con un poco de vinagre “*para refrescar interiormente el canal intestinal y vientre*”. En casos excepcionales en que no se consigue la reacción por la aplicación de los medicamentos interior y exteriormente, siempre en personas jóvenes y robustas, se prepara “*una especie de unguento con una docena de cabezas de ajo machacadas, una libra o un cuartillo de vinagre fuerte, otra de caldo de pimientos picantes o guindillas y un cuarterón de sal común, con cuyo unguento se dará una fricción general en todo el cuerpo del paciente*”.

Era tan popular en los alrededores de Calahorra el método de D. Segundo que, además de ser reclamado para su aplicación y explicación en las localidades vecinas, se hicieron varias impresiones del relacionado método sin su consentimiento, por lo que se hizo necesario realizar una publicación firmada en Azagra el 31 de julio de 1835 recogiendo todos los pormenores en un librito que iba seguido de una certificación del tenor siguiente:

*“El Ayuntamiento Constitucional y Junta de Sanidad de Azagra certifican que tras haber puesto en ejecución el método de D. Segundo Sáenz Yoldi, a todos los invadidos del cólera, ha surtido unos resultados felices en ellos, y ha reanimado el espíritu público, y en prueba de ello de setenta invadidos del cólera y muchos de ellos del fulminante, tan solamente ha muerto una niña de diez años por abandono de la casa”.*

D. Segundo no se cansaba de explicar que la eficacia del método consistía en administrarlo cuanto antes, y eran tantas las preguntas que la gente le presentaba que para su respuesta completó su disertación, de nuevo, en esta obra de 1884.

El tratamiento del cólera requiere una reposición rápida de líquidos tras la diarrea copiosa, ya que de lo contrario aparecen los calambres y signos de deshidratación que llegan a ser muy graves. Una de cada veinte personas que padece el cólera alcanza el estado grave. En la actualidad se recurre a los antibióticos que consiguen ser eficaces frente al *vibrio cholerae*, agente causante de la enfermedad descubierto por el médico italiano Filippo Pacini en 1854 como ya se ha mencionado aunque no fue identificado hasta más tarde.

## **El Congreso de Tafalla 1886**

Aunque no era frecuente la celebración de congresos médico-regionales en la época, sino más bien la organización de “comisiones ad hoc”, en Tafalla se celebró el Congreso Médico-regional de Navarra entre el 22 y 24 de marzo de 1886, siendo su presidente fue D. Nicasio Landa. El Dr. Landa se había significado en la atención a los coléricos en la epidemia de 1855 en Navarra y en 1885 era miembro de la Junta Provincial de Sanidad, desde la que participó en la promoción de medidas higiénicas para prevenir y limitar la epidemia del cólera (Viñes, 2006).

En este Congreso, se trató la transmisión de los avances científicos entre los profesionales al término de la epidemia, como la propagación fluvial del cólera, el recurso a la estadística, las teorías etiopatogénicas del cólera y el debate sobre las medidas de higiene y de orden público. El debate sobre la etiología y tratamiento del cólera se desarrolló a través de los informes emitidos por diversas comisiones, por la Sociedad Española de Higiene y de las academias de medicina sin olvidar las polémicas en la prensa profesional.

Los participantes en el congreso tuvieron que rellenar un cuestionario para el acopio de datos de la invasión colérica en cada localidad, con múltiples variables como tipos de aguas, composición de las tierras, fenómenos atmosféricos, cuestiones sociales y sanitarias, etc. Se presentaron 28 memorias de 22 localidades, entre ellas Calahorra y Navarrete (León, 2009) pertenecientes a La Rioja, cuyos médicos titulares acudieron a dicho congreso. El médico de Navarrete Dr. Francisco Javier Blanco remite a la Diputación un año después una memoria de la epidemia de Navarrete y Alfaro, con un apéndice del distrito de Albaida (Valencia). En la memoria *“consigna la historia de dicha enfermedad, su tratamiento en los distintos periodos que abraza, medicamentos que se hallan aconsejados, opinión de la ciencia sobre los vomitivos, cordones y cuarentenas terrestres y cuadros estadísticos relacionados con la epidemia habida en dichos puntos”*.

También se presentaron al congreso memorias teóricas de temas de actualidad en la época en torno al cólera como: “Influencia de las tempestades en el desarrollo del cólera”; “El cólera es infeccioso”, “El opio en el tratamiento del cólera”, etc. El láudano, opio o morfina fue la sustancia más utilizada en la terapéutica del cólera, en un estudio realizado sobre 18 publicaciones relacionadas entre 1883 y 1891. Estos compuestos del opio mezclado con azafrán, vino blanco y otros componentes se mostraba eficaz aliviando los dolores que producían los calambres musculares en los

enfermos con tan profunda deshidratación; además, el opio es de efectos antiespasmódicos sobre la musculatura gastrointestinal, lo que hace que tenga efectos astringentes (Ripoll, 1984).

Otro método empleado por parte de uno de los seis médicos de Calahorra era el de las “inyecciones hipodérmicas”, impropriamente llamado “de la cartuchera” y que no debió dar buenos resultados. No queda aclarado cuál era la sustancia inyectada y pensamos que no se podía referir al preparado del Dr. Ferrán, pues su distribución y aplicación fueron prohibidas por orden telegráfica cursada por el Ministerio de la Gobernación, de 9 de julio de 1885 (Almendros, 1988). La prohibición de esta práctica inmunológica se reiteró en 1891 por Real Orden de 19 de junio<sup>114</sup>, declarando subsistente la Orden Circular de 25 de mayo de 1885. No obstante, en años posteriores sí se utilizaron (Zapatero, 1916, 176-7), consiguiendo erradicar la epidemia ocurrida en Vendrell (Tarragona) en 30 días, y donde en ocho días se contagiaron 500 personas.

### **Las cartillas sanitarias del cólera**

Este tipo de publicaciones en forma de opúsculo, las cartillas sanitarias, tuvo una gran difusión desde el comienzo de las primeras epidemias. Eran elaboradas por médicos de larga trayectoria profesional con la finalidad de difundir los conocimientos y las medidas necesarias a tomar en caso de epidemia. Una de estas publicaciones, a cargo del catedrático jubilado Dr. Basas, atribuye a los *insectos microscópicos* ser los agentes productores del cólera morbo. Estos insectos “*entunicados o embolsados, embrionados unos y fecundados otros*” tienen “*la propiedad de poder epidemizar y contagiar dependiente de circunstancias atmosféricas*”. La enfermedad dura localmente de cuatro a cinco meses y los medios curativos se remiten a “*lo que patenticen los síntomas, circunstancias individuales, sexo y edad*” aceptando que se ignora aun “*cuál es el duende destructor*”. Para las personas que tienen que permanecer en pueblos infectados recomienda “*un sobre ropa encerado o de hule, que se acomode a la figura del individuo*” con guantes e impregnado de vinagre radical, cloro, etc, pero lo preferible a todo es el alcanfor, enemigo de los insectos. Se acompaña la recomendación de usar un cepillito y un abanico para quitar el polvo donde se hallan los insectos. Estas indicaciones son elaboradas a partir de observaciones ajenas y propias adquiridas en varios hospitales civiles y militares durante cuarenta años de práctica, tras ver y sufrir

---

<sup>114</sup> Gaceta de Madrid nº 183, de 2 de julio de 1891, pp 17-18.

los efectos de contagios y epidemias. La obra de trece páginas se imprimió tras el dictamen de una comisión nombrada por la Real Academia Médico-Chirúrgica de Barcelona en 1833 (Basas, 1833).

Otra obra breve recoge en catorce páginas las principales reglas higiénicas en forma aforística para preservarse del cólera en 1855. En este caso las causas del cólera son los desarreglos en el método de vida, las malas condiciones del lugar que se habita y otras causas que no dependen de nosotros y no está a nuestro alcance evitar. Se trata en su contenido de exaltar el estado saludable, alabando el esmerado aseo, el ejercicio y la sobriedad, proscribiéndose por contraa los líquidos fermentados o destilados y los excitantes del sistema nervioso, así como las pasiones o afecciones del ánimo muy vivas, *“sin olvidar nunca que la pena del descuido es la muerte”*. Entre las recomendaciones a las que se recurre para el tratamiento de la diarrea en el cólera se encuentran las *“sanguijuelas al ano, cataplasmas emolientes al vientre, baños, opio (de 4 a 6 gotas de láudano líquido de Sydenham en flor de malva o tila) y cocimiento de arroz”* (Aguinaga, 1855).

La Cartilla Sanitaria del Dr. Capdevilla, citada en la memoria de los médicos riojanos, fue un encargo de la Diputación Provincial de Madrid. Consta esta publicación de quince páginas y comprende los preceptos higiénicos que deben conocer las familias para prevenir el desarrollo de la enfermedad, así como los medios que pueden emplearse en los primeros momentos del mal mientras llega el médico encargado de la asistencia. El conocimiento de las circunstancias para que el cólera se desarrolle es que primero llega el germen, para lo que se indica el aislamiento, luego se procede a la desinfección para impedir la llegada del germen, bien por evaporación y aspersiones de ácido fénico, hipoclorito de cal, cloruro cálcico, bien con vapores del azufre quemado sobre ascuas o bien con los vapores rojos desprendidos en una cazuela que contenga una moneda de cobre recubierta de ácido nítrico. Para atajar la predisposición individual se cuenta con la higiene pública y privada y para combatir las alteraciones funcionales o síntomas de la enfermedad se recurre a la asistencia médica para determinar el tratamiento sintomático; *“si el enfermo devolviera las medicinas, podrá ponerse una pequeña lavativa de agua almidonada con media yema de huevo y diez gotas de láudano o una lavativa de vinagre si sintiera mucho ardor interior”*. Se recomienda evitar el aire viciado de las aglomeraciones de personas y, sobre todo, que los animales domésticos y de trabajo compartan con las personas *“la reducida cantidad de aire disponible de viviendas miserables”*. Es la *“tranquilidad de ánimo”* el mejor preservativo recomendable, basado

en la creencia de que el exacto cumplimiento de los preceptos de la higiene disminuye la cifra de atacados en las epidemias y su intensidad (Capdevilla, 1884).

El catedrático de química de la Universidad Central, Consejero de Sanidad del Reino, etc. D. Ramón Torres Muñoz de Luna aporta el punto de vista químico para atacar el cólera morbo. La intención del autor en esta obra es altruista al destinar el producto íntegro del folleto, de veinte páginas, a socorrer a los pobres enfermos del distrito del hospital. Las observaciones de este autor (Torres, 1865) se fijan en la medida de la cantidad de ozono en el aire atmosférico y los vientos dominantes de Madrid durante el mes de octubre de 1865, confirmando que *“las invasiones coléricas han tenido lugar siempre que descendía el ozono y reinaba el viento sur y bajo estas condiciones atmosféricas había una predisposición especial a semejante envenenamiento aéreo”*. Su aportación trata de la eficacia del uso prudente de los vapores hiponítricos, depósito de ozono incomparable mediante la reacción entre el cobre o torneaduras de hierro y el agua fuerte. Ese método de fumigación lo utilizó con buen resultado en su propia familia y en su amigo y condiscípulo D. Ildefonso Zubía, atacado el 18 de septiembre en su casa de Logroño de cólera esporádico y de gravedad, con la anuencia del facultativo de Logroño Sr. Morales<sup>115</sup>. El Dr. Zubía hizo observaciones ozonométricas en Logroño durante la epidemia de cólera de 1855 y en 1865 pasó una comunicación al gobernador de Barcelona, afectada entonces por la enfermedad, que venía a decir que no puede negarse que el aire atmosférico en casos de epidemia sufre una modificación particular que hace adquirir la enfermedad a quienes se hallan predispuestos, que una vez se desarrolla por estar el aire ozonizado y otras, como sucede con el cólera, por falta de ozono, o sea, oxígeno electrizado, por lo que aprueba y sanciona el sistema de desinfección por el ácido hiponítrico y que quisiera generalizar en las calles y plazas públicas de todas las poblaciones epidemiadas.

Las observaciones atmosféricas eran tenidas en cuenta incluso en la Gaceta de Madrid, que reservaba un espacio para la publicación de lo acontecido en el terreno atmosférico, recogiendo información sobre lo más destacado en relación a estos fenómenos. Convencido de su eficacia, en 1884 el Dr. Torres Muñoz de Luna vuelve a publicar una obra sobre la importancia del ácido hiponítrico como agente profiláctico y

---

<sup>115</sup> BOPL nº 285 de 28 de mayo de 1886, p 2. Se refiere al facultativo D. Ramón Morales que nombrado el 24 de julio junto con D. Donato Hernández inspeccionan Alfaro y otras poblaciones atacadas de cólera. También inspeccionaron Vitoria, sin más aclaraciones que las que se derivaban del abono de sus emolumentos por las inspecciones facultativas según Real orden de 30 de septiembre de 1848, a 50 pesetas diarias.



curativo en el cólera morbo (Torres, 1884). Esta obra recoge los principales hechos o casos en los que se ha practicado su método en Madrid, Marsella, Tolón, París y Filipinas y que son relatados en el discurso pronunciado ante la Sociedad Española de Higiene. Se concluyen pues, los beneficios de la ozonización por medio de las inhalaciones de ácido hiponítrico como medio curativo, y en forma de fumigaciones como método preventivo.

Existen multitud de publicaciones que abordan el cólera desde diferentes perspectivas, unas aportando sumarias indicaciones higiénicas en la alimentación para que sea sana y suficiente, en las bebidas, en los vestidos, en las habitaciones, en la vida social (Polo, 1884). No podía faltar una publicación desde la Real Academia de Medicina de Madrid (Anónimo, 1865) recogiendo en dieciocho páginas reglas higiénicas para las familias, reglas de preservación para las poblaciones, medios específicos de preservación y remedios que deben ponerse en práctica mientras llega el médico. Todas ellas no difieren en gran medida de las indicaciones generales de limpieza personal y de la casa, así como de los alimentos y que, salvo el vomi purgativo, son conocidas por su generalidad y más parece una forma de dejar patente una voz institucionalmente médica. Con la distancia del tiempo transcurrido y a modo de observación señalamos una sola de las recomendaciones por considerarla hoy en día cuanto menos curiosa: *“El influjo fatal de las pasiones nunca es más notable que en tiempo de epidemia: por lo tanto, se ha de procurar que el espíritu se halle tranquilo. Pero lo que a toda costa debe evitarse es el miedo, porque predispone mucho a la enfermedad, produciendo inapetencia, malas digestiones, tristeza y abatimiento.”*

La inquietud del higienismo en la difusión de las normas higiénas por medio de pequeñas publicaciones, de amplia difusión y dirigidas a la población general, es uno más de los intentos de los médicos higienistas por diseminar sus preceptos, bien acogidos sobre todo en caso de epidemias.

Otra modalidad de difusión de cómo funcionaba la inoculación preventiva por el método Ferrán fueron las tarjetas de certificación de la vacunación anticolérica. El reverso contiene las advertencias que se acompañan y son el resumen de las características técnicas y científicas que había logrado la vacuna como medio eficaz de protección frente al cólera.

Advertencias:

1ª La vacunación anticolérica está confirmada por los estudios en el laboratorio, no podemos presentarla de otro modo al público.

2ª Esta operación está fundada en los principios científicos que han servido al eminente Pasteur para descubrir la vacuna del carbunco, la del cólera de las gallinas, la de la erisipela de los cerdos y la de la hidrofobia, comprobadas éstas experimentalmente, han pasado ya a la categoría de hechos positivos.

3ª La vacuna contra el cólera, como todas las demás vacunas, no ha de impedir en absoluto el ataque de la enfermedad; caso de que éste se presentase hay que esperar que sea benigno; tampoco se crea que la vacuna evita en absoluto la muerte.

4ª Es de suponer que la inmunidad que puede dar la vacunación anticolérica no tenga una duración ilimitada. Con otras vacunas sucede lo mismo, (v.g. la de la viruela). La vacuna anticolérica preservará en todo caso al organismo hasta cierto tiempo que la experiencia aun no ha señalado. Es necesario también que las personas vacunadas se sometan a la revacunación antes de los diez días.

5ª Necesitando la vacuna anticolérica un periodo para proporcionar inmunidad a la persona inoculada, se advierte que todo ataque de cólera sobrevenido en los cinco días primeros después de la inoculación se presenta fuera de la influencia preservadora de la vacuna, cuya acción no puede asegurarse hasta que aquéllos hayan transcurrido.

6ª La existencia de una epidemia colérica en una localidad no es obstáculo de ningún género para la vacunación: al contrario, entonces más que nunca es ésta conveniente, como lo es la vacuna del cow-pox durante las epidemias de viruela.

7ª La vacuna anticolérica jamás puede ser causa de un ataque de cólera.

8ª Ninguno de los llamados hasta ahora preservativos del cólera ofrece para los hombres de ciencia las garantías de la inoculación preventiva.

9ª Los pobres que justifiquen serlo serán vacunados gratis.

(ANVERSO).

N.º DEL REGISTRO.....

REVACUNADO.

*D*.....

ha sido sometido á la inoculación preventiva  
contra el cólera (Método Ferrán).



..... de ..... 188

J. Ferrán.

(REVERSO).

## ADVERTENCIAS

- 1.ª La vacunación anti-colérica está confirmada por los estudios hechos en el laboratorio; no podemos presentarla de otro modo al público.
- 2.ª Esta operación está fundada en los principios científicos que han servido al eminente Pasteur para descubrir la vacuna del carbunco, la del cólera de las gallinas, la de la resaca de los cerdos y la de la hidrofobia, comprobadas éstas experimentalmente, han pasado ya á la categoría de hechos positivos.
- 3.ª La vacuna contra el cólera, como todas las demás vacunas, no ha de impedir en absoluto el ataque de la enfermedad: caso de que este se presente hay que esperar que sea benigno: tampoco se crea que la vacuna evita en absoluto la muerte.
- 4.ª Es de suponer que la inmunidad que puede dar la vacunación anti-colérica no tenga una duración ilimitada. Con otras vacunas sucede lo mismo. (v. g. la de la viruela.) La vacuna anti-colérica preservará en todo caso al organismo hasta cierto tiempo que la experiencia aún no ha señalado. Es necesario también que las personas vacunadas se sometan á la revacunación antes de los diez días.
- 5.ª Necesitando la vacuna anti-colérica un período para proporcionar inmunidad á la persona inoculada, se advierte que todo ataque de cólera sobrevenido en los cinco días primeros después de la inoculación se presenta fuera de la influencia preservadora de la vacuna, cuya acción no puede asegurarse hasta que aquellos hayan transcurrido.
- 6.ª La existencia de una epidemia colérica en una localidad no es obstáculo de ningún género para la vacunación: al contrario, entonces más que nunca es esta conveniente, como lo es la vacuna del cow-pox durante las epidemias de viruela.
- 7.ª La vacuna anti-colérica jamás puede ser causa de un ataque de cólera.
- 8.ª Ninguno de los llamados hasta ahora preservativos del cólera ofrece para los hombres de ciencia las garantías de la inoculación preventiva.
- 9.ª Los pobres que justifiquen serlo serán vacunados gratis.

## **Mortalidad: causas y clasificación de enfermedades**

La variabilidad histórica de la conceptualización médica de la enfermedad plantea el problema de la interpretación retrospectiva de los diagnósticos de enfermedad y muerte, sobre todo cuando tratamos la mortalidad de periodos históricos anteriores a la existencia de clasificaciones normalizadas de enfermedades (Barona, 1993: 49). Una de las principales dificultades que presenta la reconstrucción histórica de datos sobre fuentes primarias que contienen las causas de muerte, se refiere al conjunto de expresiones diagnósticas que informan sobre su causa provenientes de los registros parroquial y civil, encontrando en ellos todo un conjunto de diagnósticos de procedencia teórica diversa, tanto de la medicina académica como de la cultura médica popular. Las mencionadas expresiones diagnósticas eran consignadas muchas veces por personas con escasa o nula formación científico-médica, aunque en teoría debía ser tomada de una certificación facultativa. Por ello, los diagnósticos recogidos en los registros de la época en estudio pueden tener su origen no sólo en los conocimientos científico-médicos y su diferente difusión entre los profesionales, sino también en los conceptos populares de las causas de determinadas muertes (Perdiguero, 1993).

Todas las topografías médicas estudiadas recogen la mortalidad de sus localidades, en un periodo de tiempo que transcurre desde 1877 a 1915. Tanto su clasificación cuantitativa como su expresión nosológica corre a cargo de la interpretación del autor en cada momento, por ello es necesario realizar una inmersión sobre las categorías descritas y sus términos ya que, como apuntamos, las fuentes primarias son base de la elaboración e interpretación de los autores, convirtiéndose las topografías médicas por tanto en fuentes documentales de importancia relevante por reflejar en su propio contexto la corriente científico-médica del momento. También nos encontramos con una discusión teórica en cuanto a la articulación de las perspectivas anacrónica y diacrónica en la consideración histórica de la validez de los registros de causas de muerte como fuente para la historia de estas poblaciones. De una parte se subraya la objetividad del registro anacrónico, donde solamente cabe la traducción a la terminología actual, y de otra parte se resalta la naturaleza cultural de dichos términos con su significado original y único en su contexto, que conlleva un rechazo a la traducción. De igual modo hemos de considerar que el registro de una defunción es un acto administrativo, inserto en un contexto funcional que nos hace pensar de qué modo se agrupaban los diagnósticos dados por los médicos dentro de las categorías de las clasificaciones en vigor, o incluso por ser un hecho relacionado más con la práctica

que con la ciencia médica, muchas veces en manos de personas no cualificadas técnicamente o sometidas a presiones sociales ajenas a lo científico-médico, como por ejemplo la no identificación de supuestas “enfermedades vergonzantes” o que estigmatizan socialmente. Por tanto, las expresiones diagnósticas que aparecen en las actas de defunción de los registros parroquiales o civiles son el resultado de la difusión de conocimientos científico-médicos procedentes de distintas épocas, sistemas y escuelas, de la aplicación de criterios diagnósticos variables, desde criterios científico-médicos a interpretaciones de la cultura médica popular, de la propia evolución de las nomenclaturas y clasificaciones de las causas de muerte o de cambios en la consideración social de determinados grupos de edad como la infancia o la vejez, por lo que todo ello dificulta su utilización con fines demográficos. De otra parte, un mismo episodio de enfermedad puede aparecer bajo expresiones diagnósticas diferentes, indicando además de la falta de precisión problemas semánticos como sinonimias, polisemias, paronimias, términos genéricos y específicos, etc. (Bernabeu et al, 2003). Un ejemplo de esta variabilidad es el problema que se presenta en los diagnósticos de muerte por tuberculosis, pues hasta su concepción unicista en la era bacteriológica en que se identifica su agente causal, se encuentran hasta más de un centenar de expresiones diagnósticas en sus efectos de morbilidad.

En el siglo XIX también cabe encontrar diferencias en la procedencia de los diagnósticos, los de la mentalidad anatomoclínica correspondientes a la primera mitad del siglo y los términos pertenecientes a la “medicina de laboratorio” que comienza su desarrollo en la segunda mitad de siglo (Micó y Martínez Monleón, 1993:179).

El elemento fundamental sobre el que se articula el saber médico es la realidad del enfermo en el signo/síntoma, mediatizado por su subjetividad y tradición cultural. Un ejemplo de cambio y de variación semántica es el caso de la sífilis (Barona, 2004:43), cuya definición varía en tres diferentes periodos que se corresponden con las diferentes corrientes o mentalidades médicas:

Sífilis:

*Nombre genérico con el cual se ha designado una multitud de males atribuidos con razón o sin ella al coito, y contra los cuales se administra mercurio como de diagnóstico y de curación (Definición de Hurtado de Mendoza en 1840, en el Vocabulario médico-quirúrgico o Diccionario de medicina y cirugía)*

*Enfermedad específica transmitida por contacto y por herencia, caracterizada en sus diferentes periodos, por ciertos accidentes cuya evolución se halla subordinada a la acción del virus sífilítico y cuyo curso es ordinariamente determinado. (Definición de Littré, L., en 1889, en el Diccionario de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria y ciencias auxiliares)*

*Enfermedad producida por el microorganismo spirocheta pallida o treponema pallidum (Definición de Cardenal, L., en el Diccionario terminológico de ciencias médicas)*

La ambigüedad e indeterminación semánticas de algunos términos utilizados durante el siglo XIX y que en alguna medida perviven en el ámbito popular, como dentición, discrasia, empacho, escrófula, marasmo, opilación, constituyen ejemplos de significados ambiguos que reflejan síntomas o situaciones del paciente en los que la conceptualización de la enfermedad adolece de una profunda falta de precisión (Barona, 2004: 42).

Además de todo ello, los registros podían llegar a ser una herramienta para vigilar las colectividades y por ende, de ajustar el funcionamiento de determinadas políticas, como por ejemplo el diagnóstico político de lo que los médicos locales pensaban que eran muertes por hambre (Rodríguez Ocaña, 1993).

La clasificación de las enfermedades es el sustento de la estadística médica, que se basa a su vez en datos de mortalidad y posteriormente de morbilidad, para medir el impacto de la enfermedad según su causa entre los diferentes grupos de edad. De esta forma se conocen en las poblaciones las causas de defunción y las enfermedades que padecen. Estos cálculos se iniciaron en Londres en 1662 por el londinense, no médico, John Graunt bajo el título "*Natural and Political Observations*" en un intento de calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecían antes de llegar a la edad de seis años, pues entonces no se registraba la edad de los fallecidos. Agrupó las rúbricas de enfermedades propias de la infancia sumando la mitad de las enfermedades de varicela, viruela, sarampión y parasitados sin convulsiones y concluyó que el 36% de la mortalidad ocurría antes de los seis años.

El primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades conocido por el título de *Nosología Metódica* se atribuye a Sauvages, sobrenombre de François Dossier de Lacroix, aunque otro contemporáneo, el gran metodólogo Linneo (1717-1778) con su obra *Genera Morborum* contribuyó en gran medida a estos intentos nosológicos. A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de

William Cullen (1710-1790), publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

En 1837 el estadístico médico William Farr no consideró satisfactoria con fines estadísticos la clasificación de Cullen, pues no se había actualizado en el sentido de incluir los avances de la ciencia médica y se encargó de describir, en el primer Informe Anual del Registrador General los principios que deben regir una clasificación estadística de enfermedades, insistiendo en la adopción urgente de una clasificación uniforme pues consideraba la nomenclatura tan importante para este dominio de investigación, como lo son los pesos y medidas en las ciencias físicas, y debía por tanto establecerse de inmediato<sup>116</sup>, fundamentando su convencimiento en que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas, y el primer paso para su prevención es descubrir sus causas exactas<sup>117</sup>.

En 1891 se adopta en Viena la Lista Internacional de Causas de Defunción a cargo de un comité dirigido por Jacques Bertillon, Jefe de los Servicios de Estadística de la ciudad de París, que se regía por el principio adoptado por Farr de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico. La llamada “Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon”, como fue denominada, recibió la aprobación general y fue acogida por varios países, actualizándose posteriormente en las sucesivas revisiones de ámbito internacional.

También las clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad fueron una inquietud de Farr, reconociendo que era deseable extender el mismo sistema de nomenclatura a las enfermedades que, aunque no sean mortales, causan discapacidades en la población<sup>118</sup>. En el Cuarto Congreso Internacional, celebrado en Londres en 1860, Florence Nightingale insistió en que se adoptara la clasificación de enfermedades de Farr para la tabulación de la morbilidad hospitalaria.

La clasificación de Farr estaba dividida en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales o generales, enfermedades localizadas clasificadas conforme al sitio anatómico, enfermedades del desarrollo y enfermedades que son consecuencia directa de un traumatismo. Esta clasificación sufrió revisiones

---

<sup>116</sup> *First Annual Report*. (1839). London: Registrar General of England and Wales, pag. 99. Citado en: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. (1995) CIE-10. 10ª rev, Vol 2. Organización Panamericana de Salud. Publicación científica 554.

<sup>117</sup> Registrar-General's *First Annual Report*. (1838): xiv; the library of the Office for National Statistics, Pimlico, London SW1, contains all the annual reports. Disponible en: <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow.html>. [Consulta el 17-10-2011].

<sup>118</sup> *Sixteenth Annual Report*. (1856) London: Registrar General of England and Wales, pag 73. Citado en CIE-10 (1995) OMS.

posteriores y, aunque nunca recibió aprobación universal, el principio de clasificar las enfermedades según su localización anatómica ha perdurado como base de la Lista Internacional de Causas de Defunción<sup>119</sup>.

En España es a partir de 1837 cuando se empieza a consignar en los “*Quinque libri*” de las diócesis las anotaciones de la edad y la enfermedad que causó el fallecimiento, según la certificación facultativa, de forma regular y metódica (Bernabeu, 1995) aunque podía no llegar a ser tan facultativa, ni regular ni metódica, si bien se vislumbra la necesidad de una clasificación de las causas de muerte como dato registral. Las circulares a los Gobernadores entre 1859 y 1862 son las que intentan recoger la primera recopilación estadística sobre el movimiento natural de población pero en ellas no se hace referencia a las causas de defunción. Es al año siguiente, en 1863 cuando la Junta General de Estadística decide se consigne entre otros asuntos las enfermedades que han producido las defunciones. Este intento obtuvo resultados, pues en la publicación de 1877 del Instituto Geográfico Estadístico sobre el periodo de 1861 a 1870, difunde desde 1863 los primeros datos de causa de defunción en nuestro sistema estadístico, por provincias y capitales distinguiendo por sexo las siguientes rúbricas: “enfermedades comunes”, enfermedades epidémicas y contagiosas”, “muerte natural repentina”, “muerte violenta” (heridas, asfixias, caídas, etc)” y “muerte senil” (López Zazo, 2004).

### **Clasificación de enfermedades en las topografías médicas de La Rioja**

Entre las topografías médicas estudiadas no podemos encontrar alguna referencia de los intentos internacionales de consensuar esta cuestión ya que fueron posteriores a su elaboración.

El Dr. Hernández Oñate aporta la siguiente clasificación en su estudio sobre Logroño entre los años 1877-1881:

*Enfermedades infecciosas:* viruela, disentería, fiebre tifoidea, sarampión, escarlatina, difteria, crup (coqueluche o tos ferina), fiebre puerperal e intermitentes.

*Enfermedades frecuentes:* aparato digestivo y sus anejos, aparato respiratorio y sus anejos, congestiones, apoplejías, meningitis cerebrales y reblandecimientos, tisis o tuberculosis pulmonar, lesiones orgánicas del corazón y enfermedades de los grandes vasos, eclampsia y accidentes epileptiformes, abortos, partos prematuros y asfixia de los recién nacidos, fiebre nerviosa, escrofulismo, afecciones de la matriz, reumatismo

---

<sup>119</sup> Historia del desarrollo de la CIE (Clasificación Internacional de enfermedades). Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol2\\_historia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol2_historia.pdf), [Consulta el 25-08-2008]



articular agudo. Otras enfermedades: albuminuria, anasarca, diabetes, erisipela, raquitismo, etc.

*Enfermedades menos frecuentes:* enajenación mental, hidrofobia nerviosa

*Muertes violentas:* por accidente, suicidio, homicidio, infanticidio.

Por su parte, el Dr. González del Castillo tiene especial cuidado en comparar los datos recogidos en Logroño durante el quinquenio de 1889-1893, periodo de su estudio, con los del quinquenio de 1877-1881 estudiado por el Dr. Hernández Oñate. Con este fin, apunta en cuadros comparativos la siguiente clasificación de las defunciones ocurridas según el Registro Civil:

*Enfermedades infecciosas:* fiebre tifoidea, viruela, sarampión, difteria, *grippe*, escarlatina y coqueluche (tos ferina).

*Enfermedades más frecuentes:* tisis, del aparato digestivo, del aparato respiratorio, del aparato circulatorio, congestiones y apoplejías, congestiones y derrames en niños, y meningitis en niños.

En Calahorra el Dr. Hita refiere las enfermedades registradas que causan mortalidad en una lista clasificada por orden alfabético, con su traducción en número de defunciones habidas según las certificaciones facultativas. El médico, observa que entre 1884-1885 las fiebres intermitentes, las inflamatorias, las de índole catarral y el sarampión son enfermedades endémicas en Calahorra. En su quehacer cotidiano no escasean las afecciones quirúrgicas y destaca por otra parte que en esta localidad no aparecen las diferentes formas de la sífilis. La clasificación que realiza en su estudio es la de las enfermedades más frecuentes o de morbilidad, y es la que sigue:

*Fiebres:* catarral e inflamatoria, gástricas, fiebre tifoidea, exantemáticas (sarampión, varioloides, viruela, escarlatina, miliar, intermitentes o tercianas y perniciosas)

*Enfermedades del aparato respiratorio:* degeneraciones vasculares (aneurismas), laringitis, tuberculización pulmonar.

*El aparato digestivo:* colitis, entero-colitis, flegmasias de la túnica interna del estómago, gastralgias, dispepsias, estomatitis y anginas.

*Aparato secretor y formador de la bilis:* hepatitis, ictericia.

*El locomotor:* reumatismo

*Enfermedades nerviosas:* histerismo, epilepsia

*Las de la piel:* erisipela.

*Aparato generador de la mujer:* vaginitis, metritis del cuello, metro-peritonitis, metrorragias.

*Sífilis*

*Hidrofobia*

*Escrofulismo, anemia*

*Patología quirúrgica:* tumores benignos, traumatismos (heridas, luxaciones).

Desde Huércanos, el Dr. Casas Arriola estudia las defunciones ocurridas durante el quinquenio de 1886 a 1890, ambos inclusive, clasificadas por su causa, a saber:

*Enfermedades infecciosas:* viruela, sarampión, escarlatina, difteria y crup, coqueluche, tifus abdominal, tifus exantemático, cólera, disentería, fiebre puerperal, intermitentes palúdicas y otras enfermedades infecciosas, no especificadas y de baja incidencia.

*Otras enfermedades frecuentes:* tisis pulmonar, enfermedades agudas de los órganos respiratorios, apoplejía, reumatismo articular, catarro intestinal (diarrea), cólera infantil.

*Las demás enfermedades:*

- *Aparato circulatorio:* pericarditis, aneurismas, lesiones cardíacas.
- *Enfermedades del sistema nervioso:* tétanos, eclampsia, meningitis, hidrocefalia, tabes y raquitis, derrame seroso.
- *Aparato respiratorio:* asfixia de los recién nacidos, bronquitis crónica, pulmonía crónica, edema glótico.
- *Aparato digestivo:* hepatitis, peritonitis, dentición.
- *Urinario:* uremia, nefritis.
- *Hígado:* cirrosis, cáncer
- *Falta de desarrollo.*

*Muerte violenta:* por accidente, por homicidio, por suicidio.

La clasificación de las defunciones por su causa que presenta el Dr. García Barrio en Quel, es la siguiente:

*Enfermedades infecciosas y contagiosas:* sarampión escarlatina, angina y laringitis diftérica, coqueluche, fiebre tifoidea, enfermedades puerperales, disentería, erisipela y cáncer, estas dos últimas con signo de interrogación por parte del autor.

*Enfermedades frecuentes:* raquitis y tabes, por consunción, falta de desarrollo, asfixia de los recién nacidos, oclusión intestinal, reumatismo, hepatitis, alcoholismo, infección purulenta, escrófulas, atrofia muscular, parto distócico y peritonitis.

*Enfermedades de los aparatos:* circulatorio, respiratorio, digestivo, urinario y cerebro-espinal.

*Muerte violenta:* accidente y homicidio

*Vejez:* muerte senil

En Cervera del río Alhama, el Dr. Zapatero González recoge en el apartado de patología, una clasificación de enfermedades por aparatos, extraída del registro civil, donde queda consignada la última afección y a veces una complicación extraña como padecimiento del fallecido. Desde este registro de datos, realiza una descripción “no aquello de que se muere, sino aquello de que se enferma” en el distrito de Cervera. Entendemos con ello que no se hace necesaria una clasificación de la mortalidad y sí en cambio de la morbilidad.

En las clasificaciones descritas vemos en primer lugar que no queda clara la diferenciación entre la clasificación de las enfermedades que causan mortalidad o morbilidad en algunas localidades como Calahorra y Cervera. En cambio, en Logroño, Huércanos y Quel se sigue una clasificación de mortalidad similar a la antedicha de 1863. Teniendo en cuenta que hasta 1891 no se adopta la lista internacional de causas de defunción, podemos afirmar que los autores de las memorias higienistas de la Rioja tuvieron en cuenta de algún modo una clasificación de enfermedades por aparatos o localizaciones anatómicas. La ausencia de una norma consensuada e internacional impide hacer comparaciones quedando patente de igual modo la variabilidad en las taxonomías como en algunos de los significados apuntados como diagnósticos. Nos referimos a otro aspecto llamativo, las expresiones diagnósticas que se utilizan en estas obras y en este tiempo decimonónico, como “dentición”, “falta de desarrollo” y “flegmasias” entre otras. Hoy día estas expresiones pueden considerarse el sedimento terminológico resultante de la difusión social de conocimientos científico-médicos procedentes de distintas épocas, sistemas y escuelas (Bernabeu, 2003:14).

También nos llama la atención la duda razonable sobre la inclusión de ciertas enfermedades en la categoría de “enfermedades infecciosas” como lo hace el médico de Quel al incluir el cáncer en esa categoría. El hecho de dedicar una categoría de clasificación a las enfermedades infecciosas ya es de consideración en esta investigación, pues todavía no se habían descubierto los agentes causantes de muchas de estas enfermedades, por lo que en cierto modo era aventurado descender a taxonomías cuando aún dominaban las pugnas entre contagionistas y anticontagionistas.

## Mortalidad en La Rioja

La mortalidad en La Rioja, desde la información que aportan las memorias higienistas, se ve afectada por las diferentes enfermedades que, como las infecciosas, llegan a producir epidemias y así ocurre con la tosferina o coqueluche en Huércanos en 1890, la viruela en los barrios más insalubres de Logroño, como en 1891 lo era El Cortijo, y el cólera en 1885 en Calahorra principalmente.

Otro factor importante que se ve reflejado en este apartado de mortalidad es el de los accidentes, incluidos en la clasificación descrita dentro de las muertes violentas, como el acaecido en Logroño en septiembre de 1880 al derrumbarse el puente sobre el río Ebro cuando lo atravesaba un contingente militar, ocasionando 90 muertos.

En Logroño, entre los años 1877 a 1881, las tres primeras causas de mortalidad son la viruela, seguida de las enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio y anejos. En Huércanos, en los años de 1886 a 1890 las tres primeras causas de mortalidad son la diarrea (catarro intestinal) y enfermedades agudas de los órganos respiratorios, la meningitis y la tosferina o coqueluche. En Calahorra, en los años de 1884 a 1886, son el cólera morbo asiático, la enteritis y la bronquitis. En el periodo de 1889 a 1893 en Logroño, las primeras causas de mortalidad son las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo, seguida de las infecciosas, y entre ellas, la fiebre tifoidea y la viruela principalmente.

Mortalidad general e infantil en La Rioja según los años indicados en las Topografías médicas y sus autores

Autor/es	Localidad	Años	Mortalidad general anual. Tasa por 1000 habitantes	Mortalidad Infantil anual. Tasa por 1000 habitantes
D. Hernández Oñate	Logroño	1877-1881	50,02***	(0-5 años) 23,86
A. García Barrio	Quel	1880-1881*	31,33	(0-6 años) 20,27
		1881-1882	41,93	23,96
		1882-1883	35,48	16,12
		1883-1884	45,16	30,87
		1884-1885	38,24	25,80
S. Hita y Comas	Calahorra	1884-1886**	41,53	(0-5 años) 20,00
P. González del Castillo F. de Luis y Tomás	Logroño	1889-1893	41,40	(0-7 años) 15,50
E. Casas Arriola	Huércanos	1886-1890	31,40	(0-7 años) 11,90
J. M. Zapatero González	Cervera	1878-1887	32,01	(0-8 años) 15,77
		1888-1897	28,94	13,87
		1898-1900	27,84	14,22
		1901-1910	23,01	11,83
		1911-1915	18,14	7,74

\* Desde 1-6-1880 a 1-6-1885

\*\* Desde 1-8-1884 a 31-7-1885 y de 1-8-1885 a 31-7-1886

\*\*\* Se toman para el cálculo 3.350 defunciones, incluyendo las 90 del accidente del río Ebro en septiembre de 1880 y el censo de población de 1877 con 13.393 habitantes.

La tabla anterior muestra una heterogeneidad en los años de estudio que dificulta la comparación entre localidades, aunque podemos destacar la alta mortalidad de Logroño entre los años 1877 a 1881 con una tasa de 50,02 por mil habitantes y la menor cifra alcanzada en Cervera del río Alahama entre los años 1911 a 1915 de 18,14 por mil. La misma heterogeneidad encontramos en los datos referidos a la mortalidad infantil, encontrando una disparidad entre los grupos etarios consignados que abarcan en unos casos los menores de cinco años, de seis, siete y ocho años de edad. En este caso la mayor mortalidad la encontramos en la localidad de Quel para los años 1883 a 1884, con una tasa de 30,87 por mil para los menores de seis años de edad y que se muestra también muy elevada en esos años en la población general, con una tasa de 45,16 por mil habitantes. También es Cervera del río Alhama donde se registra la menor tasa de mortalidad infantil entre menores de ocho años de edad, de 7,74 entre los años 1911 a 1915. Aunque los años de estudio varían en cierto modo, podemos señalar entre la mortalidad infantil referida a la población menor de siete años de edad la alcanzada en Huércanos con una tasa de 11,90 frente a la registrada en Logroño con 15,50 por mil habitantes.

El control de la mortalidad es uno de los ejes de interés del higienismo y para considerar a una ciudad como insalubre la cifra de mortalidad que debe tenerse en cuenta depende de la cultura de los habitantes de cada nación. Según el estado de la higiene contemporánea, en los años finales del siglo XIX, la cifra de mortalidad de las grandes poblaciones de España puede reducirse a 197 defunciones por cada 10.000 habitantes. (Mínguez, 1900:45). De igual modo debe considerarse como insalubre toda población en la que las cifras de natalidad sean inferiores a las de mortalidad, cifra que como límite máximo en relación a las poblaciones salubres es de 20 por mil como promedio anual (García Faria, 1900:46). En el periodo de 1886 a 1892 la capital de Logroño contaba con una mortalidad excesiva, que alcanzaba 433 defunciones por cada 10.000 habitantes (Mínguez, 1900: 94) y la provincia 365 defunciones por 10.000 (García Faria, 1900:98). Vemos que en cuestión de mortalidad había mucho camino por recorrer.

La topografía médica de la comarca de Cervera elaborada por el médico D. Juan Manuel Zapatero González en 1916 aporta gran cantidad de datos demográficos de la población, ya que recoge una serie histórica de treinta y nueve años, diferenciando en ella los menores de ocho años y los mayores de esa edad. A lo largo de este periodo de estudio que comprende los años 1878 hasta 1915 ambos inclusive, se registra la mortalidad en relación con los correspondientes censos poblacionales, consciente el

autor de la importancia que la estadística supone para la observancia de los movimientos y fenómenos poblacionales. Según esto podemos a su vez analizar los datos aportados.

Mortalidad general e infantil (menores de 8 años). Cervera del río Alhama 1878-1915

Periodo. Años	Población	Mortalidad General			Mortalidad Infantil. Menores de 8 años de edad		
		Defunciones en el periodo	Promedio de defunciones	Tasa por 1000 habit..	Defunciones en el periodo	Promedio de defunciones	Tasa por 1000 habit.
1878-1887	4470	1431	143,10	32,01	705	70,50	15,77
1888-1897	4979	1441	144,10	28,94	691	69,10	13,87
1898-1900	5531	462	154,00	27,84	236	78,66	14,22
1901-1910	5930	1365	136,50	23,01	702	70,20	11,83
1911-1915	6459	586	117,20	18,14	250	50,00	7,74

Las tasas de mortalidad infantil que se recogen en las tablas han de registrarse junto a las de mortalidad general ya que ambos indicadores se refieren al total de habitantes. De esta forma en Cervera, como se aprecia en la tabla anterior, la mortalidad infantil en población menor de ocho años de edad supone aproximadamente la mitad de las defunciones con respecto al total de las muertes. A medida que se avanza en el tiempo desciende objetivamente tanto la mortalidad general como la infantil, en este caso, la referida a los menores de ocho años de edad.

Distribución de las defunciones por sexo en Cervera del río Alhama. 1878-1915

Población	Varones		Hembras		Total	
< 8 años	1435	55,53 %	1149	44,47 %	2584	48,89 %
> 8 años	1341	49,65 %	1360	50,35 %	2701	51,11 %
Total	2776	52,53 %	2509	47,47 %	5285	100 %

La distribución de las defunciones en Cervera del río Alhama según el sexo, como señala la anterior tabla, es mayor entre los varones en relación al total de la población. En los datos contenidos en dicha tabla, debemos destacar la gran diferencia de la distribución de la mortalidad entre sexos en la población menor de ocho años de edad, a favor de las hembras (44,47%) frente a los varones (55,53%).

Como ya hemos señalado anteriormente, los datos que presenta la topografía médica de Cervera del río Alhama ofrecen gran detalle de datos en las localidades del distrito. La clasificación por grupos de edad que ofrece es siempre entre menores de ocho años de edad y el total de la población.

Tasas de mortalidad general y menor de 8 años. Comarca de Cervera. 1910-1915

Año	Cervera		Aguilar		Cornago		Igea		Grávalos		Valdemadera		Navajún	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
1910	9,13	18,73	9,18	19,29	19,96	35,84	12,75	21,68	8,48	27,57	25,45	36,36	3,35	6,71
1911	8,67	19,35	8,72	16,07	16,89	28,67	14,66	28,06	9,54	27,57	-	10,90	-	16,77
1912	4,95	13,31	7,34	15,61	15,87	22,01	16,58	24,23	9,54	23,32	14,54	14,54	10,06	20,13
1913	12,69	24,30	1,83	11,48	8,70	20,48	5,10	22,32	3,18	18,02	10,90	18,18	6,71	10,06
1914	5,41	16,72	2,29	11,94	5,63	17,40	15,94	29,97	9,54	23,32	7,27	29,09	13,42	33,55
1915	6,96	17,03	5,97	12,40	10,75	17,40	9,56	23,59	5,30	14,84	10,90	18,18	16,77	33,55

a: Tasa de mortalidad en población menor de 8 años de edad.

b: Tasa de mortalidad general.

Fuente: Zapatero González, 1916

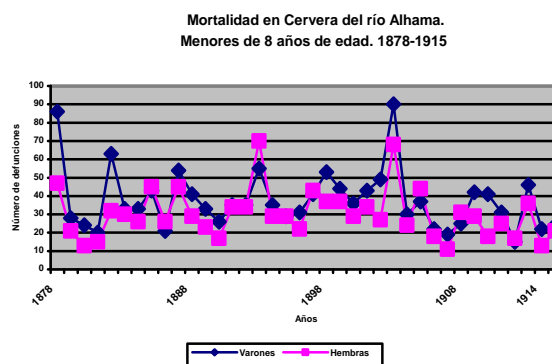
Podemos observar en la tabla anterior la mayor mortalidad registrada en Cornago en la población general con respecto a las otras localidades del distrito. De manera global se puede ver que la mortalidad entre los menores de ocho años de edad es casi la mitad que la referida al total de la población.

Las observaciones que hacemos en este apartado deben tenerse en cuenta con la debida cautela, pues, como ya hemos apuntado anteriormente, es en cierto modo aventurado extraer conclusiones más allá de los datos máximos o mínimos al no poder comparar los años de estudio y los grupos etarios de referencia. Otros datos referidos Logroño

No obstante lo anterior, y a tenor de las tablas y gráficos correspondientes a Cervera del río Alhama que se muestran más adelante, donde se registran los datos de mortalidad en los grupos apuntados previamente, menores de ocho años y población total, comprendidos en un periodo de treinta y nueve años que van desde 1878 a 1915, podemos también hacer las observaciones pertinentes. En primer lugar, aunque consideramos de gran interés poder disponer de una serie de datos de mortalidad de un periodo tan amplio, debemos a la vez tener en cuenta que esos datos han sido recogidos del Registro Civil como apunta su autor (Zapatero, 1916:90). Los datos extraídos de los libros parroquiales son una fuente que ha mostrado diferencias en relación a los consignados en el Registro Civil. En cambio en las demás memorias los médicos registran los datos de la mortalidad ocurrida durante su ejercicio profesional exclusivamente, por lo que al ser responsables de su certificación podemos dar por supuesta su validez.

Mortalidad en población menor de 8 años de edad.  
Cervera del río Alhama. 1878-1915

Año	< 8 años		Total
	Varones	Hembras	
1878	86	47	133
1879	28	21	49
1880	24	13	37
1881	20	15	35
1882	63	32	95
1883	33	30	63
1884	33	26	59
1885	43	45	88
1886	21	26	47
1887	54	45	99
1888	41	29	70
1889	33	23	56
1890	26	17	43
1891	35	34	69
1892	35	34	69
1893	55	70	125
1894	35	29	64
1895	29	29	58
1896	31	22	53
1897	41	43	84
1898	53	37	90
1899	44	37	81
1900	36	29	65
1901	43	34	77
1902	49	27	76
1903	90	68	158
1904	30	24	54
1905	37	44	81
1906	22	18	40
1907	19	11	30
1908	25	31	56
1909	42	29	71
1910	41	18	59
1911	31	25	56
1912	15	17	32
1913	46	36	82
1914	22	13	35
1915	24	21	45
Total	1435	1149	2584



La mortalidad en Cervera del río Alhama, correspondiente a la población menor de ocho años de edad se muestra superior en los años 1878, 1893 y 1903. El número de defunciones entre los varones es mayor en 1878 y 1903. También se muestra superior entre los varones en el año 1882. En cambio, 1893 es el año donde se encuentra aumentada la mortalidad entre las mujeres menores de ocho años.



Mortalidad en población mayor de 8 años de edad. Cervera del río Alhama. 1878-1915

Año	> 8 años		Total
	Varones	Hembras	
1878	48	51	99
1879	25	38	63
1880	27	31	58
1881	31	18	49
1882	29	39	68
1883	29	29	58
1884	38	25	63
1885	64	63	127
1886	36	25	61
1887	52	28	80
1888	36	43	79
1889	26	29	55
1890	37	35	72
1891	41	27	68
1892	28	33	61
1893	49	39	88
1894	29	40	69
1895	46	40	86
1896	47	47	94
1897	37	41	78
1898	38	34	72
1899	35	42	77
1900	41	36	77
1901	28	35	63
1902	26	38	64
1903	32	31	63
1904	49	47	96
1905	32	29	61
1906	30	42	72
1907	25	33	58
1908	33	24	57
1909	27	40	67
1910	32	30	62
1911	28	41	69
1912	27	27	54
1913	33	42	75
1914	34	39	73
1915	36	29	65
Total	1341	1360	2701

Mortalidad en Cervera del río Alhama. Mayores de 8 años de edad. 1878-1915

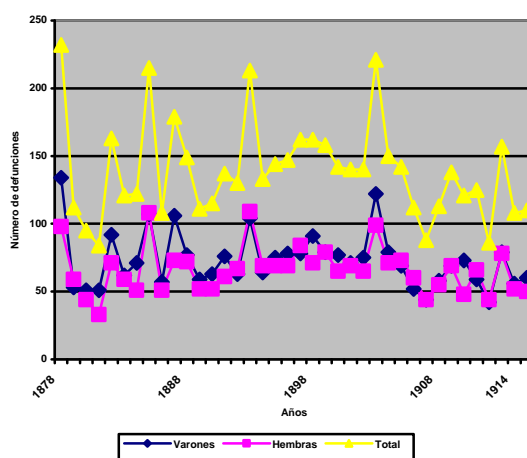


En la distribución de los datos de mortalidad por sexo en Cervera del río Alhama entre los mayores de ocho años de edad se observa un pico de incidencia correspondiente a 1885, año epidémico de cólera y de crisis agraria y económica, donde no se aprecian diferencias entre sexos, afectando por tanto de igual modo tanto a hombres como a las mujeres.

Mortalidad en población general.  
Cervera del río Alhama. 1878-1915

Año	Población General		Total
	Varones	Hembras	
1878	134	98	232
1879	53	59	112
1880	51	44	95
1881	51	33	84
1882	92	71	163
1883	62	59	121
1884	71	51	122
1885	107	108	215
1886	57	51	108
1887	106	73	179
1888	77	72	149
1889	59	52	111
1890	63	52	115
1891	76	61	137
1892	63	67	130
1893	104	109	213
1894	64	69	133
1895	75	69	144
1896	78	69	147
1897	78	84	162
1898	91	71	162
1899	79	79	158
1900	77	65	142
1901	71	69	140
1902	75	65	140
1903	122	99	221
1904	79	71	150
1905	69	73	142
1906	52	60	112
1907	44	44	88
1908	58	55	113
1909	69	69	138
1910	73	48	121
1911	59	66	125
1912	42	44	86
1913	79	78	157
1914	56	52	108
1915	60	50	110
Total	2776	2509	5285

Mortalidad general. Cervera del río Alhama.  
1878-1915

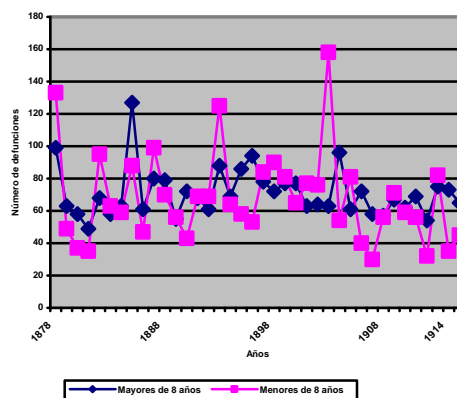


En los datos de mortalidad correspondientes a la población general diferenciada por sexos, y en su representación gráfica, se distinguen cuatro picos de incidencia que se corresponden con los años 1878, 1885, 1893 y 1903. Como puede observarse, es mayor entre los hombres en los años 1878 y 1903.

Mortalidad en población general. Mayores y menores de 8 años de edad. Cervera del río Alhama. 1878-1915

Año	Población General		Total
	< 8 años	> 8 años	
1878	133	99	232
1879	49	63	112
1880	37	58	95
1881	35	49	84
1882	95	68	163
1883	63	58	121
1884	59	63	122
1885	88	127	215
1886	47	61	108
1887	99	80	179
1888	70	79	149
1889	56	55	111
1890	43	72	115
1891	69	68	137
1892	69	61	130
1893	125	88	213
1894	64	69	133
1895	58	86	144
1896	53	94	147
1897	84	78	162
1898	90	72	162
1899	81	77	158
1900	65	77	142
1901	77	63	140
1902	76	64	140
1903	158	63	221
1904	54	96	150
1905	81	61	142
1906	40	72	112
1907	30	58	88
1908	56	57	113
1909	71	67	138
1910	59	62	121
1911	56	69	125
1912	32	54	86
1913	82	75	157
1914	35	73	108
1915	45	65	110
Total	2584	2701	5285

Mortalidad general. Mayores y menores de 8 años de edad. Cervera del río Alhama 1878-1915



Los datos diferenciadados entre población menor y mayor de ocho años de edad, como se observa también en su representación gráfica, muestran cuatro picos de incidencia que coinciden con los años 1878, 1885, 1893 y 1903. Se observa de igual modo, que la mortalidad es mayor en tre los menores de ocho años de edad en los años 1878, 1893 y 1903. En cambio, en 1885 se muestra incrementada entre los mayores de ocho años de edad.

La riqueza de datos de mortalidad que presenta el estudio de Cervera del río Alhama, del Dr. Zapatero González nos ha permitido analizarlos distinguiendo entre la población mayor y menor de ocho años de edad y entre sexos. Hemos visto que hay ciertos años en los que se ve aumentada la mortalidad y se corresponden con crisis en la economía regional y epidemias que trastocan la dinámica de la población. Las crisis severas no solo causaban una brusca elevación de la mortalidad sino que también se producía una drástica caída en el número de concepciones y nacidos vivos (Arango, 1980:184).

### **Mortalidad infantil**

Durante el siglo XIX la mortalidad infantil en la Rioja sufre un paulatino incremento de sus niveles entre 1850 y 1885, situándose entre 300 y 350 por mil, parámetros que se encuentran entre los más elevados de España en este siglo XIX y que pueden resumirse en una esperanza de vida inferior a los 22 años en los momentos más críticos (Gurría, Lázaro, 1999:81,86). Este aumento se constata en todas las regiones españolas y particularmente en la España central, atribuyéndose a un empeoramiento general de las condiciones de vida y una mayor incidencia de determinadas enfermedades infantiles (Robles, Pozi, 1997: 174). También es preciso apuntar que es un periodo que comprende dos epidemias de cólera, una de ellas, la de 1854-1855, de gran impacto en La Rioja, pereciendo el cinco por ciento de su población lo que afectaría en mayor medida a la población infantil, y la de 1885 que no fue tan mortífera.

En la última década del siglo se empieza a producir un cambio importante y es la disminución significativa de los niveles de mortalidad de uno a cuatro años, considerándose el inicio de la transición demográfica de La Rioja. Las causas de mortalidad en este tramo de la población estaban relacionadas con la lactancia, el destete y, por supuesto, las enfermedades infecciosas. Las pautas de nutrición inadecuadas durante las primeras fases de la vida del niño explican las afecciones gastrointestinales. Aunque ya habían empezado a aparecer en el mercado harinas y leches preparadas a partir de 1891, y en 1899 la primera harina lacteada (Fleta, 2006:11) la falta de asepsia en estas preparaciones por parte de las clases populares, en los contados casos en los que se utilizaba pues se consideraba una moda reciente, era motivo de preocupación desde las tesis higienistas (Casas, 1901). El momento del destete y la alimentación mixta es cuando el niño comienza la ingesta de alimentos sustitutivos de la leche materna, y es entonces cuando se produce el riesgo principal, si los alimentos se encuentran en malas

condiciones higiénicas, de conservación o son alimentos inadecuados para la pequeña infancia, dándose situaciones de malnutrición en calidad y/o cantidad. Esta nutrición insuficiente propicia en el niño una menor resistencia frente a la infección y el contagio, y la mayor frecuencia de enfermedades en esta etapa de la vida están relacionadas con la calidad del agua y los alimentos como la diarrea, enteritis (Robles, Pozzi, 1997:189)

Pero más importante que la inadecuada lactancia artificial era la cuestión de la lactancia mercenaria que acarrea funestas consecuencias entre los lactantes, ya que sus fines eran, en cierto modo, mercantilistas y no necesariamente el cuidado de los lactantes, generalmente los expósitos, entre los que se cifraba la mayor tasa de mortalidad. La condición mercenaria de las nodrizas solía ir acompañada de una ausencia de relación afectiva, frecuentes cambios, limitada capacidad de nutrición, la displicencia ante la política salarial restrictiva impuesta por la Junta de Gobierno de expósitos, al contrario que en otras provincias como Pamplona donde la mortalidad de los expósitos no alcanzaba la de Logroño. Todos estos factores abocaban a un inevitable retraso en el desarrollo físico y psíquico y aumento de las enfermedades propias de la infancia, viruela, gastroenteritis, sarampión, disentería, etc. (Gurría, Lázaro, 1998:152), que en las condiciones descritas suponían un aumento de la mortalidad, tres cuartas partes de los niños abandonados (755 por mil) con respecto a los niños criados entre sus familias (478 por mil) (Gurría, Lázaro, 1998:149).

Los hábitos higiénicos en general, el manejo de los problemas de salud y, especialmente, todo lo relacionado con el cuidado del niño eran y siguen siendo, elementos pertenecientes al ámbito doméstico y familiar especialmente de las madres, lo que nos sitúa en una compleja relación entre el saber científico y saber popular. Los hábitos y costumbres desarrollados alrededor de los cuidados de los niños responden en gran medida a una tradición transmitida de forma oral que resulta difícil de modificar. En este contexto, el higienismo lanzó una literatura de popularización higiénico sanitaria que se proponía dar a conocer entre la población los preceptos de la medicina científica, para conseguir la desaparición de las costumbres y prácticas que se utilizaban en el ámbito familiar y doméstico en relación con los cuidados de salud y episodios de enfermedad de la infancia, "...transformando paulatinamente lo malo en bueno, es decir, lo popular y rutinario en científico y provechoso" (Aguirre, 1885:24). Este discurso desarrollado por los higienistas en torno a la oposición y rechazo de las conductas, creencias y comportamientos de la población relacionados con la salud y la enfermedad se enmarca en el proceso progresivo de intervención de los médicos en la sociedad en

general y en sus intentos de transformar su discurso en hegemónico. La ciencia médica, con su verdad absoluta, trata de guiar la conducta de la población, considerando lo que hacían y creían los profanos como una supervivencia de otros tiempos, origen de muchos problemas de salud y sin sentido a la luz de la ciencia. Aunque se reconocían estas prácticas como inseparables de la pobreza y/o falta de educación, ello no obstaba para que se acentuara el discurso culpabilizador hacia la población que no cumplía los preceptos higiénicos, de acuerdo a los consejos de la ciencia (Bernabeu, 2002).

Los datos sobre mortalidad infantil que pueden estimarse, en base a los aportados en los estudios, son los que recogen la población de cero a un año de edad y las defunciones de menos de un año, tal como el de Logroño del Dr. Hernández, tomando cifras del censo de 1877, y el de Calahorra del Dr. Hita, que aporta datos de nacimientos y defunciones en menores de un año durante el periodo que va desde el 1 de agosto de 1884 hasta el mismo de 1886.

Mortalidad infantil (0-1 años). Logroño, Quel y Calahorra. 1877-1886

Autor/es	Localidad	Año	Mortalidad infantil (0-1 años) anual. Tasa por 1000 nacidos
D. Hernández Oñate	Logroño	1877*	410,38
A. García Barrio	Quel	1881-1882**	215,68
		1882-1883	211,11
		1883-1884	182,69
		1884-1885	340,65
S. Hita y Comas	Calahorra	1884-1885	172,00
		1885-1886***	295,03

\*Año del Censo

\*\* Desde el 1-6-1881 hasta el 1-6-1885

\*\*\*Desde 1-8-1884 a 31-7-1885 y desde 1-8-1885 a 31-7-1886.

En la mortalidad infantil, de cero a un año, como se observa en la tabla anterior, destaca la señalada para Logroño en 1877 con una tasa de 410, 38 por mil nacidos, muy superior a 300 y 350 por mil, consideradas como extraordinariamente elevadas (Gurría, Lázaro, 1999:81-82). Esta tasa de mortalidad infantil, en menores de un año y referido a mil nacidos vivos, de Logroño capital casi duplica la de Calahorra, localidad cabeza de comarca. Por otra parte es también muy llamativo el resultado de Calahorra en los dos años estudiados, donde queda reflejado el impacto de la epidemia de cólera en la población infantil menor de un año de edad que tuvo lugar entre los meses de agosto, septiembre y octubre de 1885.

Estos datos reflejan las dificultades para la supervivencia de la infancia en este periodo de tiempo, más acusada en la ciudad de Logroño. Las razones que pueden aducirse al respecto son en primer lugar la exposición a las enfermedades infecto-contagiosas y unas malas condiciones higiénicas de la crianza, especialmente importantes durante el primer año de vida.

Mortalidad Infantil (0-1 años). Huércanos 1886-1890

Autor/es	Localidad	Años	Nº nacimientos	Defunciones Menores de 1 año. Quinquenio 1886-1890	Mortalidad infantil (0-1 años) anual. Tasa por 1000 nacidos vivos
E.Casas Arriola	Huércanos	1886	35	47	268,57
		1887	32		293,75
		1888	36		261,11
		1889	35		268,57
		1890	34		276,47

En Huércanos, la mortalidad infantil de cero a un año de edad se muestra más elevada en el año 1887, con una tasa de 293,75 por mil nacidos, con respecto al resto de los años de estudio, el quinquenio 1886-1890. Debemos no obstante tener en cuenta que estos datos se calculan con la media de defunciones ocurridas en el quinquenio en la franja de edad de 0-1 años, y los datos de los nacimientos habidos en cada año, tal como se expresa en la anterior, cuyos datos se toman del estudio médico topográfico del Dr. Casas. El resultado no difiere mucho en el quinquenio estudiado, arrojando una tasa media de 273,25 por mil.

Tabla 6.- Mortalidad Infantil anual (0-3 años). Quel: 1880-1885. Tasa por mil habitantes

Autor	Localidad	Periodo	Mortalidad infantil anual (0-3 años). Tasa por 1000 habitantes
A. García Barrio	Quel	1880-1881*	19,81
		1881-1882	22,58
		1882-1883	16,58
		1883-1884	28,57
		1884-1885	23,96

\*Desde el 1-6- 1880 hasta el 1-6-1885

Los datos que se muestran en la tabla anterior nos aportan una información que no es comparable en su conjunto con las de otras localidades, ya que expresan la mortalidad entre los cero y tres años de vida, franja de edad que no se ajusta a la calculada en las otras obras además de referirse a la población total. Se puede apreciar que la tasa

superior se corresponde en el año 1883 en que tuvo lugar una epidemia de fiebre tifoidea en el pueblo ocasionando en total 19 defunciones.

A pesar de las limitaciones que encontramos en el estudio de los datos de mortalidad podemos extraer varias deducciones, como son: la mortalidad infantil durante el primer año de vida es muy elevada, la mortalidad general muestra picos de incidencia principalmente entre los años 1878, 1885 y 1903 que se ve aumentada entre los varones. A medida que avanza el tiempo decae la mortalidad general, lo que en principio, es acorde a la teoría de la transición demográfica.

El somero análisis realizado de la estructura demográfica de la mortalidad, en función de la edad del individuo ayuda a valorar las condiciones de salud de la población en la transición demográfica (Bernabeu et al, 2003:187).

La mortalidad fue disminuyendo hasta la segunda mitad del siglo XX como resultado de una gran variedad de factores como la lucha contra las enfermedades infecciosas por medio de las vacunaciones, los centros de higiene infantil, la gota de leche, los avances científico-médicos, la cobertura y asistencia sanitaria de la población, etc, en cuanto a la estructura sanitaria. A largo plazo también hay que destacar los factores culturales, incluyendo la educación, para el progreso de la lucha contra la mortalidad, una vez que las personas y las autoridades tomaron conciencia de la importancia de la salud y la higiene para el descenso de la mortalidad. Por tanto, no hubo un camino sencillo o unilateral para reducir la mortalidad, sino una combinación de varios elementos diferentes, desde la mejora de la nutrición a la mejora de la educación, donde se ven implicadas variables sociales, geográficas, económicas, culturales e incluso climáticas (Schofield, Reher: 1994:27-28).



## Capítulo 4

### Higienismo empirista o naturalismo terapéutico: el agua como remedio



Baños de Arnedillo: a la ida hecho polvo, a la vuelta como unas castañuelas. Tomado de <http://www.bermemar.com/imagen/galepubli.htm#7> el 15/10/2012



## **Las aguas minerales: un recurso para la salud**

Los estragos producidos por la introducción de los alcaloides y la terapéutica antiirritativa de Broussais son ejemplos que explican la actitud de algunos facultativos que optaron por conductas expectantes, adoptando así un tratamiento sintomático, con terapias inofensivas y preferentemente naturales confiando en el poder curador de la naturaleza. Se trataba de un forzado regreso al hipocratismo, auspiciado por la valoración romántica de la naturaleza.

La hidrología surge como una nueva forma de abordar la enfermedad en el contexto anatomoclínico, pero con el surgimiento de la aplicación de la química para clasificar las propiedades terapéuticas del agua y la indicación facultativa de estas aguas se da rienda a la utilización higiénica del agua, tanto entre los individuos como en la colectividad.

Una de las explicaciones que orienta hacia el éxito de la hidroterapia desde sus comienzos era que se excluían las sangrías y los purgantes, como preconizaba D. Vicente Pérez, socio de la Real Academia de Solidistas, vulgo el médico del agua (Pérez, 1752) considerados remedios básicos en las corrientes médicas anteriores y que tantos fracasos terapéuticos ocasionaron.

El uso medicinal de las aguas minerales ha sido históricamente referenciado como fuente de salud, aunando en este concepto cambiante a lo largo del tiempo, no sólo la ausencia de enfermedad sino el bienestar físico, psíquico y social que define en la actualidad la Organización Mundial de Salud desde 1948. Hasta llegar a esta definición se ha requerido comprender la amplia variedad de circunstancias de la experiencia humana que, en su totalidad abarcan los aspectos simbólicos mágicos, espirituales, materiales, sociales y personales que se relacionan en torno al agua como elemento de la naturaleza, de tal manera que su uso, en todas sus formas, es considerado una unidad de análisis antropológico. El uso del agua como medicamento natural es tan antiguo como la humanidad y se halla presente en diversas culturas.

Dentro de los factores que explican el auge de los espacios balnearios en sus diversas opciones de consumo (M. Moure, 2012: 9 y ss) podemos plantear las siguientes: la contribución de los químicos, farmacéuticos y médicos en el análisis y estudio sistemático de las aguas minero medicinales, destacando sus propiedades terapéuticas respaldados por las instituciones académicas; la labor de los filántropos en la acometida de mejoras de los balnearios, que no es el caso de los de La Rioja, la propiedad de los ayuntamientos; la consideración del balneario como centro *sanitario* de recuperación de

enfermedades; la aparición de la corriente higienista como pensamiento científico en el que la hidrología médica era uno de sus baluartes; la relación del individuo, en términos de salud, con el climatismo: agua, clima, temperatura, naturaleza; el surgimiento del empresarismo balneario encaminado a acometer reformas en las infraestructuras hoteleras y terapéuticas así como del entorno donde se ubicaban; la frecuentación de intelectuales y políticos que con su presencia abonaban el reclamo para una mayor y selecta concurrencia; el deseo, de igual modo, de promoción social por parte de la burguesía como clase emergente que acudiendo al balneario se mimetizaba en sus costumbres con la nobleza en la idea de conseguir rango y prestigio social; la oferta lúdica como complemento a la terapéutica adecuando para ello sus instalaciones; la pretensión de copiar, desde España, las motivaciones turísticas y prácticas sociales que tenían un gran auge en Europa en torno a los balnearios; la publicidad y promoción de las estaciones termales en diferentes formatos de divulgación.

### **Carácter simbólico del agua**

Para el ser humano el agua está vinculada a la vida simbolizando en muchas culturas los límites geográficos y temporales, la imagen del tiempo vital que transcurre, el antes y después, incluso de la vida y de la muerte ya que diluye y desintegra. Este poder de disolver y limpiar le otorga otro gran valor simbólico, el de la purificación y regeneración, el de eliminar presencia y pasado para dar origen a una vida nueva y mejor.

Casi todas las religiones han encontrado en el agua el elemento más adecuado para sus rituales, adoptando su uso para prácticas taumatúrgicas. Pero esbozar los rasgos antropológicos del uso del agua no implica que no existiese un conocimiento muy temprano de manantiales con diferentes características y utilidades: aquellos con propiedades organolépticas más destacadas, por su temperatura, olor, color o sabor, llamaron ya la atención en época protohistórica, demostraron empíricamente sus beneficiosos efectos en algunas dolencias e incluso dieron origen a asentamientos de poblaciones.

Vemos pues que existe una valoración social del agua a lo largo del tiempo y de la historia; de las termas a las alhamas, de las ninfas a las vírgenes de la salud, topónimos, lápidas votivas y ermitas dan cuenta del uso continuo de las aguas mineromedicinales y, aunque los baños públicos sufrieron restricciones debidas a la

concepción de higiene y moral en determinadas épocas, las aguas mineromedicinales siempre aportaron la coartada de la salud (Rodríguez Sánchez, 2001).

El agua es un elemento bien valorado por los higienistas, su valor simbólico como agente purificante se adivina desde la perspectiva hipocrática aportando la representación del beneficio de los baños de agua sobre la totalidad del organismo, que ejerce una influencia recíproca de lo moral sobre lo físico y viceversa, de manera incuestionable (Maestre, 1852:22).

### **Aprovechamiento de las aguas minero medicinales.**

El avance logrado por parte de la química permite un mejor estudio y conocimiento de la composición de las aguas que, según sus características, se van a clasificar (cloruradosódicas, sulfuradocálcicas, bicarbonatadas...) y a adscribir a la curación de una amplia gama de enfermedades previamente identificadas, como reumatismos, problemas respiratorios, gastrointestinales, cardíacos, afecciones cutáneas, neurosis y alergias principalmente. Todo ello coincide desde el punto de vista médico con el inicio del proceso de sistematización de la enfermedad y de su tratamiento. Para ello se observaba la comprobación de la efectividad de las aguas y las reacciones experimentadas por los enfermos tras recibir el tratamiento balneario donde se desarrollaban nuevas técnicas de hidroterapia con baños pila, de vapor, duchas, chorros, inhalaciones, pulverizaciones y bebida de aguas a fin de mejorar la calidad y la base clínica de los tratamientos (Gil de Arriba, 2000).

La utilización terapéutica de las aguas en forma de baños o por vía oral para curar diversas enfermedades se ha llevado a cabo en España desde hace más de dos mil años, pues a lo largo de la historia las distintas civilizaciones que llegaron a la Península Ibérica descubrieron muchos manantiales de agua minero-medicinales. Algunos de estos manantiales medicinales son conocidos por relatos de pastores o agricultores de curaciones casi milagrosas de personas o animales.

En esta atracción por el termalismo o interés por las aguas como fuente de curación para cuerpos y mentes, se descubre una longeva tradición popular que procedía de épocas prerromanas y que se reforzó durante los dominios romano y musulmán y declina con la introducción del cristianismo por el componente hedonista que incluye la experiencia del baño termal. En esta época cristiana los baños termales se utilizarán principalmente para los enfermos con dolencias de carácter grave atribuyéndose, en su caso, la curación a milagros de los santos locales (De la Rosa y Mosso, 2004: 120-1)

aunque, a pesar de su denostada consideración, se consiguió conservar las costumbres, enraizadas en muchos lugares, de tomar las aguas.

En la ilustración se conoce su valor terapéutico por la investigación, produciéndose entonces una fusión entre dos culturas, la popular, que conocía empíricamente las virtudes curativas de los veneros y la culta e ilustrada que llega a este conocimiento a través de la Química y la Medicina. De este modo aparecía un nuevo paradigma terapéutico a comienzos del siglo XIX, la hidroterapia, que traía el siglo de las Luces.

Tanto el avance objetivo en el campo de la química y los análisis descriptivos contribuyeron al estudio del agua y sus diversas propiedades. De hecho, prestigiosos científicos realizaron numerosos análisis químicos en las aguas mineromedicinales y también los diferentes médicos directores de baños que los realizaban dentro de sus funciones.

El auge de las propiedades terapéuticas de esta agua minero medicinales fue tal que se trasladó su venta, de forma embotellada para su consumo, en las farmacias como remedio para ciertos trastornos y esto unido a los avances en los estudios químicos de las aguas hizo que se elaboraran artificialmente aguas con idéntica composición a las naturales para el tratamiento de los enfermos que no podían trasladarse a los balnearios; por ello fue necesario regular su elaboración y venta mediante una Real Orden de 20 de abril de 1842.

### **El ocio, una nueva utilidad social del agua**

El Balneario no sólo es un centro sanitario, es lugar de encuentro, de vida social, con pautas de comportamiento establecidas y saludables (Sánchez Granjel, 1997) que se ve favorecido por el desarrollo de los tendidos ferroviarios y la mejora de caminos y carreteras que propiciarán la construcción de los grandes hoteles asociados a los balnearios ya conocidos y concurridos.

Durante el período de la restauración (1874-1898) el sistema se institucionaliza y se estabiliza proponiendo una cierta expansión en las zonas dominadas por la nueva burguesía como Cataluña, Cantabria y el País Vasco (Maraver y Corvillo, 2006: 65).

El trazado ferroviario en sí mismo, no fue una causa principal del auge de los balnearios, pues muchos de éstos se hallaban en lugares alejados de las vías principales para acceder a ellos. De hecho, el ferrocarril habría satisfecho una demanda existente de transportes de turistas sin crear con ello nada sustancialmente nuevo, pues su diseño

respondía a las necesidades de los mercados agrícolas, urbanos y mineros más que los meramente turísticos (Barquín, 2011: 20), pues todavía era ésta una industria en ciernes.

La llegada por ferrocarril al balneario más importante de La Rioja, el de Arnedillo, era un trayecto hasta Calahorra, continuando en coche o diligencia, y según reza un folleto publicitario del balneario a principios del siglo XX, desde la estación al Balneario y viceversa, había servicio diario de automóviles, marca *Hispano Suiza*. La Administración del Balneario facilitaba además, a todos los trenes como servicio particular, automóvil *landaulet* de cinco asientos, previo aviso de tres horas de anticipación (Fernández Díez, 2008: 60).

Por su parte, la industrialización europea propició una nueva percepción de la ciudad como lugar insalubre donde el auténtico problema, aparte de la contaminación, era el éxodo de la población desde el campo para malvivir hacinada en la ciudad. Estas circunstancias, donde todavía se constataba la carencia de una mínima infraestructura urbana, favorecieron un cambio en la morbimortalidad convirtiéndose la tuberculosis en la enfermedad del siglo junto con la sífilis y el alcoholismo. La situación dio pie a que moralistas, higienistas, científicos y pensadores introdujesen en sus líneas de pensamiento el concepto de degeneración de la raza o del hombre desde la perspectiva biológica o social. La regeneración apelaba a cuestiones religiosas, eugenésicas e incluso terapéuticas como en el caso de la hidroterapia balnearia, transmitiendo la idea higiénica de limpieza, orden y moral. Los pacientes eran conscientes de la ineficacia de los métodos terapéuticos existentes, e incluso de la iatrogenia de los mismos, por lo que otros tratamientos menos agresivos consiguieron un marcado éxito. Uniendo esto a la revalorización del campo, en contraste con el medio urbano, y los remedios naturales cargados de simbolismo regenerador, se comprende que la burguesía naciente diese origen al concepto de vacaciones terapéuticas en las que el balneario era el lugar idóneo (Rodríguez Sánchez, 2000: 88-89).

Otra visión del agua minero medicinal, además de la terapéutica, es la del ocio que ofrecen los balnearios, una estancia planificada cada día y organizada para el descanso. Tanto la dieta diaria, como las distintas actividades de ocio como los juegos de mesa, conciertos y tertulias eran otra atracción de los residentes que, a fin de cuentas, comportaba un cierto estatus. En plena era romántica en el balneario confluyen la asociación entre varias ideas como el viaje, el ocio veraniego y la salud. El viaje a lugares recónditos, donde suelen hallarse los balnearios, forma parte de la idea romántica de la vida que se realizaba, hacia el tercer cuarto de siglo XIX, en carruajes y diligencias

hasta la llegada del ferrocarril. Era pues una época en la que se asociaba termalismo y turismo, siempre estacional, que favorecía a su vez el negocio hostelero de los establecimientos (Fernández Díez, 2008: 18-19).

El termalismo por tanto es también un factor de descubrimiento del territorio nacional. La búsqueda de lugares pintorescos construye el paisaje romántico donde se ubicaban los lugares termales, generalmente en territorio de montaña tan del gusto por la naturaleza que entonces imperaba (Jarrassé, 2002: 37).

En el siglo XIX se generaliza el uso de las aguas minero-medicinales como recurso terapéutico bajo la influencia del cambio sociológico y mental que supuso la Revolución Industrial. A causa de la insalubridad de las ciudades, por la industrialización y la mejora del nivel de vida de las clases burguesas, comienza la tendencia a pasar temporadas en el campo, a lo que se sumó el desarrollo de los transportes, en concreto el ferrocarril, que condujeron a la proliferación de los viajes y las vacaciones fuera de la residencia habitual. Esta tendencia comienza en Europa principalmente, con la difusión del primitivo turismo del “*Grand Tour*” británico que añadió una nueva perspectiva a los viajes, retomando el gusto por lo clásico, rural y/o exótico tan en boga en esta época romántica.

Los balnearios eran un buen lugar para restablecer el equilibrio anímico desarreglado, propiciado por el industrialismo, y podemos atribuir este auge del termalismo a la confluencia de una mentalidad positivista, científica y romántica. De igual modo, en la medicina de la época confluyen la visión cientifista, basada en este caso en el desarrollo de la química analítica (Boyle, Lavoissier) que permitió conocer las propiedades de las aguas, una mayor difusión de la medicina terapéutica que fue sustituyendo los viejos remedios por la cura termal y, por otra parte, la naturalista como expresión romántica del gusto por lo exótico, la atracción por la antigüedad clásica y el contacto con la naturaleza (Bouza, 2000). Una evidencia de esta atracción por la hidroterapia, demostrada por los facultativos y también por la población general, puede verse en el siglo XVIII en que se editaron casi un centenar de libros de Hidrología médica, muchos más que en toda la historia anterior (Rubio, 1853: 696 y ss).

En Europa, desde mediados del siglo XIX en que pierde auge la sensibilidad romántica, las estaciones termales de más renombre como Spa, Bath, Baden-Baden o Vichy comienzan a depender menos de los alrededores pintorescos y a volcarse sobre sí mismas, concentrando las actividades en torno a parques y jardines, galerías cubiertas y, sobre todo, el casino (Larrínaga, 2002: 173).



En el balneario de Arnedillo, concretamente, se incluyen en los servicios públicos, además de los servicios religiosos, salón de lectura, estanco, peluquería, telégrafo y correos (Fernández Díez, 2008: 60). Estos servicios adicionales a los baños terapéuticos formaban parte de la oferta balnearia, por parte de los administradores, que se veían abocados a ampliar las prestaciones con entretenimientos ya que la hidroterapia perdía adeptos a favor de la nueva medicina que avanzaba eficazmente con la farmacoterapia. Incluso en la prensa de la época, ya en 1907, se informa que en el pabellón anejo al balneario de Arnedillo se dispone además de sala de fiestas con piano, gabinete de lectura con buena orientación y luz y salas de billares<sup>120</sup>.

Sin embargo esta alternativa de ocio que ofrecían los balnearios, principalmente en el extranjero y poco a poco en los nacionales, no era bien visto por todos los facultativos como advierte el médico director de baños de Torrecilla, a pesar de los parajes y alrededores con encanto y las comodidades de la hospedería que ofrece la villa al agüísta, pues *“ante todo, y esto sirva en general de advertencia, deberán tener presente los bañistas, que los establecimientos balnearios son verdaderas enfermerías, verdaderas casas de salud, y no quintas ni casas de recreo”* (Escolar, 1865: 86),

### **Institucionalización de las aguas mineromedicinales.**

En el siglo XIX se consigue la institucionalización de la hidrología médica, incluso como especialidad médica, a pesar de las circunstancias y controversias que convergieron en su formación. La hidrología fue la terapéutica que, en su mayor esplendor a finales del siglo XIX, era utilizada solamente por el 0,5% de la población aunque fue la primera que contaba con una estructura profesional por medio de la creación del cuerpo médico de directores de baños (Rodríguez Sánchez, 2006:27).

El avance en la utilización terapéutica de las aguas minero medicinales sufrió un retroceso con la guerra de la independencia y más tarde con las guerras carlistas. En 1816 Fernando VII, rey entusiasta de los balnearios, pasó unos días en Arnedillo para curar los dolores que le aquejaban en una pierna antes de disponer el Real Decreto de 29 de junio de la creación del Cuerpo de Médicos Directores<sup>121</sup>. Se trataba en esta norma de que *“en cada uno de los baños más acreditados del reino se establezca un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria para saber determinar su aplicación y uso...Se proveerán por oposición...con la*

---

<sup>120</sup> *Rioja Ilustrada*, nº 24, 17 de junio 1907.

<sup>121</sup> *Gaceta de Madrid* nº 83, de 4 de julio de 1816, 701-702.

*obligación de asistir gratuitamente a los pobres que acudieren y libertad de exigir sus obvenciones a los enfermos pudientes”.*

La política de Fernando VII, especial por sus particulares filias, alumbró este decreto en un arrebato legislativo que pretendía poner los principales balnearios españoles de la época bajo la dirección de un médico capaz de analizar las aguas y obtener los mejores resultados en la clínica hidrológica. Todo esto sin que existiera en España una formación académica que aportase a los facultativos un resorte para tal cometido. De hecho, las obras y conocimientos científicos que existían previamente, como las singulares obras de Limón Montero, Bedoya o Juan de Dios Ayuda, ponían de manifiesto la ingente tarea a realizar para el buen conocimiento de los manantiales y sus aplicaciones terapéuticas. En estas condiciones, los primeros treinta y dos médicos que obtuvieron plaza en el cuerpo de baños fueron realmente autodidactas al mostrar conocimientos de química, geología y botánica (García-Talavera, 1971).

El aprovechamiento de las aguas minero medicinales adquiere relevancia científica cuando se decide desde la corte que se investiguen las virtudes médicas de las fuentes de aguas termales y minerales de España. Hasta ese momento eran utilizadas sin rigor terapéutico, por la costumbre y por la exaltación popular de sus virtudes. Las casas de baños que existían no obedecían más que a su aspecto lucrativo y los resultados no eran contrastados. Pero en 1817, Fernando VII decide la organización de estos recursos hidrológicos convencido de las bondades medicinales de las aguas minerales, como pudo comprobar en su visita a las de Arnedillo.

En Europa la hidroterapia adquiere gran repercusión mientras en España, una vez más, se siguen sobre todo los dictámenes de Alemania y Francia. Sin embargo es en España donde hay más fuentes minerales que en otros países europeos y consiguen por ello elevar a terapia el tratamiento de las enfermedades por medio de sus aplicaciones. La creación el cuerpo de directores de baños había supuesto tan solo la fórmula burocrática y/o legislativa que contemplaba las particularidades de un grupo profesional de la medicina. Sin embargo, la ausencia de un órgano de expresión y de una enseñanza reglada de los conocimientos impedía que los médicos directores de baños tuvieran una auténtica identidad entre las emergentes especialidades y, por tanto, quedaba de manifiesto la necesidad de agruparse en una sociedad que les ofreciera cohesión en lo científico y en lo social (Rodríguez Sánchez, 1993: 16).

Para la averiguación de los médicos que ocuparon las plazas de directores de los establecimientos balnearios de La Rioja durante el siglo XIX hemos tenido que buscar

en varias fuentes, en primer lugar la obra de Martínez Reguera en donde encontramos la mayor información y, por otra parte hemos recurrido a consultar los catálogos de bibliotecas como la de la Universidad Complutense de Madrid y en la biblioteca de La Rioja, donde hemos hallado las memorias catalogadas y realizadas anualmente por parte de los médicos directores que nos han permitido completar este apartado.

### **Los Reglamentos de las aguas de baños**

Al Real Decreto inicial de 1816 de creación del cuerpo médico de baños, le sucedieron los Reglamentos posteriores (1817, 1828, 1834, 1868, 1871 y 1874) en los que se sentaron las bases fundamentales de la organización balnearia. En dichos reglamentos se señalaba principalmente al estado responsable de la conservación y explotación, delegando en el funcionario las facultades administrativas y cuya aptitud científica fuera garantía de la sabia aplicación de las aguas y de la inspección de su salubridad como establecimiento sanitario (Muñoz Calvo, 1993).

Como resultado de estas intenciones pretendidamente higienistas y por tanto avanzadas para el momento, se dicta el Reglamento de 28 de mayo de 1817, para la organización de los establecimientos de baños. Pero, obedeciendo a las complejidades sociales y políticas de la centuria en España, no fue el único reglamento, sino que se sucedieron varios a lo largo del siglo XIX como el de 7 de octubre de 1828, el del 3 de febrero de 1834 que sienta las bases para la organización balnearia en cuanto a la conservación y explotación de los manantiales y a las delegaciones de las facultades administrativas.

En Reglamentos posteriores, en especial desde el de 1868, también se hicieron constar, entre otros particulares, las pautas que deberían seguir los nuevos balnearios que quisiesen contar con categoría oficial, entre las que se había de encontrar el número de bañistas que concurrían, factor que era determinante para que pudiesen ser considerados de primera, segunda o tercera clase. También en este Reglamento de 1868 se contemplaba que se podía obtener el cargo de médico director propietario de un establecimiento de primera clase no solo por oposición, sino también por gracia especial o haber sido interino en el mismo balneario durante seis temporadas (Rodríguez Sánchez, 1993: 3). El reglamento de 1874 es el último que se dicta en el período del siglo XIX.

Analizando el reglamento del año 1828 (Reglamento de aguas..., 1831) vemos que sus diferentes apartados se dividen en seis capítulos. Es dictado a propuesta de la

Real Junta Superior gubernativa de Medicina y Cirugía para la inspección, gobierno, uso y demás artículos convenientes y necesarios, por el director e inspector general, los directores particulares, los enfermos, dueños, administradores, mayordomos, o arrendatarios de los establecimientos, bañeros y demás sirvientes de todas las aguas y baños minerales de España.

El director general, que desempeña el cargo sin sueldo ni emolumento alguno, es quien anuncia por medio de la gaceta las vacantes de las plazas de aguas minerales. Esta provisión de vacantes se realiza siempre por rigurosa oposición para aquellos opositores que dispongan del título de médico o médico cirujano dado por el gobierno legítimo, siendo de preferencia estos últimos en igualdad de circunstancias. Los ejercicios de oposición, públicos, se tratan de una disertación acerca de las propiedades físicas, químicas, si es que están analizadas, dando noticia de la topografía físico-médica del lugar en que se hallan. A esta disertación leída le hacen réplica dos de los compañeros aspirantes, aunque no soliciten la misma plaza. Además de las trincas se realiza un examen práctico de enfermedad interna o mixta, según sean médicos solos o médicos cirujanos. Entre los tres mejores se formaliza el nombramiento del adjudicatario que es notificado al Intendente de la provincia de pertenencia para que se verifique el sueldo asignado de ocho mil reales anuales y pago mensual. El Intendente comunica dentro de la provincia el nombramiento del director de aguas minerales a la Justicia del territorio al que pertenece y ésta al dueño del establecimiento y éste a los sirvientes, a fin de que sea reconocido por todos.

El médico adjudicatario de la plaza correspondiente dispone de habitación gratis o alojamiento en el lugar más próximo al baño mientras dura la temporada, que es anunciada también en la gaceta.

Además de la asistencia a los agüistas, el médico director tiene la misión de elaborar una memoria de actividades de los establecimientos, incluyendo una descripción o topografía físico médica junto con las propiedades terapéuticas de las aguas, encareciendo así la importancia del estudio de la hidrología como recurso terapéutico.

Las memorias recogidas por la Inspección general de aguas minerales son pasadas a la Academia de Medicina para que una vez examinadas las devuelvan con dictamen y censura correspondiente. Se pretendía reunir el suficiente caudal de conocimientos topográficos, físicos, químicos y médicos de todas las aguas minerales de España.

Los médicos no podían publicar ni imprimir las memorias ni escritos sobre los establecimientos de su cargo. Entre sus obligaciones encomendadas están la de reconocer diariamente el baño, la fuente o la estufa, elaborar una historia clínica de cada paciente antes del uso de los baños y agua minerales, por cuya consulta deben pagar al médico todos los enfermos que no sean pobres diez reales de vellón. La atención deber ser equitativa entre todo tipo de pacientes.

Los médicos deben llevar asimismo un diario exacto y puntual de todos los casos más particulares manteniendo si es preciso correspondencia hasta más allá de la cuarentena desde el último día de uso del agua para mayor seguridad de los efectos buenos o malos del remedio. En los casos comunes se llevará una razón de clases con sus resultados.

Entre las obligaciones de los facultativos se encontraba la de recoger con exactitud las mutaciones presentadas por el termómetro y el barómetro y el influjo de sus variaciones en los enfermos concurrentes. De igual modo, también es obligación formar la topografía y el examen físico y químico de las aguas así como la historia natural del paraje. Con respecto al establecimiento es obligación del médico director *“celar por que haya aseo, limpieza, comodidad, abundancia y buena calidad de los alimentos, decencia y lo que reclame la policía física y moral en el más alto grado posible”*. Es su misión también evitar que coincidan en los baños indistintamente individuos de ambos sexos para, lo que puede ponerse de acuerdo con el Juez o Gobernador y disponer lo necesario, como señalar horarios diferentes hasta que no se disponga de diferentes dependencias, para este caso u otras circunstancias.

Una particularidad que ofrece este reglamento de 1828 es la relativa al distintivo que deben observar los médicos directores de baños, como es usar una escarapela encarnada, a modo de condecoración *“del fuero de criados de la Real Casa”*.

Además de dar cuenta del estado en que se hallan las fuentes, baños, estufas, edificios, hospederías, caminos, etc., del agua mineral a su cargo, la mejora de algunos y la corrección de otros puntos, es de incumbencia del médico manifestar si falta algún auxilio indispensable para los ensayos analíticos; además, deben avisar también de la existencia de nuevas aguas minerales mediante un informe.

Para la atención farmacéutica se pondrá a disposición del facultativo el profesor de Farmacia más inmediato para socorrer cualquier caso grave o urgente, abonado el importe de la atención el enfermo que lo consuma. Es así mismo obligatorio obedecer cualquier encargo en caso de epidemia. También es de obligado cumplimiento para el

director de baños comprar un ejemplar del reglamento. Del sueldo recibido se tomarán los descuentos necesarios para el montepío del que disfrutarán las viudas y huérfanos.

En cuanto a las obligaciones de los enfermos está la de recibir una papeleta del médico director sin la cual no podrán hacer uso de las aguas. Los enfermos pobres reciben gratis el tratamiento y por tanto no pagan al facultativo. Las estadísticas de concurrencia y resultados se elaboran por medio de las papeletas recogidas, correspondientes a los tratamientos, que indican el número de agüistas que han consultado con el médico.

En este reglamento no se permite que receten las aguas otros facultativos que no sean los directores de baños, como los titulares de los pueblos, bajo multa de veinticinco ducados en segunda amonestación y separación del lugar de baños en caso de reincidencia. Se trata de converger el tratamiento en un mismo facultativo, el médico director de baños, para evitar que el enfermo sea tratado por “*distintas manos*” y observar con precisión la naturaleza de las aguas, las dolencias a que conviene o daña aplicarlas, sus efectos y fenómenos que deben servir para llenar el vacío de la medicina práctica.

A los dueños de los baños se les conmina a invertir todos los años una décima parte del producto total que rinden los baños hasta que se corrijan los defectos o se hagan las obras necesarias. En caso de no existir hospedería para los enfermos y éstos tuviesen que alojarse en quintas, alquerías o casas particulares para hacer ruseo de las aguas, deberán presentar la papeleta del médico director para poder hospedarse bajo multa de diez ducados para el hostelero.

Los bañeros seguirán las indicaciones del médico director y no pueden, sin su consentimiento, ejercer el oficio de bañero, intervenir en los baños o administrar el agua a los enfermos de ninguna manera. Para el cuidado, preparación y limpieza de los baños, los bañeros tendrán en su poder la llave de los baños. No podrán exigir nada de los enfermos pobres y del resto lo estipulado en el arancel.

Todos los bañeros deben saber guardar la temperatura del agua, leer y entender las notas de las papeletas, sean de conducta arreglada y de idoneidad correspondiente. También se les encarga la preparación y graduación de sirvientas bañeras que atiendan a las mujeres.

Los médicos residían en otra localidad fuera de la temporada de baños, así en 1845 José Ferrer, médico de establecimiento balneario de Arnedillo residía en Astorga y

Crisanto García de Grávalos, residía en Lagunilla<sup>122</sup>. En 1853 José Herrera Ruiz, médico de baños de Arnedillo residía en Madrid<sup>123</sup>. Tras la finalización de la temporada balnearia y durante el mes de diciembre del año en curso debían remitir a la Inspección General de Aguas la memoria correspondiente.

El reglamento de 1828 impedía a los propietarios admitir enfermos en el establecimiento, si no era con la papeleta del médico director, debiendo sujetarse en todo a las disposiciones político administrativas del mismo y estaban obligados a realizar las reformas que el médico les indicase.

Como ya se ha apuntado anteriormente, el director era el único médico que podía recetar el uso de las aguas y ningún otro tenía permitido atender a enfermos en el balneario. De esta forma surgen los conflictos entre médicos de baños, propietarios de balnearios y médicos de ejercicio libre (Rodríguez Sánchez, 1993: 13).

La primera desavenencia se produjo entre 1836 y 1837 cuando los diputados Vázquez Parga, Fontán y Falero ante la consideración de una clase médica privilegiada, con trabajo estacional, con sueldo de la administración y remuneración por cada enfermo atendido, además del alojamiento y manutención gratuitos, propusieron a las Cortes que estos facultativos cobrasen solo a los bañistas o bien percibiesen solo el sueldo del Estado sin cargo a los enfermos.

El segundo conflicto se inicia en 1886 a cargo de los propietarios de baños que reclamaban libertad en la administración de su establecimiento y solicitaban el cese de la obligación de asistir gratuitamente a pobres y tropa, además de la sustitución de los médicos directores por simples inspectores eventuales de las instalaciones y las aguas y que los enfermos pudieran ser atendidos por el facultativo que desearan. La respuesta gubernativa no satisfizo las expectativas y el reglamento de 1868 suprimía el sueldo a los médicos directores pero aumentaba la remuneración por cada consulta, otorgaba a los propietarios la facultad de establecer tarifas y nombrar y despedir bañeros y permitía extender papeletas para baños a cualquier facultativo aunque debían ser autorizadas por el director, que también cobraría por ello.

Los conflictos que desencadenó esta situación hicieron que ese mismo año se derogase el reglamento, estableciéndose un enfrentamiento encaminado a obtener una legislación que malamente podía satisfacer a ambos grupos, como se vio en el fallido

---

<sup>122</sup> Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, (1845) N° 233, Tomo VI, segunda serie, página 166. Sociedad Médica de Socorros Mutuos.

<sup>123</sup> Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia. (1853) N° 120, Vol, 3, página 128. Sociedad Médica de Socorros Mutuos.

reglamento de 1871. El posterior reglamento de 1874 no cambió las condiciones de los médicos libres (Rodríguez Sánchez, 1993: 14).

### **Las memorias médicas de aguas mineromedicinales**

La elaboración de las memorias era un requisito del Reglamento del ramo que incorporaban estadísticas de resultados de los tratamientos de los bañistas, publicadas oficialmente, así como las variaciones meteorológicas de la localidad. También se incluían historias nosológicas como aportaba el médico Crisanto García, del balneario de Grávalos (Martínez Reguera, 1896: 181-182) quien advierte “*no deben darse a los hechos químicos más importancia que a los clínicos*”, añadiendo al fin las observaciones prácticas generales sobre los resultados habidos en la concurrencia del año.

En las memorias se consignaban los pareceres de los médicos, incluso críticas al gobierno por el abandono de los establecimientos, destacando que no es suficiente ser médico titular para ser buen Director de aguas medicinales como apuntaba el Dr. Ferrer de los baños de Arnedillo en la memoria de 1845. Ferrer da merecido valor a la creación de los Médicos-Directores, desde cuya fecha data, a su juicio, la verdadera historia de los baños en nuestra Península (M. Reguera, 1896: 203-4).

Como decimos, las memorias que se realizaban en los balnearios anualmente por parte de los médicos directores de baños, se publicaban y citaban en otras de carácter periódico, dando cuenta de ello siempre la bibliografía hidrológico-médica de Martínez Reguera que recoge toda la casuística. Se respondía así a las estipulaciones del reglamento del ramo y poder establecer institucionalmente todas las garantías técnicas, mediante los expedientes de apertura y cierre de los establecimientos y sus correspondientes inspecciones, las garantías facultativas se adquirirían mediante la provisión de plazas de médicos directores de baños por oposición y las administrativas por medio de la elaboración y análisis de los datos de concurrencia y sus resultados.

Entre otros aspectos relevantes que se recogían en las memorias, anuales generalmente y quinquenales en su caso, eran los referidos a las peculiaridades climáticas y sus respectivas repercusiones sobre los agüistas, sanos o enfermos, de los respectivos establecimientos. Para ello los directores de baños determinaban las variaciones barométricas y de temperatura diariamente, lo que demostraba la indisoluble relación existente entre los conocimientos de la climatología, la climatoterapia y la hidrología médica. Esta influencia medioambiental en la salud humana se inserta en el



concepto higienista de la época y consigue una eficacia social gracias a la estructura institucional que se organiza para su desarrollo.

Todas estas anotaciones recogidas nos indican la rigurosidad con que se trataba oficialmente la cualificación de las aguas termales y minero medicinales en España.

### **La cuestión social del termalismo hidroterápico**

Con la instauración de la balneoterapia se formaron tres grupos sociales con inquietudes diferentes e intereses comunes. Por una parte se encontraban los pacientes, que precisaban una indicación facultativa para el uso de las aguas medicinales, independientemente de su condición social. Por otra parte estaban los médicos directores de baños que se encontraban sumergidos en las vicisitudes administrativas y normativas de la profesión y, en concreto, del recién creado Cuerpo de Médicos Directores de Baños. Según el parecer de algunos diputados, que veían a los médicos de baños favorecidos por un rey achacoso y enfermo que concurría a sus cuidados, se cuestionaban los honorarios y las prebendas que como funcionarios parecía que tenían, y que fue contestada en exposición elevada al Congreso por el Dr. Herrera Ruiz, director de los baños de Arnedillo (Martínez Reguera, 1897: 540) y por el Dr. Henares, director de los baños de Carratraca<sup>124</sup>. Por último se encuentran los propietarios de los establecimientos que en buena lógica buscaban y esperaban la rentabilidad de sus inversiones. La interacción entre estos agentes es el resultado de la cultura balneoterápica en nuestro entorno durante el siglo XIX.

Es necesario destacar que, aunque fuese la burguesía la clase social que principalmente frecuentó los balnearios vemos que, a tenor de las estadísticas de concurrencia, también asistían a estos establecimientos terapéuticos los pobres y los militares de tropa, pues hasta el florecimiento de la farmacología como ciencia, las aguas mineromedicinales constituían uno de los remedios más útiles con los que se contaba para la lucha contra las enfermedades.

En el conjunto de los centros termales de España, el balneario de Arnedillo se situaba, en orden de importancia con respecto al número de agüístas, en el decimoquinto lugar en los años 1877 y 1878 y en decimotercero en el año 1884. El resto de los años en que se estudió esta frecuencia, entre 1877 y 1898, el de Arnedillo no figuraba entre los

---

<sup>124</sup> Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia. Tomo IV. 1838: 33 y ss.

quince primeros (Maraver y Corvino, 2006: 26-27) y tampoco los demás balnearios de La Rioja.

### **La asistencia de pobres y acomodados**

Otro aspecto que deseamos destacar acerca del uso de las aguas minero medicinales es la recurrente reseña sobre el *carácter fundamentalmente elitista que tuvo la práctica termal en general* (Fernández Díez, 2008: 9). A esto debemos señalar el reglamento de 1816 donde se especifica la atención que debe dispensarse a los pobres y a los militares.

En la estimación de enfermos que iban a los establecimientos de baños españoles, en 1880, se da cuenta de que al menos el 13% del total de los agüistas eran pobres, 85% acomodados y el 2% restante eran de tropa (Monserrat, 1998:15). En otra publicación (Rubio, 1853:653) se cifra en una quinta parte de concurrencia de “pobres” del total de bañistas. Por otra, parte también es necesario insistir en los beneficios que aportaba esta actividad en los municipios y así, por ejemplo, vemos que la contribución del valor de los gastos efectuados por los agüistas en Arnedillo era de 30.000 reales que iban a la villa, pues estaba en arrendamiento, a mediados del siglo XIX, (Rubio, 1853: 629), además de dar ocupación a los residentes de las localidades termales.

En una clasificación de mediados de siglo, de los 89 balnearios existentes en ese momento en España, 4 pertenecen a la nación, 2 al Real Patrimonio, 1 al clero, 2 a Institutos de Beneficencia, 5 a las provincias, 21 a propios de los pueblos, entre ellos Arnedillo y Grávalos y 54 a particulares (Rubio, 1853:627), es decir, la mayoría de ellos eran explotados por particulares y por los municipios, regidos por facultativos y administrados de acuerdo a un reglamento que incluía las pertinentes inspecciones y unas estipulaciones que garantizaban el uso público.

Por tanto, como se consignaba en las memorias, los enfermos pobres acudían a los balnearios con los gastos de transporte y alojamiento costeados por sus Ayuntamientos de origen y con gratuidad en la consulta médica y en el uso de las instalaciones balnearias. Podemos ver que alrededor de un quince por ciento de los agüistas eran pobres y tropa, llegando en algunos lugares, como Andalucía, casi a la cuarta parte (Rodríguez Sánchez, 2001:4). A mayor abundamiento, también se tiene conocimiento de estudios realizados sobre la acción medicinal en las enfermedades del ejército, precisamente en las aguas de Arnedillo (Príncipe, 1867).

La atención a pobres y militares estaba garantizada en todos los establecimientos, aunque otra cosa era la manutención y el alojamiento. En el caso de los baños de Arnedillo, el auxilio que se proporcionaba a los pobres eran camas, que en 1849 suponían la séptima parte y los militares un noveno de la concurrencia. En el conjunto de los establecimientos de España la concurrencia de pobres era de un quinto del total (Rubio, 1853: 616).

En la memoria de 1860 el director de los baños José Herrera Ruiz nos dice que en Arnedillo se da gratis el albergue, un tablado, un jergón, las aguas y los baños a los pobres y se mantienen de la caridad pública. Herrera hace un llamamiento a las corporaciones para que se hagan cargo de costear la manutención y viajes de los enfermos pobres denunciando a su vez esta deficiencia (Herrera, 1860).

### **Concurrencia a los baños**

Los datos relativos a la concurrencia a los baños, clasificados por tipo de agüistas, dolencias y resultados, también son consignados en las memorias con objeto de recoger y compendiar las características terapéuticas de las aguas y fuentes minero-medicinales de toda España.

En la estadística que recoge la concurrencia a los balnearios desde 1877 a 1898 (tablas 3 y 4) se aprecia cómo influyó la epidemia de cólera del año 1885 en todas las comunidades autónomas, a juzgar por el descenso en el cómputo de termalistas en ese año, que fue de 417 y, sobre todo, comparándola con el año anterior, que arrojaba una cifra de 1.796 y en el año posterior (1886) en que acudieron 1.372. Esta diferencia es muy evidente en La Rioja y Navarra principalmente, así como en Madrid. El impacto del cólera parece menos aparente en Asturias, Cataluña, Extremadura y Galicia.

En la Tabla IV se observa la ausencia de datos de concurrencia para el año 1898 en los balnearios de La Rioja, aunque hemos podido averiguarlos investigando por otros medios, tan oficiales como la *Gaceta de Madrid* correspondiente<sup>125</sup>. Pues bien, ese año acuden a los tres centros termales que estaban activos, a saber, Arnedillo, Grávalos y Riba los Baños, un total de 1.212 personas, sin contar los de este último de Torrecilla en Cameros, por no haber aportado el dato en la fecha de publicación de la *Gaceta*. De este total se distinguen 1.008 “acomodados” (83,16%), 183 “pobres” (15,09%) y 21 militares de “tropa” (1,73%). Vemos de nuevo, que al menos un 15% del total de termalistas se

---

<sup>125</sup> *Gaceta de Madrid*, nº 108 de 18 de abril de 1898: 243-250.

corresponde con la clase social referida como “*pobres*”, atendidos a cargo del erario municipal. También disponemos de datos de concurrencia de años anteriores en los establecimientos que tenían dirección facultativa, que en esos años eran el de Arnedillo y el de Grávalos. Así en Arnedillo acudieron 546, 625 y 663 agüistas en los años de 1847, 1848 y 1849 respectivamente y en Grávalos la concurrencia fue de 204, 206 y 212 para esos mismos años (Rubio, 1853: 605).

Estos datos, rigurosamente ordenados, eran tratados en la Sociedad Española de Hidrología Médica en *Los Anales*, órgano de expresión de la sociedad, que se publicó entre marzo de 1877 y abril de 1936. Se difundía de forma general en toda España y la suscripción se hacía tanto en las dependencias de la Sociedad como en las principales librerías de las provincias, por eso también se recibía y estaba disponible en La Rioja. Como medio de expresión, *Los Anales* sirvieron como punto de partida de los estudios y trabajos realizados por numerosos autores vinculados a la sociedad, incluyendo, por supuesto a los médicos directores de baños de los establecimientos de La Rioja. De este modo se recogían los estudios analíticos de los diferentes Establecimientos Balnearios españoles, las características, acciones e indicaciones de las aguas, por ejemplo de Arnedillo<sup>126</sup>, Cervera del Río Alhama<sup>127</sup>, y Grávalos<sup>128</sup>. También se expresaban los casos clínicos sobresalientes y destacados de la práctica profesional de los médicos directores que plasmaban en sus memorias oficiales.

En los trabajos referidos de *Los Anales*, podemos encontrar informes sobre el estado de las instalaciones balnearias de la época, los estudios analíticos de las aguas declaradas de utilidad pública y, desde luego, la importancia de la especialización de las aguas minero medicinales.

La especialización de las indicaciones más común a todos los balnearios es la reumatología y traumatología, seguida de las afecciones del aparato respiratorio. En este sentido, el de Arnedillo cuenta con un tipo de agua termal “*clorurado sódica*” con una temperatura de 52,5 °C con iguales indicaciones a las generales además de digestivo y ginecología. Las afecciones que padecían la mayoría de concurrentes a Arnedillo en 1852 eran las reumáticas, aunque muchos bañistas también las usaban para “*paralises, afecciones venéreas, contracturas musculares y neuroses*” (Rubio, 1853: 559).

---

<sup>126</sup> A.S.E.H.M.: I, 116-124

<sup>127</sup> A.S.E.H.M.: IV, 378-385

<sup>128</sup> A.S.E.H.M.: III, 247-249; IV: 242-245 y 291-293.

TABLA III

	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887
Andalucía	13.817	7.117	7.059	12.206	12.041	14.579	11.906	9.676	4.766	10.337	7.799
Aragón	7.357	7.046	6.730	6.949	7.584	8.585	8.085	6.872	2.433	7.179	7.038
Asturias	2.595	2.034	2.330	2.444	2.601	3.299	2.801	2.823	2.275	3.037	2.819
Baleares	437	270	263	235	217	559	150	151			110
Cantabria	6.605	5.886	5.068	6.543	6.363	6.649	7.151	6.233	4.073	6.531	6.564
Cataluña	4.693	6.504	6.292	8.432	9.537	9.692	8.393	6.576	5.866	6.637	7.513
Castilla-La Mancha	5.893	5.858	5.567	5.996	5.588	6.840	5.584	4.406	1.529	5.705	5.017
Castilla y León	3.562	3.438	2.864	3.441	3.004	3.958	3.697	4.069	2.739	3.908	3.342
Extremadura	3.307	3.408	3.683	3.728	3.324	3.800	3.640	3.300	2.921	3.509	3.113
Galicia	9.484	8.207	8.164	8.261	8.332	8.518	7.445	8.091	7.522	8.158	7.780
La Rioja	2.255	1.629	1.583	1.689	690	2.132	1.894	1.796	417	1.372	1.434
Madrid	923	982	795	940	923	1.002	1.009	958	267	874	700
Murcia	7.892	6.200	5.776	6.758	7.332	9.834	7.386	5.011	2.077	6.830	7.513
Navarra	1.958	1.057	1.937	2.169	2.154	2.293	2.351	2.406	500	2.227	2.307
País Vasco	7.567	7.064	8.104	8.008	8.923	9.992	9.584	9.661	5.896	9.671	9.362
Valencia	4.273	3.275	2.811	3.997	5.288	4.463	4.309	2.893	1.205	3.063	3.063

TABLA IV

	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898
Andalucía	9.070	11.975	11.582	9.179	10.977	10.155	10.082	8.329	9.705	10.688	5.980
Aragón	6.491	7.153	6.864	6.679	6.570	6.922	6.353	5.806	5.348	6.059	5.840
Asturias	2.825	3.533	3.796	3.192	3.620	3.685	3.628	3.264	2.774	3.457	2.910
Baleares	110	416	560	181	120	95	107	120	130	615	385
Cantabria	6.282	7.554	7.894	7.317	7.636	7.075	6.675	6.746	5.234	6.351	4.985
Cataluña	7.188	8.690	7.557	7.425	7.061	6.014	6.558	5.692	5.161	5.470	3.656
Castilla-La Mancha	4.526	5.556	5.336	4.412	4.160	4.701	3.487	3.303	3.138	4.022	2.413
Castilla y León	3.466	4.038	3.913	2.655	3.465	4.305	3.592	3.146	3.016	3.536	3.499
Extremadura	2.911	3.532	3.377	3.537	3.765	3.592	3.685	3.461	3.178	3.994	4.294
Galicia	7.359	9.267	9.323	8.689	8.488	8.821	8.651	8.477	8.945	10.402	9.384
La Rioja	1.382	1.516	1.445	1.273	1.218	1.175	1.012	990	916	1.012	
Madrid	758	734	671	631	563	484	682	655	758	669	632
Murcia	6.826	1.600	9.554	7.856	7.436	7.589	7.371	6.435	6.030	9.291	9.672
Navarra	1.847	2.189	1.779	1.916	1.724	1.748	1.804	1.491	1.324	1.632	1.633
País Vasco	8.766	9.650	11.189	11.409	11.215	10.692	10.947	10.736	9.675	10.652	9.194
Valencia	2.561	3.821	2.212	2.757	3.202	3.710	3.197	2.537	2.069	2.360	2.584

Tablas 3 y 4. Número de termalistas por comunidades Autónomas. Tomado de Maraver y Corvillo (2006). Los Anales, órgano de expresión de la Corporación. *Balnea*, 2, 28.

*Procedencia, clases y número de los concurrentes enfermos a los baños de Arnedillo en la temp.<sup>a</sup> de 1864*

<i>Provincias</i>	<i>Atendidos</i>	<i>Militares</i>	<i>Civiles</i>	<i>Total</i>
<i>Logroño</i> . . . . .	<i>246</i>	<i>1</i>	<i>85</i>	<i>332</i>
<i>Burgos</i> . . . . .	<i>187</i>	<i>2</i>	<i>20</i>	<i>210</i>
<i>Albora</i> . . . . .	<i>105</i>	<i>1</i>	<i>20</i>	<i>126</i>
<i>Pirayna</i> . . . . .	<i>69</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>80</i>
<i>Náborra</i> . . . . .	<i>58</i>	<i>"</i>	<i>4</i>	<i>62</i>
<i>Madrid</i> . . . . .	<i>54</i>	<i>1</i>	<i>"</i>	<i>55</i>
<i>Teria</i> . . . . .	<i>24</i>	<i>"</i>	<i>5</i>	<i>29</i>
<i>Guipuzcoa</i> . . . . .	<i>20</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>20</i>
<i>Valadolid</i> . . . . .	<i>24</i>	<i>"</i>	<i>3</i>	<i>27</i>
<i>Valencia</i> . . . . .	<i>13</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>13</i>
<i>Seledo</i> . . . . .	<i>5</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>5</i>
<i>Baragora</i> . . . . .	<i>4</i>	<i>"</i>	<i>1</i>	<i>5</i>
<i>Antander</i> . . . . .	<i>4</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>4</i>
<i>Segovia</i> . . . . .	<i>3</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>3</i>
<i>Cordova</i> . . . . .	<i>2</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>2</i>
<i>Alicante</i> . . . . .	<i>2</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>2</i>
<i>Ciudad Real</i> . . . . .	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Badajoz, Baraband</i> <i>Cádiz, Coruña, Leon,</i> <i>Salamanca, Sevilla</i> <i>y Párragona a vista</i>	<i>8</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>8</i>
<i>Total provincias - 25</i>	<i>839</i>	<i>10</i>	<i>137</i>	<i>995</i>

Procedencia, clases y número de concurrentes enfermos a los baños de Arnedillo en la temporada de 1864. Memoria de 1864 del médico director de los baños de Arnedillo León Príncipe. Manuscrito, p 25.

Procedencia, clase, número de los concurrentes en  
 ferros a los baños de Arnedillo en la temporada de 1866

Provincias	Comandados	Militares	Pobres	Total
Logroño	232	9	31	302
Burgos	168	2	40	210
Alaba	91	2	25	118
Guercaya	82	2	4	88
Navarra	52	1	2	55
Madrid	49	1	"	50
Guipurcoa	33	"	5	38
Palencia	32	"	1	33
Soria	27	2	4	33
Palladolid	19	"	2	21
Santander	10	"	"	10
Leon	7	"	"	7
Segovia	7	"	"	7
Madalajara	5	1	"	6
Avila	4	"	"	4
Badajoz	4	"	"	4
Sevilla	4	"	"	4
Zaragoza	4	"	"	4
Taen	3	"	"	3
Salido	3	"	"	3
Barcelona	2	"	"	2
Caceres	2	"	"	2
Huelva	2	"	"	2
Cadix	1	"	"	1
Coruna	1	"	"	1
Granada	1	"	"	1
Lamora	"	"	1	1
Total provincias	29	368	175	1040

Procedencia, clases y número de concurrentes enfermos a los baños de Arnedillo en la temporada de 1866. Memoria de 1864 del médico director de los baños de Arnedillo León Príncipe, Manuscrito. p 32.

*Cuadro estadístico de las enfermedades tratadas y efectos obtenidos durante la temporada de 1864.*

Enfermedades	Concurrentes				Resultados			
	Conc.	Pobres	Richos	Total	Curados	Muertos	Salvados	Total
Reumatismo	274	96	65	435	214	125	65	404
Parálisis	12	11	7	119	2	26	32	119
	20	5	"		2	10	13	
	30	2	2		16	11	4	
Quíntica	75	10	3	90	59	20	7	96
Artritis, etc. y gonorrea	55	20	6	81	47	19	15	81
Afecciones traumáticas	51	11	8	70	44	14	12	70
Afecc. sífilíticas	44	11	6	61	17	20	14	61
Gota	21	6	16	43	6	26	11	43
Gastralgia	18	4	7	29	8	12	9	29
Retenciones biliaris	16	2	"	18	8	8	2	18
Infarto abdominal	9	2	1	11	6	4	1	11
Esofagitis	5	1	"	6	"	4	2	6
Coeca y apéndice vermiforme	6	"	"	6	"	3	3	6
Neuralgias especiales	2	2	1	5	"	2	3	5
Pelagra	4	"	"	4	"	4	"	4
Febres reumáticas	3	1	1	5	1	3	1	5
Ulcera reumat.	3	"	"	3	"	2	1	3
Varios	20	"	20	40	"	2	1	4
Abstinencia	1	"	"	1	"	"	1	1
<b>Total</b>	<b>630</b>	<b>187</b>	<b>128</b>	<b>945</b>	<b>450</b>	<b>267</b>	<b>135</b>	<b>925</b>

Cuadro estadístico de las enfermedades tratadas y efectos obtenidos durante la temporada de 1864. Memoria de 1864 del médico director de los baños de Arnedillo León Príncipe, p 27.

Los datos anteriores reflejan una progresiva popularización del balnearismo en España con un número ascendente de bañistas que alcanzó su cota máxima en 1883, con cien mil concurrentes (Rodríguez Sánchez, 2001: 4).

Otro dato recogido en las memorias es la concurrencia a los baños de personas de otras provincias, como muestra el cuadro de agüistas de la temporada de 1864 en el balneario de Arnedillo. En el caso de concurrentes pobres en 1864, el 33% lo era de otros lugares diferentes a La Rioja (Príncipe, 1864). En el año 1866 el porcentaje de concurrentes pobres de otras provincias asciende al 52% (Príncipe, 1866). De igual modo podemos observar que el número de pobres con respecto al total de la concurrencia es del 13% en 1864 y de 17% en 1866.

### La nueva industria del empresarismo balneoterápico

La distribución territorial del Antiguo Régimen localizaba los manantiales minero medicinales en propiedades del clero o de la nobleza, que atendían su



mantenimiento si contaban con la suficiente tradición. Sin embargo las desamortizaciones de Mendizábal y Madoz en el siglo XIX constituyeron un cambio para que surgieran y se desarrollaran nuevos establecimientos. Así surgieron nuevos propietarios de terrenos y empresarios de balnearios para asumir el coste de la construcción y edificación termal, más capaces que los ayuntamientos.

En este sentido, el reglamento de balnearios de 1868 permitía reclamar la comercialización de un venero minero medicinal si los dueños del terreno en que brotaba no lo hacían. Por otra parte, la declaración de utilidad pública de las aguas suponía la delimitación de un perímetro de protección, por lo que el mantenimiento en activo de un balneario evitaba la desamortización. De este modo, aristócratas, miembros de la burguesía y con frecuencia, médicos o farmacéuticos con vínculos en la población y según su patrimonio, crearon sociedades o decidieron explotar los veneros de forma individual en función de sus expectativas comerciales.

Las inversiones en la industria balnearia crecieron con imparable desarrollo y de 40 balnearios que había a principio del siglo XVIII, aunque en 1816 sólo 30 eran oficiales, a finales del XIX sumaban 169.

El empresarismo balneario comienza sus intentos organizativos en 1871, en que se creó la Asociación Nacional de la Propiedad Balnearia, y el motivo de la constitución de dicha asociación era que no se estaba de acuerdo con la adscripción oficial del médico de baños como estipulaban los Reglamentos de Baños, pues el médico no siempre era del agrado del empresario o propietario, principalmente si las consideraciones del médico implicaban nuevas inversiones por modernización y/o ampliación de las instalaciones.

La reivindicación de los propietarios de baños tuvo gran trascendencia histórica para el desarrollo del balnearismo en España y fue conocida como "*la libertad balnearia*". La polémica en que se abogaba por la libre elección de médico por parte de los propietarios se intensificó al constituirse el escalafón del Cuerpo de Médicos de Baños y alcanzó su cénit en el siglo XX. Como consecuencia de la rivalidad entre ambos sectores se crearon la Asociación Nacional de la Propiedad Balnearia y la Sociedad Española de Hidrología Médica, quedando bien diferenciados los ámbitos de interés.

Los propietarios de los balnearios buscaban sacar el mayor provecho del establecimiento, no solo en el aspecto de la terapéutica sino, fundamentalmente, la hostelería y la programación del ocio de los que se sacaba mayor provecho. De esta

forma se establece una relación en el sector servicios entre el balneario y la localidad en que se encuentran (Rodríguez Sánchez, 2007).

## **Otras formas higienistas de utilización del agua**

### **La hidropatía**

Los métodos utilizados como terapias por medio del agua mineral medicinal por los empíricos como Priessnitz en Alemania, se adaptaron bien a la concepción de una terapéutica menos agresiva y iatrogénica, al promover la sudoración y la posterior reacción del organismo mediante la aplicación de agua fría lo que podía ser interpretado por los médicos en clave hipocrática (Rodríguez Sánchez, 2000, 89) y se generalizó como una nueva terapia, la hidropatía, una forma de utilización del agua en el conjunto de la hidrología que esta vez era preconizada por médicos. No se tiene noticia del seguimiento de esta corriente médico hidrológica en el contexto de La Rioja, aunque sí en Madrid y Barcelona durante una breve temporada en relación con el auge que obtuvo en Europa.

### **Los baños públicos**

En lo que se refiere a la higiene individual, entendiendo la higiene por “limpieza o aseo” toman relevancia en el siglo XIX las casas de baños.

En Logroño se inauguraron en 1883 unos baños integrados en el Instituto Higiénico y que formaban parte de un establecimiento balneario en el que resaltaba como lema “*la higiene*”. La instalación requería permiso del ayuntamiento, según las ordenanzas municipales, concretamente la referida a la *Casa de baños* de 1877 (Sáenz Cenzano, 1957: 94). La institución fue adquirida por dos médicos en 1882, D. Gerardo González del Castillo y D. Víctor Lorza que hicieron grandes reformas, ampliando y mejorando el servicio de baños y estableciendo el Instituto Higiénico para la vacunación. Se componía de amplios salones, jardines, agua propia, galería, cuartos y patios. La sección de baños se hallaba montada con tantas comodidades como pudiera exigirse, compitiendo en lujo y buen gusto con las primeras casas de baños de poblaciones importantes. Un precioso jardín servía de vestíbulo a la espaciosa y elegante galería de baños cuyo servicio comprendía desde baños de aseo en cuartos de primera, con modernas bañeras de hierro esmaltado, y también de segunda. Había hasta baños medicinales de todas clases y servicio a domicilio, con elementos ad-hoc que respondían con esmero y puntualidad, que en ciertos casos es preciso si ha de cumplir un fin

terapéutico” Por todo ello contaba con “*sin igual aceptación*” (De Luis y Tomás, 1894). El establecimiento balneario que formaba parte del Instituto Higiénico de Logroño estaba ubicado en la calle de Los Baños, y esta es la razón de la actual denominación de la calle, que data de 1936. Anteriormente, desde 1926, se llamaba calle de Pablo Iglesias, también se denominó calle Velasco y calle Trujal, por la existencia en su día de dos trujales (Izquierdo, 2006).

Como bien se decía entonces, a propósito del uso de las casas de baños dentro de las ciudades, cuyo cometido era más el uso fisiológico para el aseo personal. Al ser de acceso público, estas casas no estaban exentas de nuevas formas de relacionarse socialmente amén de los aspectos comerciales que implicaba su utilización “...*la civilización y la cultura hacen nacer necesidades nuevas, que poniendo en circulación los capitales alimentan la industria, dan aplicación a las ciencias y a las artes, y modifican y embellecen las costumbres públicas*” (Mesonero, 1846: 225).

## **Los establecimientos balnearios de La Rioja**

De acuerdo con el Censo General de las Fuentes de aguas minerales de España (Carretero, 1876), la riqueza de aguas minerales de La Rioja abarca a dieciséis manantiales repartidos en diez localidades: Aguilar del río Alhama 2, Arnedillo, Cornago, Foncea 2, Grávalos, Hinestrillas 2 (fuentes de agua sulfurosa y de agua ferruginosa), Igea de Cornago 3, Mansilla, Navajún 2, y Torrecilla de Cameros (Rubio, 1853: 598). De todas estas fuentes o manantiales, en La Rioja llegaron a usarse durante el siglo XIX únicamente cinco de ellas con aprovechamiento oficial en establecimientos balnearios, a saber, de Cervera del río Alhama o la Albotea y el de Grávalos, que en la actualidad parecen merecer un impulso institucional para su reaparición, el de Haro con escasa trascendencia y el de Riva los Baños en Torrecilla de Cameros que actualmente explota el agua mineral para bebida. El de Arnedillo es el único que pervive en la actualidad como tal establecimiento balneario y centro termal siendo utilizado desde el siglo XVII (De la Rosa y Mosso, 2004).

### **Arnedillo y sus fuentes termales.**

El primer escrito que testimonia la fuente de Arnedillo data de 1068 cuando pertenecía a la circunscripción del monasterio de San Prudencio del Monte Laturce (Fernández Díez, 2008: 50). Aunque existían restos atribuidos a la época de los romanos de posible utilización de las aguas para sanar las dolencias, parece probado documentalmente que durante el siglo XIII se reunían en la casa de baños los representantes de las villas de Enciso y Arnedillo para celebrar la carta de hermandad. Más tarde, en 1575 el cordobés Ambrosio Morales y cronista de Felipe II, informa en la Crónica General de España que “*eran muy famosos los baños de La Rioja*” en relación a los de Arnedillo (Morales, 1575). También son mencionados en 1601 con motivo de un seísmo para reparar la casa de baños y encontrar de nuevo el manantial y en 1616, ante la insuficiencia de medios, el Obispo de Calahorra Pedro González del Castillo, ordenó se postulase en todo el obispado para este fin. La villa arrendaba los baños como uno de sus propios y al surgir quejas por su mala administración, en 1646 el Supremo Consejo de Castilla acordó se ocupase en lo sucesivo de la administración un individuo de su seno, con independencia de la villa. Así, durante la mitad del siglo XVIII, la villa de Arnedillo mantenía al personal que asistía a los dolientes que debían usar el agua. El aprecio de estas aguas les llevaba a sostener que “*las mismas aguas que al pie de la*

*fuerza hacen prodigios, portadas aunque sea con las mayores precauciones, o no producen efecto, o será muy leve*” (López de Azcona, 1988).

La primera mención que vemos del balneario de Arnedillo, dentro de la bibliografía hidrológico médica es en 1697, alabando *el uso de su estufa y de sus medicinas* en la obra de Limón Montero (M. Reguera, 1892:139).

*Análisis de las aguas.* El análisis más antiguo conocido data de 1670 aproximadamente cuando el doctor Infante, médico de Calahorra donde dice que es *“cristalina y transparente en supremo grado, calor vehemente, no pudiendo tenerse la mano en su nacimiento media Ave María, casi insípida, gusto como ferruginoso, gusto algo acedo y ágrico, y después de algún tiempo el sabor es salitroso, ferruginos, agrio y como de regüeldo nidoroso, huele a azufre y cría salitre en las rocas. Las tiene por nitrosas y sulfúreas”* (Limón, 1697: 246-7).

Otro análisis, más avanzado que el anterior, fue publicado por el médico de la “Ciudad de Victoria” (Martínez de Zalduendo, 1699). Gómez de Bedoya cita una discrepancia en 1749 entre los análisis realizados por Ventura Pérez, médico de Arnedillo, Bernardo Pellejo, boticario de Arnedillo, Joseph Chandro Díez de Isla, médico de Villanueva de Calahorra, Dr. Diego Gaviria, médico de Cámara de S.M. y su protomedicato, Christoba Vélez, boticario de la villa de Madrid y también realizados por anteriores. Ante esta discrepancia no se fían de los *“fundamentos químicos”* dando por buena la *“experiencia repetida, hecha como se debe, por ser la maestra y principio del arte de curar”*. El médico de la villa de Vinuesa, Joseph Perales, remitió a Bedoya un análisis donde se detectaba azufre, nitrovitriolo y hierro en 1752. Bedoya también cita la toma de muestras y análisis efectuado en 1748 por Manuel González Garrido, ayudante mayor de la botica de S.M. cuando, por disposición de Fernando VI fue a reconocerlas con motivo de la enfermedad de la reina Bárbara de Braganza, por decisión de sus médicos, los doctores Josef Suñol y Miguel Borbón.

Más tarde, en 1779, otro autor (Trespalacios, 1779) relata el análisis cualitativo efectuado en su presencia por el beneficiado de la iglesia de Arnedillo, Joseph Vicente Pereda, que destacaba por sus aplicaciones a química, mineralogía y ciencia naturales. En 1800 se realiza el primer análisis cuantitativo en granos/libra a cargo del farmacéutico de Logroño, José Elvira, siendo también el primero donde se valora la temperatura de emergencia del manantial en 42° Reamur o 53° Centígrados (López de Azcona, 1988:19).

El profesor de farmacia Pedro Gutiérrez Bueno, regente de la Real Botica de S.M., catedrático de química de San Carlos, Examinador perpetuo de Farmacia y miembro de la Real Academia de Medicina de Madrid realiza en 1800 un análisis en granos/libra publicado un año más tarde (Gutiérrez Bueno, 1801).

En un folleto de 1806 (Proust, 1806), que aunque aparece anónimo es atribuido al catedrático de química de Madrid, Luis José Proust por Maffei y Rua Figuerola (cita: Maffei y Rua Figuerola (1871) Apuntes para una biblioteca española. Madrid)). También Rubio atribuye este folleto con el ensayo sobre el análisis cuantitativo de las aguas de Arnedillo (Rubio, 1853: 692), así como Martínez Reguera (MR, 1892: 299). José Elvira, farmacéutico de Logroño, analizó a su vez las aguas de Arnedillo en 1837 en granos/libra castellana (Rubio, 1853)

El médico Lorenzo Sáenz Cámara, en un oficio de 1833 dirigido al secretario de la Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía, comunica los resultados del análisis de las aguas de Arnedillo, obtenidos por el farmacéutico de la villa de Herce, Francisco Sáenz Medrano, añadiendo que son conforme con los realizados por Gutiérrez Bueno en 1801. Esta coincidencia no parece científicamente posible debido a la variedad natural introducida por el seísmo de 1817 (López de Azcona, 1988).

El catedrático de química de la Universidad Central y Doctor en Ciencias y Académico Manuel Sáenz Díaz hizo el análisis en 1868 y es así admitido por Federico de Botella en su censo de las aguas minerales y termales (Botella, 1892).

En una obra del médico titular de Fitero Antonio Ramírez de 1768, se incluye una carta del R.P.M.D. Antonio Rodríguez que dice haber hecho el análisis de las aguas de Fitero y de las de Arnedillo en 1731. Por su parte, José Perales en 1754 realiza una “*Disertación sobre las virtudes y calidades de las aguas de Arnedillo*” (Rubio, 1853: 673-4).

*Propiedades terapéuticas de las aguas.* En el año 1714 el empleo de aguas minerales era muy popular en toda España, en particular en la Corte que, entre otros establecimientos (Trillo, Sacedón...), hacía uso de las de Arnedillo ya que “...son las que regularmente practican los cortesanos de Madrid para libertarse de sus dolencias...” (M. Reguera, 1892: 154).

El doctor Félix Eguía, médico de los reales hospitales visitó los baños de Arnedillo para tratarse de “*ceática*” que le impedía el movimiento y tras el tratamiento de las aguas por medio de baño y estufa “*que la hay muy buena*”, sin beberlas. Acudió acompañado desde la corte por Antonio Provenza, Oficial de la Secretaría de Gracia y

Justicia que padecía de perlesía en los brazos y tras tomar las aguas, ya recuperado, volvió a la Corte, para volver en otoño y volver a tomarlas asegurándose de esta manera su mejoría. Recomendaba las aguas según había dictado el doctor Limón en 1699, eficaces para “*hypocondriacos, a los que padecen flatos, para pastulas del cutis: sarna, lepra, herpes. Son curativas para lo galico y aprovechan mucho a los que padecen arenas o piedra en la orina, almorranas o sangre de espaldas; mueven el vientre y por último, son especialísimos antídotos contra la infecundidad*”. Estas consideraciones, junto a otras relativas a otras aguas minerales fueron el motivo de su obra (Eguía, 1714). Curiosamente esta obra que Rubio atribuye a Félix Eguía, médico de los hospitales de Madrid (Rubio, 1853: 670) está catalogada en la biblioteca de la Universidad de Complutense de Madrid con fecha indeterminada hacia 1745 y se atribuye a Félix Fermín Eguía y Arrieta, también médico de los Reales Hospitales.

Pero veamos los efectos fisiológicos de estas aguas salinas y termales de Arnedillo, pues “*son muy estimulantes y perturbadoras en proporción de su termalidad. En bebida aceleran la circulación, y algunas purgan; la mayor parte son diuréticas; estimulan con más o menos actividad el tubo intestinal, aumentando la secreción biliar y pancreática. En baños excitan vivamente el sistema cutáneo. Están indicadas en todos los casos de inercia en la acción vital, en los sujetos (sic) de fibra laxa y constitución flemática, y cuando se hallan pervertidas las secreciones sin señales de plétora. Dañan si hay mucha susceptibilidad nerviosa o irritación de los órganos pulmonares o gástricos. Las enfermedades que curan o alivian son reumas musculares y artríticos; parálisis de todas especies; escrófulas, con todas sus consecuencias; reliquias de heridas de armas de fuego; muchas afecciones gástricas, principalmente nerviosas; infartos pasivos de las vísceras abdominales; hidrartoses (sic) y tumores blancos*” (Rubio, 1853: 566). De esta forma eran descritas estas aguas para su uso tanto fisiológico como terapéutico, con sus indicaciones para procesos específicos y sus contraindicaciones.

Las aguas de Arnedillo gozaban de una fama que trascendía a la región, llegando a ensalzar sus beneficios en comparación con otros establecimientos, como ocurre con un vecino de Pasages que tras acudir al balneario de Cestona empeora su estado que afectaba al movimiento del cuerpo, pero una vez visitó y usó las aguas de Arnedillo con el mejor método, en 1793, la perlesía resistente que le inmovilizaba cesó; así lo relata una publicación de la época (Gutiérrez Bueno, 1801: 59-60). También eran muy cotizadas sus aguas por su salobrez y similitudes con los baños de ola, que aún eran muy

novedosos, primando además la calidez como propiedades terapéuticas (Proust, 1806: 24).

*Médicos directores de los reales baños.* Los médicos directores de baños que ocuparon el balneario de Arnedillo durante el siglo XIX fueron nueve (M. Reguera, 1897: 877):

- Juan Francisco Amatriayn en 1817. Falleció en Arnedillo en 1828. Sobrino de D. Fernando Amatriain, médico de los baños de Arnedillo desde 1790.
- Lorenzo Sáenz de la Cámara y Sáenz de Tejada en 1828. Nació en Corera el 6 de septiembre de 1801, doctorándose en medicina y cirugía. Fue nombrado por solicitud del ayuntamiento de Arnedillo, médico director en propiedad de los baños de la villa de los que era ya interino y en 1837 por Real Orden fue declarado cesante. En la oposición de 1838 disertó sobre estas aguas. Analizó las aguas de Arnedillo en 1833 en colaboración con el farmacéutico de Herce Sáenz Medrano y más tarde las de Carballino y Partovia con el profesor Elvira (farmacéutico de Logroño). Por su memoria de los baños de Arnedillo fue declarado digno de premio por el consejo de Sanidad. Desempeñó la titular de Arnedillo; asistió a varias epidemias y fue condecorado por sus servicios con la cruz de tercera clase de beneficencia (MR, 1897: 513).
- José Ferrer y Calatañazor en 1838. Ocupó la dirección del balneario desde este año hasta su muerte acaecida en Arnedillo en 1850. El Ayuntamiento de Arnedillo formuló en 1842 una solicitud transmitida por el subsecretario de Gobernación a la Junta Suprema de Sanidad contra el director Ferrer para su separación y la aprobación de un reglamento particular formado por el municipio y la diputación provincial para reunir en una persona la dirección de balneario con la titular de la villa. Dicha moción no prosperó y el Dr. Ferrer continuó tras presentar la correspondiente documentación. En 1849 denunciaba el estado del cuartelillo de Arnedillo por ruinoso, insano y perjudicial para los soldados enfermos, pidiendo su reforma. Fue titular de Nalda y Albelda (enero de 1827), Briones (noviembre de 1827) y Haro (30 de octubre de 1828). Médico principal de los depósitos de portugueses emigrados y refugiados en La Rioja, Inspector de Epidemias de León en 1834, prestando valiosos servicios que le merecieron una mención honorífica en la Gaceta, socio correspondiente de varias academias (Valladolid, Valencia y Barcelona) y numerario de varias sociedades. También fue candidato para diputado provincial y a Cortes (Martínez Reguera 1897: 557).



- José Herrera Ruiz en 1850 hasta 1862. Doctor en Medicina en 1847. Analizó varias veces las fuentes de Panticosa, consignando los efectos sedantes de las del *Hígado* y de los *Herpes*. Elaboró, por petición de S.M. el primer tomo de la obra Hidrología Médica Española en 1851 aunque no se imprimió. Comisionado para la elaboración de un nuevo reglamento de baños. Miembro de la Sociedad de Hidrología Médica de París en 1859. Asistió al cólera de 1855 en Arnedillo y por el celo desplegado en ello recibió la Cruz de Epidemias. oposiciones a varios destinos médicos. Fue juez de tribunales de oposiciones a baños en 1838, 1847, 1850, 1858 y 1866 y formó parte de los tribunales de oposición a cátedras de Física y Química médicas, de Medicina legal, de terapéutica, de fisiología, de medicina legal y a cátedras supernumerarias de varias universidades de España. Condecorado con la cruz de Carlos III, la de Epidemias. Perteneció como numerario a la Real Academia de Medicina de Madrid, a la Academia de Emulación de Ciencias Médicas, al Instituto Médico de Emulación que presidió y a las Academias de Medicina y Cirugía de Barcelona y Zaragoza. Natural de Madrid, nació en 1824 y falleció en 1873. (M.R. 1897: 540-1).
- León Príncipe y Gutiérrez en 1863. Se trasladó por concurso a Arnedillo este año. Nombrado vocal del Tribunal de oposiciones en 1874 aunque no pudo desempeñar su cometido por haber fallecido el 26 de noviembre de ese año. Asistió en varias epidemias, como la de cólera en Fuentesauco en 1855, por lo que fue condecorado con la Cruz de Epidemias. Fue nombrado Socio correspondiente de la Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la Vieja y de la Sociedad Económica de Amigos del país de Lérida en 1856 (M.R. 1897: 662-3). Realizó publicaciones sobre las aguas minerales de Arnedillo como base terapéutica, en concreto para la Diátesis escrofulosa en el prestigioso periódico de Medicina, Cirugía y Farmacia “*El Siglo Médico*” (Boletín de Medicina y Gaceta Médica) consagrado a los intereses morales, científicos y profesionales de las clases médicas (Príncipe, 1865: 225-228).
- Manuel Escolástico Guillermo García Martínez. Dirigió interinamente el balneario de Arnedillo desde el 31 de marzo de 187 hasta el 8 de noviembre de 1876. fundador de la Sociedad Española de Hidrología Médica. Prestó asistencia a epidemias y fue condecorado con la Cruz de Epidemias y de Carlos III, y pertenecía a la Sociedad Económica Matritense y falleció paralítico en mayo de 1883.
- Mariano, Juan Carretero y Muriel en 1876. Vocal de la Comisión del anuario oficial de las aguas minerales de España, fundador de la sociedad Española de

Hidrología Médica, de la que fue vicepresidente, presidente de las Comisiones de publicaciones y estadística, etc. Practicante numerario de medicina del Hospital general en 1854, cirujano agregado en 1859 y médico del Real Sitio del Pardo, académico numerario de la Real de Medicina en 1880. Durante la epidemia colérica de 1865 asistió el distrito del Hospital como médico de los Amigos de los Pobres (MR. 1897: 659).

- José María, Manuel, Rafael, Lorenzo Valenzuela y Márquez en 1880. Fundador de la Sociedad Española de Hidrología Médica. Prestó asistencia en la epidemia de cólera de Hinojosa del Duque y La Carlota por lo que recibió la cruz de Carlos III y la de Beneficencia. Profesor honorario del Cuerpo de Sanidad Militar, vocal de las Juntas municipal de Beneficencia y municipal y provincial de Sanidad de Córdoba. Fue Teniente Alcalde, Alcalde interino, Diputado provincial de Pozoblanco y Córdoba, vocal de la Comisión permanente en varias elecciones y Jefe superior honorario de Administración civil. Murió en Córdoba en 1881 víctima de terrible enfermedad provocada, a la menos alentada, por los muchos sinsabores que, dado su carácter digno y caballeroso, le hizo sufrir la mal llamada “*libertad balnearia*” (M.R. 1897: 697).

- Juan José, Francisco de Paula, Antonio, Martín Cortina y Pérez en 1882. Fundador de la Sociedad Española de Hidrología Médica. Por sus servicios extraordinarios y gratuitos en las epidemias de cólera en Cádiz, Rota, donde fue contagiado y Jerez de la Frontera mereció la cruz de Epidemias en 1860 y la de Isabel la Católica en 1855. Formó parte de la Comisión nombrada por el Gobernador de Cádiz para precaver los efectos de la epidemia de viruela en Jerez de la Frontera en 1864 (M.R. 1897: 675-6).

- Miguel, Laureano, Gaspar Mayoral y Medina en 1893. Es uno de los fundadores de la Sociedad Española de Hidrología Médica y fue Alcalde constitucional de Guadalajara en los bienios 1872-73 y 1889-91. Buen orador y literato dirigió la revista *Flores y Abejas* de Guadalajara. Desempeñó varios puestos en las Juntas de Sanidad, Beneficencia... de su ciudad (M:R: 1897: 743-4).

La concurrencia en Arnedillo, al tratarse de aguas muy calientes por su temperatura y salinas por su composición química y por su gran reputación desde antiguo para curar enfermedades, son mayormente reumáticos y venéreos a razón de 546 bañistas en 1847, 625 en 1848, 673 en 1849, 610 en 1850 y 655 en 1851 componiéndose de una sexta parte de pobres y otra de militares, con cuatro sextas partes de particulares más o menos acomodados (Rubio, 1853: 605, 608, 613).

Los pobres, para poder hacer uso de los baños deberán hacer constar su indigencia con documento formal y legalizado del cura párroco y Justicia de su pueblo, con informe del procurador síndico que entregarán al administrador. (Reglamento de los baños de Arnedillo, 1827: 39).

La asistencia a los pobres no era uniforme en todas las casas de baños pues en algunas se proporcionaba todo lo necesario y en otras era parcial, ofertándose cama y manutención en algunas, en otras cama, leña y servicios, en otras cama y asistencia; sólo en la quinta parte de los baños con dirección facultativa existía hospital u hospedería para pobres aunque llegaban a ser la quinta parte, como ya se ha mencionado anteriormente. También era diferente la asistencia prestada en estas hospederías u hospitales, pues algunos solo preservaban de las inclemencias del tiempo a los pobres, cama en cinco, cama y manutención en seis, y mayor auxilio en uno solo.

Para paliar estas carencias, la Santa y Real Hermandad del Refugio se encargaba de proporcionar recursos para costear el viaje, manutención y asistencia de los bañistas pobres y era uno de los escasos institutos de caridad que socorrían estas necesidades. También había iniciativas peculiares como la del gobernador de La Coruña que, a petición del director de baños de Arteijo, subvencionó la asistencia a todos los pobres por veinte días.

El balneario no contaba con ninguna subvención oficial y tenía que valerse para todo lo requerido en cuanto a su mantenimiento y conservación de lo que producía el establecimiento y, por tanto, era necesaria una buena administración de su economía.

Los datos de gastos por parte de los bañistas en la temporada de 1847 (Rubio, 1853: 632 y ss) arrojan las siguientes cifras:

- En el balneario de Arnedillo hubo una concurrencia de 663 bañistas que gastaron 106.200 reales, que en comparación con lo gastado años más tarde, en 1860 es bastante proporcionado.
- En el balneario de Grávalos la concurrencia en 1847 fue de 212 bañistas que gastaron 34.000 reales. Estas cifras, tanto de gastos como de bañistas nos dan idea de la relevancia del establecimiento de Grávalos con respecto al de Arnedillo.
- El gasto general ocasionado por los bañistas en España en la misma temporada de 1847 se clasifica en los siguientes conceptos: 8.283 bañistas de recreo gastan en los baños 1.656.600 reales, 4.970 bañistas sin dirección facultativa 795.200, 27.338 criados y acompañantes gastan en los baños 1.093.520, los viajes de ida y

vuelta resultan 1.640.280 y en total junto a otros gastos se llega a contabilizar 11.878.000 reales.

La concurrencia a los baños en 1860 supuso para los bañistas un desembolso de 130.806 reales de vellón, tal como especifica el médico director en su memoria anual. (Herrera, 1860: 21-24). La cifra resulta de los siguientes cálculos:

80 enfermos hospedados han tomado 1620 baños a 9 reales cada uno	14.580
306 bañistas alojados fuera del establecimiento, 2754 baños, a 11 reales	30.294
160 enfermos han bebido el agua en “el salón”, a 12 reales	1.920
286 enfermos han bebido en “la fuente” de abajo, a 8 reales	2.288
80 bañistas hospedados en el establecimiento con servicios de 1ª clase: 720 estancias a 24 reales	17.280
100 bañistas alojados en el establecimiento con servicios de 2ª clase: 900 estancias a 16 reales	14.400
20 criados alojados en el establecimiento, 180 estancias a 16 reales	2.880
306 enfermos alojados fuera del establecimiento, 2754 estancias, a 10 reales	27.540
60 criados o asistentes de bañistas hospedados fuera del establecimiento: 540 estancias a 5 reales	2.700
Alquiler de 280 caballerías para el viaje de ida (3 leguas de camino) a 20 reales	5.600
Alquiler de 280 caballerías para el viaje de regreso a 20 reales	5.600
Alquiler de 90 caballerías para la conducción de equipaje a 20 reales	1.800
59 soldados: 531 estancias a 4 reales/día la manutención	2.124
Total	130.806

Vemos pues que la actividad económica de los balnearios era próspera para las localidades en las que se ubicaban ya que se movilizaban recursos relacionados con el hospedaje, la manutención, los viajes y alquileres. Otra fuente de riqueza que proporcionaban era la de los puestos de trabajo asistenciales que, en función de la concurrencia, eran necesarios como bañeros, mozos, y mujeres entrenadas para atender a las féminas en lugar de los bañeros.

El balneario se constituye así en centro de salud, de ocio, de veraneo, de vacaciones, un centro de actividad económica, de actividad científico médica y con garantías oficiales y administrativas.

El balneario de Arnedillo considerado como “*bueno*”, detrás de los excelentes y entes de los medianos, tras la inspección realizada a mediados de siglo XIX, precisa las reformas necesarias en ese momento como la adecuación de su acceso, al igual que ocurría con la Albotea de Cervera, así como “*agrandar el depósito de las aguas,*

*construcción de la carretera de Logroño y ensanche del camino al pueblo*” (Rubio, 1853: 651).

La actividad de los médicos de baños era principalmente estacional, así los estudios y memorias que realizaban de los establecimientos balnearios eran ocasionalmente publicados como el caso de los baños termo medicinales de Arnedillo, la descripción de sus aguas y análisis comparativos como el realizado por el farmacéutico José Elvira, publicado en 1837 y que era más completo que los de Gutiérrez Bueno en 1800 y el de Proust en 1806. Se publicó en el Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, 2ª serie, tomo VI, núm. 232, domingo 18 de mayo de 1845, páginas 154-156 (M. Reguera, 1892: 378).

Estas publicaciones eran frecuentes en diversos medios de comunicación médicos, profesionales y sociales puesto que se difundían tanto en forma de opúsculos, revistas científicas, libros o en periódicos locales y otros medios de prensa escrita; se realizaban prácticamente de todos los establecimientos de baños con la finalidad de dar a conocer las virtudes terapéuticas del sistema científico hidrológico, regenerador e higienista<sup>129</sup>.

Tenemos que destacar que su contenido incluía descripciones topográficas de la localidad, datos meteorológicos, botánica y zoología, historia del pueblo, los análisis realizados en las aguas y sus virtudes medicinales, como la realizada por el director de baños de Arnedillo, por espacio de nueve años, D. Lorenzo Sáenz de la Cámara que fue aprobada y calificada por el Consejo de Sanidad del Reino como digna de premio y que fue también encomiada por “El Siglo Médico”<sup>130</sup>.

### **Memoria médica de las aguas de Arnedillo, 1861.**

En la temporada de baños del año 1861, el médico director del balneario de Arnedillo, D. José Herrera Ruiz, convaleciente de una gravísima y peligrosa enfermedad, elabora una memoria que en sus 22 páginas manuscritas contiene observaciones médicas y datos estadísticos de los enfermos concurrentes. El número de enfermos que ese año hicieron uso de las aguas fue de 811, de los que 196 eran pobres

---

<sup>129</sup>Las referencias de publicaciones que difunden la composición y análisis de las aguas de baños, incluidas las de La Rioja, así como sus propiedades terapéuticas se encuentran en la obra de Leopoldo Martínez Reguera, sobre bibliografía hidrológico-médica de España, que consta de tres volúmenes publicados entre 1892 y 1897.

<sup>130</sup> El Siglo Médico, nº 700 de 2 de junio de 1867, página 351, según la cita de M. Reguera 1892: 562-3.

de solemnidad, militares de tropa 94 y los 601 restantes “más o menos bien acomodados”. El desenlace para los enfermos de la temporada fue el siguiente:

Curados	129
Muy aliviados	239
Aliviados menos notablemente	289
Sin alivio ostensible	194
Total	811

Tomado de Herrera, 1861

La gran mayoría de los enfermos empleaba las aguas termales o calientes, y cloruradas sódicas en forma de bebida y en baños generales, de vapor o de chorro según lo requiriera su dolencia y sus circunstancias individuales. Algunos de los enfermos solo tomaban baños generales y eran muy pocos los que se limitaban a tomar las aguas solamente en bebida.

La memoria continúa con las observaciones atmosféricas y meteorológicas hechas durante la temporada, desde el mes de junio a septiembre, ambos inclusive. El resumen es que tomados los datos colectivamente, los efectos que consiguieron los enfermos “con la medicación” fueron favorables.

### **Otras técnicas hidroterápicas en Arnedillo: los peloides**

Las técnicas crenoterápicas eran otro tema de elección a tratar en los Anales, entre los médicos directores de baños, dando a conocer las más efectivas en los diferentes casos. A este respecto es de obligada mención la aplicación de los peloides o barros medicinales en Arnedillo, que como se aprecia en la figura 1 es uno de los escasos centros españoles que cuenta con esta técnica crenoterápica (Maraver, 2006: 19).

La composición de estos barros, formada por materia orgánica, junto con la temperatura, de unos 43°C “y una fuente de energía radiante de 1.142 voltios-hora-litro, según las últimas medidas practicadas, que lleva la más completa sedación a los miembros doloridos de reumáticos, gotosos, ulcerados, heridos y contusionados, cuyas lesiones se resisten a los medios ordinarios de la Medicina general (García Ayuso, 1942).

La aplicación de los peloides, total o parcial de la superficie corporal, se realiza en pabellón especial y se dispone de duchas calientes para la limpieza de las superficies enfermas sometidas a los embarres.

Esta técnica ha pervivido en escasos balnearios de España, como se aprecia en el mapa 1, siendo el de Arnedillo uno de los cinco en los que se aplica en la actualidad con gran aceptación por ser una de sus técnicas específicas del lugar.

**Mapa 1. Peloides españoles**



Mapa 1. Uso de los peloides en España. Tomado de Maraver (2006). Disponible en: [http://termasworld.com/documentos/lr\\_II-congreso\\_Iber\\_peloides.pdf](http://termasworld.com/documentos/lr_II-congreso_Iber_peloides.pdf) [Consulta el 12-7-2012].

Esta cualidad de los peloides ha sido apreciada en muchos otros establecimientos balnearios de España como se observa en el mapa 2, aunque el auge de otras terapias y la mayor eficacia de algunas de estas técnicas han dejado en desuso muchas de estas aplicaciones en los balnearios de España, como vemos en el mapa 2.



Mapa 2. Peloides españoles sin uso actual. Tomado de Maraver (2006). Disponible en: [http://termasworld.com/documentos/lr\\_II-congreso\\_Iber\\_peloides.pdf](http://termasworld.com/documentos/lr_II-congreso_Iber_peloides.pdf) [Consulta el 12-7-2012].

Entre las estaciones termales con peloterapia tradicional repartidas en el orbe podemos ver de manera destacada la relevancia que adquiere la de Arnedillo, pues como

se aprecia en el mapa correspondiente, la mayoría de estas instalaciones balnearias se encuentra en Europa Central.



Estaciones Termales con peloterapia tradicional. Tomado de Maraver (2006). Disponible en: [http://termasworld.com/documentos/lr\\_II-congreso\\_Iber\\_peloides.pdf](http://termasworld.com/documentos/lr_II-congreso_Iber_peloides.pdf) [Consulta el 12-7-2012].

### **Las aguas del balneario de Grávalos.**

Hasta el año 1843 no se empieza a utilizar el balneario de “*Fuen Podrida*” de Grávalos que había sido construido durante los años anteriores. Hasta entonces era una fuente conocida desde la antigüedad, principalmente por su mal olor y por eso se denomina Fuente Podrida, Fon Podrida o Fuen Podrida. El 25 de mayo de 1842 el médico titular de Lagunilla, Crisanto García, cursa una instancia pretendiendo la dirección interina de las aguas minerales de Grávalos, alegando como mérito estar analizando un manantial de Lagunilla del que no habla ningún escritor. Oficialmente se acordó concedérsela interinamente con la condición de que facilitase noticias sobre el nuevo manantial (M.R., 1896: 160). Por tanto, hasta la llegada del Dr. Crisanto García, las aguas eran concurridas por unas 200 personas en cada temporada y sin médico director facultado para prescribirlas según las propiedades medicinales del manantial. Una vez nombrado, el Dr. García acude a las autoridades superiores de la provincia encargadas de su inspección y vigilancia, a fin de que autoricen la reforma de los baños por considerar deforme su reciente construcción así como el aumento de un baño de vapor y otro de chorro, indispensables para el tratamiento de ciertas enfermedades y, tras considerar justa la petición se accede promoviendo el correspondiente expediente y facilitando los fondos necesarios para llevar a cabo dicha obra. Tanto las mejoras reclamadas para los baños, las obras efectuadas en los caminos, para mayor comodidad



de los viajeros como la reclamación del precio excesivo de 5 reales al día por su uso, se deben al celo de este primer médico director (Madoz, 1847: 456-458).

El balneario de Grávalos ya se menciona en 1811 en una obra titulada “*Historia, clasificación y virtudes de las aguas minerales en general, y de las más célebres de España en particular, con el mejor modo de analizarlas y de hacerlas artificiales*” Por el Dr. D. Cristóbal Tomas, médico de 1ª clase del ejército y cirujano 1º del regimiento de granaderos de la Guardia Real” (M. Reguera, 1896: 53).

Otros médicos ocuparon la dirección de los baños una vez que el Dr. García consiguió plaza en propiedad en el Cuerpo de Médicos directores de Baños, como el médico titular de Autol y de Alfaro en el año 1858, D. Narciso Merino y Aguinaga. También fue objeto de estudio este establecimiento en 1872 en que se realiza una reseña verídica de las aguas, por consejo especial de la “*Junta de propietarios de baños*”, establecida en Madrid, extractando los datos remitidos por los médicos directores a la superioridad. Contiene una descripción de la situación topográfica, su análisis y aplicación, demostración del establecimiento, vías de comunicación, fonda, tarifa y precio de las aguas y servicio de los baños así como de las habitaciones y la fonda (M. Reguera, 1892: 605). En 1882 se vuelven a detectar nuevas necesidades apremiantes por parte de D. Agustín Lacort quien realiza la memoria correspondiente a ese año, destacando dos casos notables en relación al resultado obtenido con la terapia y los cuadros estadísticos de concurrencia (M. Reguera, 1897: 81).

*Análisis de las aguas* En el siglo XVII el licenciado D. Antonio de Zárraga, de profesión jurista y natural de Arnedo mediante orden que le envió el Dr. Limón así como el Dr. Francisco Zapata, médico de la villa de Cervera, realizaron análisis de las aguas, examinando los residuos minerales, olor, sabor y contenido macroscópico, enviando informe al mismo Dr. Limón (Limón, 1697: 110-115).

José Elvira, farmacéutico de Logroño, analizó en 1846, de orden del Jefe político de Logroño, las aguas de Grávalos (M. Reguera, 1892: 454) cuyo resultado comunicó al catedrático de farmacia de la corte, D. Manuel Jiménez quien los insertó en el Diccionario de Medicina cuya obra se redactó bajo su dirección (García, 1844). Las aguas de Grávalos están clasificadas como sulfurado cálcicas frías, de 16°C de temperatura, variedad sulfhídrica.

*Propiedades terapéuticas de las aguas.* Las aguas de Grávalos son útiles para sanar las afecciones cutáneas, especialmente herpéticas, sarna, tiña con todas sus variedades y especies. También en las disneas y asma espasmódicos, en los infartos

crónicos, especialmente del hígado y bazo, en la leucorrea sostenida por atonía, en la diátesis escrofulosa, en la anorexia, dispepsia, gastrodinia, gastralgia. Estas aguas especiales no son aconsejables en caso de enfermedades con aumento de la acción vital, en las fiebres agudas y crónicas, en inflamaciones agudas, especialmente de los órganos respiratorios. Se usa en bebida, baño, chorro, gasificación o aplicación tópica y baño de vapor gaseoso. La indicación no está sometida a reglas fijas, sino que se recomiendan de forma individual a cada persona según sus características de estado de salud, edad, sexo, temperamento y complexión (García, 1844:17).

*Médicos directores de los baños* Los médicos del balneario de Grávalos fueron (Martínez Reguera, 1897: 880):

- Crisanto García en 1844
- Alberto Subías y Martín en 1848 (interino)
- Félix Guerrero y Vidal, interino que sustituye al Dr. Subias por fallecimiento en 1852 (probablemente) (Rubio, 1853: 720)
- Eustoquio Rueda en 1872
- Luis María de los Dolores, Anselmo, Ramón, de la Santísima Trinidad Aguilera y Pérez en 1876
- Telesforo Luis López Fernández en 1878
- Desiderio María Varela y Puga en 1880
- Agustín, Antonio, Eusebio de la Santísima Trinidad Lacort y Ruiz en 1882
- Manuel, José, Pedro, Raimundo, Anacleto, Salud, Carmelo de la Santísima Trinidad Morales y Gutiérrez en 1884
- Isaac Álvarez del Vado en 1886
- Eduardo Méndez Ibáñez en 1887
- Mariano, Jacinto Salvador y Gamboa, por permuta, en 1888-1889
- Vicente de Urrecha y de Torre en 1890
- Eduardo Emilio Carlos Bravo y Riaza en 1891- 1892. Perteneció a la Sociedad Española de Hidrología Médica. Numerario del cuerpo de baños en 1888 (M.R. 1897: 838)
- Enrique, Sebastián Pratosi y Martínez en 1893- 1899
- Remigio Rodríguez Sánchez en 1897, 1898<sup>131</sup>

---

<sup>131</sup> Gaceta de Madrid nº 108, de 18 de abril de 1898: 248

## **Memoria médica de las aguas de Grávalos**

En 1844 el médico Crisanto García realiza la memoria que corresponde a la contestación dada a la comisión encargada de redactar el Manual de Aguas Minerales del Reino y es, a su vez, la primera memoria de la que se dispone ya que el Dr. García es el primer médico director de estos baños. Es una memoria manuscrita, de veintidós páginas, de lectura a veces dificultosa donde se observa una ortografía propia de la época y un exceso de expresiones banales.

La memoria comienza con una descripción topográfica del lugar de Grávalos con respecto a su entorno, distancias principales y posición geográfica. Como en todas las memorias de este tipo de literatura, se plasma un esfuerzo de investigación por parte de los autores con respecto a la historia del pueblo, sus primeros pobladores, origen de su denominación, contando para ello en unos casos con la consulta en archivos históricos, parroquiales y municipales y, en otras ocasiones como es el caso de Grávalos en esta memoria, recurriendo a las tradiciones y lo que los mayores cuentan al respecto. De este modo el autor nos relata, según se cree, que Grávalos fue poblado por los romanos y se denominaba Graco. También aduce a la antigüedad del lugar por los resultados de antiguas y recientes excavaciones en unas ruinas de una fortaleza que llaman Castellar. Lo que sí afirma contundente el Dr. García es que Grávalos fue poblada por los arnedanos, formando parte su iglesia parroquial y ministrados un mismo cuerpo con las de Arnedo desde la época cristiana hasta 1817.

En ese año de 1844 en se realiza este estudio, Grávalos contaba con 260 vecinos que habitaban casi igual número de casas, la mayoría nada lujosas. La población en su parte interior es desagradable, las calles tortuosas, angostas, mal empedradas y muy declives, ya que las dos terceras partes de los edificios están situados en pendiente de la colina, en cuya cima se halla la iglesia, pequeña en relación con la población. En la parte baja del pueblo está la plaza, de figura irregular y no muy extensa.

Los naturales son generalmente robustos, de buena estatura, leales, sufridos y serviciales, pero astutos en materia de intereses, la mayor parte ocupados en las labores del campo, tienen en actividad sus miembros durante el día. Otro número menor de ellos se dedica al tráfico en ganado de cerda. Todos están habituados a una comida básica y frugal y a una vida y costumbres muy sencillas, exentos de los vicios nacidos del ocio y holgazanería, desconocidos en el pueblo. La propiedad está muy distribuida y esa es la causa de que sea desconocida también la mendicidad. En estas circunstancias, D. Crisanto diagnostica una salud completa de los moradores de Grávalos, pues no conocen

las enfermedades endémicas y aun la epidemia de cólera no invadió la población. Solo si padecen las accidentales o esporádicas, comunes en general, que guardan siempre una relación directa con el influjo del tiempo y de las estaciones, observándose, nos dice, que la mayor parte de estas enfermedades son de carácter inflamatorio. En los preludios de sus indisposiciones, si no son graves, los pobladores de Grávalos acostumbran a beber el agua mineral como el mejor recurso para su tratamiento.

En relación con la flora D. Crisanto nos remite a una descripción muy somera, lejos de las taxonomías que se ven en obras posteriores, dando cuenta de que en el término de Grávalos crecen plantas que se usan en el tratamiento de las enfermedades, siendo en su mayoría aromáticas y amargas, pertenecientes a la familia de las labiadas, crucíferas, borrajíneas y malváceas. De igual modo menciona los minerales que se encuentran en el entorno, como piedras calizas, piritas de hierro, cuarzos y otras sílices de varios colores.

Los habitantes de Grávalos se surten principalmente de los alimentos que produce su suelo y del resto se abastecen de los pueblos algo distantes. Todos los alimentos son de buena calidad, señaladamente los vegetales, sustanciosos y nutritivos ya que el terreno es seco

Las cercanías del pueblo están poco pobladas de arbustos y rabales, solo existen algunos olivos y una pequeña porción de álamos, por cuyo motivo se carece de buenos paseos. El campo es llano y fértil en toda clase de cereales, cuya cosecha no baja en un año común de 5.000 fanegas de trigo, cebada y avena, subiendo la de vino a 6.000 cántaras, aunque de ínfima calidad, y no excediendo la de aceite de 100. El regadío es poco notable, pues está limitado al agua mineral sobrante de los usos medicinales y al de otras dos fuentes.

En Grávalos no existen diversiones públicas y tampoco cafés ni fondas, aunque hay una posada cuyo principal servicio es la arriería. Los caminos son de herradura excepto el que admite mayor número de comunicaciones que parte desde la venta conocida con el nombre de El Pillo, distante legua y media del pueblo y en donde empalman las carreteras que vienen desde Zaragoza, Pamplona y Madrid y con las que se dirigen a la ciudad de Calahorra y villa de Agreda y pasa contigua a los baños termales de Fitero.

Para hacer el viaje a balneario de Grávalos hay varios modos, pues en todos los puntos indicados se encuentran carruajes y caballerías de alquiler, pero el más cómodo, frecuente y fácil es su coche diligencia que sale de Tudela los días impares de cada

semana y recibe los viajeros de las diligencias de Pamplona y Zaragoza, con los llegados en los barcos del canal de esta última, conduce a todos hasta el inmediato baño de Fitero, desde cuyo punto son inmediatamente llevados en iguales días y por caballerías contratadas para el efecto hasta Grávalos

La retribución que los viajeros pagan por este servicio, es 8 reales de vellón por cada una de las caballerías que emplean en el viaje y que enlaza con la mencionada diligencia.

Desde 1843 se empezó a habitar un edificio construido sobre la fuente mineral, de forma cuadrilonga que consta de tres pisos. En el bajo se encuentran cinco arcos de piedra labrada formando un espacioso pórtico, el cual por su parte media sirve de entrada a la puerta principal en que se hallan sitas, la fuente medicinal, la caldera y la cocina donde se calienta el agua para los baños, por la izquierda el cuarto denominado de reunión y una localidad destinada para cuadra en su principio, la cual en el día no tiene este servicio por haberlo juzgado contrario a las reglas higiénicas y comodidad de los concurrentes. El piso principal consta de once habitaciones regularmente construidas, de las cuales, las que miran al mediodía permiten la colocación de dos camas con mucho desahogo, mas las del norte solo tienen capacidad para una. El piso segundo tiene igual número de habitaciones, y con proporciones idénticas al primero, diferenciándose no obstante en que sus techos no son a cielo raso. Existen además despensas, cocinas, comedores, y lugares comunes, como así también una espaciosa buhardilla.

Para el servicio de la parte medicinal se encuentran en el mismo edificio y parte más baja de la fuente, los baños con separación de piedra toscamente labrada, cuya forma irregular y mezquinas dimensiones (pues exceden poco de cuatro pies y medio de longitud) los hacen poco aptos para el objeto a que están destinados, por cuyo motivo, y no pudiendo serle indiferente su deforme construcción, el Dr. García ha gestionado lo necesario ante las autoridades superiores de la provincia, a las que incumbe su inspección y vigilancia, como perteneciente a los propios de Grávalos quienes conociendo de lo muy justo de la petición han expedido el expediente oportuno, dictando las disposiciones necesarias para que se aumente el número de aquéllos, con variación de sus primitivas formas creando al mismo tiempo un nuevo baño de vapor, y otro de chorro, tan necesarios para el tratamiento de cierta clase de dolencias, y haciendo efectivos los fondos precisos para el efecto.

Es sumamente doloroso que los concurrentes a esta salutífera fuente hayan de satisfacer la exorbitante cantidad de 50 reales por el día o días en que bebiesen el agua

sin número limitado de éstos, y seguidamente 8 reales para cada uno de los baños que tomasen, coincidiendo esto con la increíble anomalía de que pudiendo hospedarse en el pueblo o en el establecimiento, se les disminuye a 30 reales la primera cantidad, y a 6 la segunda, siempre que lo hacen en el citado punto. Semejantes disposiciones tan oportunas a los principios de igualdad, libertad y amor, la humanidad doliente están consignadas en el Reglamento particular del establecimiento aprobado por la Diputación Provincial, cuya derogación tiene solicitada y que quizá se habría llevado a efecto a no estar basado sobre él un arriendo público que terminará en 1846. Por este exceso de diferencia en la retribución indicada, muchos de los concurrentes se ven precisados a aposentarse en el establecimiento, en el cual encuentran dos órdenes de servicio: el uno por sus domésticos, y ocupando uno o más cuartos, en cuyo caso por cada cual de éstos, recibiendo cama provista de toda ropa, menaje de cocina y mesa, con combustible, satisfacen 4 reales diarios. El otro género de servicio es comiendo y sirviéndose por cuenta del arrendatario, en cuyo desayuno, comida, refresco y cena, todo decente, se satisfacen 13 reales diarios, sin incluir en ello la suma a que arriendan las cantidades ya designadas para bebida y baño. La hospedería despueblo es más económica y como depende de convenios particulares, no puede fijarse con exactitud el precio a que ascienden aquéllas.

Los militares se asisten en sus respectivos alojamientos según su clase, sin que la de tropa hasta sargento 1º inclusive, satisfaga cosa alguna por el uso del agua en bebida o baño. Los pobres carecen de albergue especial donde acogerse, ni se les dispensa más favor que beber el agua gratuitamente para solo 12 días y siempre que su número no exceda de dos a la vez.

### **El balneario de Cervera de río Alhama o la Albotea.**

El balneario de Cervera del río Alhama, o La Albotea fue levantado en 1851 y en 1898 se encontraba, “*cerrado sin autorización superior*”, aunque reunía las condiciones reglamentarias para el buen servicio público y por ello no figuraba entre los “*cerrados por orden superior*”. Esta distinción implicaba la tramitación administrativa del expediente oportuno para la aplicación de las disposiciones reglamentarias, relativas a la apertura y cierre de los establecimientos<sup>132</sup>. Por lo tanto el motivo de su cierre pudiera ser la falta de concurrencia de agüístas por la competencia entre balnearios de

---

<sup>132</sup> Gaceta de Madrid nº 108, de 18 de abril de 1898: 251

localidades próximas como Fitero, Cornago, Grávalos, Peralta o Alahama de Aragón. Pero también se barajaban otros posibles motivos como los repetidos intentos de robo de que fue objeto, pues sus instalaciones, con exquisito y lujoso mobiliario en un edificio de tres plantas y gran capacidad, construido con esmero, le hacían uno de los balnearios más lujosos del momento (Fernández Díez, 2008: 65 y ss). También cita el robo perpetrado en las instalaciones el médico titular como causa del abandono posterior al que se vio sometido (Zapatero, 1916: 82). Lo cierto es que Cervera tenía 5.000 habitantes hacia la mitad del siglo XIX, cabeza de partido judicial y la única de la provincia que carecía de carretera aunque había fábricas de harina, de tejidos e hilados de lino y cáñamo así como casas de comercios de los que se proveían las localidades limítrofes de Logroño, Navarra y Aragón. Esta panorámica de un municipio floreciente contrastaba con la falta de carretera y puente sobre el río Linares, a diferencia del acceso a los baños de Fitero con una carretera sólida y espaciosa para carruajes que se notaba claramente en cuanto comenzaba la provincia de Logroño por un camino cenagoso, blando y abandonado (Escudero, 1865: 22). La primera monografía sobre las aguas minerales de Cervera la realizó en 1865, D. Inocente Escudero (Martínez Reguera, 1892: 542-3), médico director de los baños de Cervera y médico titular durante 6 años en la localidad. En 219 páginas que ocupa esta memoria, el contenido y la estructura son de una topografía médica orientada a la acción terapéutica de las aguas minero medicinales y, concretamente las de Cervera en el balneario de la Albotea.

Por su interés insertamos el cuadro estadístico de bañistas entre los años 1859 y 1864 ambos inclusive consignado en la página 148 de dicha memoria (Cuadro 1). Destacamos estas cifras sobre la concurrencia y sus efectos, pues, como se ve, entre el número de bañistas, distribuidos según las afecciones de los mismos, bien sean cutáneas, sifilíticas o escrofulosas los hay curados, aliviados y sin alivio. Como se ve en la anotación inferior, muchos de los curados y aliviados son personas de las inmediaciones que habían bebido otras veces las aguas en la fuente primitiva y por eso los resultados son mejores. Entre las afecciones motivo de terapia son las cutáneas las más abundantes, siguiendo en orden de concurrencia las sifilíticas y por último las escrofulosas.

Cuadro estadístico, que manifiesta los bañistas, que desde el año 59 al 64 inclusive han concurrido á las aguas de Cervera del río Alhama, con espresion de sus enfermedades, número de curados, aliviados y sin alivio.

Enfermedades.	Años.	Núm. de bañistas.	Curados	Aliviados	Sin alivio
Afecciones cutáneas.	59 (1)	108.	64.	18.	26
	60 (2)	123.	60.	44.	19
	61.	121.	33.	51.	37
	62.	125.	27.	57.	41
	63.	138.	44.	51.	43
	64.	131.	27.	55.	49
Totales		746	255	276	215
Idem sifilíticas.	59.	24.	9.	11.	4
	60.	49.	19.	17.	13
	61.	94.	19.	37.	38
	62.	86.	22.	33.	31
	63.	64.	14.	27.	23
	64.	87.	16.	30.	41
Totales		404	99	155	150
Idem escrofulosas.	59.	12.	8.	4.	»
	60.	42.	10.	22.	10
	61.	55.	13.	26.	16
	62.	46.	11.	13.	22
	63.	45.	12.	22.	11
	64.	49.	15.	22.	12
Totales		249	69	109	71

(1) (2) Muchos de los curados y aliviados en estos años son personas de las inmediaciones, que habían bebido otras veces las aguas en la fuente primitiva; por eso los resultados son mejores y no guarda proporción con los años sucesivos.

Cuadro 1. Tomado de Escudero, 1865: 148

Según el cuadro anterior, la concurrencia total los años señalados es de 144 (1859), 214 (1860), 270 (1861), 257 (1862), 247 (1863) y 267 (1864).

En cuanto a la eficacia del tratamiento hidroterápico, en los datos indicados, los bañistas que se curaban de sus dolencias suponían casi el 28% del total de los concurrentes. Casi el 44% alcanzaban cierto grado de alivio y no encontraban alivio el 28,5%. Bien es cierto que el autor anota, para explicar los buenos resultados, que los aliviados y curados son personas de localidades adyacentes que ya habían bebido con anterioridad de la fuente primitiva para remarcar las saludables propiedades del agua del manantial. En 1876 y 1877 el establecimiento balneario tuvo un gran auge, pues el primer año asistieron 231 enfermos de los que se curaron 48 (21%), se aliviaron 155 (67%) y no encontraron modificación en sus dolencias 26 (11%). El año de 1877 hubo 246 bañistas de los que se curaron 34 (14%), se aliviaron 189 (77%) y sin alteración 23 (9%) (Zapatero, 1916:81-82).

Otra referencia en relación a las memorias realizadas en este establecimiento es la realizada en 1881 por el médico director D. Luis R. Gómez Torres que refiere los cuadros estadísticos reglamentarios según el cuestionario de la Circular de 16 de



septiembre de 1879. También este médico elabora en 1882 otra memoria en la se ocupa de las indicaciones generales de las aguas de La Albotea, de su acción particular en algunas enfermedades, de las mejoras realizadas en el establecimiento y de la constitución atmosférica (M. Reguera, 1897: 31). En 1887, D. Vicente Pérez Caballero, médico residente en Cervera, sin aclarar que sea médico director de esos baños, elabora la memoria sobre sus aguas reducida una breve reseña descriptiva con el cuadro estadístico clínico reglamentario que sin embargo fue publicado por la Dirección General en el Boletín de Sanidad del Ministerio el 30 de agosto de 1888 (M. Reguera, 1897: 198). Al año siguiente es D. Celestino Compaired, médico director en propiedad, quien hace la memoria señalando el examen microscópico de las aguas y su acción en la ocena, incorporando los cuadros estadísticos clínico y administrativo (M. Reguera, 1897: 276).

*Análisis de las aguas* En relación a las condiciones químicas de las aguas, los primeros ensayos analíticos de las aguas son practicados por el Dr. Manuel Matheu y Fort que, además de propietario de los baños, emprendió la empresa comprometiendo su peculio personal, es quien realiza por primera vez el análisis encontrando el yodo y confirmado por los Dres. Personne en 1858 y Bouchardat de París tras enviar unas botellas del agua de la fuente primitiva para su análisis. También envió a Madrid el Dr. Matheu unas muestras para que fueran analizadas por el Dr. Manuel Rioz y Pedraja en 1859, catedrático de Química Orgánica aplicada a la Farmacia en la Universidad Central, Individuo de la Real Academia de Ciencias y vocal del Consejo de Sanidad del Reino. Las aguas son clasificadas como sulfhídrico acidulo yoduradas (Escudero, 1865).

*Propiedades terapéuticas de las aguas.* El efecto fisiológico de agua se percibe en el consumo en forma de bebida, baños, chorros que producen un efecto excitante, en inhalaciones y pulverizaciones notando un efecto excitante al principio y sedante posteriormente. En la habitación de la estufa se respiran los gases favorecidos por el vapor del agua calentada a 20 o 23° C que favorecen la respiración (Escudero, 1865: 78 y ss). La acción terapéutica de estas aguas va dirigida a las enfermedades cutáneas, sifilíticas y escrofulosas, también en las del aparato respiratorio, urinario en concreto el mal de piedra o litiasis, en gastralgias y algunas enfermedades nerviosas y en enfermedades de la mujer como infartos de la matriz o de los ovarios, amenorreas, dismenorreas y clorosis.

Están contraindicadas en individuos de temperamento sanguíneo con predisposición a las congestiones, en pacientes con afecciones orgánicas del corazón y

grandes vasos, en las mujeres embarazadas, tísicos y hemópticos, es decir, no convienen a los que no deban recibir excitaciones ni activar la circulación de la sangre (Escudero, 1865).

*Médicos directores de los baños* En Cervera del río Alhama los médicos directores de baños fueron (Martínez Reguera, 1897: 879):

- Inocente Escudero en 1860
- Mariano García Martín en 1873
- Florentino Gil y Pintado en 1874
- Alberto Donato Armendáriz y Navarro en 1876
- Francisco, Juan, Rafael Ortiz Rivas en 1878
- Luis Ramón Gómez Torres en 1880
- Maximino, Jesús María, José, Lorenzo, Núñez Sánchez en 1886
- Lope, Ramón, Nicolás, Manuel Valcárcel y Vargas en 1887
- Celestino Compaired y Cabodevilla, por permuta, en 1888. El mismo, en propiedad, en 1889
- Eduardo, Emilio, Carlos Bravo y Riaza en 1890
- Enrique, Sebastián Pratosi y Martínez, supernumerario en 1892.

### **Riva los Baños de Torrecilla en Cameros**

Las aguas de Torrecilla en Cameros, donde se ubicaba el balneario y manantial de Riva los Baños, fueron utilizadas desde muy antiguo y puede atestigüarse su existencia, por un documento, al menos desde el año 1029 (López de Tolosa, 1890: 248). No obstante, según la tradición, y por boca de los ancianos, se sabe que el conocimiento de las aguas y su celebridad son antiquísimas y desde tiempo inmemorial han acudido las gentes sin distinción de enfermedades para beber y bañarse en ellas. El manantial fue propiedad del pueblo de Torrecilla hasta el 30 de noviembre de 1859 en que fue adquirido en subasta pública por D. Francisco Cubillos (Vallilengua, 2010: 6). Un año más tarde, el 23 de noviembre de 1860 fue adquirido por Ambrosio Laviano y CIA. Hasta entonces el lugar estaba totalmente abandonado, por indolencia, y sin ningún albergue que sirviera de resguardo a los concurrentes que se bañaban en la poza y que antes sí existía (Escolar, 1865: 58). En 1898, figura como propietario D. Adolfo Pinillos y otros<sup>133</sup>.

---

<sup>133</sup> Gaceta de Madrid, nº 108 de 18 de abril de 1898: 248.

Los beneficios de las aguas, por tanto, ya se conocían, pero la carencia de carreteras de acceso a Torrecilla, la falta de un establecimiento de baños y de una casa de hospedaje, de un análisis sobre la composición y propiedades de las aguas, de un médico director que las prescribiese con acierto y la falta de bañeras a propósito eran dificultades que retraían a los bañistas de hacer uso de estas aguas.

A causa del auge de la hidrología médica por una parte y por ser además el descubrimiento de nuevas fuentes uno de los requisitos contenidos en el Reglamento del Cuerpo de Baños, el Ayuntamiento y la Junta de mayores contribuyentes de Torrecilla encargó en 1858 al Subdelegado de Medicina y Cirugía del partido de Torrecilla, o sea, el médico titular D. Manuel Tobías, que lo era al menos desde 1850, un informe acerca de las virtudes medicinales del agua del manantial de Riva los Baños. El Dr. Tobías expide el informe para el que fue comisionado el 4 de agosto de 1858 en el da constancia de la temperatura constante de 24°C de aguas claras, inodoras e insípidas en cuya superficie se estrellan burbujas que a veces forman surtidores. Indica en su informe que según la experiencia de al menos siete años ha observado beneficios en ciertos estados morbosos, notando los mejores resultados en la afección calculosa o mal de piedra y otros trastornos gástricos siendo, además, cada vez mayor la concurrencia a dichas aguas. Como es consciente de que en Torrecilla no hay medios necesarios para realizar el análisis de las aguas, interpreta las burbujas como la existencia de gas carbónico responsable de las propiedades medicinales de que gozan. Era necesario pues un análisis facultativo. Una vez se habían adquirido el manantial y terrenos adyacentes por los Sres. Laviano, Tejada, Villaverde y Pinillos, y estando al tanto de las posibilidades que ofrecía el manantial, encargaron el análisis a D. Augusto LLetguet y Lletguet, doctor en farmacia y profesor de Madrid, en mayo de 1861. El Dr. Tobías en su informe hace ligeras indicaciones de su acción, resultado de la observación y la experiencia, sobre cuya eficacia ha confirmado sus asertos en las cuatro temporadas transcurridas; anuncia la construcción de un edificio capaz para balneario y fonda; consigna el itinerario y recomienda el clima (Tobías, 1861). En recompensa de su trabajo se le confirió la dirección interina del establecimiento. Este trabajo también fue publicado en "*La España Médica*" el 27 de agosto y 3 de septiembre de 1863 (M. Reguera, 1892: 505).

En mayo de 1862 el manantial es inspeccionado por el licenciado en medicina D. Ángel Igualador, atraído por las características del manantial descrito en el informe del Dr. Tobías, que comprueba los efectos favorables en el estado de salud de los enfermos concurrentes para aliviar o resolver sus dolencias. Al ver los resultados obtenidos

aconseja embotellar las aguas, seguro de las propiedades terapéuticas de las mismas. El tipo de aguas carbonatadas de Riva los Baños son de rara existencia tanto en España como en el extranjero y muy cotizadas por lo que hasta la construcción del establecimiento de baños, los dolientes debían viajar a otros balnearios de las vascongadas con aguas de similares propiedades. Por las ventajas encontradas Igualador recuerda el llamamiento que el año anterior hizo a sus paisanos en el periódico “*El Ebro*” acerca de las virtudes del manantial, confirmado por la observación.

Efectivamente el establecimiento de baños y la hospedería para los bañistas se construyeron en 1862 y el acceso a estos establecimientos fue mejorado pues Torrecilla se encontraba en la nueva carretera de Madrid a Francia y el servicio de diligencias desde Logroño era frecuente. Por lo tanto, el inspector Igualador da cuenta de las aguas de Torrecilla a los profesores de Logroño y de España recomendándolas tanto en bebida como en baño. De las pesquisas indagatorias de la procedencia y origen de los baños Igualador sospecha que las aguas minerales de Riva los Baños pudieron ser usadas por los godos, y curar anteriormente, la grave y célebre afección hepática que padeció Vivio Sereno siendo gobernador de la España Tarraconense, en tiempos del Emperador Tiberio, sucesor de Augusto César Octaviano (Martínez Reguera, 1892: 539-40), (Igualador, 1863: 17).

En 1865 el Consejo de Sanidad encarga una nueva memoria encaminada a elevar el establecimiento a la categoría oficial que realiza el licenciado D. Nicolás Escolar y se publica en Madrid. Esta memoria contiene la descripción del manantial y la casa de baños, un apartado de hidrología médica, análisis realizados en las aguas, virtudes terapéuticas y medicinales de las aguas y unos apéndices que comprenden la descripción de la hospedería y sus dependencias, así distracciones que ofrecen los baños y medios de conducción a Torrecilla (Escolar, 1865).

El Dr. Escolar realiza una revisión acerca de cómo son referenciadas las aguas de Riva los Baños en las obras de Hidrología Médica de la época, apareciendo en 1828 en la obra del Dr. Sebastián de Miñano y Bedoya en su diccionario geográfico estadístico. En 1850 aparece en el Manual de aguas minerales del Dr. Álvarez Alcalá. En 1853 las describe el Dr. Pedro María Rubio en su Tratado completo de las fuentes minerales de España y en 1857 figuran en la Cartografía hispano científica de D. Francisco Torres Villegas (Escolar, 1865:76).

La memoria del Dr. Escolar también vio la luz en el número 405 de “*La España Médica*” y en algún periódico de aquel año. Fue distribuido profusamente con una carta

circular impresa, firmada por el propietario Ambrosio Laviano: “A. Laviano y Compañía” (Martínez Reguera, 1892: 517).

La construcción de la casa de baños y la hospedería contó con un apoyo en su difusión a cargo de Bernabé España, amigo y compatriota del comercio de Madrid de Ambrosio Labiano, quien publica un opúsculo de veinte páginas con loas y parabienes hacia la reciente edificación, tanto en prosa como en verso. La funcionalidad de la publicación es meramente informativa y de atracción del público hacia las posibilidades de ocio del balneario, y para ello se informa de los medios de comunicación con Torrecilla desde diferentes localidades de España y de La Rioja, incluyendo la descripción de la clase de caminos que existen hasta su llegada y el kilometraje entre distancias de los principales núcleos de población como Calahorra, Logroño y Madrid (España, 1863).

Prueba del auge de las actividades termales, los establecimientos recurren a mejorar las instalaciones y así poner en valor el atractivo remedio para el quebranto de la salud o el tedio, por estar situados en unos parajes incomparables y ofrecer distracciones a los concurrentes. De este modo, con el propósito de modernizar el acceso público y las instalaciones, se elabora en 1868, para su aprobación, la “*Memoria del número de bañeras y dependencias del establecimiento balneario de Torrecilla en Cameros, titulado de Riva los Baños*” por Alfonso Martínez de Pinillos. Consta esta memoria de *Plano general del Establecimiento de Baños y Aguas Termales en Torrecilla de Cameros*” (figura 2), firmado en Logroño, el 6 de junio de 1868, por el maestro de obras Gregorio Lashuertas, presentada en tela a dos colores.

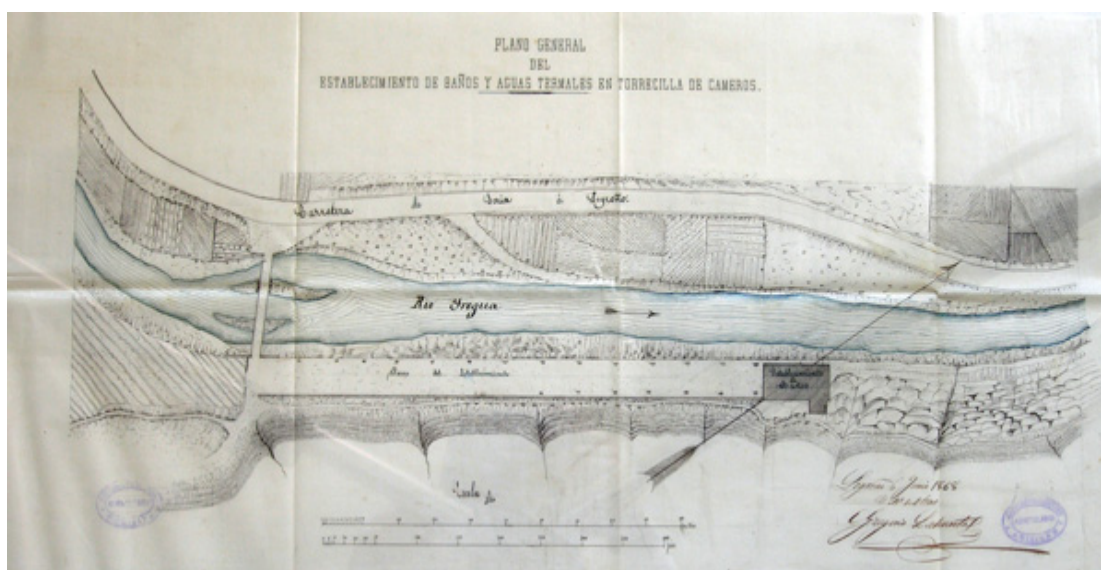


Figura 2. Tomado de <http://www.ucm.es/BUCM/med/29664.php>

En 1881 el médico director D. Narciso Merino elabora la correspondiente memoria que es remitida a la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, en cumplimiento del artículo 57 del Reglamento del ramo y Circular de 30 de septiembre de 1879. Esta memoria contiene los cuadros estadísticos que arrojan la cifra exigua de 35 bañistas cuyo número no justifica la existencia de un director en propiedad al frente de dicho establecimiento (M. Reguera, 1897: 17).

*Análisis de las aguas* Las aguas de Riva los Baños fueron analizadas macroscópicamente en 1858 por Manuel Tobías, médico titular de Torrecilla en Cameros como aguas claras, inodoras e insípidas en cuya superficie se ven estrellarse casi continuamente, burbujas que algunas veces forman especie de surtidores, siendo la temperatura de 24°C. (Tobías, 1861: 4). En mayo de 1861 son analizadas por el Doctor en Farmacia de Madrid D. Augusto Lletguet y Lletguet a petición de los propietarios de los baños, trasladando unas muestras embotelladas hasta Madrid que determina se trata de aguas acidulo salinas por la cantidad de ácido carbónico que contienen (Tobías, 1861: 6). En 1863 es D. Ildefonso Zubía e Icazuriaga, Doctor en Farmacia, Licenciado en Ciencias Naturales, Catedrático de Física, Química e Historia Natural del Instituto Provincial de Logroño quien realiza el análisis a pie del manantial, informando las propiedades físico químicas, temperatura, densidad, aforo, caracteres geológicos y algunas producciones naturales del terreno de dichas aguas además de los gases contenidos en las mismas. Este informe lo realiza por encargo del Subdelegado de Torrecilla D. Carlos Villaverde, intentando fijar otros datos con objeto de completar la investigación del Dr. Lletguet y Lletguet y la memoria del Sr. Tobías. Para ello se personó en el establecimiento balneario en presencia del Subdelegado y del Farmacéutico D. Pedro Blanco (M. Reguera, 1892: 519).

Las aguas fueron clasificadas por el Dr. Zubía como termales salinas bicarbonatadas calizo-magnesiadas alcalinas y azoadas alcanzando una temperatura de 22°C (Igalador, 1863: 22). Estas aguas se declararon de utilidad pública en 1861 y se vendían, para su consumo en bebida, en farmacias de Madrid y en todas las capitales del reino al precio de 7 reales la botella de 2 cuartillos (Vallilengua, 2010).

*Propiedades terapéuticas de las aguas.* El estudio exclusivo de los caracteres físico químicos es insuficiente para determinar las virtudes de las aguas minerales, siendo el recurso más seguro la observación clínica porque las propiedades curativas se multiplican y metamorfosean según una multitud de circunstancias relacionadas con el

individuo, con la enfermedad y las influencias que rodean al enfermo. Son por tanto, apropiadas para el tratamiento de problemas de salud cronicados.

Es muy extendida la creencia entre la mayoría de los enfermos que es suficiente el uso de las aguas en “*novenas*”, pero es el médico quien determina y prescribe el tiempo necesario a cada individuo, aunque en general, y fruto de la experiencia por la observación se necesitan de doce a veinte días de tratamiento.

Las propiedades de las aguas de Riva los Baños son especiales para el tratamiento y alivio en casos de litiasis, diabetes, enfermedades del hígado, del riñón, de la vejiga, de la piel, etc., así como para mezclarla con leche, vino o cerveza (Vallilengua, 2010: 6). Las aguas se muestran eficaces en las afecciones calculosas o mal de piedra, gastralgias y hepatalgias. Los enfermos afectados de las vías respiratorias y circulatorias, del aparato digestivo y genito urinario encontrarán alivio con el uso de este tipo de aguas (Iguualador, 1863: 37).

El modo de usar las aguas es diverso; en bebida consiguen buen resultado tanto en su efecto fisiológico como terapéutico, en baño, en chorro, en baño local, en inyecciones y en inhalaciones por medio del pulverizador de Lür; se usan en algunos casos mediante friegas y/o amasamiento. Están contraindicadas en el curso de enfermedades agudas y en las lesiones orgánicas (Escolar: 1865: 79).

*Médicos directores de baños.* Entre los médicos directores en el balneario de Riva los Baños de Torrecilla de Cameros figura en 1866, el médico director interino Antonio Gálvez, que realiza la “*Memoria de las aguas minero-termales, bicarbonatadas, alcalinas y azoadas de Riva los Baños en Torrecilla de Cameros*”, opúsculo de 35 páginas en letra amanuense. Salvador José Ezequiel Rodríguez Osuna lo fue en el año 1877 y Narciso Merino y Aguinaga en 1878 (M. Reguera, 1897: 882) y en 1898 figura D. Remigio Rodríguez Sánchez.

- Manuel Tobías desde 1861
- Nicolás Escolar en 1865
- Antonio Gálvez en 1866, año en que desempeñó el puesto de médico director interino y realizó la memoria correspondiente

El pulverizador de Luer también lo describe el Dr. Gálvez como método para hacer llegar el agua medicinal por medio de la respiración hasta las últimas ramificaciones bronquiales (Gálvez, 1866:7). Vemos este sistema de utilización terapéutica del agua por medio del pulverizador de Luer en el tratamiento de la laringitis crónica en publicaciones médicas de la época (Santero, 1873: 18, 50).

- Eduardo, José, Lorenzo Menéndez Tejo, interino en 1875 aunque no aceptó el puesto por las condiciones estipuladas en la Real Orden de 27 de marzo de ese año.
- Patricio Jiménez y Sánchez, interino desde 12 de junio de 1876. Fue fundador de la Sociedad española de Hidrología Médica (M. R., 1897: 781)
- Salvador José Ezequiel Rodríguez Osuna en 1877. Fue fundador de la sociedad Española de Hidrología Médica ocupando el puesto de presidente interino de la comisión de estadística, médico higienista de Madrid, supernumerario del Cuerpo de Higiene. Profesaba ideas políticas avanzadas, perteneciendo a la Tertulia progresista democrática en 1872 y a otros comités en diferentes vocalías (M. R. 1897: 785-6).
- Narciso Merino y Aguinaga en 1878. Nació en Alfaro el 29 de octubre de 1829. Fue también socio fundador de la Sociedad Española de Hidrología Médica y comisionado de informar sobre las aguas minerales de Haro, para su declaración de utilidad pública. Ocupó la dirección interina del balneario de Grávalos de forma intermitente entre 1858 y 1875. Desempeñó la titular de Alfaro en 1855 y de Autol, la Subdelegación de Logroño desde 1875 y jefe facultativo de los hospitales de Logroño en 1873, Médico-Inspector del ferrocarril de Tudela a Bilbao y de la Sección de la línea Norte desde 1875, vocal de las Juntas de Beneficencia, Sanidad estadística, Instrucción Pública y Pósitos de Logroño desde 1860. Era socio de la Cruz Roja, diputado provincial de Logroño desde 1877 hasta 1887 y Vicepresidente de la Diputación; fundador de la Sociedad Antropológica Española.
- Remigio Rodríguez Sánchez en 1898; numerario 89 que residía en Pamplona fuera de la temporada.

### **Las aguas del balneario de San Agustín de Haro.**

Las aguas que fueron usadas para baños terapéuticos de San Agustín de Haro, se encontraban al sur oeste de la villa de Haro en una huerta que había pertenecido a los religiosos de San Agustín, donde unos empresarios, los señores Landaluce y Francés establecieron una fábrica de jabón. Las actividades industriales requerían mucha cantidad de agua así que perforaron un pozo al efecto de unos 23 pies de profundidad cuando se encontraron con unas aguas amarillentas y de olor pútrido. En la creencia de que el pozo contenía sustancias en putrefacción se afanaron en limpiarlo y al ver que no había tal materia orgánica sino agua de un manantial que salía con olor fétido. Ante de disponer del informe del análisis de los señores Sáiz Montoya y Utor, y tras la



declaración de Baltanás, el farmacéutico de Haro, empezaron a acudir las gentes a hacer uso de las aguas en tal número que los dueños hubieron de prohibirlo mientras no fuesen prescritas por un facultativo y a este fin proveyeron a los médicos de la localidad de las papeletas ad hoc y así poder regularizar su administración y la recogida de datos de los efectos fisiológicos y terapéuticos.

La existencia de este balneario poco conocido queda recogida en un recopilatorio sobre los establecimientos de aguas minero medicinales de La Rioja (Guerrero Fuster, 1984: 262).

*Análisis de las aguas.* El análisis de las aguas de San Agustín de Haro lo realizó el farmacéutico de Haro D. Juan Baltanás en 1876, personándose en el manantial y examinando las propiedades físicas, declarando que correspondían a aguas sulfurosas, con gran cantidad de ácido sulfhídrico, según el análisis realizado mediante reactivos. En vista de esto se enviaron muestras para su análisis al farmacéutico del Santo Hospital Civil de Bilbao Sr. Saturnino de Monasterio, confirmando el realizado por el farmacéutico de Haro D. Juan Baltanás (M. Reguera, 1892: 815). En base a estos análisis previos, los propietarios Landaluce y Francés se dirigieron al laboratorio de Madrid, donde las aguas del balneario de San Agustín de Haro fueron analizadas, cualitativa y cuantitativamente y también mediante análisis espectral en 1876, por Constantino Sáez Montoya y Luis María Utor, ingenieros industriales, catedráticos y farmacéuticos propietarios del laboratorio químico establecido con autorización del gobierno en Madrid. (M. Reguera, 1892: 642). Al año siguiente, en 1877 este trabajo analítico fue publicado y contenía, además del dosado de gases disueltos y la composición por litro de agua, otra memoria de las aguas con indicaciones fisiológicas y terapéuticas y otras consideraciones como la higiene y la alimentación, firmado por Eladio Acha (M. Reguera, 1892: 651).

La figura de Eladio Acha nos resulta una incógnita al verlo firmante de esta memoria, y más aun al ver que también formaba parte del Tercer Cuartel para la atención de la epidemia de cólera de 1865 en Haro. La investigación acerca del personaje nos conduce a dos publicaciones de 1862 del ámbito farmacéutico<sup>134135</sup>, una de Madrid y otra de Barcelona en las que figura como firmante y donde se recoge la demanda colectiva para denunciar un abuso por parte del alcalde de Fuemmayor hacia su

---

<sup>134</sup> “Representación de varios profesores de las ciencias de curar, al Gobierno civil de Logroño, sobre un gran abuso”. *Revista Farmacéutica Española*, año III, nº 64, 241-246. Barcelona, 30 de agosto de 1862.

<sup>135</sup> *El Restaurador Farmacéutico*, nº 36, 141-142. Madrid, 7 de septiembre de 1862.

farmacéutico. También figura como proponente del ayuntamiento de Haro del proyecto formado para la alineación de la plaza de la Cruz<sup>136137</sup>, contribuyente y como capacidades de Haro en la rectificación del censo electoral de 1866<sup>138</sup>. Por las informaciones encontradas, pensamos que el perfil mostrado, como profesional farmacéutico junto a su papel activo en el ayuntamiento, le faculta para dar voz a las cuestiones administrativas y técnicas, y pensamos por ello haber encontrado su identidad.

En 1882 se realizó un informe del caudal y el estado de las aguas del balneario de San Agustín por Orden de la Dirección General de Sanidad, a cargo del ingeniero jefe Pedro Fernández Soba y el médico director Marco Antonio Marceliano Díaz de Cerio, que motivó la clausura del establecimiento de baños de Haro (M. Reguera, 1892: 727).

*Propiedades terapéuticas de las aguas.* Según los análisis practicados las aguas son clasificadas como sulfuro-azoado-bicarbonatado alcalinas y por tanto, de alto interés médico. Su temperatura es constante de 13° C y fuerte olor hepático, o sea a huevos podridos. Su acción fisiológica es estimulante, parecida a la del café tomada interiormente o en bebida, que puede usarse sola o mezclada con leche aunque de esta forma tiene menor efecto. Usadas en baño predisponen a la diaforesis, aumentan la secreción urinaria y se percibe una suntuosidad jabonosa en la piel efecto de la gran cantidad de materia crasa o baregina que contienen. La acción terapéutica se supone según se desprende del uso de aguas similares, como las de Panticosa y se determina su uso siguiendo las recomendaciones hechas por el médico director de dicho balneario D. José Herrera Ruiz, médico director también de los baños de Arnedillo. Se recomiendan en la diátesis escrofulosa, tuberculosa y herpética, en caquexias, litiasis o mal de piedra, gastritis crónica y reumatismo crónico (Sáez de Montoya y Utor, 1877)

*Médicos directores de baños.* El médico del balneario de San Agustín, en Haro, en 1878 era José Chacel y Ferrero (M. Reguera, 1897: 880). En 1882 lo era Marco Antonio Díaz de Cerio que nació el 18 de junio de 1859 en Logroño y se doctoró en medicina en 1882 ocupando varias plazas de médico director de baños. Socio numerario de la Hidrológica Española, Ayudante del Laboratorio Químico municipal de Madrid, Médico supernumerario de la Beneficencia municipal de la corte en 1883 y

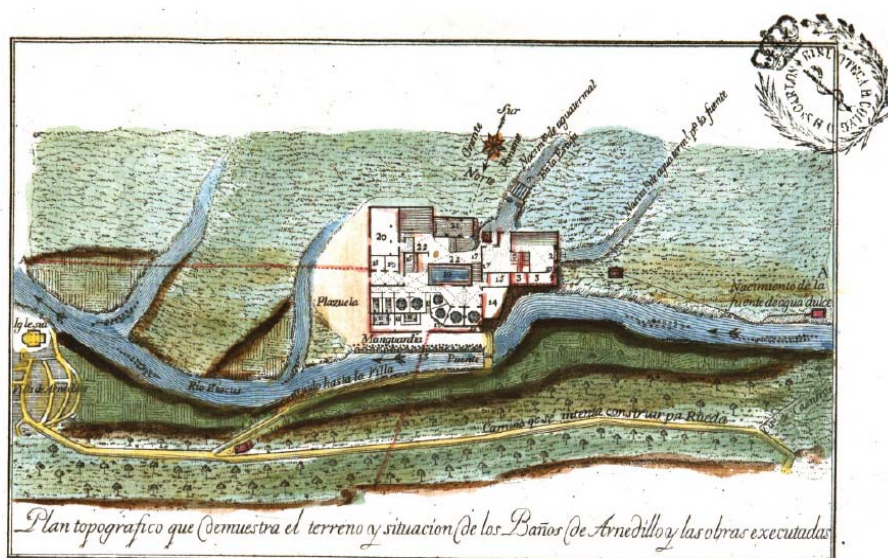
---

<sup>136</sup> Boletín oficial de la provincia de Logroño, nº 97, de 5 de agosto de 1872, pag. 3.

<sup>137</sup> Boletín oficial de la provincia de Logroño, nº 27, de 3 de marzo de 1873, pag 3.

<sup>138</sup> Boletín oficial de la provincia de Logroño, nº148, de 10 de diciembre de 1866, pag 2.

recompensado en 1886 por el Ayuntamiento de Logroño con diploma de honor, por sus servicios durante la epidemia colérica de 1885.

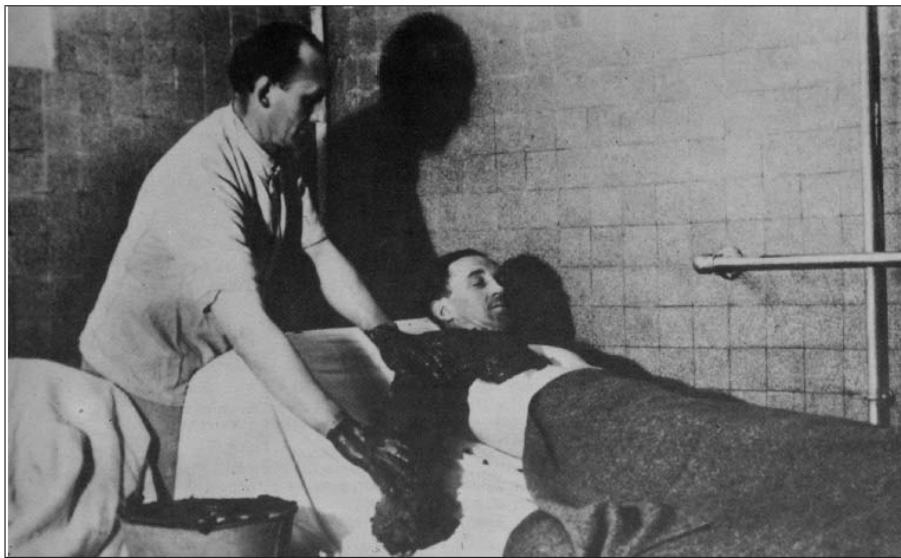


Ubicación en plano topográfico de los Baños de Arnedillo  
Tomado de Gutiérrez Bueno. 1801

**Foto 1. Aplicación general**



**Foto 2. Aplicación local**



Aplicación de peloides. Tomado de Maraver (2006)

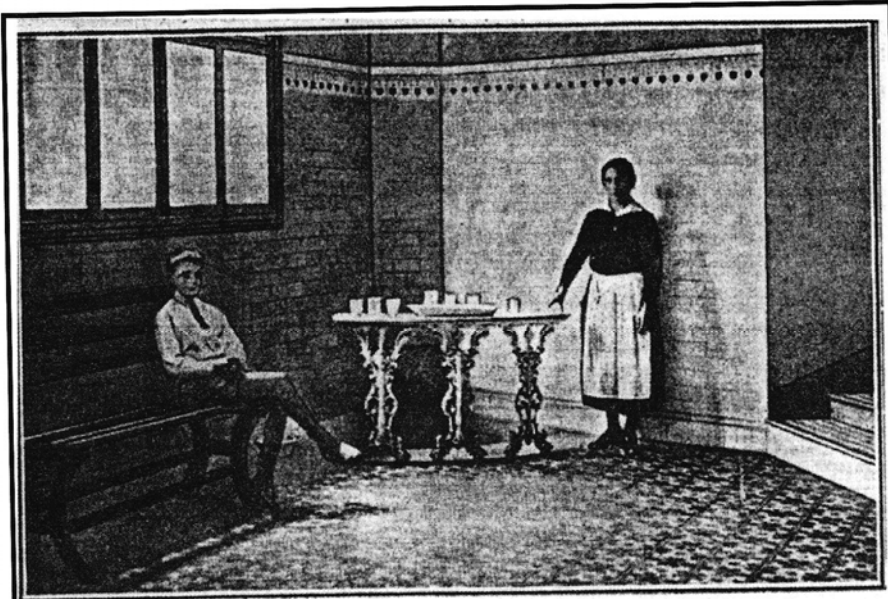


Fuente del manantial o “de abajo”. Arnedillo

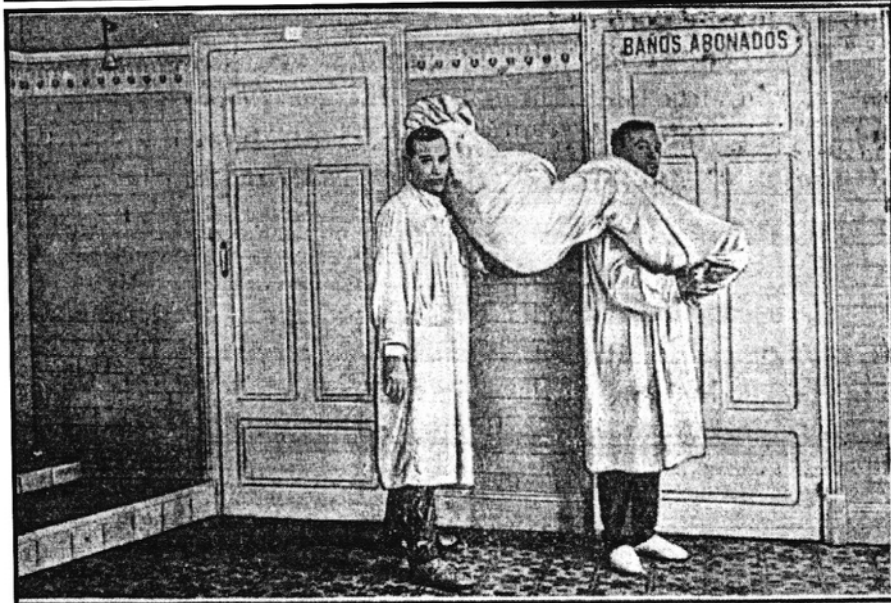


Traslado de agüistas en el baño termal. Arnedillo.

Tal como consta en el Reglamento de los reales baños de Arnedillo de 1827, era obligación de los bañeros trasladar a los agüistas embozados para, de este modo, no perder las propiedades sudoríficas del agua termal.



FUENTE DEL AGUA TERMAL



SISTEMA DE CONDUCCIÓN DE BAÑISTAS AL RESUDOR



Acceso a la fuente termal del balneario de Arnedillo



Pozas externas de Arnedillo

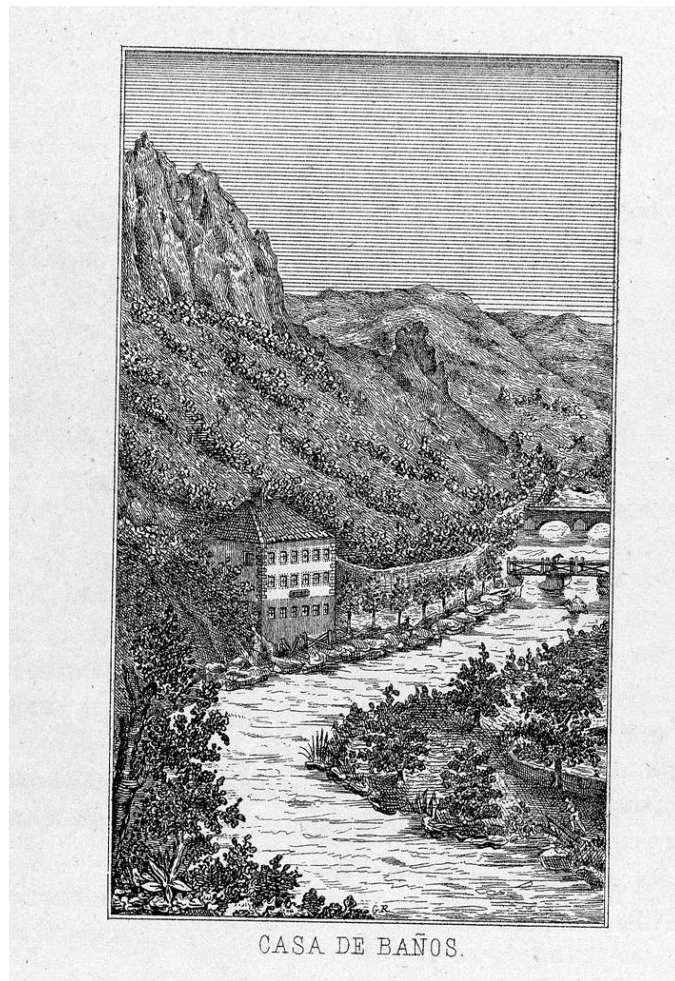


Antigua Casa de barro o peloides de Arnedillo

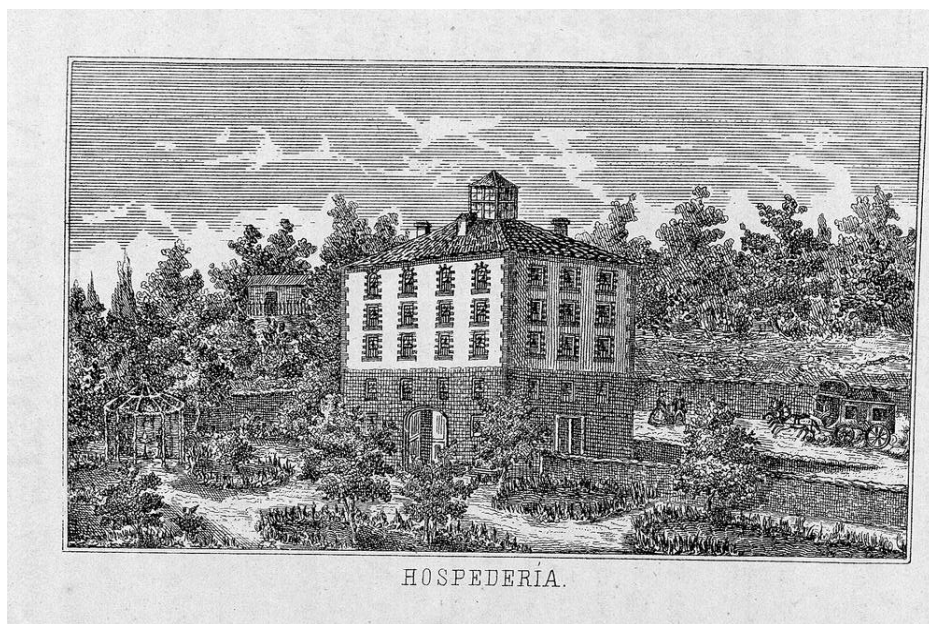




Folleto de publicidad del balneario de Riva los Baños en el que se muestra la panorámica del pueblo y las ilustraciones de los baños y la hospedería. En el anuncio consta el nombre del propietario en el centro, el señor Laviano y compañía.



CASA DE BAÑOS.



HOSPEDERÍA.

Casa de Baños y Hospedería de Riva los Baños en Torrecilla de Cameros. Escolar, 1865: 58



Bañera de mármol y bañera para baño de asiento pertenecientes al establecimiento de Grávalos  
Tomada de Fernández Díez, 2008



Diario "La Rioja". Domingo, 16 de agosto de 1903, pag. 4. Obsérvense los anuncios de diferentes baños y balnearios: remarcado en rojo el de Riva los Baños, en azul el de Sobrón, Fitero y el del Condado de Treviño.

LA RIOJA. GUIPÚZCOA GRAN BALNEARIO DE GAVIRIA Parada en la carretera de Guetaria

(Una hora de R. Bahía) Temporada oficial: 15 de junio a 15 de septiembre

Presco: 15 de junio a 15 de septiembre, 400 pesetas por día

Doa grandes manantiales AGUAS EQUILIBRADO PERFORACIONES hechas en la montaña de Guetaria, Guetaria y Guetaria

Balneario de Riva los Baños EN TORRELLA DE GARCERAN LOGROÑO Temporada oficial: 20 de junio a 20 de septiembre

DIGESTIVO CLIN El más poderoso remedio contra las ENFERMEDADES del ESTÓMAGO

Sección de Haro DIONISIO DEL PRADO HARO Fábrica de Alcobas, Aguardientes y Licores

AGUAS DE PANTICOSA Periclitado de las alturas en España

DE VITAL INTERÉS PARA LAS SEÑORAS El hábito de las aguas de Panticoza

Gran Balneario de Beletu (Navarra) Mujeres presa de debilidad y cansancio



SANATORIO QUIRÚRGICO DEL DR. MADRIDO SANTANDER

Prevenir asegurado

Correas para maquinaria Gomas Amiantos Correas

NITRATOS para la remolacha, etc. SUPERFOSFATOS primeras materias para la restauración de abonos

Abonos MAPAS LA HOZ

SOCIEDAD ANÓNIMA TALLERES DE SAN MARTIN

CASICHUAS

Pablo Haehner ESTABA ESTABA

Zarpaparrilla de Dr. Ayer

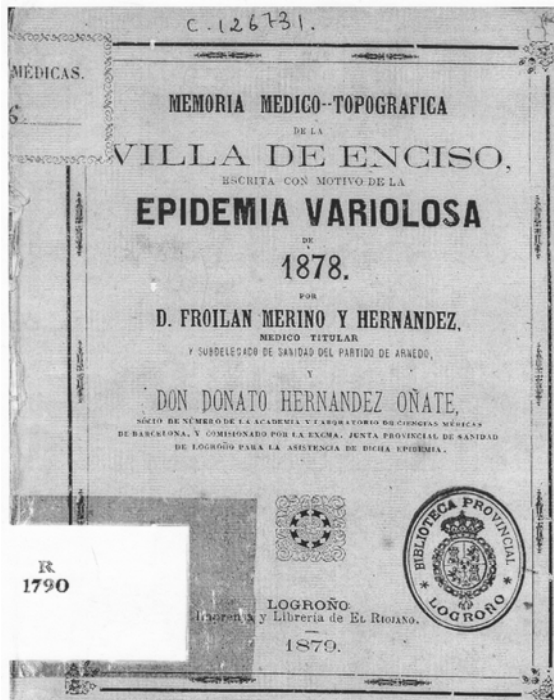
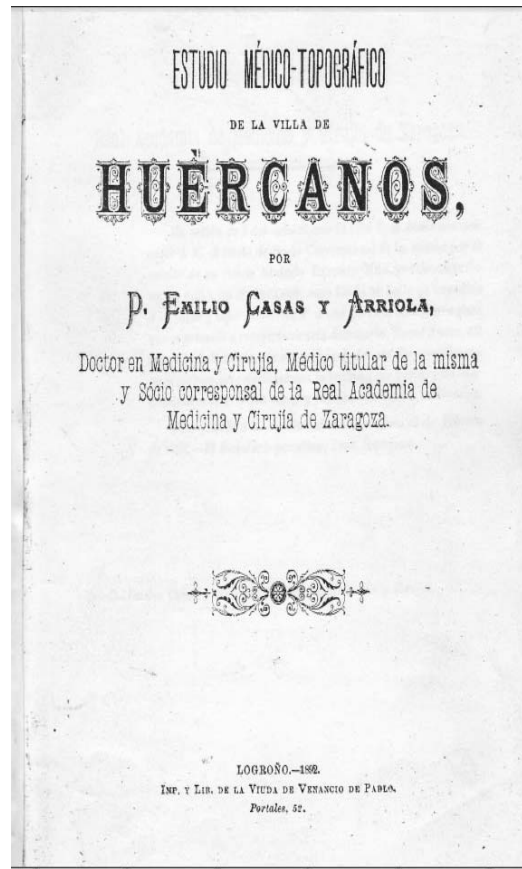
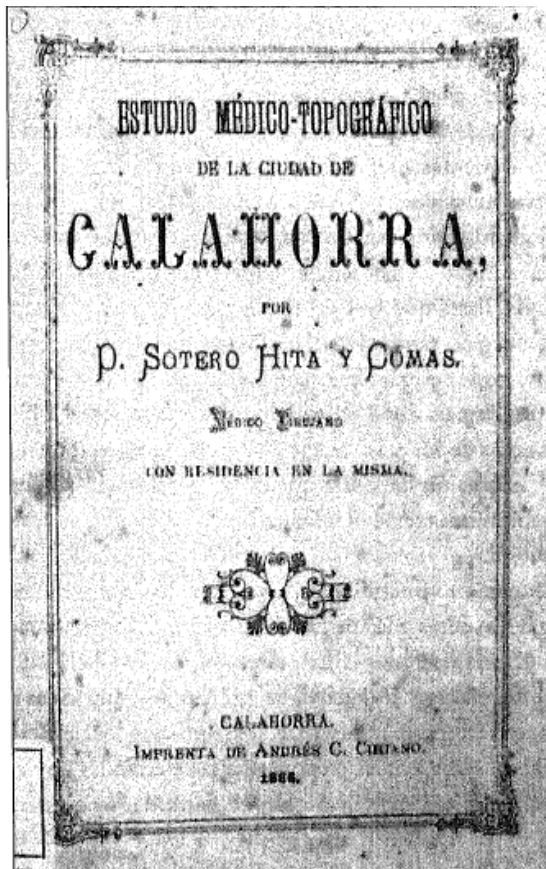
EXQUISITOS CHOCOLATES



Diligencias y transporte para el balneario. Tomado de: Los transportes de viajeros en el siglo XIX.  
Disponible en: <http://www.caminoslibres.es/index.php?name=Sections&req=viewarticle&artid=80&page=1>  
[Consulta el 2-9-2013]

Capítulo 5

Las Memorias Higienistas de La Rioja. El diagnóstico de salud de la comunidad







El estudio de las topografías médicas de La Rioja responde al objetivo general de este trabajo, comprobar el grado de implicación y participación de los higienistas riojanos en una etapa de la historia de la sanidad nacional en la que se acometieron reformas sanitarias de gran relevancia.

En la elaboración de estas memorias no siempre participaron médicos, sino también otros profesionales de disciplinas ajenas a la higiene, como los arquitectos municipales, los ingenieros y los farmacéuticos, aportando su pericia en pos de los objetivos de los preceptos higiénicos.

La primera obra que motivó este estudio es la de Huércanos (Casas, 1892) y al comprobar las posibilidades de investigación que ofrecía, por el caudal de información recogida, me propuse estudiar el número de topografías médicas disponibles en la actualidad y concernientes a La Rioja, para lo que ha sido esencial la consulta de los trabajos de Juan Casco Solís y Luis Urteaga González.

Tras una ardua tarea de indagación, consulta y comprobación, hemos podido reunir varias obras del contexto riojano situado en el último tercio del siglo XIX, localizadas en los fondos de las Academias de Medicina de Madrid y de Barcelona principalmente.

Para intentar disponer del mayor número de obras médico topográficas, se ha recurrido también a la consulta expresa en las distintas academias de medicina de España que fueron fundadas, al menos, durante el siglo XIX. Pero no todas disponen de un archivo organizado y catalogado de sus fondos, por lo que queda una brecha abierta hasta completar todas las búsquedas posibles, especialmente en las academias de medicina de Zaragoza y Valladolid.

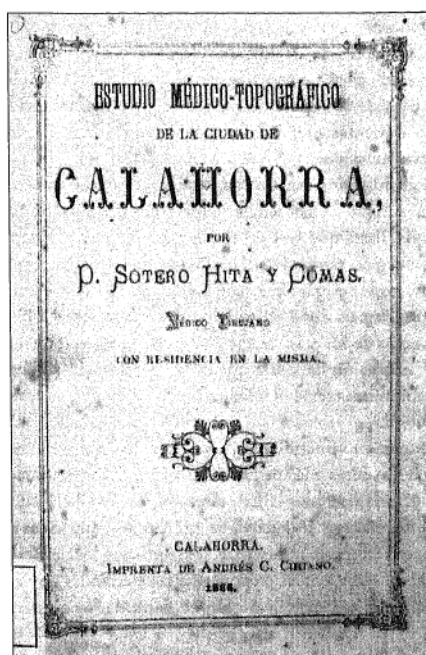
Las topografías médicas de La Rioja disponibles para este estudio son las realizadas entre los años 1886 y 1916 en Calahorra, Quel, Huércanos, Cervera del río Alhama y Logroño. Ya en 1916, una vez cruzada la línea divisoria del nuevo siglo XX, vemos que los términos geografía médica y topografía médica se confunden y se funden en un único significado. También figuran bajo la denominación de “estudio”, “memoria”, etc. de la comarca o localidad en general, pero siempre contemplados bajo un contexto médico-higiénico-sanitario.

En capítulos anteriores hemos mencionado la variedad de perspectivas de estudio con las que se han abordado las topografías médicas en la actualidad. Unas veces el interés es dar a conocer al médico como protagonista de la población en la que ejerció y como persona destacada a quien rendir homenaje. Otros análisis se han orientado a

encontrar similitudes entre estos estudios y los meramente geográficos, pues la geografía es una disciplina que comprende la geografía humana y de la salud además de la descripción de la tierra, el territorio o los paisajes. Por ello estos trabajos son un precedente de gran interés para investigaciones retrospectivas en general. En este sentido vemos cómo se han estudiado las topografías médicas como modelo de descripción territorial (Urteaga, 1999), destacando la geografía en las topografías médicas (López Ontiveros, 1984), o bien el estudio del espacio urbano, como la ciudad de Natal en Brasil (Araújo et al, 2003). En este estudio nos interesa abordar la cuestión con una mirada antropológica, pues desde el punto de vista etnográfico las topografías médicas son muy ricas en toda clase de datos e informaciones, aunque somos conscientes de que existen vías diversas para la aproximación a la realidad histórica de los pueblos y sociedades, en lo que se refiere a su manera de ser, de obrar y de vivir, en definitiva a su patrimonio cultural,

## Calahorra, 1886

El estudio médico-topográfico de la ciudad de Calahorra por D. Sotero Hita y Comas, médico cirujano con residencia en la misma, consta de 75 páginas impresas y fue editado en Calahorra, en la imprenta de Andrés C. Ciriano en el año 1886. Es una obra que ha sido ya analizada en la actualidad (González Sota, 2009).



Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 49)

Esta obra no fue premiada por ninguna Academia de Medicina, sino que fue realizada inmediatamente después de la epidemia de cólera del año 1885, dedicando al final de sus páginas un recuerdo histórico. Su redacción es a veces confusa y su estilo está lleno de descripciones ampulosas sin poder a descifrar, en muchas ocasiones, el fondo de lo que se propone.

Comienza la obra por un Prólogo en el que dedica su gratitud a las personas que le han ayudado en la publicación de la obra y, también, lanza una amonestación al “*sinnúmero de críticos*” que en su ausencia “*hacen objeciones a todo menos a lo que comprenden*” y agradece las críticas en su presencia. Se lamenta de las escasas corporaciones médicas que se interesan por esta clase de estudios y las muchas que para nada se acuerdan de estos trabajos. El prólogo va seguido de cinco capítulos:

Capítulo primero: *Importancia de los estudios médico-topográficos* donde nos remite a Hipócrates y su *Tratado de aires, aguas y lugares*, a la higiene como rama

fundamental de la medicina y del Árbol Antropológico. El autor aboga por la base poderosa que proporcionaría la Geografía Médica Española para el estudio etiológico y curativo de las múltiples enfermedades que “*acarrea un aire inficionado, un agua mal saneada, o un alimento averiado*”.

Capítulo II: *Reseña histórica de la ciudad de Calahorra*. El doctor Hita en su estudio presenta una visión muy localista de la ciudad de Calahorra, citando nombres que, a modo de relato, configuran la historia de la ciudad como Aníbal, Sertorio, Marco Flavio Quintiliano, Prudencio Clemente y otros personajes calagurritanos de la época romana, principalmente. Este pasaje histórico está basado en la obra (Subirán, 1878) sobre noticias históricas de la ciudad antes y después de la dominación romana a cargo de D. Ramón Subirán natural de Calahorra y concejal calagurritano (López Rodríguez, 1997).

Capítulo III: *Calahorra y su término*: Situación geográfica, situación topográfica, población, Vías urbanas: calles situadas en el plano horizontal, calles y precipicios situados en el plano inclinado, edificios privados. Entre los edificios públicos describe las iglesias parroquiales y templos menores: Santa Iglesia Catedral, Iglesia de Santiago, Iglesia de San Andrés, Iglesia de San Francisco, Convento de los padres Carmelitas, Convento de las Monjas Carmelitas, Oratorio de los padres Misioneros, Ermita de la Concepción y Asilo de Ancianos Pobres, Ermita de la Casa Santa, Escuelas Públicas, Hospital Civil, Cementerios, Teatro. Perímetro de la Ciudad.

En Calahorra hay fábricas de conservas alimenticias, fábricas de aguardientes, una fábrica de camas de hierro, riqueza rústica, urbana, pecuaria y colonato.

Capítulo IV: Este capítulo está dedicado a las *enfermedades más frecuentes* que mencionaremos más adelante.

Capítulo V: *Estadística* de nacimientos, defunciones y causa de éstas. Se compone este capítulo de cuadros de nacimientos y defunciones referidas al bienio en estudio y una lista de enfermedades que han ocasionado las defunciones correspondientes y que analizamos de forma diferenciada con la mortalidad.

En esta obra sobre Calahorra, el Dr. Hita cita únicamente a tres autores científico-médicos. En la primera página encontramos a Hipócrates y su tratado “*Sobre aires, aguas y lugares*”, y avanzando en su contenido encontramos mención a “*Morchad*” como buen descriptor de las apoplejías, y a “*LeRoy*” y su vomipurgativo en la terapéutica contra el cólera.

El Dr. Hita realiza una descripción de la fisiografía o geografía física de Calahorra, es decir, la geología y características del suelo, el estudio de la fauna presentado en un cuadro sinóptico que tipifica los tipos, clases, órdenes, familias géneros y especies, sin aclarar el criterio de tal clasificación. Continúa con una mención a la flora y la importancia que bajo el punto de vista higiénico tiene en pueblos y ciudades, exponiendo que son las que corresponden a terrenos montuosos constituidos por plantas de fruto alimenticio, arbustos de escasa importancia y árboles frutales en su mayoría, dispensándose el autor por no abundar en el tema.

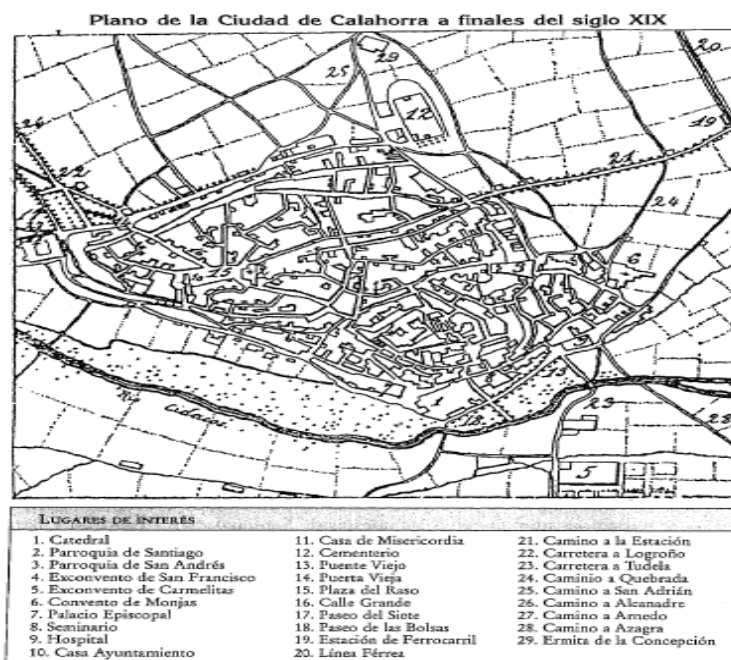
En relación con la hidrografía, se aborda el asunto considerando las aguas físicamente y bajo el punto de vista de la abundancia o escasez, sin aclarar el análisis hidrotimétrico de las aguas, para lo que se excusa diciendo: “*pues engolfarme en asuntos tan arduos como hidrotimétricos sería querer hacer un titánico esfuerzo del cual me considero incapaz*”. Así pues, clasifica las aguas según se emplean en la ciudad: 1º Las destinadas en su mayor parte a la cocción de alimentos, refiriéndose al agua del río Ebro, que es un poco oscura, inodora y de sabor tan grato que “*el organismo siente una especie de bienestar indefinible*”. El inconveniente de su uso es la distancia y para ello, recuerda, podrían aprovecharse las lecciones de los romanos sobre los acueductos, para nutrir la naumaquia del paseo de Mercadal, por ejemplo. 2º Las destinadas para la bebida, principalmente la fuente de los trece caños, de una transparencia muy marcada, inodora y de sabor agradable y abundante de tal forma que proporciona a cada uno de los 9.000 habitantes, una cantidad de unos 66 litros por día, “*cantidad que excede en mucho a la que los más reputados higienistas asignan a cada individuo en las 24 horas para la limpieza, aseo personal, bebida, etc.*”. 3º Las destinadas para la limpieza, refiriéndose a tres fuentes de agua no potable, de olor especial, que suelen secarse y con una asignación a cada vecino de unos cuatro litros en función de su caudal, usándose también para el lavado de los suelos.

Termina el apartado de hidrografía tratando sobre el pantano situado en la jurisdicción de Calahorra que, aun siendo construido con anterioridad, no es considerado de ningún modo como foco de mefitismo palúdico. Las “*fiebres intermitentes*”, que con tanta frecuencia se observan en los lugares próximos a pantanos, han existido siempre en la ciudad de Calahorra y no han aumentado las fiebres palúdicas por el pantano, el cual se construyó con arreglo a las exigencias higiénicas en cuanto a distancias de la población, desagües etc. Por otra parte, como remedio a las fiebres se recurre a comprar unos cuantos gramos de quinina que, bien administrados, cure radicalmente la fiebre

palúdica. Por eso, el Dr. Hita no solamente no considera perjudicial el pantano construido, sino que dada la vida social de Calahorra, además de útil, se considera indispensable. El pantano referido se llama en la actualidad la Estanca-Perdiguero y antaño la cuestión era poder contar con una fuente de regadío de las tierras, aun con el riesgo palúdico o de padecer “*dispepsia por inanición*” en caso de que las cosechas se secaran por falta de riego.

No podía faltar la mención a la climatología, el conjunto de fenómenos meteorológicos que influyen en mayor o menor grado sobre “*los seres organizados*”. Calahorra está sometida a toda clase de vientos y su temperatura media anual es de 12°C. Las altas temperaturas del estío (27-36°) dan lugar a enfermedades del tubo digestivo y en el otro extremo, la temperatura mínima llega a 0°, siendo el aparato respiratorio el más afectado entre la población.

Calahorra cuenta con 2.160 vecinos y 8.300 habitantes, no obstante este apartado que el Dr. Hita titula “*Condiciones físicas y morales de los vecinos de esta ciudad*”, le supone una tarea difícil ya que el mejor medio que encuentra de clasificar a los vecinos, según sus exigencias, es hacer tres divisiones: la clase más elevada, la clase media y la clase inferior y no quiere con ello herir susceptibilidades entre sus convecinos. Según esta distinción en tres grupos, entre la clase más elevada se encuentran a su vez tres subgrupos donde encontramos a los propietarios, los dedicados a profesiones intelectuales activas y los dedicados a profesiones intelectuales subordinadas.



Fuente: VALVERDE, Emilio, *Plano y Guía del Viajero en Calahorra, Alfaro y Arnedo*, Madrid, 1886.

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 56)

Así pues, los propietarios son la clase más acomodada e independiente y los describe como compasivos con los indigentes, morigerados en sus costumbres, no son orgullosos y sí rectos en sus asuntos y, con frecuencia, se les confunde con la clase media e inferior. Los dedicados a las profesiones intelectuales activas, entre ellos el clero, a cuyo cargo se encuentra el Obispo D. Antonio María Cascajares y tanto la curia civil como la eclesiástica “*ejercen su profesión con la mayor pulcritud*”; los abogados, hombres rectos y conciencudos, modelos en sus formas sociales. Los médicos que junto con el autor suman seis en toda Calahorra, cumplen con celo y abnegación cuanto compete a su profesión; los farmacéuticos son cuatro, “*cuya amabilidad en el despacho y el buen surtido de sus oficinas demuestran su idoneidad*”, profesores de instrucción primaria, comerciantes, etc. Entre los dedicados a profesiones intelectuales subordinadas no hay gran número en la ciudad, pues engloba a los empleados en el Ayuntamiento y las dos casas de banca.

En la clase media incluye a los artistas, que parecen estar muy unidos, pues es preponderante la sociedad de “Socorros mutuos” que, con sus fondos, se encarga de asistir a los socios enfermos.

Entre la clase inferior encontramos a los labradores, los más numerosos. Son de desarrollo físico muy marcado y es la clase que da carácter a la población.

**CUADRO 45. Profesiones de los concejales de Calahorra 1891-1923**

PROFESIÓN	NÚMERO	%
Abogados, procuradores, notarios y escribientes	8	7,0
Comerciantes	19	16,7
Farmacéutico	1	0,9
Industriales (17 fabricantes conservas)	23	20,2
Maestro de obras	1	0,9
Médico	1	0,9
Propietarios y labradores	55	48,2
Sastres	3	2,6
Sirviente	1	0,9
Veterinarios	2	1,7
<b>Totales</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Fuentes: A.M.C., Censos electorales de Calahorra de 1900 y 1920 y Padrones municipales de Calahorra de 1890, 1920 y 1924. Elaboración propia.

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 114)

La ciudad se divide en calles situadas en plano horizontal y plano inclinado. En las del plano horizontal encuentra el Dr. Hita una desproporción entre la altura de las casas y la anchura de las calles, y en el plano inclinado las calles son estrechas y mal

ventiladas. Algún recodo falto de limpieza es considerado un foco continuo de miasmas infecciosos. El Dr. Hita resume la descripción de esta manera: “*donde no entra un rayo de sol, entra el médico*”. De igual modo que diferencia las calles así lo hace con las casas correspondientes, clasificando como “*buenas*” las del plano horizontal y las del plano inclinado como no merecedores del título de casas, sino de chozas o albergues.

El cómputo de nacimientos y defunciones en los dos años de estudio es de saldo positivo a favor de los nacimientos con respecto a las defunciones, y se produce un descenso en los nacimientos en 1886 con respecto al año anterior, según los cuadros elaborados por el Dr. Hita en su obra, cuyas cifras se detallan a continuación:

NACIMIENTOS que han tenido lugar desde 1.º de Agosto de 1884 á igual fecha de 1886.				DEFUNCIONES por edades en el bienio expresado.							
1.º de Agosto de 1884 á id. de 1885.			1.º de Agosto de 1885 á id. de 1886.			1.º de Agosto de 1884 á id. de 1885.			1.º de Agosto de 1885 á id. de 1886.		
MESES.	Varones.	Mujeras.	TOTAL	MESES.	Varones.	Mujeras.	TOTAL	EDADES.	Varones.	Mujeras.	TOTAL
Agosto..	12	10	22	Agosto..	8	12	20	De 0 á 1....	45	24	69
Setbre..	17	8	25	Setbre..	9	13	22	De 1 á 5....	37	46	83
Octubre..	23	21	44	Octubre..	7	11	18	De 5 á 10...	0	0	0
Novbre..	15	12	27	Novbre..	12	14	26	De 10 á 20..	9	1	10
Dicbre....	12	19	31	Dicbre....	18	17	35	De 20 á 30..	7	4	11
Enero....	12	22	34	Enero....	14	16	30	De 30 á 40..	6	3	9
Febrero..	28	14	42	Febrero..	13	20	33	De 40 á 50..	6	5	11
Marzo....	26	23	49	Marzo....	19	15	34	De 50 á 60..	5	7	12
Abril.....	21	17	38	Abril.....	10	12	22	De 60 á 70..	17	19	36
Mayo.....	17	8	25	Mayo.....	14	9	23	De 70 á 80..	18	16	34
Junio.....	14	13	27	Junio.....	20	10	30	De 80 á 90..	4	4	8
Julio.....	18	18	36	Julio.....	19	10	29	De 90 á 100.	0	1	1
<i>Total...</i>	215	185	400	<i>Total...</i>	163	159	322	<i>TOTAL...</i>	154	130	284
								<i>TOTAL...</i>	208	239	447

Nacimientos y defunciones en Calahorra. 1884-1886. Tomado de Hita y Comas, 1886: 70-71.

Las defunciones en el segundo año se ven aumentadas por el efecto de la epidemia de cólera en prácticamente todos los grupos de edad. Se observa también que las defunciones en este segundo año afectan más a las mujeres.

Dentro de lo que denominamos estadísticas sociales, se incluyen las estadísticas judiciales de los dos años en el partido judicial de Calahorra, que comprende además Ausejo, Autol, Pradejón y Alcanadre.

Los delitos que corresponden a la ciudad de Calahorra suponen el 37% en el primer año, el 42% el segundo y entre los dos años contabilizados el 37%, según la estadística señalada por el Dr. Hita. Las lesiones y hurtos son los delitos que se producen en mayor número y nos parece destacable que se hayan producido disparos de armas en ambos años.



*ESTADISTICA judicial de Calahorra y su partido (Autol, Ausejo, Pradejon y Alcanadre) á contar desde 1.º de Agosto de 1884, á igual fecha de 1885.*

Número.		Número.	
1.º de Agosto de 1884 á id. de 1885.	Lesiones. . . . . 21	1.º de Agosto de 1885 de id. de 1886.	Lesiones. . . . . 13
	Hurto. . . . . 15		Hurto. . . . . 20
	Robo. . . . . 4		Robo. . . . . 7
	Desobediencia. . . . 3		Desobediencia. . . . 0
	Amenazas. . . . . 3		Amenazas. . . . . 1
	Daños. . . . . 3		Daños. . . . . 2
	Violacion. . . . . 1		Violacion. . . . . 1
	Tentacion de aborto. . . . . 1		Tentacion de aborto. . . . . 0
	Disparo de armas. . . 2		Disparo de armas. . . 3
	Falso testimonio. . . 2		Falso testimonio. . . 1
	Total. . . . . 55		Total. . . . . 48
	Corresponden á esta Ciudad 18.		Corresponden á esta Ciudad 20.

Tomado de Hita y Comas, 1886: 52

Hay un teatro que parece ser se usa únicamente en fiestas, o sea, una vez al año. Calahorra por su parte cuenta con tres casinos, con salones de lectura, incluidos varios periódicos de diferentes matices políticos, y juegos diversos, excepto los de azar. Cada teatro está compuesto por gran número de socios y así cada clase social lo frecuenta según su posición, principalmente, los días de fiesta. Nos parece reseñable el hecho de que hubiera casinos destinados a las diferentes clases sociales, pues nos aporta la idea de que la diferenciación de clases está interiorizada entre la población

Al Dr. Hita le llama la atención la paradoja que observa entre la clase inferior, sobre todo los labradores, que a pesar del arduo y rudo trabajo la mayoría no cuida la alimentación. La ración alimenticia consta de dos libras y media de pan regular con, a lo sumo, un huevo cocido que gastan los más pudientes. El vino es de escasa gradación y son raras las familias que lo toman en el campo. Cuando algún jornalero acude al médico sus palabras son: “*Mire usted todo lo que tengo debe ser el vino que es mucho malo*”. Se desayunan con aguardiente y hasta cierto punto el Dr. Hita considera esta costumbre “*muy científica*” pues por su alcohol o “*alimento de ahorro*” suple la deficiencia alimenticia.

Entre la clase inferior la instrucción elemental es deficiente. Según relata el Dr. Hita, por lo que respecta a los padres, dedican a los niños que tienen un desarrollo regular a los trabajos más sencillos del campo, saliendo de la escuela a edad muy temprana por este motivo.

La situación de la escuela es descrita al detalle desde la perspectiva médica por el Dr. Hita “*La escuela de párvulos de Calahorra, ni es tal, ni merece los honores de tal*”, ya que por su ventilación, su altura y por su piso más merece el nombre de choza que de escuela. El número de niños que acuden diariamente a dichas escuelas públicas, es de

1.074 y, de ellos, 300 son párvulos. Le preocupa la alarmante falta de ventilación y la acumulación de gases nocivos por causa de la aglomeración. Esta observación le lleva a calcular la cantidad de aire necesario para respirar en función del número de niños por aula, para confirmar su masificación y justificar el cambio necesario de las instalaciones. También le parece alarmante y es la base de su denuncia la suciedad y escasez de los excusados, debido a su saturación por el exceso de niños. Todo ello junto a los pequeños accidentes, ocurridos entre los escombros y basuras que abundan en el patio de recreo y sus accesos...”*hasta tal punto que el maestro a menudo tiene que hacer de practicante de cirugía menor*”.

Han existido varios periódicos semanales sin conocer la razón de su desaparición, a pesar de que en ellos colaboraban personas de gran instrucción y reputación. Tampoco existe en Calahorra un centro de instrucción científica o literaria aunque hay jóvenes “*poseídos de amplios conocimientos*”. Gran número de jóvenes de las clases elevada y media acuden a colegios particulares donde las niñas son instruidas por señoras adineradas de la ciudad.

Existe también la escuela dominical, creada “*con el doble fin de instruir y apartar del vicio al sinnúmero de jóvenes labradoras*” a cargo de “*señoras y señoritas*” de sólida instrucción y “*caridad inagotable*”, pues atienden esta tarea gratuitamente y estimulan la dedicación con premios durante el curso, de octubre a junio.

La instrucción de adultos corre a cargo de los profesores de primaria, a la que dedican dos horas de la noche. El Dr.Hita hace una propuesta al Ayuntamiento en este tema para que se adquirieran instrumentos de agricultura y se repartan entre los asistentes “*más aventajados intelectual y moralmente*”. El elevado nivel de analfabetismo era una dificultad añadida para el desarrollo personal y social, por eso la preocupación por la instrucción de los adultos de Calahorra, por parte de los poderes públicos, al igual que en numerosas poblaciones de España, se contempla de forma continuada y se dilata en el tiempo con diferencias metodológicas y curriculares hasta que el Gobierno de la Segunda República dedica especial atención a esta cuestión apoyando a la educación de los adultos siendo especialmente significativas en esta labor las iniciativas de Ateneos Republicanos, Casas del pueblo y Círculos Anarquistas (Aguirre, 2006:197). Buena parte de las iniciativas de educación de adultos desarrolladas durante el siglo XVIII y XIX incluyeron entre sus fines la moralización de las clases inferiores y a medida que avanzaba el siglo esta función sería sustituida por la de la socialización política. La alfabetización era un objetivo deseable tanto para los gobiernos como para los

ciudadanos. Durante el proceso de industrialización, a pesar de sus consecuencias negativas en un principio, es cuando se llegó a demandar mayores niveles de instrucción por parte de la población, sobre todo en ámbitos semirurales. A este hecho habría que sumar la positiva consideración social que alcanzaba la alfabetización, lo que determinó la aparición de una demanda de educación popular. Aunque las clases de adultos adquieren respaldo legal a partir de 1838, la fecha de su despegue definitivo es en 1860 en que se alcanza la cifra de 30.000 alumnos. La instrucción también estaba destinada a realizar una labor preventiva para evitar el conflicto social, por lo que su objetivo era la formación moral (Tiana, 1991: 7-26). Vemos que en Calahorra esta educación de adultos va dirigida a dos sectores, por un lado a las mujeres labradoras principalmente, pero en la escuela dominical dirigida por señoritas de clase elevada, mientras que la instrucción propiamente de adultos estaba destinada a los hombres jóvenes, estando y a su cargo los maestros de primaria. No olvidemos que estas escuelas funcionaban como una segunda red de alfabetización y socialización, además de imprimir una disciplina social, con todas las carencias, y más, de la enseñanza primaria por la carencia de medios, de maestros poco cualificados y motivados, el absentismo de los alumnos y el reducido currículo entre otros factores (Guereña, 2009: 29).

La descripción del temperamento como tal, se refiere a la clase inferior, en estos términos: *Por regla general son robustos, de temperamento sanguíneo con predominio del aparato locomotor, de fibra enjuta, con el tegumento palmar calloso, su dentadura es blanca y firme, sus digestiones son activas, su inteligencia en la mayoría está poco desarrollada.* (Hita, 1886: 50).

El Dr. Hita contribuye a la estadística médica convencido de que es un progreso de las ciencias y que servirá para hacer comparaciones muy provechosas. Para su elaboración contó con la colaboración de D. Francisco Bermejo, encargado del Registro Civil, de sus compañeros médicos y también con un minucioso registro propio sobre las enfermedades que veía en las visitas a los enfermos. Con todo ello y pese al corto periodo de estudio, el bienio 1885-1886, D. Sotero recoge el número de enfermedades que causan mortalidad, consiguiendo con ello su cuantificación y clasificación. Sin embargo, en cuanto a la morbilidad lo que expresa es una mención a las *fiebres* en general, como relativamente frecuentes en Calahorra, desgranando bajo este epígrafe las diferentes denominaciones, como las llamadas *catarral e inflamatoria*, las *nerviosas*, que se observan sobre todo en primavera y, en el verano, las *gástricas*, que no suelen tener un fin funesto. Entre el grupo de las *exantemáticas*, las más frecuentes son el

*sarampión*, que califica de endémico, junto a las *inflamatorias*, de índole catarral y las *intermitentes o tercianas* que son las fiebres más frecuentes en toda época del año. La terapéutica que utiliza para estas fiebres palúdicas, de múltiples denominaciones como vemos, es el sulfato de quinina administrado a horas determinadas y en el intervalo apirético, sin tener que recurrir a la medicación arsenical ni a específicos para su tratamiento. La *fiebre tifoidea* suele presentarse por complicación de casos agudos, que suele coincidir con la mala higiene de las viviendas de los afectados. Las *varioloides*, *viruela*, *escarlatina* y *miliar* son raras y las *perniciosas* no se observaron en el bienio que el Dr. Hita estudia.

Las enfermedades del *aparato respiratorio* son las que con más frecuencia se presentan, desde la simple laringitis hasta la *tuberculización pulmonar* y la mayoría de las veces con un cuadro de síntomas alarmantes.

Las afecciones del aparato digestivo son muy frecuentes en los niños durante el verano, especialmente la *colitis* y *enterocolitis*. También son muy frecuentes las *flegmasias de la túnica interna del estómago*, las *gastralgias*, las *dispepsias*, así como las *estomatitis* y *anginas*.

El reumatismo, el histerismo con todas sus manifestaciones y la epilepsia, la erisipela, el escrofulismo y la anemia son también frecuentes. Las heridas, fracturas, luxaciones o traumatismos en general son las afecciones quirúrgicas más observadas. Entre las enfermedades de la mujer la *vaginitis*, *metritis del cuello*, *metro-peritonitis* y *metrorragias* por diferentes causas, solamente se observan algunos casos.

Entre las enfermedades menos frecuentes se encuentran las *degeneraciones vasculares* incluyendo los *aneurismas*, la *ictericia* y la *hepatitis* que se presentan rara vez. La *hidrofobia* es rarísima, con una incidencia de un solo caso, que se curó. También son ocasionales los tumores benignos, que no se operan, y los malignos casi tampoco *por el temor que infunde al enfermo la conveniencia de una operación*.

Los casos de sífilis, con sus variadas formas, han sido de relativa frecuencia, aunque el autor indica que la mayoría de los enfermos atendidos por este motivo no eran vecinos de Calahorra.

La apreciación que el Dr. Hita hace en relación a las creencias religiosas del vecindario de Calahorra es como sigue: “...*En religión son fanáticos, si no se les instiga no son partidarios de las agitaciones políticas, la patria y la religión son sus alcázares; de ahí que el absolutismo haya sido y sea la forma de gobierno que más les halaga*”.

Existe en Calahorra un Hospital Civil, situado en el peor sitio, higiénicamente hablando, ya que está situado al lado de un riachuelo sucio, junto al Arrabal. Tiene un escaso número de enfermos cuidados por religiosas, las hermanas de la Caridad.

Calahorra cuenta con dos cementerios, uno antiguo y anulado por estar situado al pie de de los domicilios particulares y otro nuevo, emplazado convenientemente con respecto a la ventilación. No obstante el Dr. Hita echa en falta la plantación de árboles entre el cementerio y la ciudad, los cuales *“al absorber el ácido carbónico de la atmósfera, filtrarían los aires de estos sitios que tanto perjudican a la salud pública”*.

En el comienzo de la calle llamada de la Mediavilla existe un edificio que hace las veces de cuartel, lazareto en época de epidemias, asilo de ancianos y pobres y ya en 1886, casa de expósitos. Es un edificio espacioso y bien ventilado y próximo al río Cidacos. Al Dr. Hita le parece, no obstante, el mejor sitio para que se trasladen varias fábricas de conservas alimenticias ubicadas en el centro de la ciudad, ya que en época de recolección de frutos se acumulan restos y en algunas de estas fábricas el desagüe es nulo, por ello la higiene en los barrios limítrofes es *“malísima en alto grado”*.

Las subsistencias más necesarias escasean rara vez y suelen ser de buena calidad como el pan, la carne de ternera, cordero, cerdo, caza, aves de corral y pesca procedente de las costas cantábricas que se consume en bastante cantidad en algunas ocasiones. Los alimentos vegetales son un medio de reutilidad pecuniaria ya que, al igual que el vino, son exportados a gran escala. También se dispone de leche de burras, cabras y ovejas, algo adulterada por el agua, que se consumen a diario en invierno y *“presta muy buenos servicios en los casos de pauperismo orgánico motivado por afecciones crónicas profundas que radiquen en los pulmones o sus anexos”*

Las fábricas de conservas vegetales son la industria más desarrollada, llegando a 3.600.000 el número de envases que se fabrican y preparan para su consumo y exportación. Por otra parte, también hay fábricas de aguardiente a las que se dedican las tres clases sociales y se expenden con gran profusión entre la población, pues son considerados de buena calidad y precio. Completando la industria fabril, Calahorra también cuenta con una fábrica de camas de hierro, otra de abonos minerales y varios molinos de aceite. El resumen de la riqueza de Calahorra en el año económico de 1886-87 se cifra en 456.572 pesetas, correspondiendo 216.217 de ellas a la rústica, 117.039 pesetas a la urbana, 15.491 a la pecuaria y 107.825 al colonato.

El Dr. Sotero Hita y Comas es médico cirujano, natural de Calahorra y con residencia en la misma ciudad.

*Documentos etnográficos de Calahorra*



Calle Arrabal de Calahorra. La escasa infraestructura higiénica viaria agrava los brotes epidémicos, sobre todo en la población más joven. Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 11)



Foto 3. *La mujer calahorrana debe trabajar en las fábricas de conservas para contribuir al sostenimiento familiar.*

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 17)



Foto 9. *Patio de la empresa de conservas de Rafael Díaz fundada en 1854.*

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 33)



Foto 10. *Antiguo Ayuntamiento de Calaborra situado en la Plaza del Raso.*

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 39)

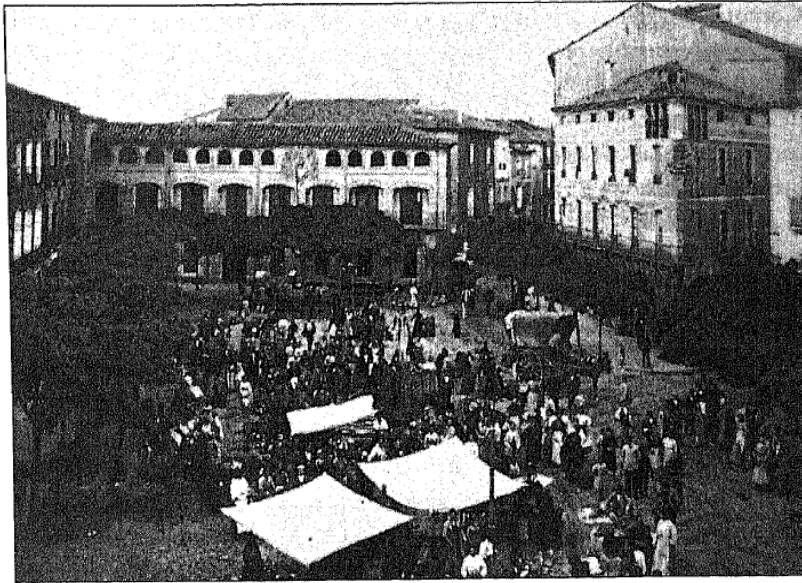


Foto 14. Plaza del Raso a principios del siglo XX con el edificio del Ayuntamiento al fondo.

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 54)

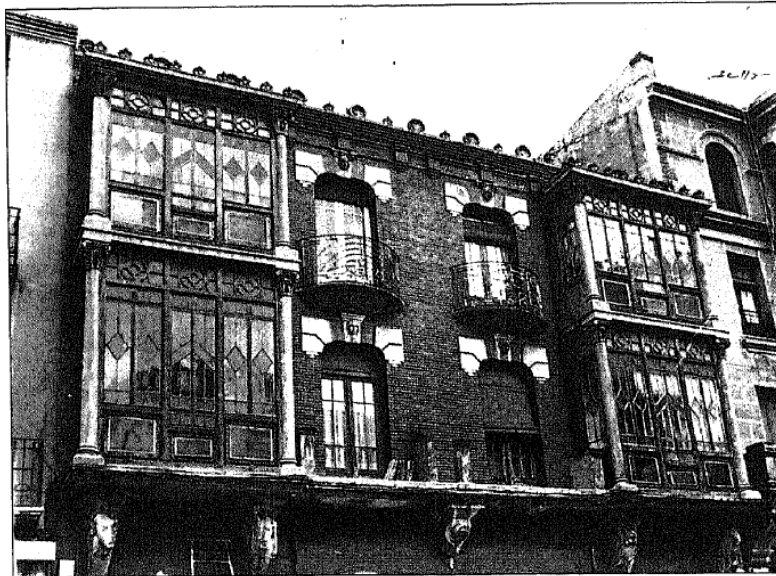
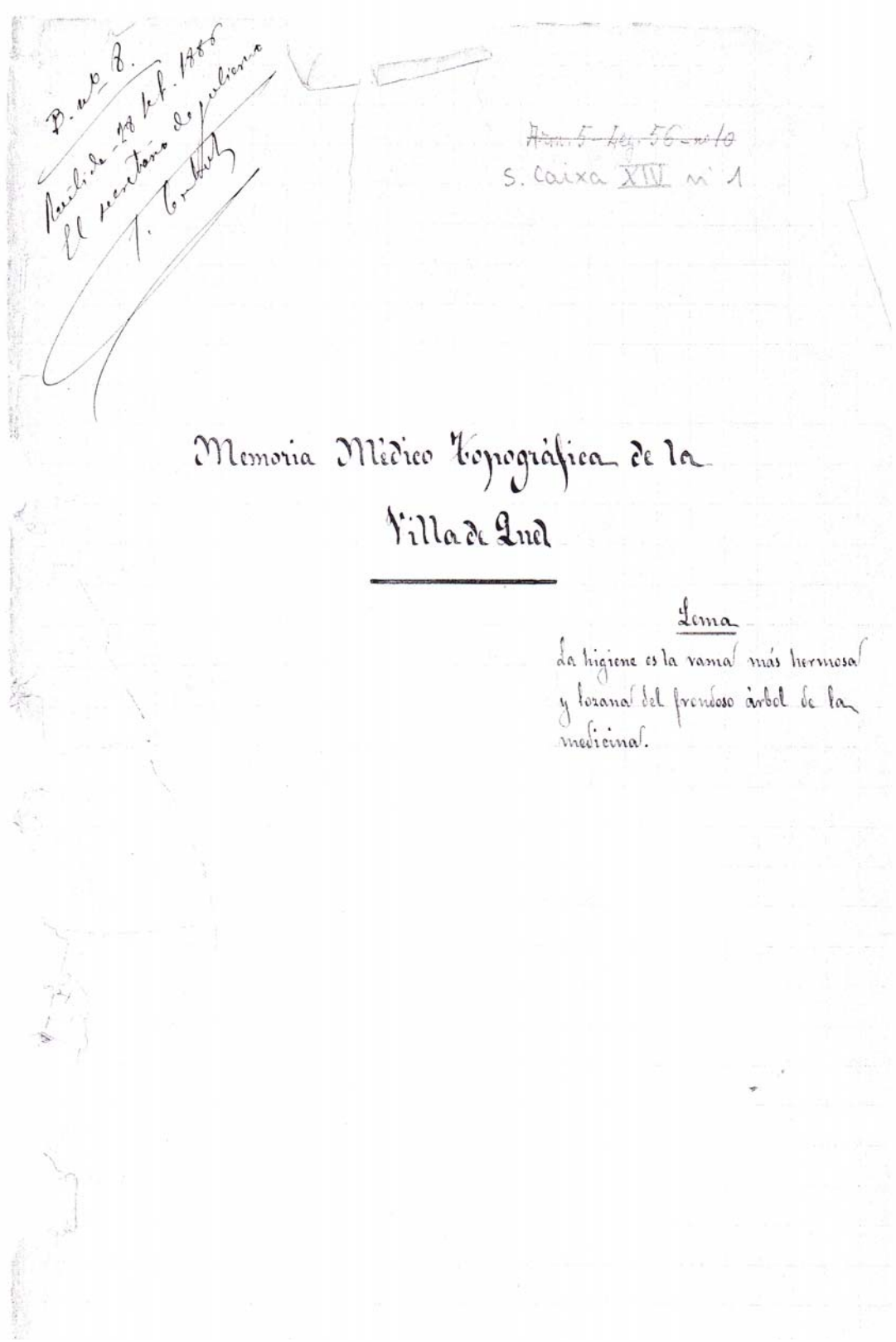


Foto 16. Fachada de Círculo de «La Unión Calahorrana», uno de los centros de recreo de más tradición de la localidad.

Tomado de: López Rodríguez P. (1997: 60)



Topografía médica de Quel 1886



P. no 8.  
Año de 1886  
El secretario de pública  
T. G. G. G.

~~Año 5 de 56~~  
S. Caixa XIV n. 1

Memoria Médico Topográfica de la  
Villa de Quel

Lema

La higiene es la rama más hermosa  
y hermosa del precioso árbol de la  
medicina.

La topografía médica de Quel es una obra manuscrita de cuarenta folios sin numerar, elaborada por el médico D. Augusto García y Barrio, bajo el título “*Memoria Médico Topográfica de la Villa de Quel*”<sup>139</sup>. Esta obra fue distinguida con una Mención Honorífica en el concurso de 1886 de la Real Academia de Medicina de Barcelona con el lema “*La higiene es la rama más hermosa y lozana del frondoso árbol de la medicina*” (Vallribera, 2000: 121-2).

Las fuentes existentes sobre el siglo XIX de Quel son escasas. No se dispone de censos ni de documentación administrativa sobre la guerra de la Independencia, del proceso desamortizador ni de la coyuntura política; la Iglesia por entonces ya no cobra diezmos y poco puede conocerse de la economía queleña (Gómez Urdáñez y Tellez, 2006: 114). Por este motivo consideramos esta obra una curiosidad histórica que presentamos para contribuir al estudio local de Quel desde la perspectiva de su médico titular.

El trabajo se encuentra dividido en cinco apartados: Introducción. *Primera parte*: Topografía médica de Quel: Geología del término municipal de Quel, Flora, Fauna, Hidrografía, Meteorología, Humedad, Vientos, Clima, Estaciones. *Segunda parte*: Temperamento, constitución e idiosincrasia de los habitantes: conformación talla y desarrollo, alimentación y bebidas, Profesiones y género de vida, Vestidos, Carácter moral, Posición material, Diversiones, Instrucción, Vías de comunicación. *Tercera Parte*: Cuadros Estadísticos de Población, Matrimonios, Nacimientos, Defunciones, Clasificación de las defunciones por su causa. *Cuarta parte*: Enfermedades más frecuentes y tratamiento: Fiebre tifoidea, Fiebres continuas, Fiebres eruptivas, Sarampión, Infección palúdica, Enfermedades constitucionales, Inflamaciones, Inflamaciones de los órganos respiratorios, Enfermedades de los órganos genito-uritarios, Hemorragias, Enfermedades con perturbación o lesión de los huesos, Caries, Raquitismo, Fracturas, Escrófulas, Cáncer, Neurosis, Coqueluche, Reumatismo, Hernias, Enfermedades externas, Heridas y contusiones, Úlceras, Enfermedades de la piel, Enfermedades del aparato visual, olfativo y auditivo. *Quinta parte*: Deducciones, mejoras y conclusión.

Además del consabido Hipócrates y la alusión a su obra “*De aires, aguas y lugares*” se contabilizan veintitrés citas de autores diversos (Cuvier, Poulliet, Chatin, Jenner, Jaccoud, Hoffman, Ranvier, Ollier, Carrigan, Todd, Prout, Maglan, Lister,

---

<sup>139</sup> Sign: Arm S. – Caixa XIV- núm 1. (Ant: Arm 5- Llig 56- nº 10) en la Academia de Medicina de Cataluña.

Cremer, Thompson, Brown...), encontrándose la mayoría de ellas en los apartados de meteorología y entre las enfermedades frecuentes como el reumatismo.

La obra manuscrita presenta unos caracteres caligráficos claros, de pequeño tamaño, alineados correctamente y bien ordenados. El conjunto de la obra es de fácil lectura y está bien estructurada. El contenido se ajusta al esquema de las investigaciones topográfico-médicas de la época y el tono de su descripción también es el propio del momento en que se vive. Como ejemplo de ese tono descriptivo utilizado, de marcado carácter ampuloso, con reminiscencias románticas e incluso barrocas, transcribimos el siguiente párrafo que da cuenta en este caso de la emoción personal y la riqueza emotiva que le proporciona al autor la contemplación “científica” de la naturaleza: “*El conjunto, la reunión de todos los árboles, de todos los vegetales producen un efecto grandioso, un panorama que encanta y enamora. Por doquier hermosos árboles con sus ramas levantadas al cielo como señal de mística adoración; flores de coloreados pétalos regalando al viento su embriagador aliento; frutos sazonados que destilan miel; plantas que pisamos y que en determinadas condiciones y usándolas oportunamente, fortalecen y vigorizan nuestros cuerpos. La naturaleza, en fin, se presenta con todo su esplendor, con todas sus galas, con sus vestiduras riquísimas, con su ropaje de fiesta, y arranca a nuestros pechos un grito de admiración y mil tumultuosos latidos de indecible júbilo a nuestro corazón*” (García Barrio, 1886: 9).

El autor hace especial hincapié en los tratamientos de las enfermedades más frecuentes, aportando la actualidad terapéutica con que se contaba en el entorno médico rural, el arsenal terapéutico para atajar las enfermedades en general, las contagiosas y las epidemias.

El Dr. García Barrio es un entusiasta defensor del higienismo. En su obra plantea las premisas necesarias para dar explicación al climatismo y ambientalismo aplicados a la villa de Quel. Mediante una mención expresa a Hipócrates, detalla el clima, las estaciones, la humedad, los vientos, la meteorología, la hidrografía, el terreno de la localidad y el influjo de todos estos factores sobre el estado higiénico de la población. Tras la descripción topográfica de la ciudad, resume diciendo que la localidad no reúne las debidas condiciones higiénicas.

Vemos una referencia al “brownismo” en las últimas páginas de la memoria cuando intenta encontrar la causa de las enfermedades de la población de Quel. Para ello se remite a la clasificación de las enfermedades según Brown, en asténicas o por debilidad y esténicas por exceso de energía. Según esto, las enfermedades de Quel son

asténicas, debido a la disminución de la acción orgánica de un tejido que excede el límite compatible con el libre ejercicio de su función. Pues bien, las causas de que, por ejemplo, se presente la fiebre tifoidea y se desarrollen epidemias de esta enfermedad las encuentra en la propia construcción del pueblo, de época feudal y que consta de casas unidas, de pequeñas dimensiones, “*raquíticas*” para sus fines, formando calles estrechas, irregulares y pequeños callejones sin salida, carentes de preceptos higiénicos, aunque son del gusto de los habitantes por “*impulso del instinto de sociabilidad, para relacionarse y para comunicarse con sus semejantes*”. El Dr. García Barrio nos ofrece la descripción, bajo el punto de vista higiénico, de una casa de las que más abundan y la forma en que la habitan:

*“Pequeña entrada donde descansa una caballería, perro, gallina y cerdo; estiércol abundante que despide repugnante olor, escalera oscura, estrecha y pendiente que nos conduce al piso primero, en el que vemos una reducida sala no todas las veces adornada con un cuartito para dormitorio, y próxima, la cocina en la que arde la leña que todo lo ennegrece con su denso humo. Subamos y llegaremos a un desván lleno de títeres más o menos útiles para sus moradores. Ninguna casa tiene las cuatro fachadas al aire libre y pocas tienen el suficiente número de ventanas y balcones para permitir el paso del aire regenerador y de la salutífera y vivificante luz. Descansemos en la reducida sala utilizada para dormitorio y veremos un montón de seres humanos (padres e hijos) duermen el sueño necesario respirando un aire falto de oxígeno, sobrado de ácido carbónico viciado, altamente perjudicial para la salud... Las gentes cubren su cuerpo con ligeras ropas y se desayunan con un plato de sopa, fruta o una copa de mediano aguardiente. Durante el día hacen frecuentes comidas, llenan el estómago de alimentos poco reparadores, indigestos y muy picantes”.*

El cementerio del pueblo es otra preocupación desde el punto de vista higiénico, pues se halla casi en el mismo pueblo y en terreno de regadío; es de escasas dimensiones para la mortalidad que la localidad soporta (417 óbitos en el quinquenio) y por ello se hacen fosas comunes. Tanto su situación cercana a la villa como la escasez de terreno para las inhumaciones individuales, junto con la dirección de los vientos hacia el pueblo, que lleva “*emanaciones pútridas*” son causa “*poterosísima y determinante*” de las

enfermedades malignas que se observan. Además de la mala situación del cementerio, la escasa circulación de aire entre las casas, la proximidad de aguas detenidas en descomposición utilizadas para regadío, la poca distancia a la que se encuentran los estercoleros, la suciedad de las calles, la mala alimentación y el temperamento dominante de la población, se comprende cómo las enfermedades revisten el carácter asténico, *“predominando en muchas el elemento pútrido”*.

La villa de Quel, conocida en toda España por la pureza de sus aguardientes, tiene una forma extraña, es alargada (686 metros) y estrecha. Consta de 517 vecinos, con 2170 habitantes<sup>140</sup> que ocupan 473 casas, distribuidas en doce calles, dos plazas y bastantes callejuelas. Las calles son sucias, mal empedradas, estrechas y húmedas. La calle principal, la más llana, tiene 131 casas, muchas de ellas de dos pisos. Las otras calles son pendientes, desiguales e irregulares.

Los habitantes *“están regularmente conformados, tienen una estatura regular y son tardíos en el desarrollo. Los signos de la pubertad se presentan en la mujer con extremada lentitud: se manifiestan las reglas a los quince y dieciséis años, muchas no menstrúan y casi todas experimentan trastornos más o menos notables en el curso, cantidad y calidad del periódico flujo”*.

*La ocupación favorita de las personas pudientes, es el juego del tresillo, de mus y tute. Las mujeres, aficionadas en alto grado al juego de naipes, están los días festivos jugando a la brisca y dominó, reunidas en grandes círculos. Las jóvenes juegan mucho a los bolos, principalmente en la época de calor y tienen marcada afición al baile.*

Los vecinos de Quel hacen uso principalmente de los alimentos de origen vegetal, también de harinas de cereales, como las de trigo y centeno, legumbres como las judías, guisantes, habas, y también consumen muchas patatas. Hacen un uso exagerado de las frutas, de los pimientos y de las sustancias muy condimentadas. *“La mayor parte de las familias no comen carne y en las casas acomodadas usan la de carnero, oveja y cerdo. Este pueblo gasta menos carne de la que necesita para el desarrollo de su fuerza orgánica, para soportar las penalidades y fatigas del trabajo, para conservar bien la vida de sus habitantes. La cifra del consumo de carne en una población es un elemento preponderante de la higiene pública”*.

La administración de la dieta familiar, en relación con la distribución de tareas entre hombres y mujeres, es una responsabilidad que descansa implícita y

---

<sup>140</sup> La población de Quel en 1887 es de 1922 habitantes (Censo de la población de 1887. Provincia de Logroño. INE, pp.384-385).

exclusivamente sobre las mujeres. Aunque en esos tiempos no se planteaban cuestiones de igualdad entre sexos, no deja de ser llamativa la causa de la deficiente alimentación entre la población, que según el autor, es la dejadez de las mujeres en este cometido principal y no la escasa renta familiar. Las mujeres son calificadas como poco proclives a la atención de la nutrición familiar, son desmadejadas en esta responsabilidad y el cuidado del puchero y del hogar no son sus aspiraciones. También queremos señalar que no se tiene en cuenta el estilo de vida de muchas de ellas, las que trabajaban en las fábricas o en las labores del campo, dedicando su esfuerzo principal, fuera del hogar, a participar activamente en la subsistencia familiar. El Dr. García lo relata así: *“Creo que todas las personas aquí residentes, hasta las de condición más baja y humilde, los que se encuentran sin otro recurso que el obtenido por su diario jornal, podían tomar alimentos de origen animal. Pero las mujeres son en general descuidadas, poco aficionadas al arte culinario, poco habituadas a estar cuidando el puchero, acostumbradas desde sus primeros años a comer pan, pimientos, patatas y frutas, sustancias que guisan y arreglan pronto, y prefieren la cantidad de alimentos a la calidad; prefieren la libertad y la calle, a la quietud y cuidado del hogar”*.

Entre los productos que componen la dieta, está incluido el vino en detrimento de otras sustancias como la leche y el café: *“Se consume vino de un modo general abundante, es bueno, de bastante fuerza alcohólica, sin mezcla ni compostura. Se bebe también mucho aguardiente anisado que se fabrica con tal perfección que ha dado nombre a este pueblo y es solicitado en todas partes. Se hace poco uso del café, licores y leches”*.

En cuanto a la vestimenta, el Dr. García describe la usada entre las mujeres del pueblo de la siguiente manera: *“Las mujeres que no están en la época de pretensiones lucen gran número de sayas que permiten ver parte de las medias que, cuando las llevan, suelen ser negras o azules; cuerpo ajustado, pañuelo que deja ver el talle, delantal corto y estrecho. Como peinado usan algunas los antiguos moños, formados por infinidad de cabos tejidos. Cubren el pie con zapato o alpargata. Las jóvenes llevan las sayas un poco más largas, chaqueta holgada en general, pañuelo al cuello, delantal muy ancho y largo que cubre la mayor parte del vestido y medias de color o blancas”*.

La vestimenta de los hombres es también especificada con detalle: *“Los hombres gastan en todo tiempo pantalón muy ancho y corto, de paño ordinario en invierno y de dril en verano. En la época del frío llevan anguarinas de paño pardo, y los jóvenes, manta morellana o grandes tapabocas; calzan todos alpargata valenciana. Durante el*

*calor cubren su cuerpo únicamente con ligero pantalón, chaleco flojo y aun cuando van sin chaqueta llevan, sin embargo, la pesada manta sobre los hombros, de la cual no se separan nunca”.*



Tomado de Rocandio y Trespaderne, 2012: 96.

La instrucción está poco desarrollada por parte de los habitantes y son considerados impermeables al progreso. *“Hay algunas personas que poseen una instrucción poco común, que leen y escriben con perfección. Las personas de carrera son las precisas para el buen desempeño de los servicios que a cada uno corresponden”.* La mayoría de los vecinos se dedican a las rudas faenas de la agricultura. Acostumbrados a las fatigas del campo desde la niñez, buscan y sacan de la tierra lo indispensable para el sustento. Existen dos escuelas para niños de ambos

*sexos, en donde reciben cristiana enseñanza los alumnos, y una escuela dominical sabiamente dirigida por una distinguida poetisa y virtuosa señorita de la localidad. No conocemos la identidad de esta voluntaria poetisa y, por otra parte, tampoco se da cuenta del tipo de instrucción que llevaba a cabo en esta escuela dominical, que bien pudiera ser, por su cualidad virtuosa, de tipo religioso. No obstante, queda señalada su contribución desinteresada.*



Quel, a principios del siglo XX.

Tomado de Gómez Urdáñez, 2006: 149

El Dr. García Barrio detalla las plantas que pueden recogerse en el término de Quel, aunque no nos dice cómo se usan estas plantas y en qué medida son consumidas por la población general. *“Entre las plantas medicinales pueden recogerse la ruda, cicuta, hinojo, subia, árnica, salvia, romero, espliego, beleño, gordolobo, adormidera, amapola, lino, malva, malvavisco, saúco, manzanilla, escorzonera, belladona, estramonio, tomillo, sanguinaria, ortiga, caña y helecho macho”.*

En la descripción de los habitantes, al igual que en otras topografías médicas, se trata su forma de ser y sus costumbres: *“...tienen una constitución robusta y sana y parecen de temperamento sanguíneo, aunque mirados detenidamente predomina en ellos un temperamento linfático, son de naturaleza pobre, tienen poca resistencia para las enfermedades, lo que les debilita, les desgasta en poco tiempo e impera la forma asténica en todos sus padecimientos. La “idiosincrasia” gastro-hepática es la más frecuente, como resultado de la cantidad excesiva de alimentos que ingieren. Los vecinos son trabajadores y sobrios en alimentos del reino animal. Aprovechan los días*



*festivos para merendar en las bodegas, en donde muchos rinden culto a Baco: se emborrachan difícilmente por el hábito que tienen de beber desde jóvenes. "...se cuidan únicamente de seguir las rancias costumbres de sus antecesores. No les gustan las innovaciones, desprecian los adelantos y siguen sin conciencia, la rutina transmitida de generación en generación".* El higienismo y la ciencia médica traen consigo innovaciones para el siglo XIX que muchas veces van a encontrarse con una sorda resistencia entre la población, ya que la higiene de las poblaciones implica modificar los estilos de vida en aspectos como la alimentación, la vivienda, el trabajo además de la salubridad y no es una tarea de inmediata ejecución.

Vamos a destacar en esta topografía médica la terapéutica utilizada por el Dr. García Barrio, ya que nos va a dar una idea de la capacidad de abordaje ante las epidemias con que pudo contar, aun siguiendo en su proceder el dictado del higienismo.

A pesar de los esfuerzos y cuidados del médico, el Dr. García Barrio deduce que la villa de Quel no reúne las debidas condiciones higiénicas y por ello se presentan enfermedades de origen endémico y epidémico: *"Hay aquí una constitución endémica, debida a la influencia ejercida por las circunstancias higiénicas de la localidad sobre los individuos que la habitan, determinando en ellos un orden de enfermedades de la misma naturaleza"*. Con esta explicación inicia la descripción de las enfermedades más frecuentes que tuvo que asistir durante su ejercicio profesional.

Un aspecto que detectamos en esta descripción es la continua alusión al Climatismo, especialmente al detallar el curso de las epidemias, en concreto la fiebre tifoidea que se observa constantemente y también se presenta en forma epidémica. *"Comenzó la epidemia en la época de más frío; se recrudeció y agravó siempre que hubo cambios bruscos de temperatura, particularmente cuando el termómetro marcó grados más bajos: la enfermedad se extendió por las calles más sucias, invadió las viviendas más reducidas y atacó con preferencia a las personas de clase más humilde"*. Los invadidos en mayor número fueron los adultos, la forma de la fiebre fue adinámica, la duración de 20 a 25 días, la convalecencia larga y muchos, a pesar de los cuidados y la limpieza tuvieron extensas úlceras por decúbito que cicatrizaron lentamente. El plan curativo que se siguió fue cuidar más de los medios higiénicos que de los farmacológicos y teniendo en cuenta el temperamento y constitución de los individuos enfermos, se recomendó una alimentación sencilla, de fácil digestión pero reparadora: vino, agua acidulada abundante como bebida usual, medicamentos tónicos y antifebriles para reparar las continuas pérdidas de la economía y sostener las fuerzas. Esta epidemia

de fiebre tifoidea con 142 invadidos, 19 muertos y 123 curados, se desarrolló en el año de 1883.

En este apartado referido a las enfermedades más frecuentes, encontramos una clasificación que vamos a tratar de mantener: fiebres continuas y fiebres eruptivas. Así pues, las fiebres continuas, es decir, las catarrales simples, cesan pronto y no precisan asistencia médica; las fiebres respiratorias requieren ciertos cuidados y la fiebre gástrica, muy común en la localidad y en todas las estaciones, se produce por “*efecto de la mala alimentación y régimen que se emplea*”, dura dos o tres septenarios, causa debilitamiento a quien la padece y muchas veces presenta carácter tifoideo. En cuanto a las fiebres eruptivas se da cuenta que durante el quinquenio en estudio, de 1880 a 1885, se produjeron una epidemia de viruela (en 1882) que se describe en el apartado correspondiente, otra de sarampión en 1883 y algunos casos de escarlatina.

Entre 1882 y 1883 ocurrieron en Quel varias epidemias que debieron marcar el ejercicio profesional y el ánimo de D. Augusto. Entre la viruela por una parte, con trece defunciones, el sarampión con veintidós y la fiebre tifoidea con diecinueve, sumando entre ellas un total de cincuenta y cuatro óbitos, debieron dejar a la población sumida en una gran tribulación. En 1884 se presentó otra epidemia de coqueluche, principalmente en niños, y con 254 invadidos. El tratamiento se redujo a cuidados en la alimentación, comidas sustanciosas, aire libre y administración de algún medicamento como el bromuro potásico, cloroformo y “*otros preconizados por los autores*” que proporcionaban un alivio pasajero. En la epidemia de sarampión de 1883 la base del tratamiento fue la limpieza y el aislamiento, puesto que de esta manera, en algunos casos, se favorecía la salida de la erupción. Para la escarlatina se llevaba a cabo el tratamiento sintomático; en cambio, para la infección palúdica o fiebres intermitentes, que se observa con mucha frecuencia en Quel, producida por el “*miasma palúdico*” se usa el sulfato de quinina, alejando la causa que las origina, que entendemos se refiere a la desecación de las charcas.

Entre las “*enfermedades constitucionales*”, la clorosis, que según Jaccoud es una anemia globular esencial, es frecuente en la villa de Quel de tal modo que “*muy pocas son las mujeres que no presentan síntomas de clorosis en la época de la pubertad*”. El tratamiento es el hierro y se cura lentamente, teniendo en cuenta “*la indocilidad de las enfermas, las condiciones en que viven y las sustancias que usan en su alimentación*”. Aunque los diagnósticos pecan de ambiguos e imprecisos, a nadie se oculta que la cloroanemia puede identificarse a paludismo y fiebre amarilla (Rico Avelló, 1969:11).

Para las “inflamaciones”, incluyendo en este grupo de enfermedades las de los órganos digestivos como las estomatitis y entre éstas la aftosa y el muguet, la inflamación de las glándulas parótidas, las anginas idiopáticas, gastritis catarrales agudas debidas a enfriamientos, a excesos de alimentación y abuso de alcohol y de condimentos, las inflamaciones del conducto intestinal, que coinciden en los niños con la evolución dentaria, terminan favorablemente en los adultos con las precauciones de la alimentación, quietud, bebidas aciduladas frías, enemas atemperantes y preparados opiáceos. En casos de disentería el plan curativo es el régimen de quietud, refrescos, cortos enemas de almidón laudanizados y la hipecacuana.

En relación a las inflamaciones de los órganos respiratorios, como las bronquitis y las pulmonías o, en general, la inflamación del parénquima pulmonar es la que se combate con mayor éxito, según el número de personas que la padecen. En el quinquenio que estudia el Dr. García Barrio, se han tratado 130 pulmonías y entre ellas han fallecido siete individuos. El autor considera en este caso que están contraindicadas las “*emisiones sanguíneas*” o sangrías, en cambio el medicamento “*heroico, magnífico*”, manejado con precaución es el tártaro emético. En las “*declinaciones de la enfermedad*” se usan los revulsivos y en todos los casos la recomendación dietética de alcohol y los caldos.

Las enfermedades de los órganos genito urinarios en el hombre son poco frecuentes, en cambio en la mujer se dan muchos casos considerando las causas que las producen de modo más o menos directo, como son por un lado “*el temperamento linfático, la constitución delicada, la alimentación y privaciones, los esfuerzos a que se entrega la mujer en sus labores campestres y las poquísimas precauciones que tienen todas después de sus partos*”. Además de los medicamentos indicados en cada caso, D. Augusto dispone un plan reconstituyente y ha usado con excelentes resultados la hidroterapia en diversas formas, ya que en este tiempo esta terapia es considerada eficaz en diversos diagnósticos y adecuada en multitud de dolencias.

Las hemorragias, de nariz, del intestino y de la matriz, ceden asociando al tratamiento local un plan tónico general.

Las enfermedades “*con perturbación o lesión de los huesos*” son acometidas con frío cuando se trata de traumatismo; si “*es debida a un estado especial de la economía*” usa los revulsivos, toques con tintura de yodo, fricciones mercuriales, compresión inamovible y reposo; si supura, abre el absceso inyectando tintura de yodo pura o

diluida en agua, alcohol fenicado o vino de quina, acompañado de un plan tónico, sulfato de quinina y alimentación reparadora.

Otra de las enfermedades frecuentes descritas como tal es la caries, que define como una úlcera de los huesos o inflamación crónica del tejido conjuntivo intraóseo recayendo *“en individuos linfáticos o escrofulosos, invadiendo los huesos de la mano y pierna”*. En cambio, la caries dental es tan frecuente que es rara la persona del pueblo que no la padece. Para su abordaje recomienda mucha limpieza, palillos de madera ya que entonces no estaba generalizado el uso de cepillos dentales, creosota, láudano y cloroformo contra el dolor y en último caso cauterio del nervio.

Para el raquitismo, que se ha manifestado en niños de padres pobres y mal alimentados, D. Augusto recomienda hacer desaparecer el catarro intestinal, reparar las fuerzas mediante una alimentación compuesta de caldos, carne cruda y vino, aconsejando además que el niño se traslade a una estancia bien ventilada y soleada.

Las fracturas son muy frecuentes en Quel y una vez se ha formado el callo en el hueso los afectados pueden, después de más o menos tiempo, acometer sus ocupaciones habituales. Para reducir las fracturas D. Augusto utiliza aparatos contentivos, amovibles en unos casos, inamovibles y de extensión continua.

Las escrófulas son enfermedades del tejido linfoideo que en el pueblo se presentan de forma hereditaria y adquirida, esta última en virtud de ciertas condiciones como la lactancia insuficiente, de mala calidad, la alimentación poco asimilable, las habitaciones húmedas, estrechas, reducidas, en donde se amontonan muchos individuos, la falta de aire y de ejercicio y *“todo lo que disminuye la asimilación, la cantidad y velocidad de los jugos nutricios y la hematopoyese”*. El tratamiento ha consistido principalmente en cuidados higiénicos y en el empleo de vino, carnes, leches, duchas y baños fríos, administración de *“tónicos amargos, preparados ioidicos y con gran resultado en su forma herética, el aceite hígado de bacalao”*.

El cáncer es otra enfermedad que ha causado defunciones en el quinquenio de estudio. Las características generales de su evolución tal como D. Augusto las describe son: *“Todos han tenido como síntomas un tumor que invade las partes, comprime los nervios y por tanto se hace doloroso, luego las hemorragias, la úlcera característica, las alteraciones de la sangre y la muerte por caquexia”*. El tratamiento tendía a sostener las fuerzas de los enfermos, retardar el curso del tumor, a extirparlo si era posible y a combatir las hemorragias y el dolor.

La neurosis cerebro espinal o epilepsia se observa con cierta frecuencia en la localidad. Muchas mujeres son acometidas de ataques histeriformes que tienden a la cronicidad. La eclampsia en niños se ha producido por indigestiones, denticiones difíciles o bien por la presencia de vermes en el tubo digestivo. Su tratamiento ha sido el uso de antiespasmódicos y los baños templados, acometiendo en primer lugar la causa productora del ataque.

Durante el quinquenio estudiado, la eclampsia puerperal se ha presentado en cuatro ocasiones, en mujeres jóvenes y primíparas cuyos ataques convulsivos eran frecuentes y violentos y en los que hubo pérdida de la sensibilidad “*y de la inteligencia*”. El tratamiento consistió en la aplicación de sanguijuelas a las apófisis mastoides, inhalaciones etéreas, revulsivos a las extremidades inferiores y baños templados generales de una hora de duración, con buenos resultados.

El Dr. García Barrio es partidario de considerar el reumatismo una inflamación de los tejidos blancos fibro-serosos producida por la acción de “*un pequeño organismo vegetal perteneciente al género botánico Bacillus que se introduce en el cuerpo, circula en la sangre y en ella se reproduce*”. El tratamiento general ha sido administrar, con éxito asombroso, salicina pura a altas dosis que, “*como es sabido, tiene la propiedad de destruir los microorganismos*”. Vemos que en cuestión de terapéutica, al fin, D. Augusto cuenta con un principio activo útil para el reumatismo como es la salicina o ácido acetil salicílico, que pasará más tarde a denominarse Aspirina, aunque le atribuye además de la acción antiinflamatoria, una indicación sobrevalorada, como es la destrucción de gérmenes. La salicilina es usada por primera vez por “*Maglan*” y tras su administración baja la fiebre; en seis u ocho días desaparecen los dolores y los afectados pueden ya volver a la vida ordinaria. Localmente utiliza unturas e inyecciones hipodérmicas calmantes en los puntos doloridos.

Las hernias inguinales, crurales, umbilicales, subpubianas, son tan frecuentes que merecen un apartado exclusivo y son debidas a los grandes esfuerzos que la gente del campo realiza en sus labores. Nuestro médico titular siempre ha conseguido reducirlas practicando cuidadosamente la taxis y aconsejando después el uso de bragueros.

Entre las enfermedades externas, los abscesos flemonosos, calientes y fríos son muy frecuentes. El tratamiento es abrir el absceso con bisturí y colocar un “*tubo de desagüe*” o drenaje y curarlo con glicerina fenicada al 2%. En las heridas y contusiones, muy abundantes entre la población, aconseja el reposo absoluto, aire puro, evitar los

enfriamientos, mantenerse a una temperatura moderada y tomar alimentos de digestión fácil y reparadora. Tras la limpieza y desbridación de la herida y superada la hemorragia se lleva a cabo la “*cura completa de Lister*” que trataba de conseguir la asepsia en todo el proceso de la cura mediante pulverizaciones ambientales de ácido fénico en el entorno del campo de la herida, desinfección de los instrumentos a utilizar y el lavado de manos de los intervinientes con la solución fenicada, previo lavado de la piel del paciente antes de la cura (González Aguinaga, 1886: 211-214). Era una técnica de cura de heridas, manteniendo la asepsia en todo el proceso, que supuso una gran novedad en su tiempo y, por ello, tuvo detractores dentro del estatus médico de la época, pues no en vano Lister era sólo cirujano. A medida que estudiaba los efectos de su técnica y plasmaba sus resultados estadísticos se vio que la mortalidad por gangrena descendía de un 45% a un 15%, por lo que se generalizó dicha práctica higiénica a partir de 1871 (Fresquet, 1999), de tal modo que, como vemos, hasta en Quel era practicada al menos desde 1880 a 1885 por su médico titular.

Las heridas por arma de fuego eran menos frecuentes, aunque no obstante, en dos ocasiones produjeron la muerte, el resto se curaron con glicerina, alcohol o bálsamos e interiormente mediante alimentos poco oxidantes y también alcohol, se entiende en este caso que se haría uso de los afamados aguardientes de la villa.

Entre las enfermedades de la piel, la erisipela era frecuente sobre todo en la cara y extremidades, se administraba para ello algún purgante y pomada o disolución de sulfato de hierro en aplicaciones tópicas. También se ven en Quel casos de eczemas e impétigo que se da en niños escrofulosos, sucios y mal alimentados. Para esta enfermedad de la piel utiliza un plan tónico general y localmente el subnitrito de bismuto y algún glicerolado.

La tiña favosa es una enfermedad parasitaria de larga y difícil curación, sobre todo teniendo en cuenta las condiciones en que viven los individuos que la padecen y lo “*indóciles que son para seguir hasta el fin el plan señalado*”. El tratamiento que utiliza D. Augusto para esta afección causada por el *Achorion Schoenleine*<sup>141</sup> son las sustancias parasiticidas que, por otra parte no detalla.

En cuanto a las enfermedades del aparato visual, nos transmite el Dr. García Barrio que las blefaritis han cedido con lociones tibias sulfurosas, con el sublimado muy diluido y la pomada de Cremer. La conjuntivitis tiende a hacerse crónica por “*el poco*

---

<sup>141</sup> R. Remak descubrió en 1837 que la tiña fávica era causada por un hongo que luego le dio el nombre de *Achorion schoenleini*, hoy denominado *Trichophyton schoenleini*.

*cuidado de los pacientes*". Para estos casos usa el sulfato de zinc y plata (nitrato), fomentos calientes de manzanilla o té y en último caso la pomada de precipitado rojo. Durante el quinquenio ha habido en la localidad 16 niños con conjuntivitis purulenta. El tratamiento ha tendido a destruir los fermentos que producen la conjuntivitis purulenta, pues tengamos en cuenta que todavía no se conocía el germen causante de la conjuntivitis purulenta, también estaba dirigido el tratamiento a evitar las lesiones de la córnea y la propagación de la enfermedad. Por ello, lo importante era limpiar cuidadosamente el interior del párpado con agua fenicada fría, cauterizar con el nitrato de plata y neutralizar el exceso con agua de sal. El aislamiento del enfermo y algún purgante completaban el tratamiento. Algunas queratitis ulcerosas se combatían con instilaciones de atropina, calomel y pomada de Cremer.

El caso de una hemorragia traumática que tuvo que atender nuestro médico titular, llegó a alarmarle por su intensidad y logró atajarla usando lociones vinagradas frías, percloruro de hierro y al fin un taponamiento, sirviéndose de "*una algalia dirigida por el método de Thompson*".

El Dr. García Barrio da cuenta un hecho característico de Quel con relación a la ermita de La Transfiguración, que pensamos se trata de la tradición del panyqueso según estas palabras: "*Hay enfrente del pueblo, a kilómetro poco más de distancia, y en la margen derecha del río que fertiliza esta vega, una ermita bastante capaz, dedicada a la Transfiguración del Señor, en la que anualmente y desde el último tercio del pasado siglo se celebra una función que llama la atención por su originalidad*"(García Barrio, 1886:4). Se trata de una tradición en memoria una epidemia de peste que en 1479 diezmó la población de Quel. Como consecuencia de la mortalidad a la que estaba sometido el vecindario por la repercusión de la enfermedad, decidieron encomendarse a los santos encendiendo trece candelas, como símbolo de los doce apóstoles y Jesucristo, acudiendo con ellas en procesión a la ermita del Cristo. Las candelas se apagaron una a una hasta que sólo quedó encendida la ofrecida a Jesucristo, entonces la epidemia empezó a ceder y las muertes terminaron. Impresionados con el hecho, los queleños decidieron ir en procesión hasta la ermita de la Santa Cruz y llevar pan y queso para repartir entre los vecinos de la villa que habían sobrevivido a la enfermedad. Ese mismo día los vecinos tomaron la determinación de fundar una cofradía de trece miembros y, desde entonces, la Cofradía de la Transfiguración del Cristo de Quel, cada seis de agosto repite el lanzamiento del pan y queso desde los balcones de la ermita, rememorando la

caridad hacia los más desfavorecidos. Esta tradición es el acto central de unas fiestas declaradas de interés turístico regional en 2004.

El testimonio del Dr. García Barrio da noticia de una función que llama la atención, y es que desde mediados del siglo XVIII se incorporan a la conmemoración actos profanos como la música, los fuegos artificiales y los gaiteros adquiriendo entonces un carácter de fiesta, gracias a que el ayuntamiento comienza a apoyar económicamente la celebración costeando actos lúdicos, por lo que la fiesta comienza a tener gran relevancia (Gómez Urdáñez y Téllez, 2006: 111). Cuando el médico refiere las enfermedades más frecuentes, se remite a la carta que se conserva en el archivo parroquial firmada en 5 de agosto de 1479 con motivo de una epidemia de peste (García Barrio, 1886: 21), que transcribe parcialmente para abundar en las enfermedades endémicas y epidémicas que desde antiguo azotan a Quel. Esta carta junto con las actas sucesivas forma parte del registro de la Cofradía de la Transfiguración, siendo el acta fundacional de la misma.



El baile de la bandera frente al Santuario de la Transfiguración a principios del siglo XX.  
Tomado de Gómez Urdáñez, 2006: 147.

La caridad del panyqueso se celebra ininterrumpidamente desde el año de la epidemia de peste y el milagro que puso fin a la misma en 1479 (Iturriaga, 2007a: 83; 2007b:117).



En esta práctica del panyqueso se encuentran unificados los signos de humanidad y comunidad y como ritual popular incluye en su liturgia la comensalidad. Los alimentos que constituyen la caridad, generalmente pan, queso y vino, se distribuyen solidariamente y se consumen en una comida grupal y comunitaria, lo cual refuerza la camaradería y cooperación de unos con otros. Por eso la comensalidad es una práctica ritual particular, en la cual la bebida y la comida constituyen el medio de expresión principal y de esta manera los parámetros de consumo constituyen su lenguaje simbólico (Sardá, 2010:40).

Los alimentos compartidos tienen una función lubricante entre los componentes del grupo, lo que permite entre otras cosas la cohesión grupal, el estrechamiento de los vínculos y alianzas afectivas; de este modo se refuerzan los lazos parentales y se reivindica la identidad colectiva, porque la comida debe alimentar el estómago colectivo antes que la mente colectiva, pues la función primordial de la comensalidad es reforzar las relaciones sociales (Maury, 2010). Nutrirse nunca es un acto biológico individual mecánico, sino que consumir comensalmente es comulgar con los que comen con nosotros, comulgar con las energías cósmicas que subyacen a los alimentos, especialmente la fertilidad de la tierra, el sol, los bosques, las aguas y los vientos.

La religiosidad popular que se expresa en los rituales es un aspecto externo de unas vivencias internas e íntimas, además, lo religioso está estrechamente relacionado con lo sobrenatural, por lo que cuando menos se exige respeto y prudencia en su tratamiento y en los juicios valorativos (Campos Fdez. Sevilla, 2000: 82).

La caridad consistente en pan, queso y vino como ofrenda ante las tribulaciones sufridas en grandes epidemias, concretamente de peste, y se contempla desde antiguo en muchos pueblos de España. Estas manifestaciones sociales en forma de rituales locales se encuentran recogidas en las Relaciones Topográficas de Felipe II (Alvar, 1993). El hecho de que sea precisamente pan, queso y vino viene referido a que son alimentos muy básicos y, por tanto, asequibles por parte de la población<sup>142</sup>, formando parte importante de las subsistencias de su entorno rural.

La recuperación de los orígenes es una práctica que se observa en el romanticismo, en la línea de las teorías existentes en toda Europa y que venían de Alemania, donde se empezaba a dar importancia al pueblo, "*volk*", y al espíritu del

---

<sup>142</sup> En el Diccionario de la Real Academia Española, la quinta entrada del significado de la palabra "caridad" reza así: "Refresco de vino, pan y queso u otro refrigerio, que en algunos lugares dan las cofradías a quienes asisten a la fiesta del santo que se celebra".

pueblo, "*Volksgeist*", las tradiciones, cuentos, canciones y los idiomas populares impulsados por Herder, Schiller o los hermanos Grim. La idea del espíritu del pueblo no es, sin embargo, de origen alemán, sino que surgió en Francia durante el siglo XVIII. Así, por ejemplo, Montesquieu trata "el espíritu nacional" o "espíritu de una nación" como lo resultante de diversos factores como el clima, la religión, las costumbres, tradiciones, etc. Tal como hoy es entendida esta idea está llena de resonancias romántico-alemanas. Independientemente de su origen, los alemanes fueron quienes insistieron más en este sentido; de este modo Herder entiende que la historia humana se realiza a través de una serie de "espíritus populares". Hegel, por su parte, entiende que el sentimiento de un pueblo tiene de sí y de sus posesiones, instituciones, costumbres, pasado, etc. constituye una entidad: es el Espíritu del pueblo, un espíritu determinado por la historia (Ferrater, 1979: 1014-15). Por tanto, al resurgir estas concepciones, contrarias al racionalismo de la Ilustración y expandidas por toda Europa, llegan también a España insertas en el espíritu romántico cuyo resultado corrobora que se rescatasen antiguas tradiciones que dieran más carácter a ese espíritu popular y diferenciado.

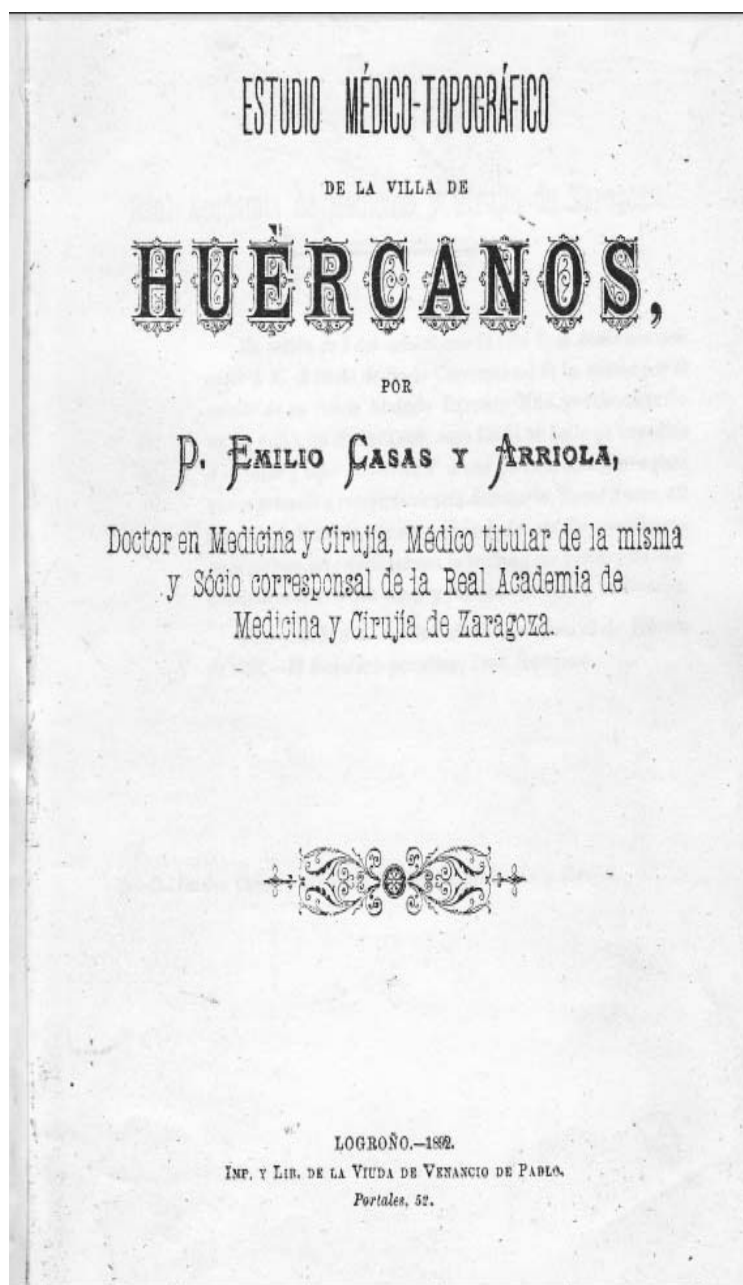
Pero volviendo al espíritu del pueblo de Quel, nos dice el Dr. García Barrio que los nacidos en Quel "*aman el lugar donde vieron la luz primera y son poco aficionados a acometer empresas, por pequeñas que éstas sean. Asisten todos a las funciones religiosas; frecuentemente confiesan sus pecados y comulgan. Al parecer serviciales y amables, se irritan fácilmente, arman cuestiones por la cosa más despreciable y usan toda clase de armas. Son rencorosos y vengativos*".

La industria se limita a la fabricación de aguardiente, de cal, yeso y vasija de barro ordinaria. La principal riqueza es la vid y el olivo de los que se recolecta buen vino y excelente aceite. Hay también dos excelentes molinos de yeso, dos trujales y un molino harinero, actuando como motor las aguas del río Cidacos.

En Quel no hay verdadera riqueza más que en media docena de casas. Algunos vecinos tienen lo necesario para llevar una vida metódica y la mayor parte de ellos son dueños o tienen en arrendamiento un pedazo de tierra, de la que sacan los vegetales que constituyen la base de su alimentación. En tiempos normales y en años en que las cosechas son abundantes y los jornales crecidos, no hay problemas de escasez; pero en épocas malas y los jornales son bajos y escasos, en muchas casas se carece de lo más necesario para el sustento. Hay que tener en cuenta que ciertas personas ricas son caritativas y acuden siempre al alivio de sus paisanos necesitados.

Cuando escribe esta obra en 1886, Augusto García Barrio es un médico muy joven, tal como se desprende de las siguientes palabras con las que al final se dirige a la Real Academia Médico Quirúrgico de Barcelona describiéndose a sí mismo “...*Mis cortos años dispensarán en cierto modo mi osadía*” (García barrio, 1886:1). Puede que esa misma juventud le hiciera participar en los certámenes académicos desde su posición de médico titular y en ese empeño realizó la memoria del pueblo de Quel, para recabar con su testimonio la falta de higiene en que se encontraba la población.

**Topografía médica de Huércanos 1892**



El “*Estudio médico topográfico de la villa de Huércanos*”, elaborado por el Dr. Emilio Casas Arriola fue publicado en Logroño en 1892, en la imprenta y librería de la viuda de Venancio de Pablo. Este trabajo de 74 páginas fue premiado por la Academia de Medicina de Zaragoza y por ello el Dr. Casas fue nombrado socio corresponsal de la misma. Esta obra fue distribuida entre los vecinos de la villa.

El doctor Casas entiende la medicina como una ciencia de la observación que tiene como objeto conocer al hombre, estudiando la estructura, disposición, relaciones, usos y manera de funcionar de cada una de las partes componentes del cuerpo humano, en su estado normal o patológico, así como el modo de obrar de ciertos agentes o modificadores capaces de favorecer o perturbar el ejercicio armónico de sus actos, con el fin de conservar la salud y dirigir el tratamiento de las enfermedades. El horizonte de la medicina se extiende, auxiliado por la higiene, a procurar al hombre su bienestar en la sociedad, dirigiéndole a usar y gozar de todo cuanto le rodea y evitar los peligros que son inseparables del abuso y del exceso. En este posicionamiento, el médico práctico no puede prescindir de ser filósofo, para interpretar fielmente los fenómenos patológicos sometidos a su observación, ya que de no ser así los hechos dejarían de tener esa significación para ser elementos científicos de meros empíricos funestos por no decir curanderos. El médico práctico necesita, además, tener exacto conocimiento de las costumbres de los pueblos, de sus necesidades, de sus vicios y pasiones. En la práctica rural estas contingencias de la vida social son las que unas veces requieren múltiples indicaciones y otras variar de conducta. Y por estas mismas causas, no son pocas las veces que los médicos se ven privados de recurrir a los diferentes medios que reclama el progreso según las exigencias de la ciencia, peleando unas veces con la escasez de recursos, apelando otras a los medios ingeniosos y económicos que la pobreza inspira y tropezando muchas otras veces con las preocupaciones, la ignorancia y el fanatismo, rémora inseparable del pobre médico de aldea. La higiene aplicada a los individuos en gran número, hace que el médico sea el guía legislador y el tutor y protector de las sociedades, citando a Londé, de tal forma que sin la medicina y por tanto la higiene, la organización actual de las sociedades sería insostenible (Casas, 1892: 55-57).

La obra consta de un programa de cinco apartados, conforme al seguido por su discípulo Celestino Compaired en su topografía médica de Estella y su partido:

1º Reseña geográfica e histórica de la villa de Huércanos en la provincia de Logroño. Para cubrir este apartado el Dr. Casas inscribe la villa en sus límites y posición geográficos y para conocer la historia ha consultado los archivos importantes para el

caso, como el municipal, el eclesiástico, el de Simancas y la Real Chancillería de Valladolid, además del Diccionario Madoz sobre los pueblos de España. Se ha tratado de historiar los orígenes de la villa hasta la supresión de los mayorazgos en 1820 en que Huércanos deja de pertenecer a nobles particulares.

2º Mesografía. Con esta denominación se recogen los medios vitales que actúan sobre el organismo, como el estudio geológico del terreno, fauna y flora, cultivo, ganadería, subsistencias y alimentación usual, hidrografía y meteorología, climatología y estaciones, estudio urbano de los edificios, calles y limpieza pública, estudio de indumentaria, carácter y costumbres de los habitantes. La explicación de la importancia de este apartado para la higiene pública se justifica por que: “*Dentro de las condiciones mesográficas que más influyen sobre la salubridad de los pueblos, es la cuestión de las subsistencias ya que es lo que va a determinar el vigor físico, robustez y energía de sus moradores, cuando cuentan con alimentos de buena calidad y abundantes, haciéndose más indemnes a las epidemias y enfermedades asténicas*” (Casas, 1892: 20)

Geología.- Se describen aquí las características del suelo en los diferentes lugares de la villa, unos son excelentes para el cultivo de vid, cosechando buen vino y exportándolo a diferentes puntos de España y del extranjero. Otros terrenos son apropiados para el cultivo de cereales, otros para la alfarería o elaboración de tejas, otros puntos son importantes porque los vecinos obtienen y recolectan una cal rica. La descripción técnica de las diferentes cualidades del terreno es inmediatamente seguida de su aplicación práctica.

Los animales que constituyen la fauna de Huércanos se clasifican en un cuadro por tipos, clases, órdenes, familias, géneros y especies. La Flora, importante para el botánico y el farmacéutico, se expone con arreglo a la clasificación de Jussieu, distinguiendo las plantas cultivadas y las espontáneas.

3º Demografía. 4º Patología. 5º Prescripciones higiénicas a los habitantes de esta localidad y mejoras en beneficio de los mismos.

En este trabajo se comprueba el científicismo higienista del autor, pues en sus páginas se recogen 115 citas de hasta 97 autores y 13 citas bibliográficas que se corresponden con 9 publicaciones médicas, como soporte de la contextualización en sus diferentes apartados, como son: Gintrac. *Patología Médica*. 1º: 78; Mata. “Examen crítico de la Homeopatía” Tº 2º: 22; *Progreso Médico* 1884, nº 31; *Boston Medical-Journal*. 1885, mayo 28; *Anuario de Medicina y Cirugía Prácticas*: 174; Jacoud *Patología Médica* Tº 2º: 74; Dr. Espina. “Pulmonía fibrinosa”: 36; Jacoud *Patología*

*Médica*. Tº 1º: 842; Racle<sup>143</sup> *Manual del diagnóstico*: 478; Trousseau *Clínica Médica*. Tº 2º:146; *Año Clínico de Obstetricia*. 1845: 202; *Patología Médica*. Tº 2º: 297; Trousseau *Clínica médica*. Tº3:73.

Como en otras memorias higiénicas o topografías médicas descubrimos la mención al climatismo donde el autor dedica un capítulo a la meteorología y otro al estudio climatológico y de las estaciones, añadiendo cuadros de la estación meteorológica de Nájera que dan cuenta de las variaciones del barómetro, termómetro, pluviómetro, psicrómetro para medir el riesgo de heladas, el admómetro que indica la evaporación media y el estado atmosférico general.

En el climatismo y ambientalismo se reflejan no solo los fenómenos meteorológicos sino la atmósfera, pues corresponde al higienista averiguar las causas que más o menos directamente pueden perturbar la salud. Los datos de las observaciones atmosféricas diarias los ha referido a Nájera y le han sido proporcionados por “*el distinguido y laborioso maestro*” de Nájera D. Nicasio Guinea, a cuyo cargo estaba el observatorio. Las descripciones realizadas orientan sobre las funciones del oxígeno en la economía humana así como los componentes del aire. El Dr. Casas describe el procedimiento de un experimento para calcular las proporciones de oxígeno en la atmósfera de Huércanos por el método de Lassaing; y como el resultado es bueno, no realiza los experimentos de cálculo de ácido carbónico y nitrógeno en la atmósfera. Otro gas de la atmósfera cuya influencia podría tener interés en la aparición de enfermedades es el ozono aunque los experimentos realizados durante la epidemia de cólera de 1865 en Madrid son contradictorios con respecto al papel que desempeña el ozono en el desarrollo de las enfermedades. No obstante, realiza los experimentos acerca del ozono en Huércanos detallando el modo de hacerlos, deduciendo que su proporción es menor dentro del pueblo que en el campo, más abundante en invierno que en verano, mayor cuando llueve o nieva y en dos epidemias de sarampión y coqueluche hubo menos cantidad. La conclusión que nos da el Dr. Casas acerca del papel del ozono es que “*falta averiguar si fue casual o guardaba relación de causalidad*”, ofreciendo dudas razonables de su influencia en el desarrollo de enfermedades epidémicas. Aunque hubiera deseado presentar más experimentos nos ofrece cuadros meteorológicos, extraídos con paciencia, que representan las oscilaciones termométricas, barométricas y anemométricas, por décadas y resumen mensual.

---

<sup>143</sup> Racle, (1878). *Manual del diagnóstico médico o Guía clínica para el estudio de los signos característicos de las enfermedades* p. 478.

En el estudio climatológico y de las estaciones que desarrolla a continuación, define fisiológicamente el clima como “*un conjunto de condiciones cósmicas y telúricas que actuando sobre una localidad dada influyen de un modo especial en los fenómenos de la vida animal, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad*”. Para la determinación de los climas hay que tener en cuenta muchas circunstancias como el conocimiento de la longitud y latitud geográfica, altura sobre el nivel del mar, extensión topográfica, naturaleza del terreno, temperatura, estado higrométrico, presión atmosférica, dirección de los vientos, luz, electricidad, naturaleza de las aguas y producciones del suelo. Ofrece cifras de presión barométrica media anual, temperatura media en las diferentes estaciones, y según las clasificaciones de Fonsagrives el clima de Huércanos es mesotérmico en función de la temperatura media anual alcanzada en la villa, que excede los +10°C y no alcanza los +15°C.

Consideradas médicamente las estaciones, en invierno los estados morbosos presentan la índole inflamatoria, abundan las bronquitis, angina, pleuresías, reumatismo y afecciones catarrales de forma aguda. En primavera se presentan diversos exantemas en la piel y observa el Dr. Casas afecciones catarrales epidémicas con más frecuencia que en invierno. En verano predominan las afecciones del aparato gastro-hepático, cólicos coleriformes, fiebres nerviosas pútridas algunos años, congestiones cerebrales por insolación. El otoño es la estación más benigna y favorable a la salud, la temperatura es uniforme y no hay grandes cambios atmosféricos, por lo que las enfermedades más frecuentes en su primera mitad son continuación de las estivales y en su segunda, las manifestaciones reumáticas. En suma, en invierno y primavera puede adoptarse prudentemente la práctica de Broussais, en el estío la de Stoll y la Brown en el otoño.

Este resumen es un extracto de las mentalidades médicas del siglo XIX, a saber, en invierno y primavera recurre a tratamiento antiinflamatorio, según la teoría antiflogística de Broussais, en verano aplica el “*Método para conocer y curar las calenturas*” según Maximiliani Sotll o, en cualquier caso, las constituciones epidémicas y sus criterios terapéuticos y durante el otoño el brownismo para tratar el exceso o defecto de la excitabilidad.



# Boletín meteorológico por décadas

# Estación de Nájera Año de 1887

MESES.	DÉCADAS.	BARÓMETRO EN MILÍMETROS.			TERMÓMETRO CENTÍGRADO.						PSICÓMETRO.			ESTADO ATMOSFÉRICO.						Pluviómetro en milímetros.	Anemómetro en milímetros.									
		Nueva mañana. A	Tres tarde. A	Altura media. 1/2 A + A	Temperatura máxima. T + t	Sombra. T	Diferencia. rescha.	Humid. relativa. r. smp.	Oscilación. T - t	Número de la mañana. T.º sec. medio	Enteada. relati. r.	T.º sec. medio.	Enteada. relati. r.	Despejado.	Nubes.	Cubierto.	Lluvia.	Niebla.	Nieva.			Tempestad.								
Enero.	1.ª	715	714,80	714,90	1,18	9,66	4,35	5,31	1,90	6,34	1,20	0,40	9,4	3,40	3,40	84	1	2	7	»	»	»	»	»	»	»	»	19,30	10,70	
	2.ª	722	722,40	722,20	5,36	12,73	8,10	4,63	2,62	5,48	4,16	3,40	8,8	5	4	86	»	3	7	»	»	»	»	»	»	»	»	14,90	12	
	3.ª	727,64	727,18	727,41	4,	15,96	9,42	6,54	1,45	10,87	0,20	2,50	8,9	5,50	4,30	83	»	6	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	16,70	16,70
Resumen.		721,15	721,46	721,51	0,09	12,78	7,29	5,40	0,27	7,56	2,85	2,10	90	4,62	3,56	84	1	11	17	2	»	»	»	»	»	»	»	34,20	39,40	
Febrero.	1.ª	726,90	726,20	726,55	0,70	4,56	16,85	10,53	6,32	1,40	11,93	4,78	3,70	81	0,30	5,40	86	3	1	6	»	»	»	»	»	»	»	5	14,60	
	2.ª	718,70	718,35	718,57	0,45	1,12	9,36	5,90	3,46	3,66	9,56	0,33	0,30	100	3,20	2,20	85	»	3	7	»	»	»	»	»	»	»	34,80	14,60	
	3.ª	724,85	725,82	725,33	0,97	7,54	22,87	14,47	8,40	0,61	13,86	7,20	6	85	9,50	7,60	76	4	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	22,10	22,10
Resumen.		723,52	723,46	723,49	0,06	4,41	16,36	10,30	6,06	1,48	11,78	4	3,20	90	6,30	5	82	7	5	13	»	»	»	»	»	»	»	39,80	44,60	
Marzo.	1.ª	724,10	722,60	723,35	1,50	9,55	27,74	18,47	9,27	0,73	17,84	9	7,30	79	15,40	12,70	76	5	5	»	»	»	»	»	»	»	»	4,90	34,10	
	2.ª	714,33	714,33	714,30	0,00	6,34	17,72	11,76	5,96	0,92	10,84	6	5	86	8,80	8,20	93	1	5	4	»	»	»	»	»	»	»	13,60	18,50	
	3.ª	721,51	721,36	721,45	0,18	13,43	29,71	21,26	8,45	5,60	15,66	13,50	11	73	19,40	16	70	5	5	1	»	»	»	»	»	»	»	3	39,70	
Resumen.		719,98	719,42	719,70	0,56	9,77	25,05	17,16	7,89	2,33	14,78	9,5	7,879	14,5	12,30	80	11	15	5	»	»	»	»	»	»	»	»	21,50	92,30	
Abril.	1.ª	711,70	711,90	711,80	0,20	7,19	20,85	14,73	6,12	0,35	15,08	6	5	86	11,20	9,50	79	3	4	3	1	»	»	»	»	»	»	»	20,10	21,90
	2.ª	721,10	720,60	720,85	0,50	10,47	29,55	18,15	11,40	2,80	16,35	8,10	6,70	82	13,80	10,80	68	3	7	»	»	»	»	»	»	»	»	5,30	37,40	
	3.ª	715,70	714,90	715,30	0,80	14,24	31,69	24,24	7,45	4,24	20	13	10,40	69	18,20	16,30	82	4	5	1	»	»	»	»	»	»	»	»	58,10	58,10
Resumen.		719,98	719,42	719,70	0,56	9,77	25,05	17,16	7,89	2,33	14,78	9,5	7,879	14,5	12,30	80	11	15	5	»	»	»	»	»	»	»	»	21,50	92,30	
Mayo.	1.ª	718,60	718,55	718,57	0,05	15,09	31,02	22,30	8,72	71,83	14,22	14,30	12	76	20,20	16,60	70	5	5	»	»	»	»	»	»	»	»	16,20	61,40	
	2.ª	722,90	722,05	722,48	0,85	14	30,81	21,92	8,89	6,09	15,83	14,66	12,50	78	18,40	15,50	73	2	7	1	»	»	»	»	»	»	»	3,20	52,70	
	3.ª	719,63	719,27	719,45	0,33	15,17	30,47	22,29	8,18	8,05	14,24	17	13,70	76	19,60	16,50	74	2	4	5	»	»	»	»	»	»	»	18	53,40	
Resumen.		720,35	719,96	720,17	0,42	14,75	30,77	22,17	8,60	7,34	14,83	15,30	12,70	77	19,40	16,20	72	9	16	6	»	»	»	»	»	»	»	37,40	167,50	
Junio.	1.ª	722	721,90	721,95	0,10	19,88	37,92	28,55	9,37	11,92	17,33	19,50	16	70	26	21,59	63	7	2	1	»	»	»	»	»	»	»	29,60	64,80	
	2.ª	723,30	722,50	722,90	0,80	23,93	48,96	34,15	9,81	13,72	20,43	23,70	19,20	66	30,20	24,80	62	5	5	1	»	»	»	»	»	»	»	14,60	96,90	
	3.ª	723,10	723	723,05	0,10	21,81	40,20	30,99	9,21	12,65	18,34	22,20	18,60	68	27	22,30	68	6	3	»	»	»	»	»	»	»	»	10,80	75,50	
Resumen.		724,80	722,47	722,63	0,33	21,88	40,69	31,23	9,46	12,53	18,70	21,80	18	68	27,70	23	63	18	10	2	»	»	»	»	»	»	»	55,00	237,20	

Control meteorológico de Nájera, 1887. Tomado de Casas Arriola (1892).

El apartado dedicado a la hidrografía es una mesurada descripción de las cualidades del agua para la vida vegetal y animal, así como su importancia higiénica y terapéutica desde los tiempos de Galeno, Hipócrates y Celso. Vemos cómo se fueron descubriendo sus elementos por Priestley en 1780, Cavendish y Wat hasta que Lavoisier dedujo que el agua estaba compuesta de dos cuerpos elementales, el oxígeno y el hidrógeno. Pasado el carácter teórico de las virtudes del agua como elemento vital pasa el Dr. Casas a pormenorizar el tipo de agua para bebida usual que hay en cada una de las tres fuentes de la villa (De los Caños, San Pantaleón y del Tordo) y sus caracteres físicos. Para ello realiza los correspondientes análisis hidrotimétricos, describiendo paso por paso y su correspondiente explicación, los cuatro ensayos que requiere la prueba.

El discurso acerca del estudio de las topografías médicas es muy ilustrativo, pues *“es un verdadero estudio de la naturaleza y como toda tarea práctica tienen por base la observación filosófica”*. El principal objeto de las Topografías Médicas, según el Dr. Casas, es la aplicación de los conocimientos médico-higiénicos al estudio etiológico y patológico de los habitantes de una localidad, proponiéndose como fin dos ventajas: una local, que se refiere al punto topográfico descrito, para que sus habitantes puedan aprovechar las utilidades que se desprenden en bien de su salud, y la general para que las topografías que más tarde aparezcan puedan constituir una provincial con el tiempo.

El Dr. Casas es seguidor de las corrientes médicas del climatismo, ambientalismo y ecologismo hipocráticos, la medicina etiopatológica y la necesaria perspectiva filosófica que un médico práctico debe adoptar en su ejercicio desde las tesis higienistas *“...el papel del médico no se limita solamente a ver enfermos, sino que la misión más bella y noble de su ministerio es la de velar por la salubridad de los lugares y de las aguas, de los vestidos y alimentos de sus clientes, de sus habitaciones, edificios y calles, es decir, proteger en cuanto pueda la salud pública y privada”* (Casas, 1892: 39).

La población de Huércanos en 1878, según el censo de ese año, es de 783 personas y en 1887 de 847, aumentando en 64 personas ó 7,5%. Durante este quinquenio, se observa un predominio de los nacimientos sobre las defunciones, así como un aumento de nacimientos varones sobre las hembras, pues son hechos observados y demostrados por las estadísticas y que la higiene pública establece como regla general. El mayor número de nacimientos se corresponde con los meses de febrero y marzo que indica una concepción primaveral. La mayor mortandad se da en el año de 1890 debido a una epidemia de coqueluche aunque ese mismo año se nivelan ambas estadísticas, nacimientos y defunciones en 34 casos.

Las defunciones ocurridas durante el quinquenio de 1886 a 1890 ambos inclusive, ponen de manifiesto que el mayor número corresponde a la edad de 0 a 3 años y después de 61 a 70, o lo que es lo mismo, a los extremos de la vida. Cuando se analizan las defunciones según la hora de los fallecimientos, la mayor mortalidad ocurre preferentemente de 12 a 7 de la tarde y de 5 a 12 de la mañana.

Si se observa el estado civil de los fallecidos, la mayor parte ocurre entre los solteros y solteras menores de 15 años que suponen el 61,7%; solteros y solteras de 16 años en adelante el 2,2%; casados y casadas el 21,8% y viudos y viudas el 14,3%.

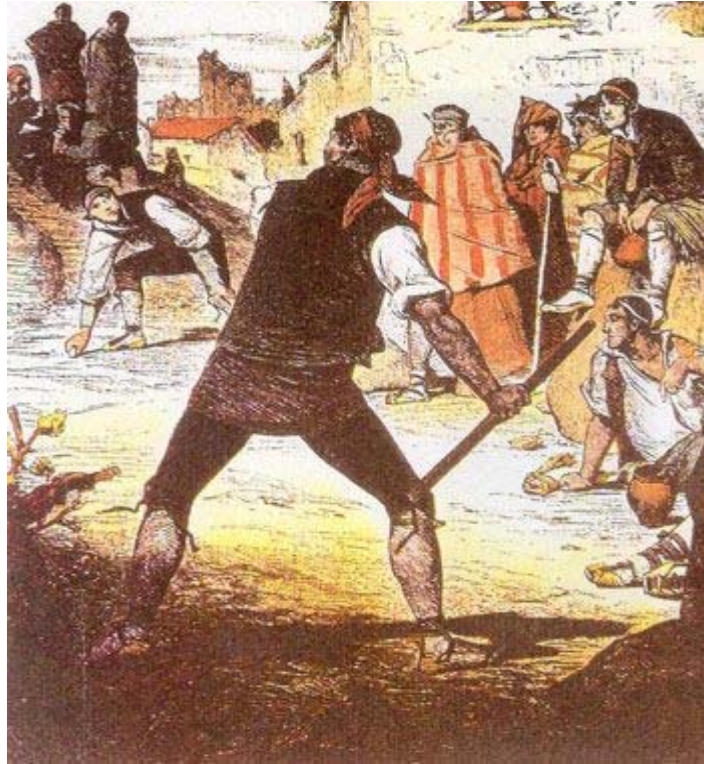
La vida media de los habitantes de Huércanos, con arreglo a lo razonado por Mr. Guillard, es de 50 años y 1 mes.

Durante el quinquenio de estudio, se han celebrado 36 matrimonios, 30 de ellos entre solteros y solteras, dos de soltero con viuda, dos de viudo con soltera y dos de viudo con viuda. La mayor parte de estos matrimonios se ha celebrado entre los meses de marzo y abril, o sea, en primavera.

Entre las diversiones públicas figuran el baile, juegos de pelota, de barra y de calva, que practicados de forma moderada contribuyen al desarrollo orgánico y mantenimiento de la salud, aunque son pocos los que así lo hacen. “...*Su pasión se lleva hasta la exageración y se buscan las enfermedades y una muerte prematura*”.



Juego de la calva. Tomado de <http://es.slideshare.net/DanielSantosSutil/deportes-tradicionales-de-castilla-y-Leon>



Antiguo dibujo de un lanzamiento de barra en Aragón en el siglo XIX. Tomado de:  
<http://villadelprado.blogspot.com.es/2011/12/la-barra-y-la-pelota.html>

Las vestimentas que se usan en La Rioja son iguales, con pocas diferencias. Las prendas comunes son: chaqueta, pantalón y chaleco, borceguí fuerte y la clásica boina en los de clase agrícola, que son la mayoría en Huércanos. Como abrigo de invierno, mantas fuertes, tapabocas grandes que hacen el papel de capas y la anguarina, que va cayendo en desuso.



Campesino con anguarina. Tomado de:  
<http://www.islabahia.com/aprodebur/Arevacos/23ocbre05/23elvestido.htm> [Consulta el 19-5-2008]

En Huércanos hay dos escuelas, una para cada sexo, 72 niños matriculados y con asistencia diaria de 56, correspondiendo a cada uno 1,40 centímetros cuadrados de superficie y 4,3 centímetros cúbicos de aire. En la de niñas hay 60 matriculadas y de asistencia diaria 40, contando cada una con 1,2 centímetros cuadrados de superficie y tres metros cúbicos de aire. Las prescripciones sobre la capacidad aérea de Arnaud B. Paulier asignan a cada niño 10 metros cúbicos por hora, lo que hace pensar que serán escasas las escuelas de pueblo que reúnan tan buenas condiciones higiénicas. Aun así, la limpieza y ventilación de las escuelas de Huércanos son aceptables desde el punto de vista higiénico.

Los habitantes de Huércanos suelen ser laboriosos y morigerados en sus costumbres, de carácter alegre y expansivo, de trato afable y cariñoso, no son dominados por malas pasiones, la holganza y los vicios. Pocas veces se les ve propensos a la ira y a actos agresivos; no son rencorosos; su carácter es pronto, sin que se oculte el sello de la venganza. Sus cualidades morales son buenas; respetan los preceptos religiosos y atienden la caridad.

En el periodo de seis años en que ejerce el Dr. Casas en Huércanos nos indica aquellas enfermedades que por su constancia constituyen la expresión patológica de la zona, como son el reumatismo, catarro gástrico o fiebre gástrica, bronquitis, pulmonía, tuberculosis pulmonar, coqueluche-catarro espasmódico.

Además de las aportaciones generales el Dr. Casas incluye una serie de observaciones de casos particulares que en su práctica médica en Huércanos tuvo que tratar. Uno de estos casos se refiere al diagnóstico dudoso de un caso de cáncer de estómago en un hombre de treinta y tres años de edad que creía se trataba de un “*mal de estómago*”, incluyendo en la palabra todas las afecciones tan distintas que en ese órgano pueden radicar. Tras un curso de dos meses de evolución con vómitos copiosos, continuados y albuminosos, dolores de carácter lancinante y una flebitis obliterante del miembro inferior, cuyo síntoma era premonitorio de cáncer gástrico según Trousseau, el paciente curó espontáneamente mediante un tratamiento sintomático. No obstante, el paciente falleció dos años más tarde de una peritonitis y, por lo tanto, la reflexión del Dr. Casas es plegarse a la evidencia clínica y poner de manifiesto la teoría establecida para el diagnóstico diferencial del cáncer gástrico con la úlcera y la gastritis crónica y abogar por la prueba definitiva, la autopsia que no pudo realizar para poder ilustrar el caso, debido al falso respeto a la abertura de cadáveres por ser una preocupación arraigada profundamente en los pueblos y que supone un obstáculo al progreso de la ciencia.

Mediante esta reflexión el Dr. Casas da un paso adelante sobre las teorías establecidas, siempre más válidas si vienen del extranjero si se aprecian desde la denostada ciencia española. Por ello apuntamos este hecho como valor adicional de su estudio con una despejada visión fisiopatológica.

El nivel de subsistencias determina el vigor físico, energía y robustez de los habitantes cuando cuentan con alimentos de buena calidad y abundantes, haciéndose de esta manera más indemnes a las epidemias y las enfermedades asténicas. Rara vez escasean los productos de primera necesidad. Entre la ganadería caballar, mular, lanar y cabrío se cuentan 1.598 cabezas. El elemento de prosperidad es la vid, cuya cosecha distribuida entre los 235 vecinos supone más de 4.000 reales a cada uno. Su consumo anual es de ocho a diez mil cántaras de vino. La leche de cabra se destina al consumo diario y especialmente a los enfermos, ya que tiene buenas cualidades y es abundante. Las patatas llegan a exportarse y las legumbres y hortalizas son algo escasas, aunque se espera abrir un canal de riego en el río Yalde que está en proyecto, tomando la iniciativa el alcalde D. Julián Magaña para así poder aumentar los productos de regadío, como los árboles frutales, y en general la masa arbórea, que tanta influencia tiene en la salubridad del aire, *“purificando la atmósfera, oxigenándola y determinando fenómenos meteorológicos que facilitan benéficas lluvias”*.

Las recomendaciones para paliar o evitar las enfermedades relacionadas con las costumbre se refieren a no abusar de las bebidas y condimentos excitantes en el caso de las referidas al aparato digestivo, sustraerse de los cambios frecuentes y bruscos de temperatura a los que están sometidos los labradores, disminución de los vicios y los matrimonios consanguíneos para que la herencia no sea tan marcada en relación con la tisis, el escrofulismo y la epilepsia, junto con la mejor asistencia en los partos para disminuir la mortalidad infantil. El fomento de la lactancia materna que por entonces y en algunos ambientes se abandonaba por “moda” o “estética” en pos de la lactancia con biberón que se recomienda siempre que se efectúe con las reglas higiénicas convenientes y escrupulosa asepsia del instrumento (Casas, 1901). No puede el autor sustraerse a preconizar los inventos de la ciencia en cuanto al abordaje de la viruela, mediante la vacunación y revacunación de la población, lo que necesita una decidida difusión.

Emilio Inocente Casas y Arriola<sup>144</sup> nació en Santo Domingo de la Calzada en 1856. Licenciado en medicina por la Universidad de Madrid. Doctor en Medicina y

---

<sup>144</sup> Extraído de la Hoja de Méritos y Servicios del archivo familiar de la familia Casas.

Cirugía, con calificación de sobresaliente, por el claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid el día 15 de octubre de 1883, cuya tesis doctoral tiene por título ¿Cuál es el tratamiento racional de la pleuresía purulenta? y se encuentra en formato Impreso y manuscrito. Premiado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza por acuerdo de dicha academia el 10 de febrero de 1892, por un folleto titulado “Estudio Médico Topográfico de la Villa de Huércanos”, donde ha sido titular, en formato impreso y manuscrito. Socio Corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza, desde 1892. Premiado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en concurso público de 1892. (Premio Salvá y Campillo) “Estudio de una epidemia variolosa ocurrida en la villa de Huércanos”, manuscrito. Premiado por la Academia de Medicina de Madrid en concurso público de 1895 (Premio Calvo y Martín) cuyo tema es: “Epidemia de viruela en la villa de Huércanos”, manuscrito. Premiado por la Academia de Higiene de Cataluña en concurso público de 1896-97. Tema: “Higiene de la lactancia”. Impreso, publicado en 1901. Premiado por Le Correspondant Medical de París en febrero de 1902 por un trabajo en concurso público titulado “Terapéutica de la dispepsia”<sup>145</sup>. Premiado por el Instituto Médico Valenciano en concurso público de 1904 a 1905, segundo premio y título de Socio de Mérito, en Junta general ordinaria del día 27 de marzo de 1905 con el tema: “Tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal”<sup>146</sup>. Premiado por el Instituto Médico Valenciano con el primer premio, en el concurso de 1909 a 1910, acordado sin debate en la Junta general ordinaria el día 26 de noviembre de 1910 con el tema: “Indicación de la intervención quirúrgica en la litiasis biliar”, y bajo el lema “El bello ideal de la terapéutica quirúrgica es precisar su indicación”<sup>147</sup>. Tiene aprobados los ejercicios de oposición a las plazas de Médicos Directores de baños de las oposiciones de 1893 a 1894. Condecorado con Medalla de Oro, por la Asociación de la Cruz Roja en 1903. Condecorado con la Cruz de Beneficencia de 1ª Clase, por Real Orden. Ejerció su profesión 12 años en Huércanos y 8 en Cenicero, como médico titular. Médico interino de la Cárcel Modelo de Valencia, por nombramiento de Real Orden, fecha 19 de abril de 1904, desde 1905 a 1909. Premiado en concurso público Médico-Ibero-Americano de “Anales de los

---

<sup>145</sup> Le Correspondant Médical. Journal Médical Scientifique Litteraire & Illustré. Concurso de “Le Correspondant Médical”. 1902, p 6.

<sup>146</sup> Medicina, Historia y Sociedad. El Instituto Médico Valenciano en 1905. Disponible en: <http://historiadelamedicina.wordpress.com/2011/09/11/el-instituto-medico-valenciano-en-1905/> [Consulta el 12-11-2013]

<sup>147</sup> Medicina, Historia y Sociedad. El Instituto Médico Valenciano en 1910. Disponible en: <http://historiadelamedicina.wordpress.com/2011/11/07/el-instituto-medico-valenciano-en-1910-i/>. [Consulta el 12-11-2013].

Establecimientos Chatelain” en 1925 sobre el tema “El Urodonal en las enfermedades de la nutrición” y bajo el lema “Quae in corpore sano faciunt actiones sanas, eaden, inaugroto morbosas”<sup>148</sup>.

Falleció en Logroño el día 23 de febrero de 1933, a los 76 años de edad, y en la nota necrológica publicada en el diario La Rioja, se resume su dedicación a la medicina asistencial, así como su faceta de investigador y hombre estudioso. Ejerció en Arnedillo al menos hasta completar su tesis doctoral en 1883. Le fue ofrecido el cargo de médico de la cárcel Modelo de Valencia que aceptó en razón a ofrecerle medio más cómodo de dar carrera a sus hijos, también médicos los dos varones. D. Emilio Casas Arriola forma parte de una saga familiar con dedicación a la medicina, situándose en la tercera de siete generaciones consecutivas de médicos. En 1909 se traslada de Valencia a Logroño por motivos de salud, aunque continúa con su ejercicio profesional hasta 1927. A su consulta acudía gran número de pacientes del partido de Nájera, por su sólida reputación y fama que le había precedido por su desempeño en Cenicero <sup>149</sup>. De su pericia profesional da cuenta una nota periodística del corresponsal del diario La Rioja en Nájera, Constantino Garral, quien alaba sus aptitudes como médico cirujano resolviendo en Cenicero y en los pueblos cercanos, como la villa alavesa de Elciego, intervenciones de difícil solución. Se le asemeja por principios científicos solidísimos a los célebres escritores médicos de la historia de la medicina riojana, como Fernández Navarrete de Ábalos, Matías Gil de Muro de Arnedo, Diego Francisco de Andosilla, Juan del Castillo y Vicente Ezquerria, los tres de Calahorra, quienes legaron excelentes tratados en su época. Su obra “La higiene de la lactancia”, debiera considerarse como “el catecismo fisiológico de todas las madres de familia” según el corresponsal. Entre los méritos referidos en la crónica se encuentra su admisión “como miembro de honor y mérito” en la Academia Internacional de París de Ciencias Médicas<sup>150</sup>

Durante su ejercicio profesional en Cenicero fue uno de los tres médicos que asistieron en la catástrofe de Torremonalvo, el fatal accidente ferroviario de 1904 donde quedó patente su dedicación y entrega.

Fue socio correspondiente en la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, figurando como tal en 1896, mientras ejercía en Huércanos donde tenía su residencia habitual. Figuraba como socio de la academia junto a Ángel Pulido y Jaime Ferrán y

---

<sup>148</sup> Anales de les Etablissements Chatelain. Nov-Diciembre 1925, p. 14.

<sup>149</sup> Diario La Rioja, 24 de enero de 1933.

<sup>150</sup> Diario La Rioja, 23 de agosto de 1902, p 2.



Clúa entre otros personajes nacionales importantes del momento. También era socio correspondiente su condiscípulo Calestino Compaired Cabodevilla, autor de la topografía médica de Estella y especialista en otorrinolaringología con ejercicio en Madrid. Entre los socios riojanos encontramos a José María Caballero y Villar que tenía su residencia en Logroño, en la calle Muro del Carmen, nº 11, entresuelo y ejerció en Santo Domingo de la Calzada asistiendo la epidemia de viruela ocurrida entre 1871 y 1872. También el médico Donato Hernández Oñate era socio correspondiente de esta Academia por estas fechas, domiciliado en la Plaza de San Isidro, nº 4, 2º, en el barrio de Varea de Logroño<sup>151</sup>.

La hoja de servicios del Dr. Casas desvela una dedicación encomiable a la profesión, ejercida en diferentes ámbitos y con una continuada y dilatada inquietud científica. A lo largo de su vida profesional, en los diferentes destinos en los que ejerció, realizó trabajos científicos de solvencia siempre acreditada al ser premiados en los diferentes concursos de instituciones médicas a los que se presentó. Sus obras aportan una excelente rúbrica del higienismo en La Rioja así como de la clínica médica riojana.



D. Emilio Casas Arriola. Cenicero 1904.

---

<sup>151</sup> Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Programa del concurso para los premios del año 1896, pp 105-120. Disponible en: [http://bvpb.mcu.es/es/catalogo\\_imagenes/imagen.cmd?path=15020&posicion=4](http://bvpb.mcu.es/es/catalogo_imagenes/imagen.cmd?path=15020&posicion=4) [Consulta el 4-5-2012]

Estudio

Médico Topográfico.

de

JUAN MANUEL EMPATERO GONZALEZ (1916)  
P. 136

Cervera del Rio Alhama

y su

Distrito



... deber a  
... de la poblacion, m.  
... cambio en cultivo...  
... crecimiento. ¿Cómo? - no lo sé; mejor, no quiero  
...  
... terminado, hay en nuestro yo, una extraña

La memoria de Cervera del río Alhama aparece en una relación de memorias anónimas y sin fecha (Casco Solís, 2001: 244) entre otras muchas. Localizada en la Academia de Medicina de Madrid vemos que contiene 338 páginas manuscritas, es anónima y con fecha en interrogante de 1916. En el detenido estudio de sus páginas comprobamos que los datos últimos a los que se refiere son de 1915. En una de sus páginas (186) el firmante revela que “*ha escrito el pasado año una monografía sobre hidrofobia*” o la enfermedad de la rabia. Siguiendo este rastro encontramos al probable autor, Juan Manuel Zapatero González que, además, era autor de otras obras relacionadas con Cervera<sup>152</sup>. También encontramos la referencia a esta obra en un trabajo dedicado a las topografías médicas burgalesas, donde se menciona que dicha memoria de “*Cervera del Río Alhama y su distrito*” bajo el lema “*Todo se ha perdido menos el trabajo*” es obra de Juan Manuel Zapatero González. Fue distinguida con mención honorífica junto a otros dos estudios en la Real Academia Nacional de Medicina en la sesión inaugural de 1918, bajo la presidencia de Don Carlos M<sup>a</sup> Cortezo (López Gómez, 2004: 115). Efectivamente, como consta en acta, celebrada el día 27 de enero de 1918, se reúne la Academia para votar los Premios y Socorros ordinarios anunciados para el año 1917. En la solicitud del Premio Iglesias y González, cuyo tema en el concurso era “*Geografía médica de una provincia, de una comarca o de una población importante de España*” se recibieron tres trabajos y se distingue con Mención Honorífica el trabajo con el lema señalado “*Todo se ha perdido menos el trabajo*” cuyo título es “*Geografía médica de Cervera del Río Alhama y su distrito*”, y el autor correspondiente es D. Juan Manuel Zapatero y González (Anales RANM, 1918: 5-10).

Bajo el título “*Estudio médico topográfico de Cervera del río Alhama y su distrito*” se presenta la obra compuesta de doce capítulos que muestran a través de sus páginas cómo es la comarca de Cervera del río Alhama descrita en 1916 por D. Juan Manuel Zapatero González, médico titular de Cervera que responde al anuncio de la Academia de Medicina publicado en la Gaceta de Madrid, para otorgar premios a los mejores trabajos en esta área médica.

---

<sup>152</sup> En la Biblioteca de La Rioja encontramos las siguientes obras de este autor, por orden cronológico de publicación: Zapatero González, J.M.; Marín P. (1913). *Efemérides cerveranas*. Zaragoza: Tip. M. Payá. Prologuista Alfonso Benito Alfaro; Zapatero González, J.M. (1915). *La rabia, doctrina científica*...Logroño: Imp. La Rioja; Zapatero, J. M. (1922). *Pedagogía sexual: lo que se debe saber. Con ocho láminas del autor* Barcelona: Francisco Isart. En esta cita bibliográfica encontramos además esta nota: *Nota biográfica: Es posible que el autor sea "Juan Manuel Zapatero González, médico de Cervera del Río Alhama, casado con Consolación Martínez Sánchez". Se pueden encontrar referencias biográficas en la p. 444 de la obra de J. Vicente Aguirre: "Aquí nunca pasó nada". (2007)* Y por último, Zapatero González, J.M. (1925). *Del historial cerverano (1717-1817)* Logroño: Imp. Vda. de Santos Ochoa

En sus 338 páginas manuscritas podemos encontrar aportaciones novedosas y muy valiosas desde el punto de vista del objeto de nuestro interés, cómo veía el médico titular su pueblo y sus habitantes ilustrando este trabajo minucioso con planos, tablas y fotografías.

Una vez realizado el estudio el Dr. Zapatero se cuestiona si merece la pena tanto sacrificio, reconoce la sensación penosa que le produce haber conocido meticulosamente los lugares del distrito, sin desoír las obligaciones cotidianas del ejercicio profesional y no cree que sus esfuerzos estén compensados en relación con el resultado, pero gracias a su empeño, que fue premiado por la Academia de Barcelona en el concurso de 1916, podemos hoy disponer de la visión que tenía sobre las condiciones higiénicas que detentaban sus convecinos: *“Tras un esfuerzo titánico de buscar datos desperdigados por incurias y desconocimientos, de atender la llamada del cliente en la casa mísera de la población o en la solitaria del campo de cultivo...termina con una dolorosa sensación de ruindad y miseria. De tal padre y de tales medios, tal producto”*.

El objeto de estudio de la obra es Cervera del río Alhama y su distrito y para ese propósito añade a modo de contextualización unas generalidades de la provincia de La Rioja en su conjunto. Y dado que el empeño del Dr. Zapatero era considerable, si tenemos en cuenta que la mayoría de los estudios de esta índole estaban dedicados a una sola localidad, nuestro autor se ocupa del distrito de Cervera del río Alhama que comprende siete poblaciones, a saber: la propia Cervera, Aguilar del río Alahama, Cornago, Igea, Grávalos, Valdemadera y Navajún; no en vano se lamenta del esfuerzo que le supone su elaboración, pues a gran reto gran afán.

Otro detalle de la estructura de la obra es que, de igual modo que añade unas pinceladas sobre La Rioja, también introduce unas generalidades de la comarca para completar más tarde la descripción detallada de cada una de las localidades y sus características desde el punto vista higienista.

La cabecera de la introducción está dedicada a la cita de Hipócrates de su Tratado de aguas aires y lugares: *“Luego que un médico llega a una ciudad para él desconocida, deberá observar su situación y las relaciones en que se halla con la salida del sol... Adquirirá nociones muy exactas sobre la naturaleza de las aguas que usan los habitantes, etc”*. Junto a esta máxima hipocrática nos sitúa en la localidad mediante un cantar popular escrito en varios versos *“Hay en España un Logroño que es capital de La Rioja, y hay en Logroño un Cervera que bebe y canta la jota”*. Mediante estas dos citas de cabecera, una sobre la que se basa la ciencia médica dedicada a los estudios médico

topográficos y otra popular, el Dr. Zapatero nos da la pauta de su estudio, no se desvía de su cometido como médico y profesional ni desdeña su condición de paisano. De esta forma conjuga desde la doble condición de profesional y lugareño, una vasta visión del terreno y sus gentes que le otorga con justicia el derecho a articular sus deducciones. Él mismo se refiere a estas citas sobre las que basa su trabajo como *“Mitad doctrinales, mitad jocosas..., unas del divino anciano de Coos y otras del sentimiento popular que encarnó en todas las épocas el tinte físico y moral de los individuos conservándolo a través de las tradiciones y aún de las razas”*.

Aunque es consciente de la contradicción entre la ciencia y la poesía popular, justifica su inclusión porque el médico debe estar atento a cuantas condiciones rodean al hombre, así la copla es *“la cisterna donde confluyen las expansiones de las almas que por otra parte llevan siempre las gratas o las tristes, de los cuerpos”* Estos cantos populares que en La Rioja toman forma de jota.

En su afán de abarcar esas condiciones que rodean al hombre, considera de manera primordial los lugares donde fija sus plantas y desenvuelve sus energías, las aguas de consumo y de regadío, las riquezas agrícolas e industriales y el aire. De igual modo, debe tener en cuenta las manifestaciones del espíritu como el arte, en todas sus manifestaciones, que señala el corazón de sus tiempos. Así también la copla callejera marca sus días y sus horas.

La obra comienza con una descripción de la provincia de Logroño desde su nacimiento, que lo fue de 3ª clase, por decreto de las Cortes de 29 de enero de 1822 y, como tal, fue ratificada por Real Decreto de 30 de noviembre de 1833. En la fecha en que se realiza el estudio, 1916, la provincia cuenta con 206.463 habitantes distribuidos en 7 ciudades, 157 villas, 38 lugares, 97 aldeas y 412 caseríos, con un total de 184 ayuntamientos. En el orden eclesiástico comprende en su mayor parte la diócesis de Calahorra y la Calzada y en una pequeña parte la de Tarazona, dependientes del arzobispado de Burgos. En el militar corresponde a la región del 6º cuerpo del ejército, con Gobierno Militar en la capital. En el judicial es tributaria de la Territorial de Burgos donde radica una Audiencia Provincial con dos salas a las que acuden para los casos de su competencia los partidos judiciales de Alfaro, Nájera, Santo Domingo de la Calzada, Torrecilla de Cameros y Logroño.

El capital de fundaciones instituidas en relación a la beneficencia, pasa de ser de 2.194.000 pesetas y por su mediación hay hospitales, manicomio, asilos y otros centros de asistencia.

Los edificios de La Rioja se componen de un total de 73.135, de los cuales 43.475 se hallan habitados constantemente; 2.038 temporalmente y los 27.622 restantes se encuentran inhabitados. Los edificios que están en el casco de las capitales de ayuntamiento son unos 50.118. En los grupos no capitales de ayuntamiento hay 10.237 y los edificios y albergues diseminados cuentan en total unos 12.780.

Las vías de comunicación se componen de 28 carreteras, una línea férrea y ancha que sigue la vertiente del Ebro, de Miranda a Castejón, principalmente. Hay un ferrocarril de vía estrecha de Haro a Ezcaray, y otro sin ultimar de Castejón a Olvega (Soria), pasando por terreno cerverano. También existen once estaciones telegráficas.

Hay en la provincia 37 pósitos, 29 de ellos en grano metálico dando un total de 5.766,15 fanegas y 34.119,07 pesetas.

En La Rioja de entonces funcionaban 179 sindicatos, agrícolas todos ellos.

El Dr. Zapatero informa globalmente de una provincia estructurada socialmente agrícola y eminentemente rural, con vías de comunicación de algún modo todavía incipientes. Una vez hecha esta introducción, pasa a reseñar las generalidades de la comarca cerverana, cuya distribución territorial a efectos sanitarios constituye el distrito médico, adelantando a lo particular de cada pueblo lo que todos ellos tienen en común.

La comarca cerverana se encuentra en la parte más baja de la Rioja, en los límites de la provincia orillando con Soria, Zaragoza y Pamplona.

Los habitantes de la Rioja ocupan su tiempo de ocio con juegos como la barra y la pelota, entre los favoritos y, como médico, el Dr. Zapatero lo señala a tenor de la doctrina higienista, que contempla el ejercicio físico como un componente de la salud de los individuos, ya que por medio de los cuales se desarrollan los músculos del tórax y los miembros superiores y ponen en acción las fuerzas físicas.

Las diversiones “*artísticas*” en las que se aplican los riojanos son el baile, con aire de jota, aunque se va replegando algo ante los “*modernismos*” de otros “*bailables*”. En opinión del Dr. Zapatero, el baile de la jota “*debería conservarse en pleno vigor, por ser la danza gimnástica brava, que con los arreskus y sardanas, constituye el gran medio de revivimiento físico nacional*”. (Zapatero, 1916: 13).

Otra especial dedicación de los riojanos es el canto regional, en forma de copla de jota, que en cuatro versos de rima perfecta o en asonancia dos ellos, el segundo y el cuarto, expresa “*los estados de las almas y la altura de los cerebros y el vigor de las pasiones. Tierna en ocasiones, sabe a heno o tomillo y lleva pinceladas de lujuria o sangre, de rezo místico o de amor sencillo en otras*”. ((Zapatero, 1916:14).

Los entrecomillados, con objeto de enunciar la literalidad, nos desvelan los matices subjetivos del autor cuando se refiere a la jota como brava, que bien puede provenir de la letra de alguna de ellas y que condensa en las mismas el propio carácter de quien las crea y las entona. Como ejemplo de ello basta con citar un par de jotas tradicionales, recogidas del folclore oral como éstas:

*Al que es baturro de pronto le hace despertar  
cuando la jota se oye de noche en la calle;  
al que es riojano de pronto le hace despertar;  
porque la jota ha sido y será siempre brava  
La más valiente, navarra, guerrera y leal.  
La mas valiente, riojana, guerrera y leal.  
Cuando la jota se oye de noche en la calle.  
Al son de una jota brava  
nuestro querer nació fuerte,  
al son de una jota brava.  
Y al salir de nuestros labios  
un beso al aire se daban,  
un beso al aire se daban.  
Nuestro querer nació fuerte<sup>153</sup>*

Para la delicada tarea de describir el carácter de los habitantes de una región, principalmente por el riesgo de establecer estereotipos, el Dr. Zapatero recurre a un refrán para referirse a los de La Rioja: “*Se oye decir que aragoneses y riojanos, primos hermanos. Y se dice con mayor fuerza que el carácter aragonés es rudo y franco, corazón de niño y brazos de Hércules, comunicativo, francote es pues el riojano. Mas lleva en sí un sedimento de meridional que domina muchas veces el magma de sujeto norteño. No es común en él, fuera de los hombres serranos, el tipo ahorrativo y asceta; ni el sentimiento de adhesividad social que distingue a catalanes, navarros, vascos y aun aragoneses, y que se manifiesta en la ayuda a todo lo que signifique “patria chica”.*

Las producciones de la provincia de Logroño son ricas embutidos y conservas así como en vinos, marca por la que ha destacado. En los 79 pueblos que integran La Rioja

---

<sup>153</sup> Cancionero de la Escuela de Jotas de La Rioja. Recopilación de Carmen Madurga. Recopilación: Asociación de Alumnos de la Escuela de Jotas de La Rioja. Disponible en: [www.larioja.org/cultura](http://www.larioja.org/cultura) [Consulta el 21-11-2013].

alta se dan sobre todo vides, cereales y leguminosas, en los 43 que forman La Rioja baja olivos, frutas, hortalizas, viñas y cereales y en los 63 que constituyen la sierra, cereales, leguminosas y ganados. Los paños de Ezcaray, los terciopelos de Munilla, las conservas de Logroño y Calahorra, las alpargatas de Cervera y Haro, los hilados de Aguilar, los embutidos de Cameros, son botones demuestran del adelanto industrial.

En cuanto a la producción minera, describe las diferentes variedades de minerales que reencuentran en la geografía riojana sin destacar ninguna de ellas en la economía nacional.

Tras el análisis y descripción que hace de las características geológicas de la comarca cerverana, se puede asegurar que es terreno de vid, olivo y cereales en los secanos, y de frutas y hortalizas en los regadíos.

Tanto los ríos Alhama y Linares, los principales de la comarca, como multitud de manantiales son suficientes para el riego y aprovechamientos de industrias y necesidades domésticas. La flora de la comarca contribuye a la exuberancia de España como país variado y rico en flora que posee 7.750 familias de criptógamas. Si en toda Europa hay unas 10.000 plantas vasculares, España guarda 5.500, Francia 4.300 e Italia con Sicilia solamente 500. La fauna también es abundante y tanto ésta como la flora cerveranas son consignadas en sendos cuadros clasificatorios en las categorías de tipos, subtipos, clases, órdenes, familias, géneros y especies. (Zapatero, 1916: 24).

Los datos meteorológicos que recoge el Dr. Zapatero califican el clima de la comarca como templado, siendo la temperatura media anual de 12,6° C.

Las producciones cerveranas, además de las agrícolas, son industriales “*de cuantía*”, pues Cervera elabora tejidos, alpargatas, harinas, yeso..., Aguilar tejidos, Navajún, miel e Igea explota luz eléctrica.

Las construcciones cerveranas distan mucho de la planificación urbanística que presentan las grandes ciudades como Filadelfia, Nueva York o Chicago, con calles paralelas cortadas por perpendiculares, exactas y uniformes, con islotes rectangulares perfectos para plazas que son excepciones en nuestro entorno. Antes bien, en la comarca se levantan casas y más casas junto a un castillo fuerte, en los regazos de una finca, sin plano aparente que van formando la ciudad con el tiempo a partir de ruinas, donde convenía a la agricultura y la industria para su mejor desenvolvimiento. Con este modelo de edificabilidad espontánea la red vial “*no es el almacén de una regulada araña, sino la copia de un monstruoso pulpo*” que dificulta la estrategia higienista de la población.



El aprovechamiento del agua en las poblaciones cerveranas es para todo tipo de usos, a diferencia de ciudades como París donde se usan unas para riegos, otras para incendios y otros menesteres y otras para bebida. Las cualidades del agua de consumo son ponderadas en casi todos los pueblos de España, aunque “*casi seguro, la mayoría de las veces, las aguas tan cacareadas son impotables*” (Zapatero, 1916: 27). Las aguas potables deben responder en todo caso a condiciones físicas, químicas y biológicas, que D. Juan Manuel analiza detalladamente en un cuadro que resume los ensayos hidrotimétricos y de gérmenes bacterianos, donde se encuentra el bacilo Coli en aguas de tubería en las diferentes estaciones del año. Pero todas estas necesarias consideraciones en torno al agua de consumo no son tenidas en cuenta por los naturales del país al hacer apología de sus aguas.

Tras describir el análisis hidrotimétrico con detalle, al igual que el Dr. Casas en Huércanos, siguiendo el método de Boutron y Boudet, deduce que las aguas son duras y crudas y las de Navajún pésimas.

En la alimentación, la característica sobriedad de los españoles, y el “*beber más que comer*”, beber vino, típico de La Rioja, es también un distintivo de la comarca. Con el paso del tiempo se ha dejado de consumir el maíz y el centeno, lo que ha contribuido a que no haya casos de pelagra. Para mostrarnos la dieta más generalizada, incluye una tabla de raciones alimenticias del obrero según el higienista Landonay. Las raciones alimenticias están clasificadas en tres supuestos: raciones de 1.400 calorías, de 2.100 calorías y las de Cervera y su distrito, que no llegan a las 3.000.

Como puede apreciarse, los alimentos preponderantes del obrero cerverano se componen de pan, legumbres, patatas y vino. Por tanto, si se atiende a esta indicación, la ración de los obreros en la comarca es puramente de sostenimiento, máxime si se tiene en cuenta que el esfuerzo realizado en general podría decirse que es exagerado y requeriría unas 5.000 calorías; en los trabajos de esfuerzo normal serían adecuadas unas 3.800 calorías, por lo que no parece que puedan alcanzarse por la alimentación excepto para los “*trabajos débiles*” como la fabricación de alpargatas. A pesar de ello y como suplidos, estos hombres campestres cuentan con el aire libre, “*fiambres digestivas*” y sobre todo las vitaminas, que ya empiezan a formar parte de los componentes de la nutrición y que denomina “*esos cuerpos misteriosos que hoy se presentan a estudio*”, existentes en los alimentos muy puros.

Raciones alimenticias del obrero, Diarias según Jandouzy			Ración del de Cervera y su Distrito
Alimentos clases	Ración de 1400 calorías gramos	Ración de 2'100 cts gramos	No llegan a 3000 cts gramos
Pan	250	370	500
Carne	70	125	25
Legumbres y patatas	90	500	500
Azúcar	"	40	25
Leche	"	250	50
Caseí	"	Una taza	5
Chocolate	"	"	5
Vino	0.250	1/3 de litro	250
Mantequilla (Tocino)	"	30	20
Aceite	"	"	25
Frutos	"	100	100
Carne	"	15	15
Varios y condimentos	"	"	Sin valor práctico

Tomado de Zapatero González, 1916: 30

En la comarca se bebe buen vino “como cantara el Arcipreste de Hita” y mal vino o tabernario, “que han cantado todos los literatos a lo Poe”. La ingesta importante de alcohol la considera un “morbo” y por ello es tratado en el apartado de la patología, pues no considera el alcohol bebido un alimento que “ahorra”, como se ha consignado en algunos foros, al menos en épocas anteriores, sino un veneno que “consume”.

En el carácter de los habitantes cerveranos no se encuentran distingos con los de la provincia de Logroño, por lo que el cerverano es franco y rudo, hospitalario, libre y jovial, no obstante es capaz de establecer el sello especialísimo que cada pueblo de la comarca imprime sobre ellos.

En el carácter influye el “bebe y canta la jota” que dice la copla popular respecto al alma cerverana, además “es manifestación de las tradiciones de la raza, como la ronda sanjuanera con caireles y enramadas, la sencilla fiesta del patrón del poblado y la conseja del viejo en la cocinona castiza una noche de invierno...”. El cerverano es de

talla media, impetuoso y se inclina a la indolencia y la mujer es sufrida y hacendosa, y más prolífica que bella.

Pero como higienista el Dr. Zapatero no se entretiene mucho en descripciones literarias de sus paisanos, sino que recurre a la estadística de dieciséis años de delitos para con ello dibujar un semblante en torno al asunto, o como él lo dice *“las fugas amorales que llevan en su carrera la penalidad del código”*. Anotamos a continuación cómo interpreta, a nuestro juicio de forma magistral, la comisión de delitos por parte de sus autores, pues *“para ejecutarlos han precisado la impresión de sus yos, del clima, de las estaciones, de la profesión, del estado civil, de la edad, de la instrucción, del sexo, de la vida propia y la de los demás, porque el hombre que orgánicamente es producto de la tierra, moralmente lo es de la sociedad”*.

En el mencionado cuadro estadístico se computa un total de 406 delitos en el periodo de los dieciséis años comprendidos entre 1900 y 1916, ambos inclusive, y son las lesiones (127: 31%) las que predominan, seguidas de los hurtos (48: 12%), los disparos (34: 8%) y muertes casuales (33: 8%).

En cuestión de criminalidad el Dr. Zapatero distingue, citando a Sighele, dos formas de criminalidad que adquieren plena actualidad: la bárbara y violenta que produce el homicidio, el robo y la violación y la criminalidad evolutiva, que sin ser menos intencionada es más civilizada en los medios al sustituir la fuerza y la violencia por la astucia y el fraude; es la criminalidad de las clases superiores, de los burgueses, de los políticos y negociantes. La criminalidad de las clases inferiores, de los labradores, de los desposeídos, de los menestrales y caídos es la violenta (Sighele, 1897).

La provincia de Logroño aporta el máximo de delitos contra las personas como la de Guipúzcoa el mínimo, y la comarca cerverana sigue los pasos de la provincia. Entre los delitos que nos llaman la atención se encuentran los abusos electorales con un total de 6, extravío de papeles 1; inhumación ilegal 1; suicidios 15, casi uno por año; violaciones en el periodo 3; estupro 1; injurias 5; calumnias 2; atentados a la autoridad 23; moneda falsa 2; falsedad de documentos 2. El año que más delitos registra es 1904 con 41.

Pero el número de delitos expuestos no define a los criminales per se, sino que la incultura, el dominio de las pasiones sin pulir por la educación es la mayor parte de las veces la responsable. No obstante opina que la educación no elimina la criminalidad sino que la transforma, citando a Lacassagne, quien propugnaba la profilaxis del delincuente

sacándolo del medio nocivo y cambiándolo a un medio donde no pudiera cometer delitos y así proporcionarle una nueva educación.

Por otra parte es de destacar la escasa importancia que adquieren los delitos “genitales” y lo explica debido a que en los pueblos pequeños se consuma el matrimonio con facilidad a edades tempranas además de a una serena rectitud moral.

Pero veamos cómo se reparten los delitos en el territorio: Igea y Cornago destacan en lo genital; Cervera en las lesiones no graves “sin fuste” y en los atentados a la propiedad; Aguilar y Cornago, sobre todo éste, tienen atentados a la autoridad; Igea sobresale en casos importantes de sangre; en Igea, Cornago y Aguilar pulula el analfabetismo que no es tan marcado en Grávalos considerado el lugar más limpio en cuestiones judiciales junto con Cervera, donde cada día avanza el progreso.

### **Cervera del Río Alhama**

Cervera del río Alhama es una villa, cabeza de partido judicial, con administración de rentas y de correos, estación limitada de telégrafos, puesto de la Guardia Civil y Registro de la Propiedad de 3ª clase. Su término municipal comprende tres leguas y media de norte a sur y cuatro de este a oeste como queda representado en el mapa que por los trazos dibujó él mismo. Limita al norte con Grávalos, Igea, Cornago y Alfaro, al este con Fietro, Cascante y Tarazona, al sur con Débanos y Ágrede y al oeste con Inestrillas, Aguilar y Valdemadera.

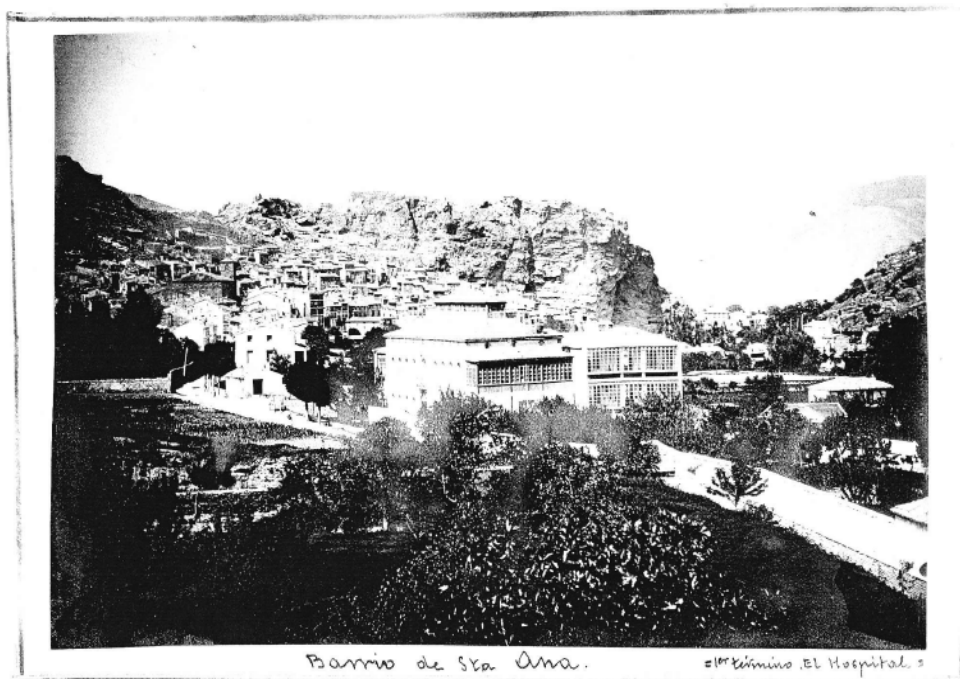
También forman parte de la población diferentes barrios llamados Valverde, Cabretón, Rincón de Olivedo y Ventas del Baño, así como caseríos con los nombres de Canejada, Valdegutur, Peralba, Añarruza, Larrate, Jasema, La Govantilla, Molino de don García, Peñaguillo, Canejada, Ribadabia, Quiñones, Barnueva, Albotea, Los Pozos, Peña Calvete, Peñafría, Valdelalosa y Pradera.

La población de hecho es de 6.467 habitantes: 2.993 varones y 3.474 hembras; y de derecho 3.181 varones y 3.114 hembras, total 6.695. Hemos de considerar que entonces no existían disquisiciones acerca del lenguaje en el sentido sexista del término “hembras”, pues la condición social de la mujer no había sido abordada sino desde el punto de vista masculino que interpretaba su papel en la sociedad, la mayoría de las veces con intención moralizante y siempre bajo su dominación especulativa.

La descripción física de la localidad es tan gráfica que transmite la influencia que el paisaje puede llegar a instituir en los habitantes al formar parte de su cotidianidad y su imaginario mental compartido, formando parte así de su temperamento y su historia

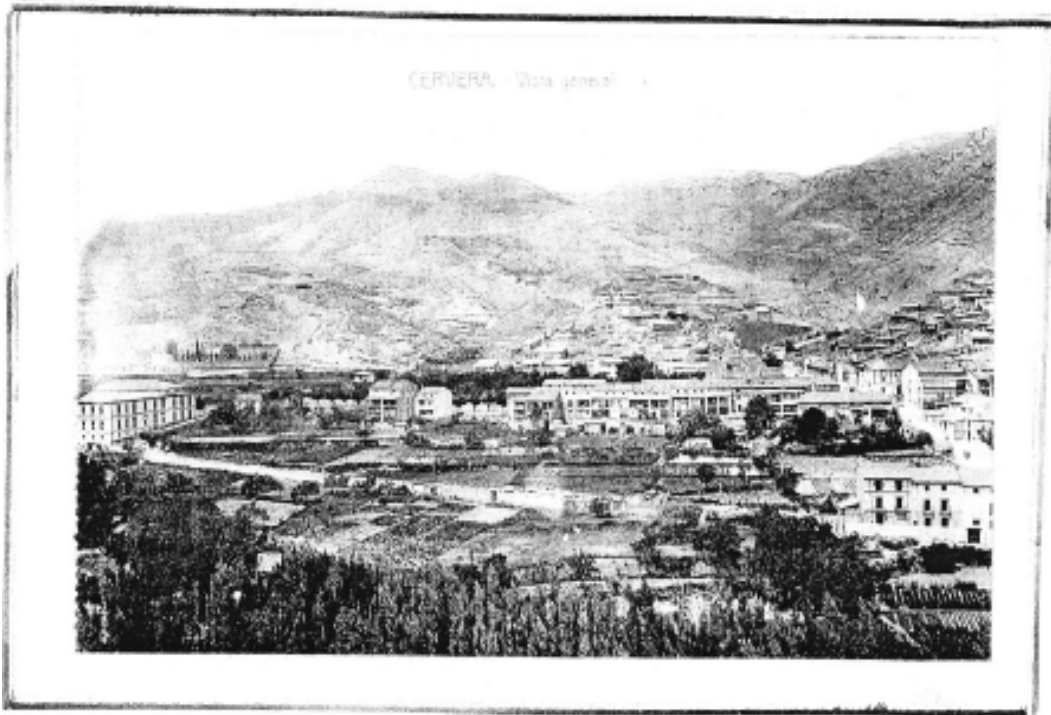
local. Para resaltar esta particularidad del territorio adjunta fotografías de los barrios que lo conforman.

El pueblo lo forman tres barrios, o amontonamiento diferente de casas, Santa Ana, San Gil y Nisuelas. Santa Ana es el más populoso y está separado de San Gil por una enorme, cóncava y agrietada peña, la de San Antonio de cien pies de altura, verdadero espanto del extraño y peligro verdadero del cerverano, aunque la habituación al riesgo haya mitigado el pánico a sus desmoronamientos, hasta el extremo de consentir vivan en las casas, que prendidas como nidos de vencejos en sus huecos bajos hay varias familias desacomodadas. El río Alhama separa estos barrios con el de Nisuelas, en la orilla derecha del río y en la falda del monte de su nombre se alza constituido por unas cincuenta casas. Sobre suelo de tierras areniscas se elevan los edificios, muchos de los cuales tienen dentro de los peñascos habitaciones holgadas.

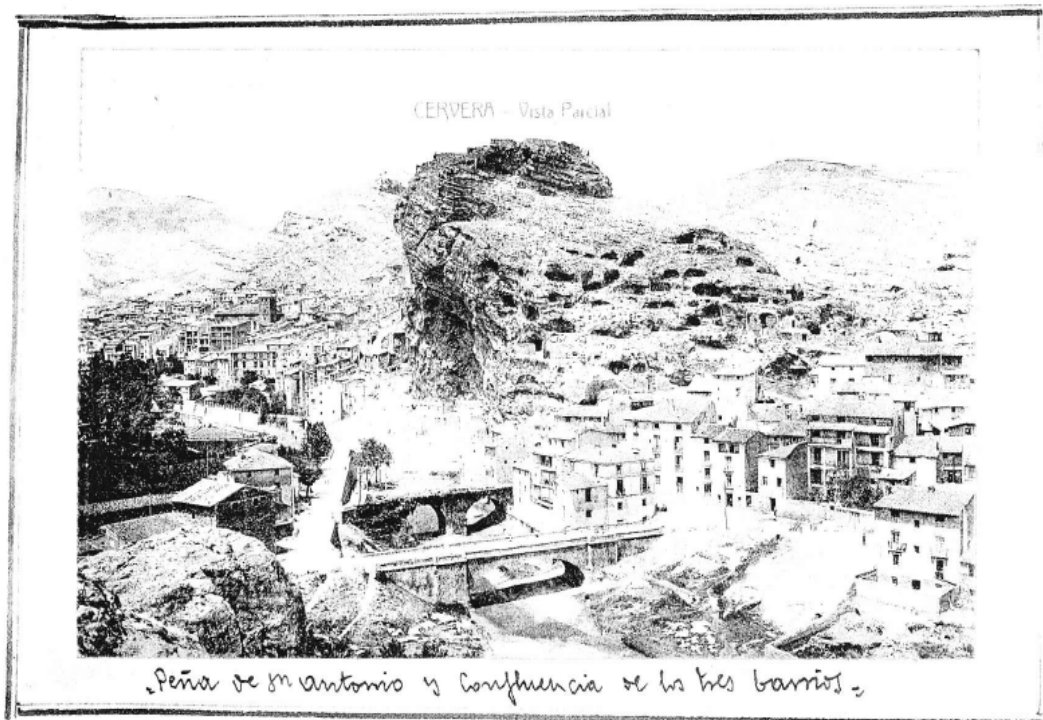












La antigüedad de Cervera está reconocida desde muy antiguo, tanto que los pobladores íberos se asentaron en la peña de San Antonio, horadando su roca para establecerse en las cuevas. Todas las dominaciones que tuvieron lugar en España ocuparon sucesivamente el suelo de Cervera y sus valles. Los restos celtíberos de las ruinas de Clunia dan al escudo cerverano el lema “Cervaria prope Cluniam” y se confirma la presencia celta por el hallazgo de monedas de la época. Los vestigios de todas las épocas de la historia hablan en Cervera. Particularmente los rastros arábigos, donde todo parece tratar de gestas moriscas, el pueblo en general, los edificios viejos, la molición vecinal, ¡todo!. Los escritos de cuestiones de la villa hacen relación frecuentemente a las Alfajamas, o Aljamas, juntas de judíos o de moros que discutían las cuestiones municipales en la Edad Media. Era la comunidad judía que autogestionaba la recaudación de los diversos impuestos que la monarquía imponía sobre ellos, pues eran considerados súbditos directos del rey. Así, una localidad con aljama se encargaba de la recaudación de los impuestos de su comunidad y de otras que le eran anexas, normalmente en localidades cercanas. La existencia en una localidad de una aljama viene a indicarnos que tenía una cierta entidad y cantidad de población, a la par que organización interna que le permitiese hacerse cargo de la recaudación y la organización fiscal de una serie de localidades. Los datos que extrae el Dr. Zapatero de algunos documentos curiosos del archivo contribuyen a aumentar los apuntes históricos de

Cervera. Por uno de ellos se sabe que en 1398 se establece el trato de aguas de consumo doméstico y riego agrícola con los habitantes de Aguilar y su anejo. Por otro, que los cerveranos disfrutaron un privilegio extraordinario de portazgo. El poderío feudal se entrevé con toda la gama de sus vejaciones en cierto escrito de 1490 a 1589.

El sistema de dominio terminará muy tarde, el 3 de agosto de 1805, fecha en la que se firmó una sentencia ordenando la reversión a la corona de la villa de Cervera, su castillo, jurisdicción y señorío y demás derechos que hasta entonces habían disfrutado los sucesores de D. Juan Ramírez de Arellano, Señor de Cameros y que pretendía seguir disfrutando D. Ángel María Carvajal y Fernández de Córdoba, Duque de Abrantes y Linares y Conde de Aguilar.

Merced al sentimiento popular, jamás las huestes carlistas abocaron a Cervera, a pesar de merodear incesantemente sus alrededores y de tener a corto trecho Navarra, cuna de sus opiniones y de su potencia. La información contenida en los archivos locales es la esencia y la base de la contribución a la narración histórica de un territorio, dando fe de nombres, fechas y lugares que sirven de anclaje a la forma de ser y de actuar, a un modo de configurar la mentalidad colectiva.

*Vía pública.* El suelo de Cervera al ser granítico no es permeable al aire, por eso los residuos orgánicos permanecen en la superficie sin destruirse y la canalización de aguas y las cloacas es muy difícil de establecer. Solamente el declive del terreno predispone al arrastre de impurezas. El agua subterránea tiene que extraerse del valle al ser improbable su adquisición en suelo granítico.

El plano de la villa es irregularísimo y en este sentido podría servir de tipo de los planos irregulares, pero las condiciones comerciales o estratégicas vencen a las que la higiene quiera imponer en su emplazamiento. Debe siempre buscarse el soleamiento directo de dos o tres horas en toda estación hasta el piso bajo de los edificios, pero el entrecruzamiento de calles y la altura variable de las casas hace a unas conforme a la dirección higiénica y a otras no.

La vía principal cerverana, de una milla de trayecto, se conoce por diferentes nombres según su recorrido, Calle de Andrés Martínez, Mayor de Santa Ana, Mayor de San Gil y Carrera. Paralelamente discurren otras calles largas y serpenteantes arteriolas. Una de ellas puede considerarse como la carretera, llamada Calle de Eloy Alfaro, expresidente de la república de Ecuador.

La anchura de las calles es muy desigual a la altura de las casas en función de lo que determina la R.O de 12 de octubre de 1910, que establece las bases generales a las

que deben ajustarse los Reglamentos Municipales de Higiene, debiendo ser igual la altura de éstas con la anchura de aquéllas, pero en Cervera escapan a la media general. Las plazas son angostas en su mayoría y los edificios pueden clasificarse en dos grupos generales: los de la población propiamente dicha y los de de los barrios y caseríos, aunque unos y otros faltan a las directrices higiénicas.

Las casas rurales de Cabretón, Valverde, Valdegutur, Rincón de Olivedo y Ventas del Baño tienen habitaciones pequeñas y aireadas con ventanas y balcones. En el piso bajo están las cuadras; pegado al edificio el corral, el horno y la pocilga y en las buhardillas los graneros. Tienen una altura de nueve metros y un espesor de sus paredes maestras de medio metro. En los caseríos es raro el que se sujeta a un plan edificativo, dominando en ellos la obra de un piso y las dependencias adosadas a ella. En la villa, aparte de algunas casas solariegas y de las cada vez más numerosas construcciones modernas, los lugares habitados tienen infinidad de deficiencias; muchas carecen de cubicación y ventilación y el crecimiento de población ha trocado otros en insalubres.

El firme es pedregoso y son pocos los pavimentos de madera, excepto en las iglesias y otros lugares públicos, así que abunda el enladrillado, el empedrado de canto rodado o el simplemente arcilloso en las casas de labor.

*Edificios especiales* Las iglesias que describe nuestro autor, San Gil, la Soledad, la Virgen del Monte y San Antonio, unas más otras menos responden a una buena calificación higiénica. El tratamiento higiénico que estos edificios deberían llevar en todos los lugares responde a la implantación de las instrucciones del obispo de Reggio en Emilia a su clerecía:

1º.- Desinfección del suelo después de los días de fiesta con serrín húmedo por solución de sublimado al 3%.

2º.- Limpieza por lo poco, todas las semanas, de los bancos y confesonarios con esponjas o trapos mojados.

3º.- Las rejillas de los confesonarios lavadas semanalmente con lejía hirviendo y clarificada.

4º.- Las pilas de agua bendita, vaciadas, enjuagadas con agua y lavadas frecuentemente con lejía o sublimado (cloruro mercúrico, muy venenoso y utilizado como desinfectante).

*Hospital.* El hospital se construyó en 1889 para sustituir al que había previamente, el hospital de San Lázaro que, lejos de ser un medio de curación lo era de agobio, atendido por una mujer en una casa grande particular del barrio de San Gil,

“ajeno a todas las conquistas de la ciencia” y sin presupuesto que lo avale. Con la nueva construcción, el hospital de la Purísima Concepción, cedido por escritura pública al pueblo es uno de los mejores de la provincia, bien ubicado en pleno campo, ventilado, con espaciosa capilla y frondosa huerta adosada, con agua propia por bomba aspirante y agua urbana por tubería, luz eléctrica y sala de operaciones, aposentos para mujeres y hombres separados, salas de cirugía o infectados. Falta, al menos de momento, una estufa de esterilización que podría utilizarse en el servicio público. Las aguas se excretan aun pozo de Mouras y la calefacción es de leña quemada en estufas.

La consigna de Droimeau de corresponder una cama de hospital por cada 1.000 habitantes, la mejora Cervera en más del triple. También sigue este nuevo hospital los requisitos higiénicos de construcción (Rochard, 1904), la distribución ventilatoria y la construcción técnica.

Anexo al hospital se encuentra un colegio de niñas, con dependencias sanísimas, a cuyo frente se encuentran las Hijas de San Vicente de Paúl, establecidas en Cervera en 1891.

*Asilo de ancianos.* Se trata de una edificación que es una casa burguesa de recreo en Valverde, destinada a recoger ancianos desvalidos que funciona desde hace dos años en 1913, y toma el nombre de Felipe Ochoa, su fundador. Está ventilado, rodeado de almendros y viñedos. No tiene entarimado, ni alfombrado ni calefacción y el aprovisionamiento de agua de consumo es difícil y deficiente. Para la asistencia cuenta con las Hermanitas de los Pobres, dos médicos, un practicante, un capellán y jornaleros que llevan las obligaciones agrícolas.

*Cárcel del partido.* Se encuentra en Cervera, como cabeza de partido, en la plaza de la Constitución, ocupa los bajos del Juzgado de primera instancia e instrucción, de penosa impresión, lóbrega, húmeda, sin aire ni luz suficientes, es inhumano, impropia de su nombre. El Dr. Zapatero, sin llegar a ensalzar el método Montesinos o el sistema penitenciario de Crofton, cree necesario apuntar y denunciar la situación de este establecimiento que tortura las almas y destruye los cuerpos, sin agua urbana ni medio de vaciar las excretas ni alumbrado eléctrico. Dispone de un jefe y un vigilante del cuerpo de prisiones.

*Lavaderos.* Hay en Cervera dos lavaderos que explotan particulares, aunque está muy extendida la costumbre de ir al río Alhama a lavar las ropas que aun siendo impropio, es menos malo que usar los lavaderos que en realidad son focos de contagio. Se encuentran en el barrio de Santa Ana y disponen de una pila larga y de fondo escaso

como recipiente común de las ropas sucias y, por tanto, de foco de contaminación. No obstante, para paliar este riesgo se admite el uso de lejías.

*Matadero.* Se trata de un edificio aceptable, de buenos materiales, bien situado respecto de la población, con agua y pavimento de piedra, cloacas de recepción e iluminación franca, lejos de los antiguos mataderos particulares que escapaban a los registros de la inspección veterinaria como ocurría hace ya bastantes años. Se encuentra en la orilla derecha del río Alhama donde van a parar los residuos. En un quinquenio se sacrifican en este matadero unas 15.892 reses lanares, 1.421 cabrías, 103 vacunas y 3.950 de cerda.

*Fábricas.* De las fábricas existentes, de harinas, yesos y tejidos, son las destinadas a hilaturas las que merecen la reseña del Dr. Zapatero por cumplir con las condiciones higiénicas, como dictamina la Comisión Inglesa en 1906 relativa al contenido de ácido carbónico en el aire del taller y el artículo 5º del Reglamento de Instrucción General de Sanidad Pública de 1904. La industria esencial en Cervera es la fabricación de alpargatas y se ejecuta con libertad allá donde el menestral quiera, en el campo, la vía pública o el propio domicilio según la estación.

*Escuelas.* En Cervera hay seis escuelas de primera enseñanza a la que acuden diariamente 755 niños y cuatro en los barrios de Valverde, Valdegutur, Cabretón y Rincón de Olivedo que reúnen a diario a más de 400 niños. Tampoco las escuelas satisfacen las reglas de salubridad de los edificios, aunque pueden pasar Valverde y quizá Cabretón, por el número de alumnos que las ocupan. No se cumplen los requisitos de aire por asistente, estimado en cinco metros cúbicos, los techos altos, los “water closets”, los lavabos limpios, la temperatura de 14°C en invierno como temperatura inferior y 18°C como superior. Con mobiliario paupérrimo, sucio y anticuado, con material docente escaso, en condiciones “axfícticas” en verano y heladoras en los meses crudos, sin condiciones acústicas ni lumínicas le parece vano “el adelantamiento cultural”. Los contagios de enfermedades respiratorias, circulatorias y de la piel son frecuentes, por lo que considera “urgentísimo” para Cervera el planteamiento de centros docentes modernos.

*Cementerios.* Cervera cuenta con tres camposantos y uno en el barrio de Rincón de Olivedo. Los del barrio de Santa Ana, uno católico y otro civil adjunto, se encuentran a cierta distancia del pueblo, unos 400 metros, con un terreno calcáreo que absorbe los gases y activa las descomposiciones. Debería disponer de suficiente capacidad, guardar

las medidas de profundidad de 1,5 o 2 metros y separación entre fosas de medio metro, así como la exhumación a los diez años en lugar de a los cinco

*Cafés y Casinos.* Los casinos Mercantil, Venatorio, el Recreo y varios cafés particulares son salones de una capacidad variable con adecuada luz y ventilación. Los bares instalados en los pisos bajos han sustituido en cierta medida a las tabernas clásicas.

*Teatros.* Hay en Cervera dos teatros, el Felipe y el del Centro Obrero que es también salón de Juntas de las sociedades obreras. Están equipados con sala de descanso, retrete, puertas para salida rápida y ventanas para la luz y ventilación, alumbrado eléctrico y suelo de tarima, aunque el decorado no cuenta con las recomendaciones de Vallín en cuanto a los materiales, como el “linóleoum”, la pintura al óleo, el cuero, los “pergamoides”, el palastro o el aluminio incombustibles para “confeccionar los tinglados” en lugar de madera y yeso, pintura “a la Kola”, las “balustradas” de las plateas forradas de panilla y el cerramiento de éstas con cortinones de yute que es lo que se encuentra en estos teatros. Son lugares fríos y húmedos, con condiciones acústicas y visuales medianamente aceptables.

*Fondas y posadas.* Hay una fonda y cuatro posadas como toda hospedería, de condiciones higiénicas medianas.

*Aguas urbanas.* Estas aguas urbanas aludidas son las dedicadas por la población a bebida y limpieza. Las aguas de alimentación son utilizadas indistintamente para otros menesteres y son de manantial; las de utilización, para riego y limpieza son de río. Independientemente de su función, se intenta seguir las normas de Parkes para el agua, que formula 112 litros por habitante repartidos de la siguiente forma: Servicio de casa 13, colada 13,5, baño (una vez por semana) 18, retretes 27, bebida 1,5, cocina 3,5, limpieza 2,2, pérdida inevitable 12,5 más 22,5 para los animales, en total 157 litros. El río Alhama y la acequia “la Molina” proporcionan el agua de “utilización” y aflorando en un prado llamado de “Clunia”, próximo al Alhama, a unos 5 km. viene el agua de alimentación que es subterránea, por sus propiedades de “captage”, cantidad y limpieza pues procede de un terreno arenisco con piedras rodadas que sirven de filtro, a dos metros de profundidad y en un lugar exento de contaminaciones. La captación del agua es de cemento, con tubos de acero asfaltado para su derivación y las juntas de éstos de plomo o por el sistema de Tavrill de los que se aprovechan 11 litros por segundo. La toma de agua de las casas desde la tubería principal es por conductores de plomo, que deberían estar estañados interiormente para prevenir el saturnismo. La traída de agua hasta las casas fue una obra que se prolongó desde 1895 a 1909, aunque no se proveyó

la instalación de contadores de vigilancia del consumo y siguieron funcionando las seis fuentes públicas. Es curioso que la Sociedad Hidro Cerverana, dueña del negocio, se compusiera de todo el pueblo que quiso hacerlo, por acciones que se amortizaban por sorteo cada año.

Los barrios pequeños se surten del río, el Valverde o el Linares o el Añamaza y de fuentes diversas. Cabretón se surte de un manantial abundante que es conducido por un sistema de entubaje semejante a los abrevaderos, lavaderos y fuentes de bebida.

*Evacuación de las inmundicias.* Todo el esfuerzo higienizador realizado para la traída de aguas se vio incompleto al no acometerse la salida de las aguas residuales. De este modo seguían arrojándose las sobras a los corrales, acumulándose las inmundicias y como el 95% de los poblados españoles, especialmente en aldeas o similares, se seguía el consabido “¡agua va!”. Pero llegados al año 1915 y gracias al celo administrativo de Cervera, la evacuación espontánea a las calles de dichas aguas había desaparecido casi por completo, aunque en las casas pudientes se habían aceptado los “water closet” como signo de modernidad, siguiendo las recomendaciones de la higiene.

Los residuos de las cuadras y corrales se trasladaban a las cercanías del pueblo, suponiendo una cantidad por día y habitante de 100 gramos de excrementos, 1000 de orina y 400 de basuras domésticas. De todas formas, seguían usándose los rincones angostos de la vía pública como evacuorios a pesar de la inspección municipal. Los estiércoles recogidos se canalizaban por zanjas a una acequia “la de Caita” que los vertía en el río. En total, junto con esta acequia había cinco o seis pozos Mouras, pozos negros, corrales, cuadras y la misma vía pública eran los espacios donde se recogían las excretas. Se lamenta el Dr. Zapatero de que no habrá en próximos años en Cervera un sistema de evacuación permanente, a lo Berlier o Waring (Zapatero, 1916: 74), aunque sí se hará un alcantarillado que se adapte a las singularidades de la población para evitar el cúmulo de las deyecciones, que filtrándose en el terreno y en el riego son la causa de fiebres tifoideas, cóleras, disenterías. También aboga nuestro autor por la desinfección de los materiales de la conducción por medio de sulfato de hierro al 5%, un poderoso desodorizante, sulfato de cobre, un germicida potente, cal, aceites bastos de hulla, etc.

*Alumbrado.* En Cervera y en Cabretón existe una instalación eléctrica urbana desde 1900 que pasa por Valverde y viene de Los Fallos, en Tarazona. Rincón de Olivedo dispone de fluido eléctrico propio procedente de la fábrica de electricidad de Igea. El cálculo del total de lámparas que dan luz diariamente es de 1.456 que se reparten entre las calles (17 lámparas de 16 bujías), el cuartel (2 lámparas de 10), el

hospital (25 lámparas de 10 y 5 bujías), las escuelas (8 de 16), la cárcel y el juzgado (20 de 10 y de 5), el juzgado municipal (1 de 10), el ayuntamiento (9 de 10), el matadero (2 de 16) y los particulares con 1.204 lámparas. Todo este despliegue de alumbrado no quita para que en las viviendas pobres todavía se siga consumiendo el candil de aceite y la bujía de estearina.

*Hidrología.* Además de los ríos de la comarca, Cervera dispone de muchas fuentes para el abastecimiento y utilización del agua, como por ejemplo las de San Lorenzo, el Terrero y el Borbollón en Canejada, la del Lile en el Cajo y otras. Los ríos Alhama, Linares y Valverde gozan de una potabilidad semejante al agua de consumo público, fertilizan los terrenos por los que pasan y entre presas y sangrías derivan el agua hacia molinos harineros y de aceite. El Añamaza también fertiliza el valle que bordea Cabretón, Valdegutur y Barnueva, pero antes de cruzarlo, el río recoge su caudal en un pantano propiedad de terratenientes, que cierra el valle de “el Cajo”.

*Particularidades del clima o climatología.* Desde la perspectiva higienista el clima es un elemento fundamental para definir las condiciones de vida de una población y es así como el Dr. Zapatero considera este fenómeno, remitiéndose para su definición a autores como Bouchardat y Proust como “*el conjunto de condiciones físicas propias de cada localidad, considerada en sus relaciones con los seres vivos organizados*”, siendo por tanto los climas templados los más favorables para los seres humanos. La temperatura media anual en Cervera es de 13 °C, entre -5°C en invierno y +38°C en verano, con un promedio de días lluviosos de 35 a 40 días al año, tres o cuatro nevadas que algunas veces dura de 10 a 20 días. Estas nieves son recogidas en un pozo-nevera para luego utilizarlas en los días calurosos por el vecindario. El viento dominante es el sur, es moderado generalmente y raras veces es huracanado, solo una vez cada dos o tres años. Si el viento proviene del norte, la gente del pueblo lo denomina cierz, si del oeste regañón, solano si es del este y bochorno si proviene del sur.

Cervera está bien situada en una ladera saliente y en rampa pronunciada para recibir mucha luminosidad, la cual actúa con efecto esterilizador sobre las inmundicias públicas ya que el “*bacilo tífico muere a los 30 minutos de insolación directa*”. Las nubes de Cervera, en sus diferentes presentaciones en forma de “cirrus, cumulus, extractus y Nimbus”, evocan a nuestro autor una invitación al arte, la poesía, “*la conseja*” y el misticismo.

Las tensiones eléctricas rara vez se manifiestan en rayos aunque el influjo de la radiactividad es un tema que sigue estudiándose al no ser concluyentes los trabajos de



Saake de 1904. Precisamente, mientras el Dr. Zapatero escribía esta memoria se celebraba en Logroño la “*Semana de la Radiactividad*” como primer conato en España de divulgación de estos conocimientos al público en general. Se trataba efectivamente de una actividad del Instituto de Radiactividad que organizó en Logroño<sup>154</sup> por esas fechas, para dar a conocer sus efectos en la agricultura, lo que supuso una eclosión que durante un tiempo creó grandes expectativas (Herrán, 2008: 152).

El factor meteorológico que acusa principalmente Cervera, a efectos de sus consecuencias sobre la población es el calor excesivo y el frío, producidos por una desigualdad del clima templado.

*Mineralogía.* No existe riqueza minera reseñable en Cervera aunque se industria el yeso con molino de vapor en Valverde, las arcillas se aprovechan en las tejerías de Valdevasco en Rincón de Olivedo y poco el mármol negro en Larrate.

*Vías de comunicación.* Hasta que finalizaba el siglo XIX no se comenzaron a establecer unas vías de comunicación que no fueran los caminos vecinales embarrados. En 1879 el ingeniero Amós Salvador diseñó la construcción de la carretera de tercer orden de Arnedo a las Ventas de Cervera, en Valverde, para enlazar con la de Madrid. En 1881 se abrió al servicio otra carretera desde el Baño Nuevo al empalme de la de Arnedo a Cervera, sobre el puente del río Linares. Entre 1896 y 1897 se unieron Cervera y Aguilar. En 1915 se terminó la del empalme sobre el puente del Linares a Cornago, o sea, la de Arnedo a Cervera, con paso por Rincón de Olivedo e Igea finalizando en Cornago. De esta forma Cervera queda comunicada entre sus núcleos habitados y también con Navarra, Aragón y Soria.

La línea ferroviaria se ha proyectado varias veces sin llegar a término, excepto la que se abrió en 1900 por poco tiempo al servicio público que hacía la ruta de Castejón a Olvega (Soria), trazando su curso por Valverde con la intención de la explotación de hierro.

En 1881 se inició con un propósito colosal el trazado de Baides (Guadalajara, sito en la ruta de la lana) a Francia, pasando por la comarca del Alhama, Castejón y Roncal (Navarra). En 1882 se ofreció por una sociedad la instalación de un tranvía de Castejón a la ribera del río cerverano, pero aunque Cervera formara parte del interés emprendedor todo quedó en vanos proyectos. Entre los barrios y caseríos hay caminos

---

<sup>154</sup> Ver *Ibérica*, 1916: 34. Revista de divulgación científica de amplia difusión, llegando a distribuir más de 10.000 ejemplares.

vecinales que son rutas de andadura y se encuentran en medianas condiciones por causas orográficas y también por “*punible incuria*”.

*Riqueza y producción.* Del total de la superficie del término municipal que son 6.520,84 hectáreas, Cervera tiene la mayor parte de su terreno de secano y una porción menor de regadío. El presupuesto municipal es modesto, 55.066,5 pesetas en 1911; 58.724,72 en 1912; 60.081,50 en 1913; 63.258,05 en 1914 y 53.081,50 en 1915. Aunque el presupuesto va aumentando progresivamente cada año, vemos que el último de 1915 decae a un montante menor que en 1911. “*No desciende a la miseria de los muchos pueblos sorianos, andaluces o gallegos, pero tampoco alcanza la riqueza de otros catalanes*” (Zapatero, 1916: 85). El cerverano tiene que trabajar para vivir, sólo se exceptúan de este precepto contadísimas personas con un capital que no es exagerado.

La producción característica es la labor industrial alpargatera que alcanza más de 400.000 docenas anuales. La cosecha de vino es calificada entre mala y malísima entre 1910 y 1915, dedicándose en 1913 a este cultivo un máximo de 320 hectáreas. Los cultivos de cereales de estío y leguminosas de regadío tampoco alcanzan una producción aceptable, siendo mediana la de judías y garbanzos, mala la de habas y regular la de maíz; la de guisantes y algarrobas no merecen la calificación de cosechas. La mayor superficie de cultivo de regadío es la de maíz, destinándose 161 hectáreas, 20 a las judías, 6 a las habas y 2 a los garbanzos. Estos mismos cultivos en secano tampoco merecen la consideración de cosechas. Las ciruelas, manzanas y las nueces se exportan y últimamente también las almendras. También se exportan las patatas y sobre todo la remolacha azucarera debido a la implantación de fábricas cercanas de importantísimo tráfico. Las huertas son escasas y las hortalizas de consumo humano no llegan para el abastecimiento ordinario de la jurisdicción. La producción de cáñamo ocupa 26 hectáreas y se utiliza en la industria alpargatera. Existe también una industria avícola con 4.500 gallinas cotizadas a 2,50 pesetas cada una, además de pollos, palomas, patos y pavos en número impreciso. La apicultura, con 45 enjambres instalados produce cien kilos de miel a 75 céntimos el kilo y 45 kilos de cera a 2,75 pesetas. La cosecha de aceite es entre mala, malísima y regular aunque se dedique a esta actividad 154 hectáreas de regadío y 10 de secano, y se vende a 112 pesetas la cántara.

*Industrias.* Para la elaboración de las telas necesarias en la confección de las alpargatas hay en Cervera tres industrias de tejidos que hacen hilados de yute y algodón y también de yute algodón y cáñamo que proceden del extranjero, de Cataluña, de Bilbao y de otros puntos nacionales a los que también se exportan para su consumo.

*Condiciones de trabajo.* La jornada de trabajo establecida para cada día es de 10 horas en cualquier industria. En la fábrica de tejidos trabajan 9 hombres y 70 mujeres que perciben un jornal de 2,25 pesetas los hombres y 1,50 las mujeres. En la industria de las alpargatas y similares se emplean 1.000 hombres y 900 mujeres con el mismo jornal que en la fábrica de tejidos, los hombres 2,25 pesetas y las mujeres 1,25. Trabajan en esta labor un número indeterminado de niños, pues todo el pueblo puede decirse que se dedica a esta industria, por tanto el jornal y las horas de trabajo son variables. Los comercios de Cervera son atendidos por sus dueños y no hay dependientes. En las artes y oficios se emplean 36 hombres que son los que más ganan de jornal, de 3 a 5 pesetas y son los pintores, herreros, canteros, carpinteros y albañiles. En los molinos trabajan 12 hombres durante 10 horas al día con un jornal de 2,25 pesetas. A la agricultura se dedican 100 hombres y en ocasiones, de forma variable, también las mujeres, eso sí, mientras los hombres cobran un jornal de 2,25 pesetas las mujeres cobran 1, 25 pesetas, con la misma jornada laboral de 10 horas. La propiedad, no obstante, está muy repartida y eso hace que no haya muchos peones. El Dr. Zapatero aporta un dato revelador en cuanto al jornal de los niños, que es de 0,50 pesetas al día y 10 horas de trabajo, aunque no puede precisar la tarea a la que se emplean, siendo el jornal de los hombres de 2 pesetas y el de las mujeres de 1 a 1,25 pesetas. El trabajo de los niños también era una preocupación de los higienistas, las condiciones en las que se llevaba a cabo era motivo de interés en toda Europa, promulgando leyes al respecto y siendo motivo de debate por parte de los poderes públicos a lo largo del siglo XIX y en España en 1855 se promulga el proyecto de ley de industria manufacturera que aborda esta cuestión de interés social.

*Asociacionismo en Cervera.* Las primeras asociaciones que se formaron en Cervera tenían la finalidad del aseguramiento de la salud, después del sostenimiento del bienestar frente a las “*vejaciones que pudieran ocasionar los adinerados*”. En 1902 y 1904 se forman sociedades de socorro mutuo y en 1909 y años sucesivos se establecen asociaciones de “resistencia al capital”, hasta tal punto que “*las mujeres se sienten fuertes para constituir una con 591 asociadas*”. Estos avances sociales los atribuye el Dr. Zapatero a la influencia de los nuevos tiempos, recién estrenado el siglo XX o siglo revolucionario, “*que corrige y aumenta la obra del reformador siglo XIX*”.

La asociación Obrero-Agrícola la formaban los agricultores y se fundó el 1º de mayo de 1904 agrupando a 250 socios con objeto de establecer el socorro mutuo en caso de enfermedades. Con igual finalidad la asociación Humanitaria abarcaba a todos los

gremios fundándose el 28 de noviembre de 1902 y rehecha la asociación en 1911 y contando con 320 socios.

Otras asociaciones con el objeto de resistencia al capital eran la Defensora del Trabajo que agrupaba a los alpargateros, contaba con 600 socios y se fundó el 22 de junio de 1909. La asociación Bienvenida la forman agricultores, se fundó el 7 de junio de 1911 y contaba con 75 socios. La Invencible la componían los zapatilleros, fundada el 29 de mayo de 1911 y solamente la formaban 15 socios. La Armonía era una de las asociaciones más numerosa, con 591 participantes que, casualmente eran mujeres capelladoras y fundaron su sociedad el día de San Fermín de 1913, 7 de julio. El Sindicato Agrícola Católico era el más numeroso, en él se agrupaban 640 socios con el propósito de conseguir el mejoramiento del agricultor y fundándose el 4 de mayo de 1916. Además Cervera contaba con más asociaciones de diversa índole, como las dedicadas al culto, al recreo, la beneficencia, la explotación del agua, etc...

*Temperamento de las gentes de Cervera.* El cerverano de campo es “terco, áspero, honradote, sobrio, desconfiado en las cuestiones mercantiles, pasional, inculto, guarda bajo su cráneo las viejas tradiciones rústico-sociales; pegado a sus rozos, las callosas manos mugrientas tiemblan inseguras en lo que no sea agarrar la estera o la bota de añejo”. En cambio el cerverano obrero industrial es “pulcro, inquieto, dicharachero, bohemio, juerguista, inconsecuente, leedor de periódicos, asociativo, insensible ante los poderosos y ante las mismas reglamentaciones legales”. De igual modo diferencia a la mujer cerverana: “La mujer campestre no desdora el tinte de dueña del hogar que le dio la civilización cristiana; si acompaña al esposo, al padre o al hermano en las faenas agrícolas, nunca se la ve entregarse en ellos a duros menesteres”. “La hembra industrial, tiene como la del campo, fertilidad notable; es más sensible que ella; más dada al lujo y menos al cuidado doméstico y al ahorro. A las dos es común la religiosidad y el porte honesto que no ha conseguido quebrantar, en más, la soledad de los campos, en otras, el roce hombruno del común trabajo alpargatero”.

La clasificación que ofrece el Dr. Zapatero viene dada por la dedicación de las personas, bien al campo o bien a la industria. Con la diferenciación entre hombres y mujeres parece sea necesario destacar el grado de honestidad que alcanzan las mujeres y, por supuesto, la fertilidad que desarrollan así como la religiosidad, tres pilares que no se comparten con los hombres en ningún momento, pues parece impensable aducir siquiera algún rasgo relacionado con la honestidad, fertilidad y religiosidad de los hombres, sus esposos. Por otra parte, podría decirse que el temperamento se ve influido de alguna

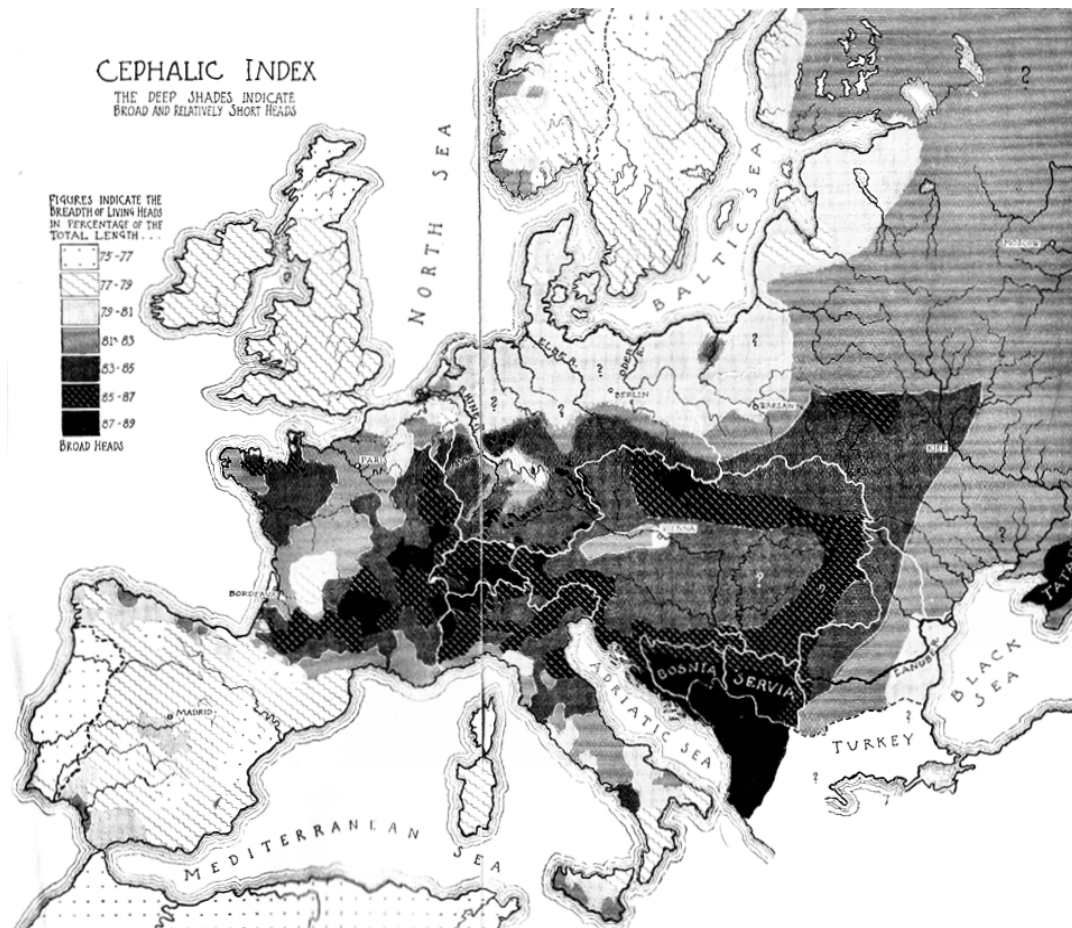
manera por la micro-ecología o espacio en que se desenvuelven las personas en su actividad cotidiana, ya sea el campo donde el sujeto está sometido a la soledad sin más compañía que la de los animales que los ayudan en el rudo trabajo bajo las inclemencias del tiempo atmosférico. El trabajo industrial en cambio es más sociable pues se desenvuelve en espacios reducidos y/o cerrados más dados por tanto a desarrollar habilidades de trato, al intercambio de opiniones que consiguen una homogeneidad de clase.

*La talla.* La talla del hombre cerverano es de 1,60 a 1,65 metros y la de la mujer de 1,40 metros. La estatura es el indicador más frecuentemente utilizado para valorar el estado nutricional de una población e indirectamente su estado de salud (Bernabeu, Robles, 2000: 49). En este sentido, encontramos en los años que van desde 1888 a 1890 que la estatura entre los soldados de reemplazo en diferentes localidades de La Rioja se sitúa entre 1,525 y 1,565 metros<sup>155</sup> y como vemos, años más tarde en Cervera asciende a 1,65 metros. Aunque la altura es un buen indicador del estado nutricional en la infancia, se precisan nuevas investigaciones sobre otros elementos, como los factores ambientales o la incidencia de algunas enfermedades de la infancia y la juventud para hacer aseveraciones categóricas.

El índice cefálico en Cervera es de 78. Este índice cuando se encuentra entre 75 y 80, como la media de la mayoría de los países y en España que es de 76, se denomina mesocefálico, es decir, con el cráneo redondeado. El índice cefálico, como dato, es una medida que no guarda relación con el temperamento de las personas, según los estudios antropológicos y científicos realizados. En el siglo XIX se seguían algunas hipótesis fisiológicas como la frenología, que mantenía la posibilidad de determinar el carácter y los rasgos de la personalidad, incluso las tendencias criminales de las personas basándose en la forma del cráneo, cabeza y facciones. La valoración de diferentes facultades psíquicas se apreciaba por el estudio de los rasgos físicos, mediante el examen externo del cráneo. Un cráneo grande significaba un gran cerebro y mayor capacidad intelectual, y un cráneo pequeño indicaba un cerebro pequeño y una menor capacidad intelectual. Los datos del volumen cerebral y otros parámetros craneométricos se usan científicamente para comparar en la actualidad especies animales, y para analizar la evolución de la especie humana en la arqueología.

---

<sup>155</sup> Boletín oficial de la provincia de Logroño, nº 48, de 28 de agosto de 1890, pag 2.



Mapa del «índice cefálico» en Europa de William Z. Ripley, publicado en *Las razas de Europa* (1899).

*Patología.* El Dr. Zapatero hace un recorrido de la patología de Cervera haciendo elogios a la estadística a la que ha recurrido, a partir de los datos del registro civil, con muchísima paciencia para estudiar “no aquello de que se muere, sino aquello de que se enferma”. El orden que sigue para la descripción de la patología es por aparatos anatómicos, digestivo, corazón, respiratorio, urinario, nervioso, infecciones, enfermedades de la sangre, de la nutrición, de los órganos genitales, de los órganos de los sentidos, de la piel y enfermedades varias como los traumatismos y la senilidad.

Las gastroenteritis, apoplejías, neumonías y cardiopatías por infecciones o por reumatismo son las enfermedades típicas de Cervera. La tuberculosis es una enfermedad que desde 1877 a 1916 ha sido causa de mortalidad de 228 personas, arrojando una media de 6,10 anual. El Dr. Zapatero observa que es más numerosa la enfermedad entre los hombre trabajadores y entre las mujeres acomodadas. Siendo el nervio de la vida de Cervera el trabajo industrial de la alpargata y la hilatura, que ceden residuos polvorosos y que el grado alimenticio es de penosa deficiencia, viviéndose la vida familiar en lugares angostos e “indesinfectables”, se asombra de que no cuaje intensamente la

tuberculosis. La razón es que las fábricas son higiénicas, el sol penetra en las casas por la orientación del pueblo, el trabajo casero se efectúa al aire libre y el campesino goza de la libertad del campo en lugar del infecto aposento.

En los últimos años no se registra mortalidad por difteria gracias a la aplicación del suero antidiftérico. En Logroño se había establecido a finales de siglo el Instituto Antidiftérico, con gran polémica por otra parte, que facilitaba el suero específico (Cerdeira, 2013: 754-766). En cuanto a la tos ferina, todavía no se había descubierto el bacilo productor de la enfermedad. No produce muchas bajas pero no hay año en que no se presenten casos, incluso en forma epidémica.

Las litiasis renales y hepáticas preponderan de manera extraordinaria. Los factores pre-litiásicos son la herencia, el género de vida sedentario, la alimentación, el elemento calcáreo dominante en las aguas, que provoca la gota, el reumatismo, la obesidad y el retardo de nutrición (Zapatero, 1916: 138).

El número de reblandecidos, hemorrágicos, trombósicos o embólicos cerebrales que desemboca en hemiplejías es más importante entre la población campesina que en la industrial, porque entre los agricultores se encuentran tres factores comunes, el alcohol, el enfriamiento húmedo y el esfuerzo general. La otitis media es una “plaga cerverana” y se produce entre la población indistintamente de su condición social. El alcohol es causa de múltiples enfermedades, produciendo especialmente neuropatías. El alcoholismo, al igual que en otras regiones de España está muy arraigado, aunque no es de aguardiente, sino de vino, de tal forma que cuando se insinúa su restricción o supresión la respuesta es “...sea lo que dios quiera, pero... el vino será mi consuelo”, o “prefiero morirme”(Zapatero, 1916: 197), es una forma crónica de alcoholismo, insertado en la manera de proceder y que da sentido a la dura vida diaria.

La “pseudoneurastenia” es una de las causas “*que exigen y consumen la paciencia médica bajo en Cervera*”, aglutinando bajo esta rúbrica cefalalgias, vértigos, insomnios, con tristezas y depresiones, abulias y misantropías, con dispepsias, con trastornos sensitivos, con impotencia, con reglas dolorosas, con palpitaciones, taquicardias, sensación de tornillo precordial..., es “*difícil decir de qué se hace más abuso, si del histerismo o de la neurastenia*” (Zapatero, 1916: 155). El histerismo es a la mujer lo que la neurastenia al hombre y es muy frecuente en Cervera. Hombres, mujeres y niños dan impresiones histéricas, un primer peldaño de la degeneración atribuido al trabajo sibarita, los efectos neuropáticos del alcohol y el poco cielo que cubre el pueblo. También el alcohol es causa atribuible a las epilepsias. Los epilépticos esenciales son

productos que surgieron así en las entrañas maternas, al golpe de progenitores tarados. También las infecciones, las intoxicaciones, las enfermedades del útero, cardíacas y de estómago son suficientes para engendrarla. En Cervera esta causa unida a la eclampsia produce 330 defunciones que son producto de la herencia y el alcoholismo de los engendrantes. En ese momento de principio de siglo XX es difícil determinar la definición de la realidad clínica entre la eclampsia y la epilepsia y sus límites científicos pues en ambos procesos se producen manifestaciones espasmódicas.

La locura o demencia es una degeneración que ha ocasionado dos defunciones, aunque debería decirse en locura más que por locura. Se engloban un montón de procesos según la escala del Dr. Maestre, aunque en Cervera las más frecuentes son las manías y melancolías con delirios persecutorios en la edad adulta y las demencias seniles en la vejez. De hecho, el manicomio provincial tiene una nutrida representación de “*degenerados cerveranos*”.

En el apartado que el Dr. Zapatero hace de las infecciones destaca la tifoidea, porque los cerveranos sufren todas las complicaciones del morbo. En la descripción de la enfermedad ya se tratan conceptos epidemiológicos como los mecanismos de contagio, huésped y portador. D. Juan Manuel no ha podido implantar la vacunación antitífica, al igual que otros médicos y en otros lugares, y se lamenta de la respuesta de la población a las innovaciones preventivas, como la vacuna de viruela: “*ojalá la idiocia colectiva ceda ante ella*”. Una clasificación incluida en este apartado viene a llamarse, por cuenta propia, “fiebres indefinidas” que causa 153 muertes que son “indagnosticables” y se escapan al completo y acabado estudio profesional de D. Juan Manuel. En las fiebres de Malta se utiliza el “suero antimelitensis” fabricado por el Instituto Alfonso XIII<sup>156</sup> que modifica favorablemente la sintomatología reumática y la fiebre alta de 40°C.

Las enfermedades eruptivas se presentan muchas veces en forma de epidemia y se contagian mucho por la costumbre perjudicial de visitar a los enfermos en los aposentos, el trabajo que hace la vida casera en plena calle y la burla de los consejos médicos, inspirados en principios de humanidad profesional y también legales, como la R.O. de 12 de octubre de 1910. Pretender la antisepsia completa del enfermo, de sus ropas y utensilios es una utopía en los pueblos poco iniciados en la higiene donde la

---

<sup>156</sup> El Instituto Alfonso XIII sustituyó al Instituto Central de Bacteriología é Higiene y el de Vacunación del Estado. Ver: Nájera Morondo, R. (2006). El Instituto de Salud Carlos III y la sanidad española: Origen de la medicina de laboratorio, de los institutos de salud pública y de la investigación sanitaria. *Rev. Esp. Salud Publica* [online] 80, 5, 585-604.



gente es rebelde a los baños y amiga de su libérrimo albedrío. Solamente la insistencia y las condenas por el Estado pueden llegar a modificar la situación.

La viruela ya no produce víctimas mortales, gracias a la vacunación profiláctica tutelada por el Estado en las sucesivas normas institucionales, como la Ley Orgánica de Sanidad en sus artículos 99 y 100, el R.D. de 18 de agosto de 1891 y de 15 de enero de 1902. Pero ha sido una tarea ardua la generalización de esta práctica preventiva en “*un pueblo sumido en la típica idiotez colectiva que lleva a los españoles al atraso y a la ruina*” (Zapatero, 1916: 173-4) El cólera no ha sido significativo en la comarca, quizá por su situación apartada y “*escaso roce interpeninsular*”, y también por las medidas tomadas en los infectados, las aguas y hortalizas. Respecto a la rabia, en Cervera no ha habido seres humanos rabiosos, pero sí mordidos por animales rabiosos. El tratamiento ha sido el suero antirrábico del Instituto Alfonso XIII mediante inyecciones preventivas. Las medidas a adoptar se contienen en el título III, capítulo XVIII del Reglamento de Epizootias de 1914 y el artículo 599 del Código Penal para conseguir que no haya animales portadores del germen rábico. D. Juan Manuel publicó una monografía en 1915 sobre la infección de la rabia, un tema de interés en un tiempo en que las inoculaciones preventivas eran el procedimiento por el que se podía evitar un tanto la mortalidad al tiempo que se estudiaban sus efectos. De paludismo se dan casos esporádicos pues no es territorio apropiado para el mosquito transmisor. Estos casos, que también se dan en Alfaro y Calahorra, son de quienes trajeron la infección de Cuba y de tierras africanas, y también de Panamá y otros lugares. Con 57 casos de mortalidad por atrépsicos, 155 anómalos en su desarrollo y 70 escrofulosos el Dr. Zapatero se lamenta de este mal cerverano y apela a las conciencias de los progenitores y de quienes dirigen los pueblos para que intervengan y se tomen medidas contra el pauperismo. Al mismo tiempo, en Cervera se producen casos de artritis, consecuencia de la uricemia, propio de las clases ricas y consecuencia del bienestar. El escrofulismo en cambio es patrimonio de los pobres y ambas expresiones de la enfermedad conviven en la sociedad de Cervera. El Dr. Zapatero utiliza la vacuna antigonocócica en los escasos casos de gonorrea o blenorragia que se detectan en Cervera, pues no puede decirse que haya comercio carnal. También emplea suero antiestreptocócico en los casos de septicemia, que ocasionaron 15 víctimas en los treinta y nueve años de observación de la mortalidad. D. Juan Manuel es un médico de su tiempo, consciente de los cambios que atrapa el progreso y seguidor de las innovaciones profilácticas aunque, como ocurre en otros lugares de España, su aplicación colectiva le supone un reto porque la población no es proclive a los cambios

aunque se van asumiendo con mucha reticencia, la evidencia de su bondad y el paso del tiempo acompañado de la labor paciente y constante de los médicos higienistas.

Con las novedades médicas y los modernos métodos de estudio, como el microscopio y los rayos X, el Dr. Zapatero se lamenta de que no se aprecia la medicina práctica, el conocimiento del médico clínico. El médico de laboratorio trabaja para la raza humana y el clínico para el hombre. Ambos forman parte de las realidades morbosas y por ello aboga por la mutua intervención en el desarrollo científico.

Lo que el distrito de Cervera requiere en cuanto a mejoras higiénicas se refiere a las escuelas públicas, todas las cárceles y ciertos cementerios. Los mataderos son mejorables y se espera de la inspección veterinaria que tras los informes pertinentes se pueda corregir la falta de higiene. El abastecimiento y canalización del agua potable a los núcleos rurales es un tema pendiente de las autoridades. También las aguas residuales son un asunto pendiente, mucho más que las de abastecimiento. Sería necesario oír a las juntas de sanidad y personas peritas en el asunto para buscar una solución viable a un problema tan acuciante. En cuanto a las excretas y amontonamientos de estiércol se espera que unas ordenanzas municipales adecuadas ayuden a gestionar la eliminación de los focos de inmundicias.

Para la mejora de las vías de comunicación lo que hace falta es unión y decisión de mejorarlas. El Dr. Zapatero se desenvuelve en el distrito de Cervera entre caminos de herradura con pedruscos y reconoce que algún empeño de los vecinos podría alcanzar alguna solución por parte de las autoridades, pues *“la unión es fuerza y la decisión es victoria”*. De igual modo le parece conveniente la instalación de pequeños gabinetes meteorológicos a cargo del ayuntamiento, con al menos barómetro, pluviómetro, termómetro y anemómetro con recogida diaria de datos según las normas de los observatorios.

En Cervera hay actividad y desenvolvimiento. El siglo XX trae un aire de societarismo, de positivismo, de alta idea del yo, que metiéndose irremisiblemente en el alma de los pueblos se traduce en asociaciones defensivas y de socorros mutuos capaces de amparar a los desposeídos, con más potencia que a los adinerados protegen sus intereses. La escuela, cada vez más pedagógica, realiza una labor de modelación del espíritu popular; el trabajo regulado por leyes y reglamentos sociales coadyuva a esa modelación. La emigración no se conoce ya que hay trabajo. Estos factores en general auguran una proyección de continuidad de Cervera en cuanto a su porvenir.

Las tareas a emprender comprenden dar conferencias sobre higiene, prodigar las cartillas higiénicas, animar a la actuación vigorosa de las juntas de sanidad, atajar el alcoholismo así como evitar se engendren hijos que impurifiquen la raza.

El propósito del trabajo es contribuir a la topografía médica hispana que reúne una multitud de trabajos semejantes para conocer mejor la patria.

El Dr. Juan Manuel Zapatero González, médico de almas y cuerpos, murió la madrugada del 2 de septiembre de 1936, formando parte de los 29 asesinados en el Carrascal de Villarroya (Aguirre, 2006: 193). Fue discípulo de Alejandro San Martín. Realizó varias publicaciones<sup>157</sup> tanto científicas como de su querida Cervera que jalonan su perfil humanista:

- Zapatero González, J.M.; Marín P. (1913). *Efemérides cerveranas*. Zaragoza: Tip. M. Payá. Prologuista Alfonso Benito Alfaro.
- Zapatero González, J.M. (1915). *La rabia, doctrina científica*. Logroño: Imp. La Rioja
- Zapatero González, J. M. (1922). *Pedagogía sexual: lo que se debe saber. Con ocho láminas del autor* Barcelona: Francisco Isart.
- Zapatero González, J.M. (1925). *Del historial cerverano (1717-1817)* Logroño: Imp. Vda. de Santos Ochoa.

---

<sup>157</sup> Ver el catálogo de la biblioteca del Instituto de Estudios Riojanos.

## Topografía médica de Logroño. 1879 Donato Hernández Oñate



Donato Hernández Oñate, 1890. Logroño

En 1889 se publica en La Rioja la topografía médica realizada por el médico higienista de Logroño Donato Hernández Oñate, que fue premiada por la Real Academia de Medicina de Barcelona aunque no aportó ninguna novedad que no estuviera planteada por sus colegas profesionales y de ideas en las plazas más destacadas del resto del país como Pedro Felipe Monlau, fundador e introductor en España de la disciplina la Higiene pública que figura en el reducido material bibliográfico de sus 150 páginas (Bermejo y Sánchez, 1994: 492). La realización de las topografías médicas se promocionaba desde las instituciones científico médicas<sup>158</sup>, como las academias e incluso el ministerio de la gobernación, para focalizar las informaciones médico

<sup>158</sup> A día de hoy hay recogidas más de trescientas de toda España e incluso de los territorios del reino en la época (América y Filipinas)

sanitarias de los pueblos y una vez reunidos los de toda España, conocer y tratar los problemas higiénicos tras el diagnóstico de la situación de la nación en este sentido.

Es la obra más conocida y consultada. Sus 150 páginas impresas contienen citas de autores como el Dr. Monlau que se cita dos veces (pp 123 y 151), considerado uno de los higienistas pioneros en España junto con Francisco Méndez Álvaro, discípulos ambos de Mateo Seoane, aunque el principal dirigente de los asuntos de nuestra higiene pública fue Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (Alcaide, 1999a), Se cita al Dr. Giné<sup>159</sup>, a Bertillón<sup>160</sup>, Marbeau<sup>161</sup>, Hume<sup>162</sup>, Hunter<sup>163</sup> y a Hufeland<sup>164</sup>. También cita al farmacéutico-botánico Dr. Zubía<sup>165</sup> y al catedrático de química Muñoz de Luna<sup>166</sup>, No obstante, el sistema de citas bibliográficas no fue definido, ni en su estructura ni en su función, hasta bien entrado el siglo XIX (López Piñero y Terrada, 1980: 170); de hecho, el sistema más antiguo utilizado es el “Estilo Chicago” cuyo manual fue publicado por primera vez en 1903.

El determinismo medioambiental heredado de la Ilustración que permite deducir el carácter, la moralidad o el estado físico de los pobladores de una región a partir del conocimiento de sus condiciones geográficas, puede reconocerse en esta obra de 1889 donde se destaca la poderosa influencia de lo físico sobre la moral del hombre. Según esto, el Dr. Hernández señala las diferencias de caracteres morales de los habitantes según se sitúen en terrenos montañosos, en llanuras, cerca del mar o donde no hay bosques ni ríos caudalosos. Este determinismo físico de carácter etnogeográfico del

---

<sup>159</sup> Dr. Juan Giné y Partagás (1836-1903), continuador de la escuela iniciada por Monlau. Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 12; 57.

<sup>160</sup> Jacques Bertillon (1851-1922) responsable de las estadísticas de París, a través de su trabajo puede apreciarse cuál fue el papel representado por la estadística en el higienismo municipal. A este respecto consultar: Porras Gallo, M<sup>a</sup> I. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2002, 22, 551-609. Disponible en: <http://www.ugr.es/~dynamis/completo22/res22/COMPLETO22res6.htm> (Consulta 27- marzo-2008). Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 81; 89.

<sup>161</sup> Hernández Oñate alude a las “breches” (“crèches”) para referirse a las casas cuna que permitían a las madres trabajadoras dar de mamar a sus hijos sin desatender su trabajo. Citado en Hernández Oñate, D. (1890: 80). Ver también: Monlau Roca, PF.; Salarich Verdaguer, J. (1984): “*Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*”. Barcelona: Anthropos, 99. Estudio preliminar y notas críticas a cargo de Antoni Jutglar.

<sup>162</sup> David Hume, historiador y filósofo escocés (1711-1776). Hernández Oñate alude al mismo por el concepto de “*Supremo bien*”. Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 11.

<sup>163</sup> John Hunter (1728-1793). Médico. Estudió y publicó acerca de enfermedades infecciosas como la sífilis y especialmente un tratado que describe sus investigaciones sobre el mecanismo de la inflamación y la función curativa del proceso inflamatorio. Hernández Oñate alude a Hunter al referirse a la tisis pulmonar en la descripción que hace de las enfermedades comunes en Logroño como “*una de esas enfermedades en que el organismo tiene la conciencia de su incurabilidad*”. Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 104.

<sup>164</sup> Hufeland, (1762-1836). Médico alemán representante del vitalismo en Alemania.. Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 90.

<sup>165</sup> Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 20.

<sup>166</sup> Ramón Torres Muñoz de Luna (1822-1890). Citado en Hernández Oñate, D., 1890: 32.

ambientalismo de principio de siglo XIX incidió de forma importante en las teorías geográficas y antropológicas (Urteaga, 1985-86:418). La necesidad de estudiar el clima, las costumbres y los alimentos que se consumen porque pueden modificar el temperamento y las pasiones e influir en la salud era una idea muy extendida a mediados de siglo.

La clasificación de la memoria la realiza tomando por base el método que expone el Dr. Giné como clave topográfica en su Higiene Pública, dividiendo las materias principales en dos: mesografía, demografía y conclusiones.

El agua es el principal problema de higiene de Logroño, siendo el punto negro de la población, causa de elevación de la mortalidad principalmente por enfermedades agudas y crónicas del aparato digestivo. Según el análisis hidrotimétrico de diferentes muestras de agua de la ciudad, del Ebro, del Iregua, de pozos particulares y fuentes, se observa que apenas las cinco primeras, de hasta un total de 31, pueden considerarse aptas. Hasta 12° las aguas son buenas, de 12 a 25 medianas y de ahí en adelante, malas. Todas las aguas de fuentes y pozos de Logroño pasan de 25° por lo que puede asegurarse que no son potables. Los análisis los realizaron los farmacéuticos de Logroño Remigio Sánchez y Vicente Herranz.

— 31 —  
**ANÁLISIS HIDROTIMÉTRICO**  
**DE LAS AGUAS DE LOGROÑO Y SU RADIO.**

NÚMERO DE ORDEN.	Pueden admitirse las aguas como potables hasta 25.º y aun 30 grados como máximo, pero excediendo de dicha cifra, son perjudiciales é impropias para todos los usos domésticos.	GRADOS.
1	Agua de lluvia cogida al aire libre el 30 de Mayo 1877.	1
2	Agua del río Iregua.	9
3	Agua del Iregua, tomada del regadio de la carretera de Lardero.	13
4	Agua del río Ebro.	16
5	Manantial del olivar de D. Siro Barrenegoa.	25
6	Agua del pozo de la casa de D. Pedro Giménez (hijo).	26
7	Id. id. de los jardines del pasco.	26
8	Id. id. de la casa (Fonda del Cristo).	27
9	Fuente del Voto.	27
10	Manantial del merendero de la „Esperanza“.	29
11	Fuente del Encino (carretera de Zaragoza).	29
12	Fuente de San Francisco.	31
13	Fuente de la Huerta de Santa Juliana.	31
14	Fuente de Santiago.	31
15	Agua del pozo de la casa del Sr. Dominguez.	31
16	Fuente de la calle del Pozo.	32
17	Fuente de Terrazas.	32
18	Pozo de casa del Sr. Santa Cruz.	32
19	Fuente bogal de Albelda.	33
20	Fuente de la plaza de Abastos.	34
21	Fuente de la Posada y Convento de Madre de Dios.	34
22	Fuente de la casa de D. Felipe Jesús Muro.	38
23	Fuente de la Salud.	38
24	Fuente de la plaza del Mercado.	38
25	Fuente de San Agustín.	38
26	Pozo de la casa de D. Julio Morga.	38
27	Fuente del cerrado de Espinosa.	56
28	Pozo de la casa de D. Félix Martínez.	61
29	Pozo de la casa de D. Segundo Morga.	66
30	Pozo de la casa de D. Pedro Giménez, (padre).	84
31	Pozo de la casa de D. Juan Fariva.	116

Análisis hidrotimétrico de las aguas de Logroño. (Hernández, 1889:31)

Con la reciente construcción del pantano de La Grajera se solventan los problemas de regadío para una zona de cultivos y en cuanto a las aguas residuales, en este momento es preciso acometer el proyecto de construcción de una cloaca que vierta sus residuos en un emplazamiento más alejado del núcleo de la ciudad.

En general, el estado de los establecimientos públicos y particulares es deficiente en cuanto a su estado higiénico. Tanto el hospital provincial, la casa de beneficencia, la inclusa, los cuarteles, la cárcel, los templos, el cementerio antiguo pues todavía no se había construido el actual, como las habitaciones de las viviendas son focos de mefitismo miasmático permanente.

El alumbrado público es de gas aunque ya se empieza a pensar en la instalación de la luz eléctrica. El alumbrado doméstico se reduce al gas en los almacenes, tiendas, cafés y algunos edificios públicos. En la mayoría de los domicilios se emplea el petróleo y entre la clase jornalera es común todavía el uso del aceite.

Según el Dr. Hernández, las ciencias higiénicas se basan en hechos de los que se deducirían leyes generales, por eso necesitan de todas las ciencias y conocimientos relacionados con la salud del individuo y/o de la población. Este es el caso de la estadística que, reconoce, está muy olvidada en España. En este sentido, es el mismo Dr. Hernández quien se atribuye la presentación en esta memoria de los primeros ensayos de estadística demográfica de la ciudad de Logroño.

La vida media en Logroño no pasa de 40 años y las profesiones dominantes son la agricultura y la ganadería.

En esta obra encontramos una particularidad con respecto a las otras estudiadas y es la descripción detallada que el Dr. Hernández ofrece de las profesiones de la población, en la que observamos un retrato social del momento en que se realiza. De esta información queremos destacar la ocupación de las mujeres: 53 maestras, 776 alumnas de primera enseñanza, 12 de carreras especiales, escuelas normales y de música, 64 mojas de la caridad, 119 propietarias, 202 jornaleras, 4 empleadas del Estado en activo y 25 jubiladas, 2 empleadas de la provincia, del municipio 3 en activo y 1 jubilada, 6 artistas de circos ecuestres, 269 costureras, 83 comerciantes, 4 colchoneras, 4 cómicas, 6 fondistas con casa de huéspedes, 2 horneras de pan, 43 operarias fabriles, 16 modistas, 167 lavanderas, 23 panaderas, 208 pobres de solemnidad y 770 dedicadas al servicio doméstico. En relación con los hombres que comparten ocupación, hay más maestras, más alumnas de primera enseñanza aunque ninguna en el nivel de segunda enseñanza o

escuelas preparatorias, más colchoneras, cómicas, más jornaleras de fábrica o taller y muchas más dedicadas al servicio doméstico.

Las profesiones exclusivamente femeninas son las monjas, costureras, modistas y lavanderas.

PROFESIONES CIENTÍFICAS.		Anterior. . . . . 35	
Abogados. . . . .	25	Catedráticos y profesores de 2. <sup>a</sup> enseñanza y superior	19
Arquitectos y maestros de Obras. . . . .	5	Cirujanos. . . . .	4
Agrónomos. . . . .	5	Escribanos. . . . .	5
	35	Farmacéuticos. . . . .	15
			78
ALUMNOS Y ESTUDIANTES.		EMPLEADOS.	
Ingenieros y Ayudantes de todas clases. . . . .	15	Del Estado, activos. {Vars. 198} {Hem. 4}	202
Maestros de 1. <sup>a</sup> enseñanza. {V. 20} {H. 33}	53	Id. id. cesantes, jubilados y pensionistas. {Varones 38} {Hembras 25}	63
Ministrantes. . . . .	5	De la provincia, activos. {V. 34} {H. 2}	36
Médicos. . . . .	17	Id. id. cesantes, jubilados y pensionistas. . . . .	1
Notarios. . . . .	7	Del Municipio, activos. {Vars. 80} {Hem. 3}	83
Procuradores. . . . .	7	Id. id. cesantes, jubilados y pensionistas. . . . .	5
Profesor Mercantil. . . . .	1	De ferro carriles. . . . .	46
Veterinarios ó albeiteras. . . . .	6	De escritorios, casas de comercio y empresas particulares. . . . .	43
DEDICADOS AL CULTO CATÓLICO.		INDUSTRIAS, ARTES Y OFICIOS.	
De 1. <sup>a</sup> enseñanza. {Var. 711} {Hem 776}	1487	Albañiles. . . . .	132
De 2. <sup>a</sup> enseñanza y escuelas preparatorias. . . . .	108	Alpargateros. . . . .	27
De Facultad mayor. . . . .	54	Alfareros y Tejeros. . . . .	14
Carreras especiales, escuelas normales y nacionales de música. . . . . {Varones 12} {Hembras 12}	24	Armeros. . . . .	9
Seminario Conciliar . . . . .	68	Artistas de circos ecuestres. . . . . {Vars. 20} {Hem. 6}	16
DEDICADOS AL CULTIVO AGRÍCOLA Y GANADERÍA.		Agentes de negocios. . . . .	5
Propietarios, colonos y arrendatarios. . . . . {Vars. 208} {Hem. 119}	414	Barberos. . . . .	38
Jornaleros, gañanes y zagales. . . . . {Vars. 1815} {Hembras 202}	1717	Broncistas. . . . .	5
MILITARES.		Boteros. . . . .	8
En activo y de reemplazo. . . . .	268	Carpinteros. . . . .	154
Retirados. . . . .	45	Costureras. . . . .	269
		Comerciantes. {Varones 285} {Hembras 83}	368
		Confiteros. . . . .	24
		Chocolateros. . . . .	11
		Caldereros. . . . .	16
		Cafeteros. . . . .	5
		Curtidores. . . . .	57
			6620
Carniceros y Cortadores. . . . .	28	Mozos de cordel ó amarradores. . . . .	24
Carreteros ó conductores de carros. . . . .	29	Labanderas. . . . .	167
Canteros. . . . .	46	Litógrafos. . . . .	9
Cesteros. . . . .	1	Pirotécnicos. . . . .	5
Constructores de carruajes. . . . .	1	Pintores. . . . .	8
Colchoneros. . . . . {Vars. 1} {Hem. 4}	5	Plateros. . . . .	6
Cómicos. . . . . {Vars. 1} {Hem. 4}	5	Posaderos. . . . .	13
Dentistas. . . . .	1	Panaderos. . . . . {Vars. 55} {Hem 23}	78
Encuadernadores. . . . .	4	Pobres de solemnidad. {V. 319} {H. 208}	527
Ebanistas. . . . .	12	Relojeros. . . . .	5
Esquiladores. . . . .	5	Sastres. . . . .	81
Fotógrafos. . . . .	2	Sombrereros. . . . .	11
Fondistas y casas de huéspedes. . . . . {Vars. 8} {Hem. 6}	14	Sogueros ó cordeleros. . . . .	11
Guarnicioneros. . . . .	21	Serradores. . . . .	1
Herreros. . . . .	68	Silleros. . . . .	9
Horneros de pan cocer. {V. 5} {H. 2}	7	Servicio doméstico. {V. 124} {H. 770}	894
Hojalateros. . . . .	23	Torneros. . . . .	4
Herradores. . . . .	6	Tintoreros. . . . .	1
Industria fabril. Directores y Jefes de taller . . . . .	16	Tejedores. . . . .	22
Idem idem Operarios jornaleros. . . . . {Vars. 35} {Hem. 43}	78	Vaciadores y afiladores. . . . .	1
Impresores. . . . .	32	Zapateros. . . . .	214
Molincros. . . . .	11		
Músicos. . . . .	55	SIN PROFESIÓN Y SIN CLASIFICAR.	
Modistas. . . . .	16	Menores de 15 años. {V. 682} {H. 783}	1465
	6620	Mayores de 15 años. {V. 70} {H. 3216}	3286
			TOTAL. . . . . 13462
RESUMEN	{ Sin profesión y sin clasificar. . . . . 4751 } { Industrias, artes, oficios y pobres de So- } { lemnidad. . . . . 3735 } { Profesiones científicas, estudiantes, alum- } { nos, dedicados al culto católico, mili- } { tares y empleados. . . . . 2845 } 13.462. { Dedicados al cultivo agrícola y gana- } { dería. . . . . 2131 }		

Censo de 1877. Clasificación de la población Logroño según la ocupación. (Hernández, 1889:90-92).



Las ocupaciones están agrupadas por el autor en diferentes categorías, desde donde podemos extraer la proporción que entre ellas ocupan las mujeres.

Profesión/ocupación	% Mujeres
Profesiones científicas	17,46
Alumnos y estudiantes	45,26
Dedicados al culto católico	52,03
Dedicados al cultivo agrícola y ganadería	15,06
Militares	0
Empleados	7,30
Industrias, artes y oficios	42,86
Total	33,30

Sin profesión y sin clasificar	% Mujeres
Menores de 15 años	53,44
Mayores de 15 años	97,86
Total	84,17

Clasificación general	% Mujeres
Sin profesión y sin clasificar	84,17
Industrias, artes, oficios y pobres de solemnidad	42,86
Profesiones científicas, estudiantes, alumnos, dedicados al culto católico, militares y empleados	32,33
Dedicados al cultivo agrícola y ganadería	15,06
Total	65,53

Según este somero análisis, el lugar predominante de la mujer en esta sociedad logroñesa de finales del siglo XIX es no tener profesión u ocupación. En el conjunto de las personas empleadas, corresponde a la mujer el 33% de la actividad y dentro de ésta nos parece reseñable el 42,86% de las que se dedican a la industria, artes y oficios, lo que denota su iniciativa emprendedora. Entre los pobres de solemnidad las mujeres suponen el 39,46%. Hay un número muy escaso de mujeres empleadas, lo que nos idea del estado incipiente de la introducción de la mujer entre el mundo administrativo.

Las ocupaciones de la población en la ciudad de Logroño son de marcado carácter rural, con una población mayor de 15 años sin ocupación alguna que supera el 24% y que en su mayor parte son mujeres. Casi el 4% de la población de este censo consta como “pobres de solemnidad”. Nos parece abultado el número de zapateros (214) y sastres (81) para una ciudad pequeña.

En Logroño se contabiliza solamente un profesor mercantil y un dentista para toda la población según los datos del censo de 1877 que nos ofrece esta monografía.

Las conclusiones generales que propone a la municipalidad se encaminan a realizar los proyectos necesarios para higienizar la urbe y abordar la instrucción, punto de apoyo del bienestar social y político de la población.

Las propuestas sobre el trazado de las calles se refieren a su alineación y ensanchamiento a medida que los edificios ruinosos van desapareciendo o reformándose.

Desde el punto de vista sanitario el Dr. Hernández plantea la apertura hacia el norte de la calle Mercaderes y la de la cárcel cuando desaparezca el edificio, para favorecer así a los barrios de Rúa Vieja y Calle Mayor.

Es importante procurar el desarrollo de la agricultura, la base de la riqueza de la población, introduciendo máquinas agrícolas y creando viveros de árboles de utilidad para la industria, las artes y las ciencias, además de aprovechar su influencia para modificar las condiciones climatológicas.

Otras aportaciones sobre la mejora de policía urbana y rural se centran en la necesidad de dotar el alcantarillado de agua corriente para su rápida limpieza, proceder al aprovechamiento de los materiales arrojados por la cloaca para la agricultura y procurar que el desagüe se instale en lugar alejado de la población.

Los edificios públicos que debieran desaparecer son la cárcel y el matadero. Los barrios verdaderamente insalubres de la ciudad son el Coso y la Rúa Vieja, por el hacinamiento de sus habitantes y ausencia de higiene en sus viviendas, como puede apreciarse, por lo que se debe proceder a eliminar sus causas.

El Dr. Hernández considera que no debe faltar nunca la policía sanitaria como elemento principal y necesario para el control del estado higiénico de la población en todos los órdenes, aunque con especial atención en los temas de la bromatología mediante la vigilancia e inspección de los alimentos.

La alimentación de la población es frugal en verano, constando casi exclusivamente de verduras especialmente entre las clases trabajadoras. Para atajar este extremo, la propuesta es la de que el ayuntamiento pudiera emitir bonos de carne a bajo precio y así facilitar su compra.



EL COSO

(VISTA TOMADA DESDE LA NUEVA CARRETERA AL PUENTE)

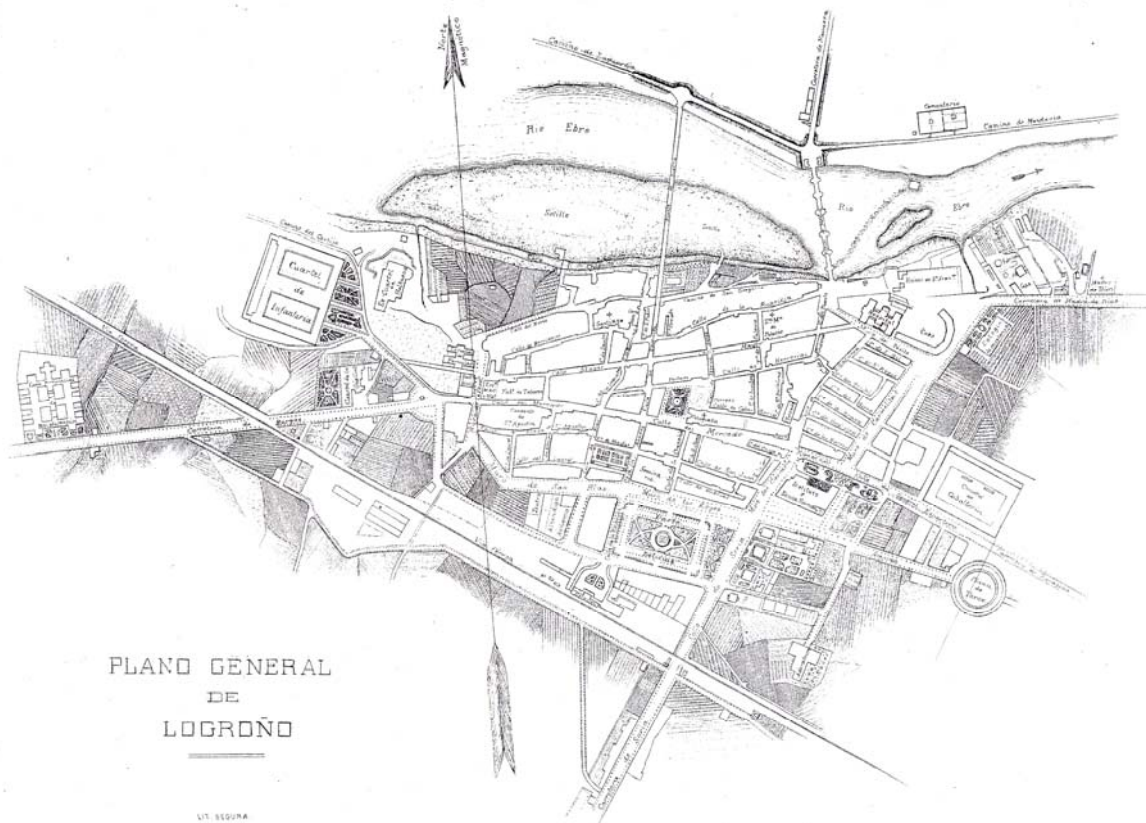
Barrio de El Coso de Logroño a finales del siglo XIX. Tomado de: "Logroño histórico". Francisco Javier Gómez: 1893:493.

En Logroño destaca la gran falta de instrucción entre la población, y para fomentarla no se trata de crear nuevas escuelas sino de premiar la aplicación de los más dispuestos y promover el desarrollo de sociedades, así como la creación de centros de enseñanza de distintas ciencias como la agricultura, la industria y las artes, consideradas las columnas sobre las que se afirma el bienestar administrativo, político y social de una población.

Otro factor de mejora que se sugiere, de los más trascendentales, es el control de la prostitución, especialmente la clandestina, abogando para ello por el establecimiento de un reglamento con el fin de atajar el gran número de enfermedades sifilíticas, pues disminuirla es moralizar la población, emulando en este sentido al Dr. Monlau "*todo lo que es moral es higiénico*". El desarrollo del reglamento de Logroño es acorde a los que se dispusieron en la mayoría de las capitales de provincia y otras localidades de España, con similares métodos e idéntico objetivo, controlar desde la higiene el ejercicio de la prostitución e intentar evitar la diseminación de las enfermedades venéreas bajo un estricto control sanitario y social de sus actores. Del

desarrollo de este programa de actuación frente al control de la prostitución se encargó el propio Dr. Hernández, como médico higienista de Logroño, desde 1893.

En relación a las enfermedades más frecuentes que se producen en esta época, en Logroño se podría disminuir la frecuencia de las del aparato digestivo con aguas potables del Iregua y no abusando de las bebidas y condimentos excitantes, el vino y el picante. Las del aparato respiratorio procurando no exponerse a los frecuentes cambios bruscos de temperatura; “la “tisis” si disminuyeran los vicios y con menos matrimonios consanguíneos” por lo que también disminuiría el escrofulismo. La mejor atención y asistencia a los partos no produciría tanta mortalidad en los recién nacidos. La epilepsia disminuiría si se redujese el consumo de bebidas alcohólicas y los matrimonios consanguíneos; la locura no sería tan frecuente si disminuyera la epilepsia y sus causas. Por último, la viruela sería atajada si la población accediera a convencerse de se conseguiría mediante la vacunación y la revacunación.



Plano de Logroño. Imprenta Segura. Tomado de Hernández Oñate (1889).

AHL. 71/18

# Memoria

del estado higiénico-sanitario de  
Logroño.

Presentada a la Junta Municipal  
de Sanidad, en cumplimiento a lo dis-  
puesto en la R. O. del Ministerio de la  
Gobernación de 20 de Marzo último,  
por los que la suscriben designados para  
ello por dicha Junta en Sesión de 1.º de

Abril de 1894

La “*Memoria higiénico-sanitaria de Logroño*”<sup>167</sup> elaborada en abril de 1894 por el médico D. Pelegrín González del Castillo y el arquitecto municipal D. Francisco De Luis y Tomás. La elaboración de esta obra, manuscrita, obedece al cumplimiento de lo prescrito en la Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 20 de marzo de 1894<sup>168</sup> y está dirigida a la Junta Municipal de Sanidad de Logroño

<p style="text-align: center;"><b>MINISTERIO DE LA GOBERNACION</b></p> <p style="text-align: center;"><b>REALES ORDENES</b></p> <p>Siendo primordial deber del Gobierno velar por la conservación de la salud pública, y constituyendo la higiene su principal garantía, una de las medidas más urgentes que es necesario adoptar para prevenir la producción y desarrollo de las enfermedades en general, y muy especialmente las infecciosas y contagiosas, es el conocimiento exacto del estado sanitario de nuestras principales poblaciones, de las causas que, resultando de la urbanización y modo de ser de los pueblos, puedan en cada localidad originar alteraciones de la salud y de los procedimientos y medios más eficaces y prácticos para evitarlas ó por lo menos reducirlas.</p> <p>La excesiva mortalidad que las noticias oficiales aconson en algunas ciudades y el recuerdo de ciertos hechos dolorosos que tal vez no registraría nuestra historia sanitaria si en tiempo oportuno hubieran podido prevenirse, justifican la adopción de medidas preventivas que, llegando al conocimiento del mal, puedan evitarlo ó en caso faciliten su remedio.</p> <p>Atento á estos propósitos, y resulto o, como se halla, este Ministerio á dedicar atención muy preferente á un asunto que es fundamento esencialísimo de bienestar y progreso, ha consultado á S. M. y han merecido su Real aprobación las siguientes reglas, que pondrá V. I. inmediatamente en conocimiento de los Gobernadores de las provincias, exigiendo que se cumplan con exactitud en los plazos que se determinan.</p> <p><b>Regla 1.ª</b> Las Juntas municipales de Sanidad de todas las capitales de provincia, y cabezas de partido judicial, serán convocadas por su Presidente y se reunirá el 1.º de Abril próximo, con precisa asistencia de los</p>	<p>Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria, aunque no pertenezcan á las mismas.</p> <p><b>Regla 2.ª</b> En la reunión que se celebre en ese día, designarán dos personas, las cuales durante dicho mes de Abril redactarán y entregarán á los respectivos Presidentes una Memoria metódica, clara y todo lo más sencilla posible referente á los siguientes puntos:</p> <p>1.º Causas que directa ó indirectamente contribuyen á perjudicar la salud pública en la respectiva población y en aquellas del mismo distrito de igual ó mayor vecindad que la capital del partido; enfermedades más comunes y frecuentes, y por último, epidemias que hayan existido en el último quinquenio, su duración y fuerza expansiva y difusiva.</p> <p>2.º Causas probables ó ciertas á que se deba la iniciación y propagación de las enfermedades y epidemias aludidas, y qué medidas de higiene pública y privada deberán adoptarse para evitarlas ó atenuarlas, expresando las disposiciones de carácter pecífico y de posible realización que pudieran llevarse á cabo para conseguir disminuir la mortalidad.</p> <p>3.º Idea general del estado higiénico de la población ó poblaciones de que trata cada Memoria respecto de:</p> <p>A. Escuelas, mercados, mataderos, industrias, estanques, cementerios, cuarteles, teatros y cuanto se refiera á policía urbana en general.</p> <p>B. Obreros y pobres, su alimentación y viviendas.</p> <p>C. Abastecimientos de aguas.</p> <p>D. Desagüe y alcantarillado.</p> <p>E. Parques y plantaciones de arbolados.</p> <p>F. Desecación de pantanos y lagunas.</p> <p>G. Servicio general y gratuito de vacunación, Laboratorios bacteriológicos, Asilos y Casas de Beneficencia, Hospitales oficiales y particulares, Casas de Socorro y asistencia doméstica.</p>	<p>ro y asistencia doméstica.</p> <p><b>Regla 3.ª</b> Las dos personas elegidas para la redacción de la Memoria, podrán no ser de las que componen las Juntas de Sanidad, pero habrán de pertenecer necesariamente á la clase Médica ó Farmacéutica, y otra, á ser posible, á la de Arquitectos ó en su defecto Maestros de obras con título, y ambas deberán ser peritos en la ciencia de la higiene y conocedores de la localidad ó localidades de que se ocupa aquel trabajo.</p> <p><b>Regla 4.ª</b> La Memoria que redacten será leída en sesión que celebrará la Junta municipal de Sanidad el día 1.º de Mayo, y con las observaciones que hagan sus individuos, se elevarán al Gobernador, como Presidente de la provincial, antes del 20 del mismo mes.</p> <p><b>Regla 5.ª</b> El Gobernador convocará inmediatamente para el 1.º de Junio á la Junta provincial de Sanidad, con asistencia precisa del Inspector ó Inspectores sanitarios de la provincia, aunque no pertenezcan á la misma, y en la reunión se dará cuenta de las Memorias recibidas y se elegirán dos ó más personas vecindades en las cuestiones de higiene, las cuales, con estudio de las Memorias parciales, redactarán un informe antes del 15 del propio mes.</p> <p><b>Regla 6.ª</b> Redactado y presentado este informe, convocará de nuevo el Gobernador la Junta provincial de Sanidad, se dará lectura del mismo, y éste, con las observaciones que respectivamente se hagan y con todas las Memorias locales, se remitirá á la Subsecretaría de este Ministerio antes del 20 del citado Junio.</p> <p>Las Memorias ó informes mencionados podrán redactarse por sus autores con entera libertad, pero se tendrá en cuenta, en la mayor medida posible, y la interacción de causas estadísticas, teniendo presente que el Gobierno de S. M. recompensará los mejores trabajos que se presenten y publicará aquéllos que lo merezcan.</p> <p><b>Regla 7.ª</b> Recibidas que sean en la Subsecretaría todas las trabajos señalados, se procederá á su extracción y se reutilizará al Real Consejo de Sanidad para que en el término más breve posible informe sobre de aquellos que deban publicarse y proponer las medidas generales que convenga adoptar con urgencia, sin perjuicio de presentar un reglamento general respecto de higiene pública y de epidemias.</p> <p>De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid 20 de marzo de 1894.</p> <p style="text-align: right;">AGUIRERA</p>
---	---	--

Real Orden del Ministerio de la Gobernación, de 20 de marzo de 1894 para que se realicen memorias detalladas de cada localidad en cuanto a prevención de epidemias y conocimiento del estado sanitario de las mismas.

La colaboración de estos dos profesionales se estableció sobre la base de que el médico higienista estudiaba y ponía de manifiesto las condiciones perjudiciales para la salud pública, mientras que el arquitecto sanitario estudiaba los problemas técnicos a fin de resolverlos de acuerdo con las exigencias técnicas (Balaguer, Ballester, 1988:458).

Esta obra también fue presentada al IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, celebrado en Madrid en los días 10 al 17 de abril de 1898. Uno de los autores dio cuenta de ella y “*fue oído con aplauso de la Sección tan importantísimo estudio*” (Salcedo, 1900 III: 195).

<sup>167</sup> AML. 81/18

<sup>168</sup> Gazeta de Madrid, nº 81 de 22 de marzo de 1894, pp 1102-3. Real Orden del Ministerio de la Gobernación, de 20 de marzo de 1894 para que se realicen memorias detalladas de cada localidad en cuanto a prevención de epidemias y conocimiento del estado sanitario de las mismas.

La obra comienza con una dedicatoria a la Junta Municipal de Sanidad de Logroño continuando con los apartados propiamente dichos, como son: Situación topográfica.- Situación.-Altura.-Asiento geológico e hidrológico.- Causas que contribuyen a perjudicar la salud de Logroño: Enfermedades más comunes y frecuentes: Epidemias sufridas durante el último quinquenio.- Escuelas.- Merados.- Mataderos.- Industrias.- Lavaderos.- Cárceles.- Cementerios.- Cuarteles.- Teatro.- Obreros.- La alimentación.- Viviendas.- Abastecimiento de aguas.- Desagüe y alcantarillado.- Parques y plantaciones de arbolado.- Desección de pantanos y lagunas.- Asilos y Casa de Beneficencia con su plano.- Hospital Provincial.- Reglas que deben seguirse en la población atacada o amenazada de una epidemia.- Higiene Escolar.- Servicio general y gratuito de vacunación.- Laboratorios bacteriológicos. Casa de Socorro y asistencia domiciliaria.- Policía urbana sanitaria.- Riegos.- Establos.- Urinarios públicos.- Baños.- Enterramientos de animales.- Mortalidad de la población.- Conclusión.- Estados que se acompañan 1-2-3.

Esta obra contiene índice y recoge los extremos que dicta la citada R.O. de 1894. El gobierno asume en esta norma el deber primordial de velar por la salud pública, siendo para ello la higiene su principal garantía. Por este motivo, una de las medidas más urgentes que es necesario adoptar en ese momento, para prevenir la producción y desarrollo de las enfermedades en general y muy especialmente las infecciosas y contagiosas, es el conocimiento exacto del estado sanitario de las principales poblaciones, de las causas derivadas de la urbanización y modo de ser de los pueblos que puedan originar alteraciones de la salud en cada localidad, y de los procedimientos y medios más eficaces y prácticos para evitarlas, o por lo menos reducirlas

Para llevar a cabo este cometido se insta a las Juntas municipales de Sanidad, con precisa asistencia de los Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria, aunque paradójicamente no pertenezcan a las mismas. En esta R. O se dicta el plazo de un mes para la realización de estos trabajos y para su redacción se tiene que contar, necesariamente, con un médico y un arquitecto, tal como reza la Regla 3ª Las memorias se remitirían al Gobernador el primero de junio para elevar un informe a mediados de mes. Se pensó también recompensar las mejores memorias y publicar aquellas que lo merecieran. Parece que esta memoria de Logroño no superó este trámite aunque se conservan dos ejemplares de su manuscrito en el Archivo Municipal.

La obra aporta catorce citas y diez autores como son: Fonsagrives, Leiscerter, Palmberg, Duchardin Beaumetz, Levy, Jenner, Garagarza, Monlau, Anouls y Giné y Partagás.

Aunque no es requerido en la norma oficial, los autores se justifican en el preámbulo con la inclusión de las condiciones físicas de la ciudad, que luego servirán para hacer deducciones ya que se relacionan con las causas productoras de las enfermedades más frecuentes. Por este motivo se incluyen los datos topográficos, geológicos e hidrográficos de Logroño.

La importancia que los higienistas otorgan a la situación de una población hace que se dividan en varias categorías: 1°.- Ciudades de llanura, 2°.- Ciudades de valle, 3°.- De litoral, 4°.- Fluviales, 5°.- Lacustres y 6°.- Palustres.

La ciudad de Logroño se corresponde con la categoría 4° de ciudades fluviales, asentándose en la margen derecha del río Ebro, debido a la superstición que los antiguos tenían sobre todas las cosas situadas a la izquierda o siniestra, considerado como presagio poco afortunado. Bajo el punto de vista de la situación, las poblaciones deben reunir dos condiciones para su salubridad y condición higiénica: una es que las corrientes de agua tengan una velocidad conveniente para que se impida su estancamiento en las orillas y otra es que no se contaminen con las deyecciones. La observancia de estas condiciones es necesaria a la hora de planificar la instalación de las alcantarillas.

Con respecto a la altitud, Logroño pertenece a la categoría de población de “*colina*” según la clasificación de Fonsagrives, considerada de las más salubres pues tiene el declive suficiente para que las aguas no se estanquen.

En Logroño no existen cambios bruscos de aire ni de temperatura, tanto en la estación fría como en la cálida, que son causa determinante de muchas de las enfermedades agudas, como las afecciones catarrales.

El suelo es húmedo debido a la porosidad del terreno, lo que influye desfavorablemente en la salud, reflejado en la frecuencia que se observa de las enfermedades reumáticas y otras.

Las causas que contribuyen a perjudicar la salud de Logroño están relacionadas con su salubridad y ésta con las condiciones climatológicas, donde juega un papel muy importante la violencia en la velocidad y cambios de los aires dominantes y su grado higrométrico, así como las dependientes de la naturaleza del suelo, íntimamente relacionadas entre sí. *Las causas de insalubridad permanente son como de carácter*



*general: el hacinamiento, la viciación pútrida del aire y la pululación y facilidad de transmisión de los contagios* (González del Castillo y De Luis: 1894: 19).

Las enfermedades más comunes y frecuentes en Logroño son las catarrales y reumáticas entre las agudas, la tisis y las lesiones orgánicas del corazón entre las crónicas y entre las infecciosas las propias de la infancia (fiebres eruptivas principalmente) y las tifoideas, comprendiendo entre ellas las atáxicas y adinámicas, y pútridas.

Las epidemias sufridas en el último quinquenio han sido la viruela, el sarampión, la coqueluche, la escarlatina y la gripe. La fiebre tifoidea no se ha presentado con carácter epidémico a pesar de ser una enfermedad endémica y haya causado más víctimas que todas las demás. La duración y fuerza expansiva de estas epidemias ha estado en relación con la deficiencia de medios con que se ha contado para combatir las, con excepción de lo ocurrido con la epidemia variolosa cuyas causas se deben a las medidas de higiene pública y privada que deben adoptarse para evitarlas y atenuarlas.

Para el desarrollo de las enfermedades catarrales y reumáticas se encuentran causas directas, estrechamente ligadas con el clima, ya mencionadas, y las causas indirectas están relacionadas con las condiciones de las casas habitadas por las clases necesitadas, *“pues obligadas a reducirse a uno o dos cuartos para todas las necesidades de la vida, sufren las consecuencias de sus malas construcciones que dan acceso a las influencias exteriores que ni les proporcionan el abrigo necesario ni les permite la conveniente ventilación”* (González del Castillo y De Luis, 1894: 23). Además se suma el inconveniente de la permanencia en el campo de los obreros agrícolas, que son la gran mayoría de los obreros de Logroño, donde no es posible resguardarse de la humedad del aire por el clima desigual del invierno. Cada vez aumenta más el número de enfermos reumáticos y decrece el número de enfermos de fiebres palúdicas.

Para aminorar de manera indirecta estas enfermedades, solo se puede incidir en mejorar las condiciones de las casas y la alimentación de las clases menesterosas.

En cuanto a las causas generales de la frecuencia de la tuberculosis se desatacan la herencia, la escrófula, las que nacen directamente de la alimentación insuficiente y la insalubridad de las casas *“y los excesos de todo género a que da lugar el desbordamiento de las pasiones, sobre todo en la juventud”* (González del Castillo y De Luis, 1894: 25). Las causas de las lesiones cardíacas, además de las anteriores, se deben a las complicaciones de las afecciones reumáticas, así como a las emociones morales tan

vivas y variables en la vida social moderna, añadiendo el abuso de las bebidas alcohólicas, de procedencia muchas veces discutible.

Para atenuar, que no evitar, la frecuencia y mortalidad de la tisis y enfermedades cardíacas habría que actuar sobre las causas, como por ejemplo la herencia y los matrimonios consanguíneos que quedan fuera de la intervención directa de los preceptos de la higiene pública. Sin embargo, no descartan poder alcanzar algún resultado positivo de manera indirecta, como popularizar el conocimiento de lo perniciosos que son los matrimonios en que alguno de los cónyuges es tuberculoso o existe fundado motivo de que llegue a serlo.

La escrófula tiene íntima relación con la tuberculosis, tanto es así que se considera escrofulosos a quien tiene lesiones benignas de la piel y las mucosas; el resto de los tipos de escrófulas o estados constitucionales (distrofia, diátesis, braditrofia) son considerados verdaderas tuberculosis. En Logroño abunda la escrófula, sobre todo en la infancia, que es fuente de producción de la “*plaga social*” que supone. La escrófula es un estado discrásico<sup>169</sup> cuya característica se revela por el decaimiento orgánico, constituye un elemento de predilección para la tuberculosis y el mayor peligro del paciente es “*tuberculizarse*”. Las medidas para combatir la diátesis escrofulosa se refieren a las mismas que la tuberculosis, como es mejorar las malas condiciones de los habitantes de las clases pobres, sobre todo por el hacinamiento en que viven y la insuficiente alimentación. También hay que añadir la mejora en la falta de ventilación y el hacinamiento de las habitaciones que, como se demostró en Inglaterra, una buena ventilación reduce la mortalidad en los cuarteles (González del Castillo y De Luis, 1894:32). Las medidas para combatir esta enfermedad serían: propagar el conocimiento de los preceptos higiénicos privados, oponerse a la frecuencia de la diátesis escrofulosa facilitando la adquisición de los alimentos, rebajando todo lo posible el precio de los de primera necesidad, socorro con ropas que les preserven de las temperaturas bajas a las clases necesitadas y vigilar las viviendas por medio de una “*inteligente*” inspección, no permitiendo que las ocupen más personas que las que permite la cubicación y ventilación. Es necesario también un escrupuloso cuidado sobre la leche, admitida ya la contagiosidad y su transmisión del ganado vacuno que la padece con frecuencia, para evitar el consumo de la que procede de vacas tuberculosas.

---

<sup>169</sup> E término “discrasia” o caquexia denota un estado anormal del organismo, especialmente el de extrema desnutrición.

Las causas de las enfermedades infecciosas y epidémicas padecidas en el quinquenio han sido la importación de las mismas. En cuanto a la fiebre tifoidea se acusa su causa al uso de alimentos en malas condiciones de estado y madurez y, sobre todo, de aguas impuras.

Las medidas para evitar y combatir las enfermedades infecciosas y epidemias tienen que ver con su mecanismo de transmisión, principalmente la fiebre tifoidea que ataca preferentemente a las personas jóvenes, así como el cólera, la disentería y la fiebre amarilla que, a su vez, son enfermedades pertenecientes al grupo de las miasmático-contagiosas.

La fiebre tifoidea, se desarrolla de ordinario en el suelo, antes de atacar al hombre aunque puede adquirir cualidades infecciosas directas por la absorción inmediata de su agente patógeno, el bacilo de Eberth, por vía digestiva y el vehículo necesario es el agua. Hasta tal punto se admite esta premisa que se dice: "*La fiebre tifoidea se bebe*". Por eso los higienistas sostienen que la "vacuna" para esta fiebre será un buen alcantarillado que impida la contaminación de las aguas de abastecimiento, inspección de los muladares y basuras, aguas abundantes y sanas y una policía sanitaria más vigilante para garantizar la buena calidad de los alimentos y bebidas.

Con respecto a las epidemias ocurridas en Logroño durante el quinquenio anterior a la realización de la memoria, resalta la viruela, que consideran "*inconcebible*" su aparición cuando su existencia está subordinada a la voluntad de los pueblos para atender debidamente a la vacunación y revacunación de sus individuos y a las prácticas generales contra toda epidemia. A pesar de las 105 defunciones ocasionadas por la viruela en 1891, gracias a las facilidades del ayuntamiento para la vacunación y a la "propaganda" hecha en su favor por la clase médica, aumentó el número de los inoculados y la epidemia terminó. Entre sus víctimas se encontraban los no vacunados y los que no se habían revacunado. La eficacia de esta práctica de la revacunación se comprobó entre los acogidos en los establecimientos de beneficencia, cárceles y soldados de la guarnición, que se vieron libres de la enfermedad aun siendo una población susceptible.

Los autores se lamentan en relación a las enfermedades infecciosas en contraste con los buenos resultados del control de la viruela mediante la vacunación: "*lástima que la ciencia no haya encontrado todavía la vacuna de cada una de ellas, objetivo principal de la moderna bacteriología*"(González del Castillo y De Luis, 1894: 38).

El resto de epidemias sufridas en un solo grupo como el sarampión, escarlatina y coqueluche cuya causa inicial e inevitable es su importación, es posible contener y sofocar su propagación poniendo en práctica las medidas extensivas a todas las epidemias.

Con respecto a los medios para atajar las epidemias, los autores se encuentran del lado de la opinión de la centralización, que tiene sus detractores como sistema administrativo y que será buena o mala pero es necesaria en los asuntos de higiene pública si ha de tener unidad de criterio, algo indispensable para garantizar la eficacia de las resoluciones que se adopten. Este posicionamiento lo avalan por ser de aplicación a las naciones y por más motivo a las poblaciones cuyos ayuntamientos, por su limitada esfera de acción y asesorados por las Juntas de Sanidad, deben ser los encargados de velar por el saneamiento y la higiene de los pueblos que administran, donde podrá dar aún mejor resultado una dirección única si es celosa y competente.

En las conclusiones se aconseja la creación de un cuerpo de salubridad y desinfección permanente y la instalación de un laboratorio químico. Por tanto, se recomienda a los ayuntamientos que se organice un Servicio de Higiene con personal instruido para realizar los trabajos facultativos. También consideran necesario practicar la desinfección mediante la “*estufa de vapor*” para los instrumentos contaminados por los enfermos como medio más eficaz de eliminar los gérmenes propagadores del contagio.

Para cumplimentar la regla 3ª de la Real Orden, los autores hacen un repaso de las instalaciones relativas a los edificios públicos.

*Escuelas.* Las escuelas de párvulos están en la zona oeste de la población en edificio aislado y construido expresamente y reúnen todas las condiciones en cuanto a capacidad, número de dependencias, luces, ventilación y prescripciones higiénicas necesarias. Las escuelas elementales y superiores de niños y la Normal de Maestros se encuentran enclavadas en el edificio dedicado a Instituto Provincial y se está gestionando para que se construyan de nueva planta y por tanto no se impone intentar mejorarlas. Las escuelas públicas de niñas se encuentran instaladas en pisos superiores del edificio municipal y por tanto no tiene ni la altura ni la superficie necesarias, y eso que el colegio dirigido por la Compañía de María resta gran número de alumnas. Su construcción es moderna, enclavada en Noreste de la población, dan condiciones aceptables y se ha hecho de preferencia para las niñas de las diversas clases sociales. La Escuela Normal de Maestros, en la calle de la Villanueva, hoy Rodríguez Paterna, frente

a la Diputación, que consideran con “regulares condiciones y siempre relativas”. La Escuela de Artes y Oficios, también instalada en edificio común a las Corporaciones Provincial y Municipal, se encuentra en las plantas baja y principal del mismo y reúne las condiciones necesarias para las clases nocturnas resultando el local adecuado así como las clases y las dependencias.

*Mercados.* Logroño cuenta con dos mercados; el de la plaza de San Bartolomé que cuenta con escasa concurrencia. La Plaza de Abastos en cambio está mucho más llena y no es necesario un ensanche, enclavado entre las calles de Sagasta, Colegio, San Blas y el Peso. Su construcción en pabellones, en ambos mercados, defienden al vendedor y a la mercancía, pero no al comprador y aunque puede ocasionar molestias para éstos, circula el aire y cuentan con el agua de presión por la tubería de las calles que las limitan y que podrá introducirse en las plantas, con lo que se espera conseguir el necesario aseo y limpieza de ambos mercados.

*Mataderos.* Hay dos mataderos en Logroño, el principal, destinado al sacrificio de reses vacuna, cabrío y lanar, está situado entre las calles Mayor y Carnicerías y según opinión de los autores no es fácil ni aun buscando un emplazamiento pésimo encontrarle peor; si no hay moscas es porque la propia lobretez hace que huyan. Aunque se encuentra ubicado desde tiempo inmemorial, los autores apuntan a que se conoce también que en la Calle Mayor es donde más se ceban las epidemias, por lo que consideran de urgente necesidad la construcción de uno nuevo.

El matadero de reses de cerda es de construcción más moderna y es más apropiado a su destino, se encuentra al final de la Calle Mayor y está más aireado por el derribo de un antiguo trozo de muralla. No obstante convendría estuviera fuera de la población y se induce al Ayuntamiento a que la construcción de un nuevo matadero incluya todo tipo de reses.

*Lavaderos.* Los lavaderos cubiertos que hay en la orilla del Ebro son la mayoría de ellos de propiedad particular, llamados de San Gregorio, el de la florida, el establecido en la antigua fábrica de chocolate de D. Eulogio Pérez Peña, y otro recién instalado en la contigüidad del Puente de Hierro que deja mucho que desear en cuanto a las condiciones higiénicas. La ubicación de lavaderos en la orilla del río sin establecer zonas apropiadas para las diversas actividades mediante letreros y jalones es motivo de censura, como el baño durante el estío.

Como ya se ha comentado anteriormente, la ocupación de lavandera era la más extendida entre las mujeres de Logroño y ello merecía la atención de la higiene de este

colectivo, aunque las prescripciones se referían a las instalaciones destinadas a este cometido. En este sentido, los autores entienden que el lavadero deberá estar cubierto y construido bajo dirección facultativa, con certificado de que reúne la solidez y salubridad debida, así como el número de lavanderas en relación a su capacidad y la dotación de agua con que se cuenta. Se recomiendan las pilas parciales de un metro de lado por lo menos y se deben prohibir las pilas generales. Las pilas se construirán con materiales impermeables y los desagües se harán por tuberías o atarjeas que acometan a las alcantarillas generales. Para el lavado de ropas de enfermos contagiosos se recomiendan pilas especiales señalizadas. En general debe prohibirse el lavado de ropas en las márgenes del río y si esto no se cumple, al menos debe marcarse un emplazamiento aguas debajo de la población, especialmente para las ropas procedentes de los establecimientos de beneficencia y los cuarteles.

*Cárceles.* Hay dos cárceles en Logroño, una la del partido judicial cuyo edificio es propiedad del Ayuntamiento y se encuentra contiguo a la iglesia de Santiago. Es un establecimiento penoso en cuanto a su condición higiénica, falta de luz y aire suficiente, con humedad y olor permanentes. Tanto los calabozos subterráneos que se conocen como “de la Esperanza” y los departamentos de Capilla-Gallotes y Caballeros hasta el desván donde están instaladas las presas, “todo es tan malo que aflige verdaderamente el ánimo”. A pesar de todo ello, el número de enfermos no está en relación con las malas condiciones del establecimiento. La otra cárcel es la de la Audiencia de lo criminal que mandó habilitar obligatoriamente un antiguo hospital titulado de Don Roque Amador para prisión correccional, situada en la Plaza del Coso y cuyo sostenimiento corre a cargo de la provincia. En este establecimiento hay locutorio para presos, patios, altura de techos, superficie y luces directas suficientes. Aunque la reparación del edificio para este cometido contó con la aprobación de la superioridad, sin embargo su emplazamiento no es el adecuado, ya que se encuentra contiguo al hospital provincial. Por ello se considera un edificio provisional hasta tanto no se acometa la cárcel provincial que aglutine a la del partido judicial.

El cementerio de nueva construcción se ha realizado contiguo al Parroquial, por lo que ambos recintos sagrados forman un único espacio.

Los cuarteles también se han construido recientemente de nueva planta, tanto el de caballería en la carretera de Zaragoza, la zona oriental de la ciudad, como el de infantería en la zona occidental, en el camino vecinal al barrio del Cortijo. Al ser de nueva construcción reúnen todas las condiciones higiénicas en cuanto a metros cúbicos

de aire, jardines y accesorios. El cuartel de la Guardia Civil se encuentra en la carretera de Burgos y también sus condiciones higiénicas son aceptables. En la actualidad no existen ambos cuarteles, siendo el de infantería el que perduró hasta los años ochenta del pasado siglo aproximadamente y el de caballería el que sería tras su demolición la sede del actual ayuntamiento, de arquitectura singular a cargo de Rafael Moneo.

El teatro se encuentra en la calle de las Escuelas, de vía ancha, y su salida da al antiguo camino de San Antón. La construcción de dicho edificio es de mala calidad por falta de presupuesto y no cuenta con servicio de incendios con bocas de agua a presión, la luz es todavía de gas en lugar de eléctrica y los retretes no tienen inodoros, por lo que las condiciones higiénicas no son aceptables.

*Industrias.* La Fábrica de Tabaco, instalada hace poco tiempo tras importantes obras hechas en el edificio Exconvento de la Merced para su habilitación, por lo tanto reúne buenas condiciones tanto para la elaboración, por medio de máquinas, como para la higiene de la cantidad de operarios que en él trabajan.

*Elaboración de vinos.* La bodega más importante es la establecida por la Compañía de Bodegas Franco Españolas, dedicada a la exportación, situada en la prolongación de la calle Sagasta y se considera apropiado para sus fines así como el sistema empleado para su elaboración. Otras bodegas importantes son la establecida por el Marqués de Murrieta en la carretera de Zaragoza, la de Ildelfonso Sicilia instalada en la calle de Soria y la de los Ser. Castilla en la calle de Burgos, todas ellas en edificios contruidos al efecto. Abundan también bodegas en otros locales que un crecido número de cosecheros elaboran vino por el sistema antiguo.

*Fábrica de luz para alumbrado.* Hay dos y son importantes, una de ellas, la más antigua, de la Compañía Madrileña de alumbrado por gas extraído de la hulla, situada en la Florida, suministra el gas por cañería a todas las vías públicas según contrato con el municipio, aunque cuenta también con muchas instalaciones particulares. Recientemente se ha establecido la Compañía Logroñesa de Electricidad que suministra el fluido conducido por cables al exterior desde la fábrica sita en las Excuevas, contigua al río Ebro que le sirve de motor aunque auxiliado por vapor para dar abasto a las muchas instalaciones públicas y particulares. Tanto una como la otra reúnen las condiciones apropiadas a su destino.

*Fábrica de conservas.* La más importante se encuentra en Albelda, de los señores Trevijano, y se dedica a la “confección de la sopa de yerbas” y a todo tipo de conservas de frutas, legumbres y aves donde trabajan todo el año operarios de ambos sexos. En las

demás fábricas, que son varias, la temporada de fabricación dura sólo unos meses y es donde encuentran jornal gran número de mujeres.

*Fábricas de aguardientes.* Hay tres y una de ellas está paralizada. Consignan los autores el nombre de los propietarios y el enclave de las mismas.

*Fábrica de abonos minerales.* Es una industria que va en incremento, y ya se cuenta con cuatro en Logroño, debido a que el abono animal no da abasto a las necesidades agrícolas de la ciudad. También en este caso quedan anotados los nombres de los propietarios y su emplazamiento.

*Fábricas de cervezas.* Hay dos, una establecida por D. Ricardo Infante en la calle de Soria y otra “Barcelonesa Pons” en la calle de Burgos y en un nuevo edificio al efecto.

*Fábricas de chocolates.* Hay varias y se hacen la competencia, así que en alguna se elabora el chocolate “a brazo” para la venta y también en casas particulares.

*Fábrica de curtidos.* Ya en decadencia contó la ciudad con la fábrica Real de D. José Santa Cruz, en un hermoso edificio expropiado parte de él para la construcción del puente de hierro sobre el Ebro. Otra fábrica, de D. Nicanor de Rivas, cuyos productos industriales fueron premiados en diversas exposiciones y condecorado por el Gobierno con la Gran Banda de Isabel la Católica. Sus descendientes continúan la fabricación a menor escala y las dependencias de estas fábricas tienen escasas condiciones higiénicas y realizan los vertidos al brazal del río conocido como “Ebro chiquito”.

*Fábricas de jabón.* Hay varias debido a que no es preciso un gran desembolso para su establecimiento y montaje.

*Trujales.* Se conocen varios trujales en Logroño, propiedad de los propios cosecheros de la oliva, como los de los Sres. Marqués de la Habana, Fernández Urrutia, La Mata, de Miguel y Herederos de Santa Cruz.

*Fábricas de harinas.* Se reducen a los antiguos molinos sobre el Ebro, en la contigüidad del cementerio, en la Isla y en Samalar, estando paralizado este último.

*Fábricas de alfarería.* Hay varias ya que el terreno se presta a ello. Se están llevando a cabo nuevas construcciones y está próximo el ferrocarril para su transporte, incluso alguna consigue exportar aunque no en gran medida. En su gran mayoría fabrican ladrillo, baldosa y teja de la clase corriente y algunas confeccionan teja plana, ladrillo prensado y hueco.

*Fábrica de tejidos.* Se ha instalado una recientemente en la calle de Soria, de los Sres. Bergasa y Compañía que se dedica a tejidos ordinarios. Van desapareciendo los



antiguos telares que como en el Asilo de Beneficencia estaban establecidos “*por el sistema que ya no se usa*”.

*Fábrica de máquinas.* Hay grandes talleres de construcción de toda clase máquinas que tienen establecidos los Sres. Marrodán, D. Salustiano en la calle Soria y D. Juan en la avenida a la plaza de toros. Ambos cuentan con motor de vapor y fundición y realizan trabajos muy generalizados en el radio tanto de la ciudad como de la provincia, por ello hay cantidad de operarios. También hacen camas y esto es especialidad de otra fábrica de D. Adrián Platas cuyos talleres en el paseo de las Delicias y Camino de San Antón se encuentran en la contigüidad de la vía férrea para trasportar sus productos.

A lo largo de varias páginas los autores han realizado un retrato de la ciudad con el acento higienista que impone su cometido, pero una vez destacadas las particularidades de las edificaciones e instalaciones sociales e institucionales, falta abordar los aspectos de la población.

En la población de Logroño, la mayor parte de los obreros se dedican a las labores agrícolas caso todo el año, excepto en época de lluvias o por inclemencias del tiempo en invierno. A diferencia de lo que ocurre en otros pueblos de La Rioja, en Logroño no es costumbre hacer ajustes de temporada o por año, por lo que el obrero que no trabaja porque el tiempo se lo impide, tampoco percibe jornal alguno. En 1894 la agricultura de Logroño pasa por una crisis que preocupa a los propietarios, de tal forma que se labra lo menos posible por las pérdidas continuadas. En este caso los obreros no tienen trabajo, aunque en más de una ocasión han procedido a trabajar alguna de las heredades para pasarse a cobrar a casa del propietario. El pago, con sorpresa y desagrado, es como mucho por ocho horas de trabajo, contabilizándose desde las ocho de la mañana en que se reúnen las cuadrillas en la plaza de Mercaderes hasta la puesta de sol; el resto del tiempo para tragos, comida y descansos no es remunerado.

Los obreros de la construcción son también muy numerosos, pero en menor grado que los agrícolas, y con la cantidad de construcciones nuevas como el Asilo Provincial, los puentes, cuarteles, colegio de la Enseñanza y nuevas casas da trabajo incluso a obreros de otras localidades. Esta ocupación ocasiona trasiego de obreros que se establecen cuando hay tajo y que emigran cuando no lo hay.

Los obreros de talleres y fábricas cuentan con un jornal relativamente seguro durante todo el año. El mayor número de ellos son mujeres operarias de la Fábrica de

Tabacos, con el sistema de obra a destajo. Los operarios de los Sres. Marrodán que trabajan en maquinaria lo son por el sistema del jornal.

La alimentación de los obreros consiste en pimientos, legumbres, tocino, escabeche, pan y vino, y proporcionalmente poca carne, debido a la carestía de los artículos de primera necesidad. Se reconoce que Logroño es una ciudad cara y que la solución es la sociedad cooperativa. Para contribuir a paliar esa carestía se está construyendo una tienda-asilo de gran interés social, especialmente para las clases menesterosas.

Las viviendas de los obreros son las que han eludido la conveniente reforma por falta de interés al capital, es decir, por no merecer la pena. A veces constan de una sola dependencia que sirve de cuarto, cocina y dormitorio para toda la familia, al precio de 7,50 pesetas al mes de alquiler, que no es poco. El excusado se comparte entre todos los vecinos y se encuentra en el portal de entrada. Estas viviendas se consideran denunciables, no solo por ruinosas sino también por antihigiénicas. En este tiempo se está procediendo a la expropiación de los terrenos del barrio El Coso para proceder a la construcción de nuevas viviendas y la propuesta de los autores es que en lugar de proceder a la indemnización por la vivienda antigua se canjee por una de nueva construcción, así como destinar los sotabancos de las viviendas nuevas de la ciudad para las clases menesterosas.

Respecto al tema de los pobres los autores de la memoria se cuestionan si habrá medios para todos ellos y sus familias y así evitar la mendicidad. La propuesta que hacen va encaminada a garantizar el buen empleo de la limosna y si fuera posible recogerlos en un asilo de mendicidad, buscar trabajo a unos, “poner corrección a los vagos” y tener siempre plaza para los inválidos, aunque todo depende de la municipalidad.

El abastecimiento de aguas se lleva a cabo recientemente en Logroño y es un tema que preocupa a los autores debido a que a pesar de la nueva construcción de la traída de aguas a presión del río Iregua, a veces se detectan aguas turbias que hacen que la población recurra a las aguas antiguas de pozos particulares y/o fuentes públicas, menos higiénicas por contener más grados hidrotimétricos que las del río. También se ha procedido a la construcción de las alcantarillas generales y la propuesta de los autores es clara en cuanto a que se construyan inodoros en las viviendas que evacuen en dichas alcantarillas lo que modificaría mucho la situación del momento al conseguir mayor confort para los vecinos y mayor higiene general sustituyendo el retrete comunitario que

vierte los residuos a un pozo por inodoros particulares. De igual modo se insta a la desinfección con ácido hiponítrico con carácter permanente en lugar de hacerlo únicamente en época de epidemias. El desagüe de las cloacas es al río Ebro, a la altura del puente piedra, es decir aguas arriba, en la parte superior de la ciudad que comprende el hospital provincial y otros muchos edificios, cuando debería ubicarse aguas abajo y con toda la distancia posible de la ciudad.

También se ha construido recientemente el edificio de la Beneficencia provincial, establecimiento público que acoge hasta 500 asilados de todas las edades y cuenta con múltiples dependencias, entre las que cabe destacar los talleres donde los chicos aprenden un oficio y las chicas las labores de su sexo. Aunque el establecimiento es de nueva construcción y cuenta con jardines, paseos, refectorios, cocina, lavandería, museo artístico, huerta, fuentes y arbolado entre otros muchos elementos, sin embargo no se han instalado inodoros.

La construcción duró siete años, desde 1880 a 1887 y su coste ascendió a 1.285.827 pesetas. Desde que los asilados se trasladaron a este nuevo centro asistencial, los autores reconocen que la mortalidad ha descendido notablemente en este colectivo.

En Logroño hay otros dos asilos a cargo de comunidades religiosas, uno de ellos es el de los Ancianos Desamparados a cargo de las Hermanitas de los Pobres y el otro es de las Religiosas Adoratrices, ambos con edificio propio y con aceptables condiciones higiénicas.

Además de los asilos de beneficencia los autores se encargan también de acometer en su memoria otros establecimientos que forman parte de la infraestructura sanitaria de la capital como es el Hospital Provincial, lindante con la Prisión Correccional, la plaza del Coso, la circunvalación del río Ebro y el Muro del Pósito, hoy avenida de Navarra. Está construido por el sistema de pabellones, muy recomendado en este tiempo por la ventilación que aporta a las salas. Es un edificio diseñado en 1866 por el arquitecto Jacinto Arregui, el mismo que proyectó la Beneficencia, e inaugurado el 29-9-1871 por el rey de España Amadeo de Saboya en su visita a Logroño. Atendía por término medio a unos 100 enfermos, civiles y militares, pues también asumía las funciones asistenciales de la tropa. A pesar de la vecindad con el barrio del Coso, no se producían contagios ni transmisiones de enfermedades que se trataban en el hospital pues, era un hospital moderno que contaba con nuevas instalaciones, agua abundante y espaciosa salas. El personal con que contaba era un médico director, un médico segundo, un oculista y un médico director de sanidad militar, un cirujano, tres

practicantes, un farmacéutico, un auxiliar de farmacia, un capellán, un administrador, oficinista, diez hermanas de la caridad, seis enfermeras procedentes del personal femenino acogido en la beneficencia, diez enfermeras, un portero, un jardinero, un leñador y una encargada de los niños expósitos.

Sin embargo, y a pesar de la buena impresión higiénica, el hospital adolece de dos necesidades que los autores consideran deben remediarse con urgencia, una es la instalación de un departamento hidroterápico para el apropiado tratamiento de las múltiples enfermedades en que debe usarse en sus diferentes formas y otra, la creación de una sala aséptica o quirófano para realizar intervenciones quirúrgicas ya que en ese momento de la historia médica se estaban difundiendo los avances encontrados en relación con la asepsia y antisepsia, conceptos de la medicina etiopatológica cuyo descubrimiento a cargo del cirujano inglés Joseph Lister obtuvo admirables resultados en la guerra franco-prusiana de 1870. Estas deficiencias se atribuyen a la penuria del erario municipal, por lo que aspiran a que sea la Diputación quien se haga cargo de ello.

Las guerras carlistas, la demolición de las murallas y las sucesivas desamortizaciones traen como consecuencia el derribo de muchos edificios que, a su vez, sirvieron para la nueva edificación de estructuras arquitectónicas patrimoniales y asistenciales que dieron lugar a la conformación de la nueva ciudad de Logroño.

Una parte importante de la contribución que los autores hacen en esta memoria es la referida a las reglas que deben seguirse en la población atacada o amenazada de una epidemia que se compendian en el aislamiento, la desinfección, la limpieza y la ventilación, sin restricciones y con todo el rigor de la ley. Aunque las medidas se antojan aparentemente sencillas, los autores consideran de máximo interés aplicar las medidas coercitivas necesarias, dentro de la ley, para salvaguardar el bien general. Ante una amenaza de epidemia, el médico debe notificar a la autoridad el primer caso de la enfermedad contagiosa para así poder actuar y evitar su expansión en forma de epidemia. En este primer paso es donde es más necesario el aislamiento, difícil de llevarlo a la práctica en el ámbito familiar y allegados. Pero este extremo es necesario explicarlo a las familias, pues la historia de las epidemias da buena fe en sus resultados de las ventajas del aislamiento.

La desinfección es un procedimiento para el que se requiere personal adecuado en el manejo de agentes químicos, además de utilizar el calor húmedo a altas temperaturas, preferible al seco, en todos aquellos objetos y materiales cuya manipulación pudiera suponer un contagio de la enfermedad. En caso de no poder atajar

las causas de la insalubridad de las casas afectadas será necesaria su evacuación. El tratamiento de los excreciones de los enfermos es un apartado en el que se detienen los autores, pues requieren especiales precauciones respecto a la desinfección, sobre todo si se trata de tifoideas o “calóricas”, en cuyo caso hay que vigilar las alcantarillas evitando que haya comunicación con las aguas de consumo.

Se ocupan los autores de advertir que las costras de la viruela son contagiosas, así como las exfoliaciones epidérmicas del sarampión y que “las escamas de la escarlatina tienen las secreciones de los órganos respiratorias de los diftéricos”. Ambas infecciones ocasionan lesiones cutáneas aunque son producidas por diferentes bacterias que fueron descubiertas con posterioridad a la elaboración de esta memoria, pero ya se advertía su poder contagioso y la necesidad de precaverse. La contagiosidad de las enfermedades la explican asemejando “las simientes morbosas” como la vitalidad que poseen los vegetales con propiedades germinativas, que desarrollan cuando encuentran las condiciones de calor y humedad que explicarían las “explosiones epidémicas” que se presentan, al parecer sin causa justificada. Por este motivo es necesaria la desinfección de los utensilios contaminados y los lugares infectados, llegando a usar el fuego si es preciso e indemnizando a las personas perjudicadas.

El tema de la desinfección era controvertido por estas fechas, ya que se cuestionaban los métodos existentes, como la aplicación de ácido hiponítrico o sulfuroso, estufa de calor húmedo o seco. La estufa, en caso de disponer de ella, no era útil en las viviendas donde el entorno del enfermo era un cúmulo de todo tipo de gérmenes, desde las habitaciones sin ventilación, la ropa de cama que se cambiaba de cuando en vez, los utensilios como orinales y escupideras..., no parecía que se pudiera aplicar in situ. Pero la municipalidad se interesó por la cuestión e indagó la posibilidad de adquirir una estufa en París, que resultó de alto presupuesto para la corporación, por lo que se optó por una más modesta fabricada en Barcelona (Cerdeira, 2013: 109 y ss)

Para que la población pueda conocer las medidas a tomar en caso de epidemia, lo que se impone a juicio de los autores es el reparto de avisos e instrucciones impresas de modo general. Esta intención de ofrecer información escrita a cada persona nos parece novedosa, ya que se empleaban otros métodos como los bandos y/o publicaciones en los diarios. Encontramos en ello una actuación que, sin nombrarlo, trata de la educación sanitaria a la población.

La detección de la frecuente adulteración de los alimentos propugna la adecuada inspección de las subsistencias que requería una estructura administrativa y no siempre

se podía llevar a cabo con la suficiente eficacia. No obstante, era otra finalidad de este tipo de estudios, detectar adulteraciones en alimentos y bebidas, especialmente en los mercados, pues con ello se garantizaban las prescripciones de la higiene y la calidad de las frutas y hortalizas por ser la base del régimen alimenticio de la mayoría de la población. Por ello indican que la inspección debe ser más rigurosa, especialmente de la leche, donde se ha demostrado la propagación de la fiebre tifoidea por su manipulación entre personas infectadas o allegados.

Es también esencial tener en cuenta en las viviendas de los enfermos la ventilación y la limpieza en caso de enfermedades. Siguiendo con las medidas a tomar incluso de modo coercitivo, “se debería prohibir la presentación en público sin absoluta necesidad, de los convalecientes hasta que el médico considere pasado todo peligro de poder propagar la enfermedad”. Queremos apuntar el tono imperativo de las normas higiénicas expuestas, pero no podemos obviar otro aspecto manifestado como es lo referente a las medidas para obtener recursos suficientes en caso de propagación, pues “el dinero es el nervio de la higiene como lo es de la guerra” y si no hay dinero poco se puede hacer tanto en la higiene pública como privada. Esta reflexión conduce a la exhortación de que se empleen los recursos necesarios para garantizar la higiene de las poblaciones siempre en la confianza de que así sea por parte de la administración.

En cuanto a la higiene escolar encontramos una directriz emanada de un acuerdo para Logroño, sobre no recomendar la prohibición de admitir en las escuelas a los niños no vacunados, algo que no se hace en las escuelas particulares en ese momento. Teniendo en cuenta que tres años atrás la ciudad sufrió una epidemia de viruela y que la certificación facultativa de la vacunación en las escuelas era una medida de primer orden, este acuerdo no se atiene a los preceptos y tampoco se detalla. En cambio se alaba la vacunación obligatoria en otras naciones europeas, las disposiciones normativas que hay en España al efecto y el servicio gratuito de vacunación de la viruela de Logroño.

Los laboratorios bacteriológicos con la finalidad de analizar los alimentos para detectar su adulteración por una manipulación indebida o dolosa son una aspiración de la ciudad de Logroño. Hasta la fecha es el farmacéutico titular, Remigio Sánchez, el encargado de realizar los análisis sobre los alimentos, en cumplimiento de una Real Orden del Ministerio de la gobernación de 1887, según la cual se penalizará a los adulteradores de alimentos o artículos de consumo aunque no produzcan daños para la salud y sean o puedan ser causa de fraude, entregando a los tribunales a justicia a los

reincidentes y publicando sus nombre en el Boletín Oficial, según la relación remitida por los alcaldes<sup>170</sup>. Será dos años más tarde cuando los médicos Eusebio Vallejo y José María Bustamante ofrecieran a la municipalidad este servicio. Eran objeto de análisis, como mínimo, los vinos, que se adulteraban con fucsina, vinagres y chocolates y según la Real orden en los pueblos donde hubiera médico, farmacéutico o veterinario se harían inspecciones microscópicas en la carne de cerdo. Los autores de la memoria alaban los laboratorios donde el público está autorizado para llevar muestras y obtener gratuitamente un análisis cualitativo con su resultado: bueno, mediano, no dañino, malo, falsificado, nocivo, calificaciones usadas en el laboratorio municipal de París desde 1876 y donde para obtener los resultados cuantitativos es preciso abonar de 5 a 20 pesetas. De igual modo les parece destacable el laboratorio municipal de Madrid a cargo del Dr. Garagarza.

Con el servicio que presta el hospital a la ciudad, no se considera necesaria la implantación de una Casa de Socorro. La asistencia domiciliaria la prestan tres médicos titulares encargados del mismo número de parroquias en que está dividida la ciudad, además de los barrios del Cortijo y Varea. El suministro de medicinas corre a cargo de un farmacéutico municipal.

La policía urbana sanitaria es necesaria para poder garantizar la limpieza de las calles que son cometido de los vecinos en la parcela que a cada uno le corresponde y vigilar las ordenanzas sobre el arrojado de aguas y deyecciones por los balcones. También en este aspecto los autores encuentran razones de penalización a quienes no cumplan, en especial la limpieza de las cuadras, patios y portales de las casas. El ayuntamiento tiene previsto en breve cambiar y ampliar el pavimento de la ciudad aunque no completamente, sí en su mayor parte, que sin duda supone una mejora en las condiciones higiénicas ya que se facilitará la limpieza de las calles.

D. Francisco de Luis y Tomás era arquitecto municipal y provincial de Logroño.

D. Pelegrín González del Castillo era médico titular de Logroño, obteniendo la plaza en 1875, año en que también era concejal de Logroño. Al conseguir la titular solicitó la renuncia del cargo de concejal, que le fue admitida<sup>171</sup>. Estos datos biográficos nos indican que además de médico tenía conocimientos, experiencia y competencias

---

<sup>170</sup> BOPL nº 169, de 11 de enero de 1887, p 1.

<sup>171</sup> AML Acta de plenos de 15 de mayo de 1875; Actas de plenos extraordinarias de 19 y 20 de mayo de 1875; Acta de plenos de 22 de mayo de 1875.

para la gestión pública, de ahí su eco imperativo en relación al cumplimiento de las normas y su preocupación por los costes y el presupuesto.

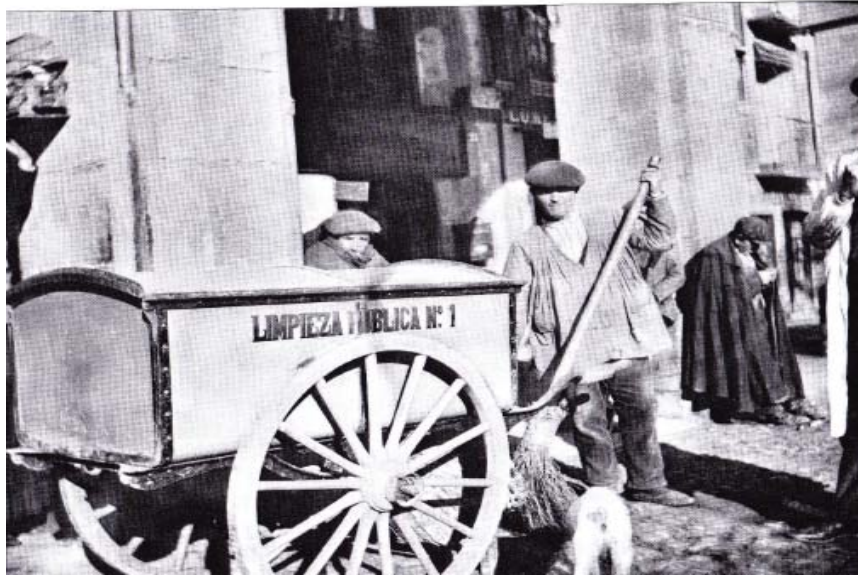
Para llevar a cabo la gestión de los problemas de salud en el ámbito local, centrada principalmente en el control del medio, donde se incluye todo lo relacionado con las condiciones de vida, las corporaciones locales pasaron de contar con el débil apoyo de las juntas de sanidad, formadas con efecto consultivo sobre todo en caso de peligro epidémico y con escasos medios económicos, a disponer de técnicos dedicados a la higiene y la salubridad local en contacto estrecho con las instituciones provinciales y centrales que, en cierto modo restaron la autonomía municipal. Estas disposiciones otorgaban mayor importancia a una administración mejor formada en la gestión de la higiene y todo lo relacionado con la salud, junto con la medicina experimental y los avances que supuso para la higiene, junto con la paulatina desaparición del temor a las epidemias, fueron el contexto en el que se produjo una mejora decisiva de las condiciones sanitarias de los municipios (Perdiguero, 1997:38).

Podemos observar las imágenes ilustrativas de los servicios de limpieza y los desinfectadores que obraban en las calles de la ciudad de Logroño unos veinte años más tarde de la realización de esta memoria. En 1915 el aspecto que tomaban estos servicios públicos municipales en las calles son verdaderos documentos etnográficos de Logroño.



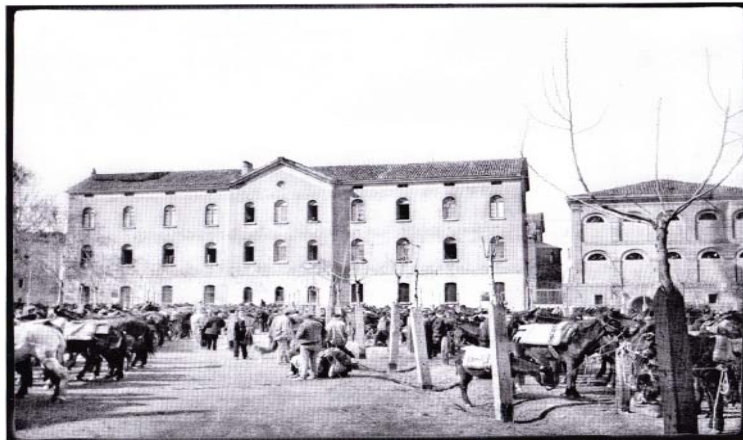
Desinfectadores municipales frente al Laboratorio Municipal. Logroño, 1915. Tomado de Rocandio y Trespaderne, 2012:80





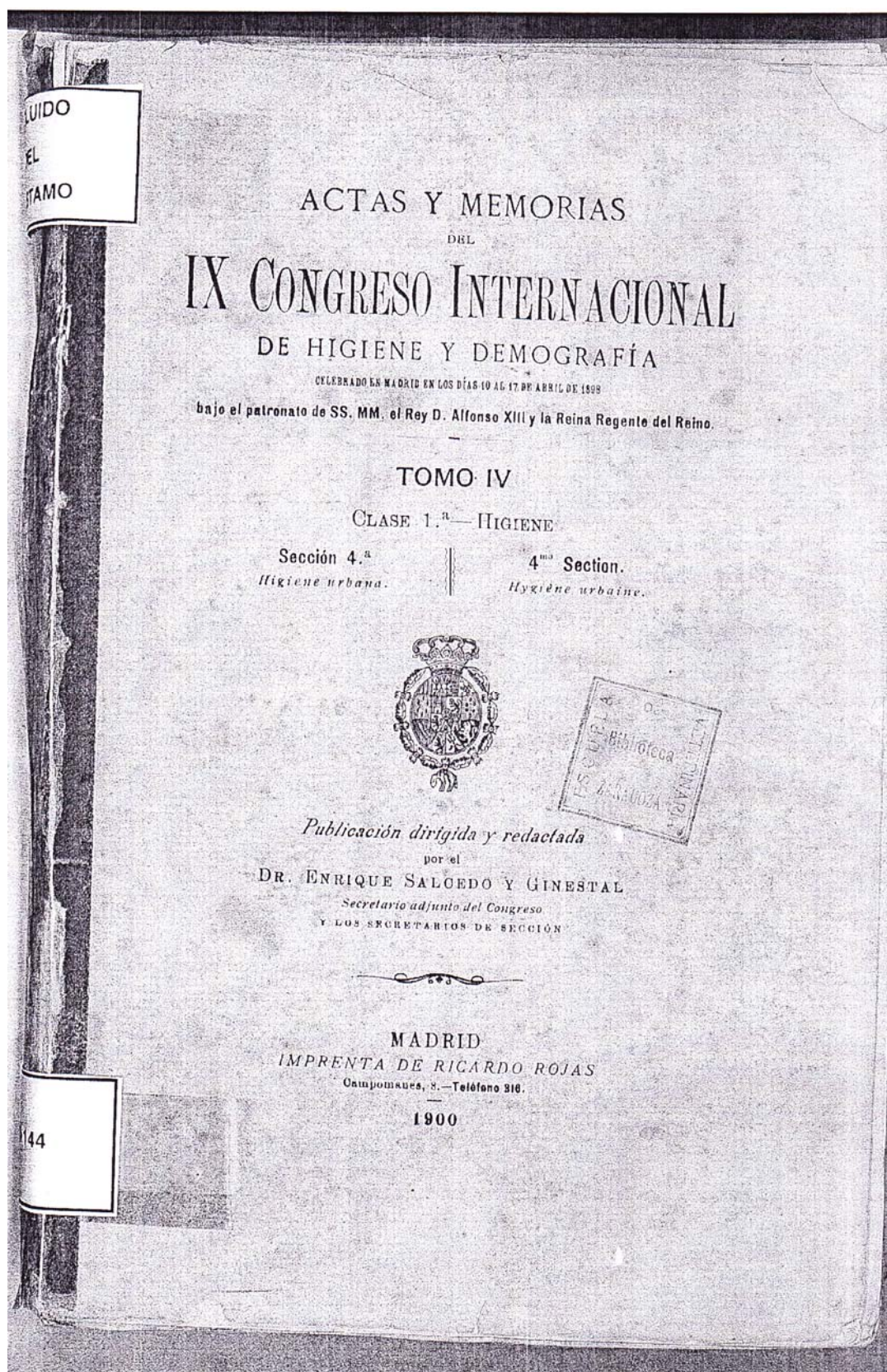
Barrendero en Portalillos. Logroño, 1915. Tomado de Rocandio y Trespaderne, 2012: 80

El hospital provincial junto a la antigua cárcel correccional tomaba este aspecto en el año 1915, con ocasión de una feria de ganados que se extendía hasta el barrio contiguo del Coso.



Ferial de ganados frente al Hospital Provincial y el antiguo correccional. Logroño, 1915. Tomado de Rocandio y Trespaderne, 2012: 89

Memorias de Logroño en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía.  
Madrid 1898



Otra memoria de nuestro interés la encontramos en el libro de comunicaciones del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid durante el 10 a 17 de abril de 1898, donde figura el Dr. D. Braulio “Albanellos” como autor de una memoria de Logroño. Este doctor no figura en la nómina de facultativos médicos de Logroño de la época<sup>172</sup>, y desde el principio sospechamos que el apellido seguramente sería Albarellos, pues en diferentes páginas aparece denominado de un modo y de otro. Continuando la investigación acerca de la identidad de este autor, localizamos una noticia de 1903 en el periódico local referida al comandante de ingenieros, una profesión que también incumbía al higienismo, D. Braulio Albarellos<sup>173</sup>. La duda queda resuelta al hacer la consulta a un médico de idéntico apellido que confirma la ascendencia, la autoría de la obra y la profesión.

El IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía se celebró bajo el auspicio de SS.MM. el Rey D. Alfonso XIII y la Reina Regente del Reino. La organización<sup>174</sup> comprendía 10 secciones en cuanto a la Clase 1ª, de la Higiene y tres en relación con la Clase 2ª, de Demografía. Además, al mismo tiempo que el Congreso se inauguró una Exposición Internacional de Higiene y Demografía que duró tres meses, hasta el 10 de julio de 1898. Esta Exposición anexa al Congreso estaba dividida en diez secciones: 1ª.- Higiene didáctica. 2º.- Profilaxis de las enfermedades transmisibles. 3º.- Higiene urbana. 4º.- Higiene referente a la habitación privada. 5º.- Higiene del ejercicio y del trabajo. 6º.- Higiene militar y naval. 7º.- Higiene de la infancia y escolar. 8º.- Alimentación y vestido. 9º.- Demografía y estadística y 10º.- Grupo vario.

Aunque la exposición se organizó por temas de interés para el Congreso, la manera con que los gobiernos, ayuntamientos y corporaciones remitieron sus objetos para la Exposición, obligó a formar el catálogo por instalaciones colectivas, a fin de que no perdieran el carácter regional. Por lo tanto, y para mayor claridad, se convino que el Catálogo sólo contuviera dos grupos temáticos: “*Objetos varios*” y “*bibliografía*”. Detallamos estos extremos de la Exposición por haber encontrado en ella, tras la búsqueda de indicios referidos a La Rioja, la “Topografía médica de Logroño”, del Dr.

---

<sup>172</sup> AML. Sig 54/1. Relación de facultativos que se notifica anualmente al Gobernador según el artículo 20 del Reglamento de 14 de junio de 1891.

<sup>173</sup> La Rioja, Diario imparcial de la mañana, 16 de agosto de 1903, 2.

<sup>174</sup> El programa provisional del Congreso lo encontramos en varios números de la Revista de Obras Públicas que iba anticipando su contenido, anunciando su desarrollo y publicando las conclusiones. 1897, 44, Tomo II, nº 1154: 515/ 1897, 44, Tomo II, nº 1160:643/ 1897, 44, Tomo II, nº 1160: 668/ 1897, 44, Tomo II, nº 1162: 717-718/ 1898, 45, Tomo I, nº 1181: 309-312/ 1898, 45, Tomo I, nº 1182: 317-319/ 1898, 45, Tomo II: 6/ 1898, 45, Tomo II: 31-32/ 1898, 45, Tomo II: 78/ 1898, 45 Tomo II: 91-92/ 1898, 45, Tomo II: 107-108/ 1898, 45, Tomo II: 114/ 1898, 45, Tomo II: 122-123/.

Donato Hernández Oñate, de 1890 (Salcedo, 1898, Catálogo: 76). También encontramos en esta Exposición una obra de Bonifacio Monge, de Logroño: “*Higiene de la ciudad de Soria, 1891*” (Salcedo, 1898, Catálogo: 87).

Las diez secciones comprendidas en la Clase 1º, de la Higiene son:

Sección primera: *Microbiología aplicada a la Higiene*, comprendía los siguientes nueve temas sobre los que se podían presentar los trabajos: I.- Necesidad de la unidad en la técnica, en la naturaleza y en la composición de los medios de cultivo, etc., para la determinación de los caracteres de cada especie bacteriana, y conveniencia de que una Comisión internacional de bacteriólogos revise las descripciones y clasificaciones de las bacterias patógenas conocidas. II.- Resultados de los últimos estudios sobre la propagación de la fiebre tifoidea. III.- Examen del bacilo colérico en las aguas, y su diferenciación de otras especies similares. IV.- De la inmunización: medios de obtenerla. V.- Bacteriología, profilaxis y sueroterapia de la peste bubónica. VI.- Sueroterapia antiestreptocócica. VII.- Enfermedades protozoarias desde el punto de vista higiénico. VIII.- ¿Qué hay de positivo en la microbiología actual respecto a la etiología del carcinoma, que pueda ser útil a la Higiene? IX.- Bacteriología y sueroterapia de la fiebre amarilla.

En esta sección los médicos de Logroño, D. Eusebio Vallejo y D. José María Bustamante, presentaron una memoria, con el número veinticinco, bajo el título “*Tratamiento de la difteria por el suero antitóxico*” (Salcedo, 1900 I: 269-283). En la comunicación onceava presentan las conclusiones de su opinión facultativa al afirmar que sin diagnóstico microbiológico no es posible tener seguridad ni en el tratamiento ni en el pronóstico sin lo cual no es posible llegar a deducciones ciertas. El suero antidiftérico es el verdadero medicamento de esta enfermedad, pudiendo considerársele específico contra la misma, porque ataca directamente la causa que la produce (bacilo y toxina). Se comprueba esto en la clínica y en las pruebas experimentales de laboratorio, que son constantes. (Vallejo, Bustamante, 1900: 269-283). Estos médicos gestionaban el Instituto Antidiftérico en Logroño y se constata en ellos una inmersión en la mentalidad etiológica, donde se determina la causa eficiente de la difteria como el bacilo que produce la enfermedad y se diagnostica con el microscopio.

Sección segunda: Profilaxis de las enfermedades transmisibles, con siete temas

Sección tercera: Climatología y topografías médicas, con seis temas: I.- El clima y la topografía como elementos etiológicos en la evolución de las enfermedades infecciosas. II.- Zonas climatológicas de España. III.- Climatología invernal del litoral español del

Mediterráneo. IV.- Las comarcas donde se cultiva el arroz, ¿Tiene mayor o menor mortalidad que otras? V.- De la longevidad y sus relaciones con el clima. VI.- Geografía de la tuberculosis. Mapa de la misma en Europa. Estudio de la climatología en relación con esta enfermedad (Salcedo, 1900 I: 10).

Como presidente honorario de esta sección figura el farmacéutico de Logroño, D. Dionisio Presa (Salcedo, 1900 I: 68). También en esta sección encontramos la comunicación número 18 de D. Braulio Albarelos y Sáenz de Tejada, “*Algunas consideraciones generales relativas a la ciudad de Logroño*” (Salcedo, 1900 III: 278-302)

Sección cuarta: Higiene urbana, con nueve temas: I.- En el estado de la Higiene contemporánea, ¿qué cifra de mortalidad debe tenerse en cuenta para considerar a una ciudad como insalubre? II.- De los campos de irrigación desde el punto de vista de la Higiene. III.- Verdadera influencia patógena del aire de las cloacas. IV.- Filtros para el agua potable en las fuentes públicas. V.- El riego de las calles ¿Es un elemento perjudicial para la Higiene de las ciudades? VI.- Saneamiento de las casas económicas. VII.- De los sistemas históricos y posibles de crecimiento urbano, a saber: el extensivo o por simple ensanche y el condensativo o por elevación de los edificios, ¿Cuál ofrece mayores garantías higiénicas en lo somático y en lo psíquico? VIII.- Posibilidad de sanear los cementerios que por el ensanche de las poblaciones han quedado en el interior de éstas, valiéndose de agentes químicos o físicos combinados con el aventamiento del suelo y con la acción del aire atmosférico. IX.- Mataderos públicos; construcción, reglamentos y servicio general; reconocimiento microscópico de las carnes. Empleo de la tuberculina como medio de diagnóstico de la tuberculosis (Salcedo, 1900 I: 10, 12).

En esta Sección también encontramos una comunicación, la séptima, del farmacéutico de Logroño, D. Dionisio Presa, bajo el título: “*El alcantarillado de las poblaciones, cuando no reúne las convenientes condiciones facultativas de salubridad, es foco permanente de infección*”. El autor propone al congreso que se agregue a la legislación sanitaria los artículos de sus conclusiones: 1º.- Las alcantarillas de las poblaciones deberán ir revestidas en su interior de cemento hidráulico para evitar la retención de las materias orgánicas en descomposición y las filtraciones. 2º.- Los sumideros colectores de las aguas pluviales deben cerrarse automáticamente. Estos extremos se deberían consignar en las ordenanzas municipales, de modo que se tengan en cuenta las técnicas de ingeniería y arquitectura en las edificaciones urbanas para la construcción higiénica de los retretes (Presa, 1900: 223-224). También en esta sección

encontramos la séptima comunicación (sin conclusiones) (Salcedo, 1900 IV: 262) a cargo de los Sres. D. Félix Mozo, D. Ramiro Ávila, D. Ángel de Vega, D. Braulio Albarellos y D. Eduardo Carreras, de Burgos, “*De algunas obras modernas de Burgos que merecen ser citadas desde el punto de vista higiénico*” que se corresponde con la memoria número 23 (Salcedo, 1900IV: 291-308).

La octava comunicación, sin conclusiones, “*Necesidad de que la ley obligue a corregir un defecto general de las ciudades españolas*” (Salcedo, 1900 IV: 262) se presentó en la memoria número 24 a cargo del Dr. Braulio Albarellos, de Burgos: “*Necesidad de que la ley obligue a corregir un defecto general de ventilación en las poblaciones españolas*” (Salcedo, 1900 IV: 308-312). Esta memoria trata del aire como el elemento de mayor importancia higiénica de cuantos rodean al individuo e influyen en su salud. Se da cuenta de lo descuidada que está la ventilación en España y que la ley debe obligar por ello a establecer en las grandes poblaciones tubos de ventilación en las casas que se construyan, sobre todo en las “*mezquinas casas de alquiler*”. También aboga por cambios en la construcción de las viviendas, para lo que debe obligarse a la colocación de excusados de pedestal con agua donde sea posible en toda casa, ya que “*con menos lujo en las fachadas puede conseguirse más higiene en el interior*”. Se apoya en sus afirmaciones en razones médicas, históricas y de observación de la naturaleza para destacar las ventajas higiénicas de una ventilación adecuada en el contexto de habitabilidad de los individuos, avalado por el aforismo romano “*aer pabulum vitae*”, el aire es el soporte de la vida.

Sección quinta: Higiene de la alimentación, con siete temas

Sección sexta: Higiene infantil y escolar, con seis temas

Sección séptima: Higiene del ejercicio y del trabajo, con diez temas

Sección octava: Higiene militar y naval, con ocho temas

Sección novena: Higiene veterinaria, civil y militar, con seis temas, y

Sección décima: Arquitectura e ingeniería sanitarias, con nueve temas.

La clase segunda, de Demografía se componía de tres secciones:

Sección primera: Técnica de la Estadística demográfica, con ocho temas

Sección segunda: Resultados estadísticos y sus aplicaciones a la demografía.

Sección tercera: Demografía dinámica.

Basten estos índices de materias, contenidos únicamente en los cinco primeros volúmenes que hemos podido consultar de los libros de actas del congreso internacional,

para apreciar la variedad de temas que incumbían al higienismo y de los que debía ocuparse, la amplitud de aspectos a abordar para alcanzar la salud de las naciones .

En 1898 el comandante de ingenieros D. Braulio Albarelos y Sáenz de Tejada presenta su memoria en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898 bajo el título “*Algunas consideraciones generales relativas a la ciudad de Logroño*” (Albarelos, 1900). Este trabajo fue presentado en la Clase 1º: Higiene, dentro de la Sección 3º: *Climatología y topografías médicas* según estaba conformado el Congreso internacional.

En las veinticuatro páginas de las que se compone esta comunicación, el comandante Albarelos hace un recorrido sobre los temas que le suscitan interés desde el punto de vista higiénico en relación a la ciudad de Logroño en diferentes apartados: Situación- Condiciones. Suelo-Alimentos, Baños, Barrios obreros, Beneficencia, Cafés, Cárcel, Casas de lenocinio, Casinos, Cementerio, Cocina económica, Conventos, Correccional (presidio), Cuarteles, Escuelas, Fábricas y sus talleres, Tabacos, Hospital Civil, Iglesias, Instituto, Lavaderos, Mercados, Mataderos, Pequeñas industrias, talleres, Seminario, Tabernas, Teatro, Varios, Edificios en general.

La ciudad de Logroño se encuentra situada de tal forma que con sus condiciones orográficas podía aspirar a tener muy buenas condiciones higiénicas. Sin embargo, es una de las poblaciones que disfruta el triste privilegio de ser de las primeras en la península por su mortalidad que, según la estadística, alcanza de 41 a 43 por 100 defunciones suponiendo un exceso con respecto a la natalidad. Las enfermedades comunes, de las vías respiratorias y digestivas y las epidemias cuando se presentan, así como las enfermedades pertinaces rebeldes a los tratamientos hacen “desfilarse delante de los médicos a más de un tercio de la población”. Con todo ello, Logroño entra en la categoría de ciudades peligrosas para la salud. Las causas de esta triste condición se encuentran dentro de la ciudad y bajo tres elementos que ejercen influjo sobre la salud, el aire, el agua y el suelo.

El aire contaminado de emanaciones pútridas de diferente procedencia es origen de enfermedades miasmáticas infecciosas o infecto contagiosas unido a la predisposición personal a contraerlas. Para estas fechas ya se había superado la teoría miasmática, aunque hemos de considerar que el autor no es médico, sino ingeniero y basa sus asertos en la necesidad de reconfigurar la ciudad y sus estructuras logísticas. Las medidas de interés suponen la alineación de ciertas calles dando salida al río de tal forma que se beneficien de una buena ventilación. La anchura de sus calles no alcanza el tercio de su

altura, considerado como lo normal en los edificios. La falta de limpieza de estas calles, llenas de inmundicias de toda clase junto con la humedad constante da lugar a emanaciones nocivas. De las alcantarillas también se desprenden gases que, en algunas horas del día, se hace insoportable. Considera por tanto necesario el arreglo del cauce del Ebro chico dotándolo de abundante agua para que desagüen sus alcantarillas, organizar el servicio de limpieza de la ciudad “que parece que no existe”, introducir una reforma radical en el alcantarillado mediante el adecuado aventamiento del subsuelo.

Con respecto al agua, se tiene en estudio un proyecto, realizado en parte, pero que no ha producido grandes efectos por el momento. Para el uso diario se utilizan las aguas del Iregua, excepto para la bebida en verano y por que en su recorrido es a veces considerado como estercolero, y las de las antiguas fuentes. Es preciso por tanto cerrar herméticamente el acceso directo del río a los tubos de conducción y poner en vigor la ley de pesca y de policía, someter la actual toma de agua a su decantación, filtración, aeración y descenso conveniente de temperatura y cerrar las fuentes y pozos de la población para el consumo público.

Los alimentos que produce el suelo, principalmente de huerta de Nalda, son buenos y en cierta medida son exportados a otras localidades como Bilbao, San Sebastián y Burgos. Los ganados también se exportan en menor cantidad a Tarragona y Barcelona. El pescado se surte del Cantábrico, a ocho horas de distancia por vía férrea. El precio del pan oscila entre 38 y 44 céntimo el kilo y el vino es bueno y barato. A pesar de la buena calidad de los alimentos se producen adulteraciones en ciertos alimentos como la leche, los embutidos, el café, té, e incluso el vino “como en los demás sitios”. Propone unas disposiciones para la organización del servicio de alimentos, como la creación de una oficina de comprobación de la “bondad” de los alimentos, a cargo de persona competente. La instalación de una tahona modelo para la fabricación de pan directamente del trigo, sin gravamen del ayuntamiento. Otro aspecto necesario es el establecimiento de pesos obligatorios y tablas reguladoras y la imposición de fuertes multas que eviten que la multa del día se cubra con el fraude siguiente. Una cuestión original que aporta como solución es traer para su popularización cecinas del extranjero, como hacen algunos agricultores en la montaña. La desaparición total de derechos de consumos y venta a algunos artículos de primera necesidad, así como el fomento de economatos o sociedades de consumo patrocinadas, y si es preciso, protegidas por las corporaciones y personas acomodadas. Estas aportaciones entiende el autor son de buena fe, consciente de que en ellas se mezcla en interés.



Las siguientes aportaciones del Sr. Albarelos pasan por un repaso de los edificios en general que son casi todos antiguos. Los palacios y casas solariegas están convertidos en casas de vecindad con detestables condiciones higiénicas por falta de luz y espacio tras la división de sus antiguos salones. No existen buenos excusados ni fregaderos, las paredes carecen de blanqueado y solamente la altura de sus techos es la condición apta para la higiene. El resto de edificaciones con bajos húmedos, cuartos diminutos, bajos de techo, escasas de balcones y ventanas, escaleras estrechas y empinadas, ladrillos y maderas sin reparar después de muchos años. Las casas modernas no son en su interior lo que ostentan en sus fachadas, los patios de ventilación son mezquinos, las habitaciones de poco más de tres o cuatro metros sin altura de techos, alcobas de la medida de una cama, aunque en los fregaderos y excusados se ha generalizado el cierre de sifón y depósitos de agua, pero escasean los vasos de pedestal y carecen de tuberías de ventilación. La calefacción es generalmente mediante braseros a pesar de ser peligroso y antihigiénico. Las rentas de estos edificios no son pequeñas, una de sus habitaciones para familias poco numerosas cuesta dos, tres y cuatro pesetas diarias.

De los edificios enumerados destacamos el de los baños públicos, porque no cuenta con excusados a propósito y solamente hay uno para el servicio general, además de carecer de la limpieza necesaria. Es un establecimiento que no está subvencionado por el ayuntamiento.

En Logroño no existen barrios obreros como tales, pero sí hay abundancia de buhardillas donde se hacinan las personas en condiciones nada higiénicas y acompañadas de miseria. La propuesta para esta situación viene dada por la construcción de casas de dos pisos con cocina, comedor o cuarto de estancia, excusado y patio en la planta baja y dormitorios en la principal, que supondrían un coste en material de unas 1800 pesetas y con los descuentos de contribución y mejoras supondrían unas viviendas mucho más higiénicas y convenientes. Apunta el autor la posibilidad de promover su construcción y hacerla oficial si fuera preciso, lo que no ocurriría hasta ya entrado el siglo XX con las denominadas “casas baratas”.

El estado de la cárcel es penoso, sin servicios de ninguna clase. Sin aire, sin sol, sin luz, con locales de capacidad para dos personas ocupados por diez, en una palabra algo fuera de la higiene aun en sus mínimos preceptos.

Las casas de lenocinio tampoco escapan a la condición antihigiénica en sus tres o cuatro establecimientos que son sucios, bajos de techo y muy estropeados. “Desde sus

puertas de entrada se nota, no solo el olor del vicio, sino el de sus excusados, las que los tienen”. Como en todas partes, las rentas que pagan estos edificios son fabulosas, pues sus dueños se escudan en que una vez son destinados para estos fines luego no hay posibilidad de arrendarlos. Se alude en este apartado a la memoria sobre la higiene especial del control de la prostitución del Dr. Hernández Oñate. Propone el autor que se debería invertir en baños y enseres de limpieza con la “exorbitante contribución que directa o indirectamente se hace pagar a las amas y a sus pupilas, para que estos establecimientos dejaran de ser una mina que se explota legal o ilegalmente de una manera vergonzosa”.

La descripción somera de los edificios e instalaciones destinados a diversos fines como el cementerio, los cafés y tabernas, los casinos, escuelas, conventos, cuarteles, fábricas, mataderos..., disponen de escasísimas condiciones higiénicas, excepto el instituto que en ese momento está próximo a su inauguración.

Esta aportación al congreso por parte de un profesional que no pertenece al ámbito médico, engrandece con su presencia la significación de la higiene y sus preceptos en ese contexto internacional, participando La Rioja de forma activa en la actualidad higienista con todos sus activos.

Además de los autores riojanos mencionados, Braulio Albarellos comandante de ingenieros, Dionisio Presa farmacéutico, Eusebio Vallejo y José María Bustamante médicos, también presentaron comunicación al congreso internacional Pelegrín González del Castillo médico y Francisco de Luis y Tomás arquitecto, formando parte todos ellos de la nutrida representación que tuvo desde La Rioja.

## CONCLUSIONES

Durante el siglo XIX se produce la cientifización de la salud pública y los inicios de su estructura de organización, que irá desarrollándose durante el siglo XX. La técnica y la medicina se hallan fuertemente condicionadas por las tendencias culturales, políticas y socioeconómicas de su tiempo.

Las topografías médicas estudiadas son los precedentes necesarios de los actuales estudios de salud comunitaria o diagnósticos de salud de la comunidad. La descripción de los modos de vida de la población, como se recoge en las topografías médicas riojanas, constituye un manual antropológico para conocer experiencias de la situación social y sanitaria de la época en que se inscriben. Se constata el efecto moderador, atenuante y unificador de la religión entre los individuos en periodos de miedo colectivo por las crisis y epidemias, a lo que contribuye la potencia simbólica de la liturgia católica. Las conclusiones de estos trabajos locales eran destinadas a los ayuntamientos, donde se acometía lo que se podía. La principal conclusión en todas ellas es la necesidad de saneamiento de las poblaciones.

El interés sanitario abarca el abastecimiento de agua, la salubridad de calles y edificios públicos como los mercados, templos, centros de recreo y tabernas, cementerios, centros asistenciales y centros de reclusión, principalmente. La disponibilidad de los avances técnicos como la vacuna de la viruela supuso un importante apoyo en los casos de epidemia, no así su accesibilidad, que dependía de la oficialidad y de la sempiterna y espesa burocracia.

El pensamiento higienista queda reflejado en las obras de todos los autores médicos riojanos que estudiamos, tanto por la prevalencia de los postulados teóricos de los precursores y/o protagonistas europeos y españoles en ese momento, como por la necesidad de trasladar y adaptar las tesis científicas al entorno del que son responsables. Las enfermedades más frecuentes que se observan son las reumáticas y las respiratorias en invierno y en el estío las afecciones gástricas, siempre relacionadas con el climatismo y de acuerdo a las claves higienistas detectadas e inspiradas en el hipocratismo: el agua, el aire y los lugares.

Bajo los auspicios de la higiene, los poderes públicos ejercían una intención moralizante sobre las costumbres de la población. Se constata la necesidad de fomentar la instrucción de la población desde el punto de vista higiénico, especialmente en materia de agricultura e industrias. La instrucción de adultos destinada a las mujeres

mediante las escuelas dominicales estaba orientada al mantenimiento de su rol en la familia y también a su moralización.

La alimentación de la familia depende de la pericia de las mujeres y también de su instrucción en este sentido. La consideración social de la mujer se encuentra siempre ligada a su posición en la familia y el hogar, y las que se ocupan en trabajos asalariados son consideradas poco amantes del hogar, como ocurre en Quel y Cervera del río Alhama. Estos estudios higienistas sirvieron para establecer las bases y orientación de una modificación de las costumbres de la vida cotidiana que se llevaría a cabo a medio y largo plazo.

Se aprecia de forma general, en todas las localidades riojanas estudiadas, el consumo de dos productos que aparecen en la dieta de forma recurrente, el vino y el picante, productos propios de La Rioja que por su cultivo y uso, extendido y acentuado, revela una adhesión común que conforma el patrimonio culinario y gastronómico por excelencia, y un rasgo cultural compartido que muestra la población riojana.

Hemos datado y dado autoría a la obra de Cervera del río Alhama y hemos puesto de manifiesto los nombres de los protagonistas de esta historia de la higiene riojana.

No encontramos elementos que diferencien de manera objetiva las estructuras sociales entre el campo y la ciudad, puesto que las condiciones de vida y de trabajo eran similares en ambas localizaciones. Tanto en la capital como en algunos de los pueblos, como Calahorra y Cervera, existía un cierto tejido industrial y mayoritariamente agrícola que aglutinaba la conciencia obrera por medio del asociacionismo. A través de los estudios analizados podemos afirmar que la dialéctica rural urbana en La Rioja es fluida institucionalmente, no siempre eficiente pero sí presente.

De la atención a grupos de población vulnerable desde el punto de vista social y sanitario se encargan las instituciones riojanas con la normativa disponible, como hemos observado en las memorias estudiadas, en la higiene de la prostitución, la vacunación y revacunación de viruela, la atención de los pobres en los balnearios y en las instituciones asistenciales como el hospital provincial, asilo y beneficencia.

Los estudios analizados, aunque son más numerosos los de La Rioja Baja, ofrecen una pauta de cómo era la situación higiénica, una visión ofrecida por los médicos locales de sus respectivos municipios que corrobora la implicación de La Rioja en el incipiente desarrollo de las ciencias y de la higiene, al igual que sucedía en el resto de España. Varios autores de las memorias abogan por la topografía provincial de

Logroño y por la geografía médica ibérica, apostando por la unidad de criterio en el estudio higiénico de España y su territorio.

Los médicos higienistas riojanos se hicieron eco de las mentalidades médicas del siglo XIX y su participación en el ámbito científico fue proporcionada y nunca silenciada. Con sus estudios han contribuido al desarrollo de la salud pública riojana y con sus conclusiones, experiencia y dedicación, al progreso general de la región.

Las líneas de investigación que podrían desarrollarse a partir de esta tesis estarían orientadas al estudio de las siguientes cuestiones en La Rioja:

La historia de la prostitución

La historia de la educación de adultos

La historia del delito

La traducción del latín y análisis de la obra de 1730 del médico calagurritano Vincente Ezquerro.

La indagación y captación de nuevas obras o topografías médicas riojanas de Archivos de Academias Médicas en el momento en que se hallen disponibles, como la de Zaragoza y la de Valladolid.

En sintonía con el planteamiento de que “todo producto es provisional” según Rafael Aliena (Susín, 2000:537) ofrecemos este trabajo a quien tenga la inquietud de completar esta visión de la historia de la ciencia de La Rioja.



## Bibliografía

- Abad León, F. (1984). “Ambiente religioso creado en La Rioja a raíz del cólera morbo de 1885”, *Cuadernos de Investigación: Historia*, 10, 1, 317-330.
- Acedo Amarillas, J. (1898). “Hospital provincial de Cáceres. Memoria estadística general de enfermos durante un quinquenio”. *Actas y memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía. Madrid, 10-17 abril 1898*. Madrid, Imp. R. Rojas, vol XII, 271-287.
- Aguado Morari, F. (1900). “Relaciones entre la legislación sanitaria y los estudios médico-topográficos”. *Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo III. Madrid, 10-17 abril 1898. Imprenta de Ricardo Rojas.
- Aguinaga, J.M.G. (1855). *Aforismos sobre el cólera morbo epidémico. Su método preservativo y curativo*. Madrid: Imprenta de Higinio Reneses.
- Aguirre González, J.V. (2006). “Memoria histórica: La guerra civil en La Rioja. La Rioja Baja y Calahorra. Algo más que una historia”. *Kalakoricos*, 11:183-202.
- Álamo Martell, M.D. (2011). “La discriminación legal de la mujer en el siglo XIX”. *Revista Aequitas*, 1, 11-24. Disponible en: <http://revistaequitas.files.wordpress.com/2011/11/nc2ba-1-20111.pdf>. [Consulta el 5-4-2014]
- Albarellos Sáenz de Tejada, B. (1900). “Algunas consideraciones generales relativas a la ciudad de Logroño”. *Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo III. Madrid, 10-17 abril 1898. Imprenta de Ricardo Rojas. Pag 278-302.
- Alcaide González, R. (1999a, 15 octubre) “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y -marco legal de un proyecto científico y social”. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias y Ciencias Sociales*. Vol III, nº 50. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm#1> [Consulta el 24-8-2007].
- Alcaide González, R. (1999b, 1 abril). “Las publicaciones sobre higienismo en España durante el periodo 1736-1939: un estudio bibliométrico”. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias y Ciencias Sociales*. Vol III, nº 37. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn-37.htm> [Consulta el 11-12-2007].
- Alcaide González, R. (2000). “La higiene de la prostitución en Barcelona: una aproximación a los contenidos médico-sociales del higienismo en España durante el siglo XIX”. Estudio introductorio a la reedición de la obra de

Prudencio Sereñana y Partagás: La prostitución en la ciudad de Barcelona estudiada como enfermedad social y considerada como origen de otras enfermedades dinámicas, orgánicas y morales de la población barcelonesa. *Geo crítica. Textos electrónicos* Nº 2, noviembre. Disponible en: <http://ub.edu/geocrit/pspestin.htm>. [Consulta el 5-9-2014].

Alcaide González, R. (2001). “Inmigración y marginación: prostitución y mendicidad en la ciudad de Barcelona a finales del siglo XIX. Una comparación con la actualidad”. *Scripta Nova*. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, 1 de agosto. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn-94-103.htm>. [Consulta el 4-9-2014]

Aguirre y Barrio, J. (1885). *Mortalidad de la primera infancia. Sus causas y medios de atenuarlas*. Madrid: Tipografía Hispanoamericana.

Alemaný García, S. (1997). *La prostitució a Gandía. 1896-1926*. En: Higiene i Salubritat en els municipis valencians. Benissa, Alicante. Josep Bernabeu Mestre, J. Xavier Esplugues i Pellicer, Elena Robles González Editores. 199-207.

Almendros Toledo, J.M. (1988) “Un ejemplo de medicina rural durante la epidemia de cólera: Don Tomás Valera y Jiménez. Villalgordo del Júcar, 1885”. *Al-Basit*, 23, 5-19.

Almendros Toledo, J.M. (2004). Sociedad, medio-ambiente e higiene pública en una comunidad rural albacetense, en el siglo XIX, según su topografía médica. Navas de Jorquera. Año 1879. *II Jornadas sobre el medio natural albacetense*: Albacete, 28nov-1dic 2001, 31-55.

Alvar Ezquerro, A (1993). *Relaciones Topográficas de Felipe II*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Anales de la Real Academia Nacional de Medicina (1918). Sesión Inaugural. Tomo XXXVIII. Madrid: Est. Tip. De los Hijos de Tello.

Anónimo. (1865). *Instrucciones para la preservación del cólera morbo y curación de sus primeros síntomas. Redactadas y publicadas por la Real Academia de Medicina de Madrid*. Madrid: Imprenta de Rojas y compañía.

Apraiz y Sáenz del Burgo, R. (1896). Primer centenario del descubrimiento de la vacuna por Jenner. Vitoria: Establecimiento tipográfico de Domingo Sar.

Arango, J. (1980). “La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica”. *Revista de investigaciones sociológicas*, 10, 169-198.

Araújo, Ferreira, A.L.; Baracho Eduardo A.R.; De Carvalho Lopez Dantas, A.C. (2003). “Geografías e topografías médicas: os primeiros estudos



ambientais da cidade concreta”. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*. 52, 83-98.

Arce Pérez, J.L.; Mahave Arnáez, L.J. (1986). La epidemia de cólera de 1855 en Santo Domingo de la Calzada. *Segundo Coloquio sobre Historia de La Rioja*: Logroño 2-4 de octubre. Vol 2, 319-328.

Asensi Botet, F. (2009). “La real expedición filantrópica de la vacuna (Xavier de Bamis/Joseph Salvany). 1803-1806”. *Revista Chilena de Infectología*, 26, 6, 562-567.

Báguena Cervellera, M.J. (2004). “El Instituto Médico Valenciano y la difusión de la vacuna”. *Asclepio*, 66 (1), 63-77.

Balaguer Perigüel, E., Ballester Añón, R. (1988). “La ciudad y el desarrollo de la higiene pública: el ejemplo del alicante de principios de siglo”. En: Libro de Actas. Vol I, Medicina en la España contemporánea. VIII congreso Nacional de Historia de la Medicina. Valera, M., Egea M<sup>a</sup> A., Blázquez M<sup>a</sup> D. Editores. Murcia-Cartagena 18-21 diciembre 1988.

Balaguer, E.; Ballester, R.; Bernabeu, J.; Perdiguero, E. (1990). “La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía médica española contemporánea”. *Dynamis*, 10, 193-208.

Ballano, A. (1815). *Diccionario de Medicina y Cirugía o Biblioteca Manual Médico-Quirúrgica*. Madrid, Francisco Martínez Dávila. I.

Ballester Añón, R. M., Balaguer Perigüell, E. (1980). “La primera topografía médica moderna en España: De morbis endemiis Caesar-Augustae (1686) de Nicolás Francisco San Juan y Domingo”. En: *Medicina e historia*. Agustín Albarracín Teulón, José María López Piñero y Luis S. Granjel Editores. Madrid: Universidad Complutense.

Barquín Gil, R. (2011). *El turismo y los primeros ferrocarriles españoles (1855-1880)*. X Congreso Internacional de la AEHE. 8-10 septiembre. Carmona: Universidad Pablo de Olavide.

Barona Vilar, J.L. (1984). “La obra fisiológica de Juan Mosácula Cabrera (1794-1831)”. *Llull*, 7: 5-27

Barona Vilar, J.L. (1993). “Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte”. *Revista de Demografía Histórica*. 11, 3. 49-64.

Barona Vilar, J.L. (2004, marzo). Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento científico de las enfermedades. *Panace@*, Vol V, nº 15, 37-44. Disponible en: <http://www.medtrad.org/pana.htm> [Consulta el 4-6-2011]

Basas, J. (1833). *Cólera Morbo asiático. Duendes libres, y embolsados*. Barcelona: Imp de Indar.

- Bermejo Martín, F.; Sánchez Salas, B. (1994). Cultura y Ocio. Los médicos filósofos: el higienismo. En: *Historia de la ciudad de Logroño*. Tomo V.
- Bernabeu Mestre, J. (1989). “La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad”. *Revista de demografía histórica*. 7, 3: 23-36.
- Bernabeu Mestre, J. (1993). “Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad”. *Revista de demografía histórica*. 11, 3, 11-22.
- Bernabeu Mestre, J. (1995). Las fuentes de la epidemiología histórica. Principales características y particularidades. En: *Enfermedad y población: Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*. Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Ciència, D. L. 37-38.
- Bernabeu Mestre, J. y Robles González, E. (2000). “Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria”. *Política y Sociedad*. 35, 45-54.
- Bernabeu Mestre, J. (2002). “Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de la salud en la infancia durante la España contemporánea”. *Revista de demografía histórica*, 20, 2, 147-162.
- Bernabeu Mestre, J.; Ramiro Fariñas, D.; Sanz Gimeno, A.; Robles González, E. (2003) “El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones”. *Revista de Demografía Histórica*, 21, 1, 167-193.
- Bernad Morales, F.J. (2008). *Móstoles en 1920: La Topografía Médica de Caracuel y Vilar*. Actas del Tercer Congreso del Instituto de Estudios Históricos del Sur de Madrid "Jiménez de Gregorio". Madrid. 2005. Disponible en: [www.franciscobernad.es/pdf/topo\\_mostoles.pdf](http://www.franciscobernad.es/pdf/topo_mostoles.pdf). [Consulta el 15-2-2008]
- Bilbao Díez, J.C. (1984). “La epidemia de cólera de 1854-55 en la ciudad de Logroño”. *Cuadernos de Investigación: Historia*, 10, 1, 113-124.
- Bonastra Tolós, Q. (2000). “Innovaciones y continuismo en las concepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo XIX. Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social”. *Scripta Nova Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 69, 35, 1 de agosto de 2000. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-35.htm> [Consulta el 20-01-2012].
- Botella y de Hornos, F. (1892). *Censo de las aguas minerales y termales de España*. Madrid: Ministerio de Fomento.
- Bouza Vila, J. (2000, 1 de agosto). “La difusión de innovaciones científicas y el desarrollo de la balneoterapia: la incorporación de los progresos de la química”. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 69, 39.

- Buj Buj A. (1994). “La cuestión urbana en los informes de la Comisión de Reformas Sociales”. En: Horacio Capel, José M<sup>a</sup> López Piñero y José Pardo (coords.): *Ciencia e ideología en la Ciudad (II). I Coloquio Interdepartamental. Valencia, 1991*, Valencia, Generalitat Valenciana/Conselleria d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports, vol. II, pp. 73-86.
- Bujosa Homar, F. (1994). “La dialéctica campo-ciudad en las topografías médicas baleares”. *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina: Granada-Sevilla, 1-6 septiembre, 1992*, 513-522.
- Caballero y Villar, J. M. (1896). Memoria descriptiva de una epidemia de viruela en Santo Domingo de la Calzada, de 1871 a 1872. Manuscrito RANMC, Arm. 5-Leg. 34-nº 10.
- Calvo Calvo, L. (1997). *Historia de la antropología en Cataluña*. Madrid: CSIC Departamento de Antropología de España y América.
- Campos Díez. M.S. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha.
- Campos Fernández de Sevilla (2000). *La religiosidad popular en los pueblos de la provincia de Toledo, según las Relaciones topográficas de Felipe II*. En: *Religiosidad popular y modelos de identidad en España y América*. Carlos Vizuete Mendoza y Palma Martínez-Burgos García Coords. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.
- Campos Marín, R. (2001). “La vacunación antivariólica en Madrid en el último tercio del siglo XIX. Entre el espacialismo médico y el mercantilismo”. *Medicina e Historia*, 4, 1-15.
- Campos Marín, R. (2004). “El difícil proceso de creación del Instituto de Vacunación del Estado (1871-1877)”. *Asclepio*, 56 (1), 79-110.
- Capdevilla, R.F. (1884) *Cartilla Sanitaria que comprende las nociones, preceptos y medios que deben conocer las familias para prevenir el cólera morbo asiático y combatir sus primeros síntomas*. Almería. Imprenta de Cordero Hermanos.
- Capel Sáez, H. (1998-99). “Medicina y clima en la España del siglo XVIII”. *Revista de Geografía*, 32-33: 79-106.
- Carasa Soto, P. (1984). “Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907”. *Cuadernos de investigación histórica: Historia*. 10, 1, 7-25.
- Carretero y Muriel, M. (1876). Censo general de las aguas minerales de España. Madrid: Imp. A cargo de Gregorio Juste.

- Casas Arriola, E. (1892). *Estudio médico-topográfico de la villa de Huércanos*. Logroño: Viuda de Venancio de Pablo.
- Casas Arriola, E. (1901). *Higiene de la lactancia*. Logroño: El Riojano.
- Casco Solís, J. (2001). “Las Topografías Médicas: Revisión y Cronología”. *Asclepio*. Vol. LIII-1, 213-244.
- Castejón Bolea, R. (1991). “Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública”. *Dynamis (Acta Hispanica ad Medicinæ Illustrandam)*, vol 11, 239-261.
- Castejón Bolea, R. (1997). “Los médicos de la higiene: Medicina y prostitución en la España contemporánea (1847-1918)”. *Bulletin d'histoire contemporaine de l'Espagne*. 25, 73-87.
- Cerda Lorca, Jaime; Valdivia Cabrera, Gonzalo (2007). “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna”. *Rev Chil Infect*, 24 (4): 331-334.
- Cerdeira Alonso, J.R. (2013). *Políticas de higiene municipal en Logroño a lo largo del último tercio del siglo XIX*. Universidad de La Rioja. Tesis doctoral.
- Cid, F.; Cruz, F.; Pous-Mas, T. (1982). “Sobre la problemática científica del cólera: Una carta inédita de Santiago Ramón y Cajal a Jaime Ferrán”. *Dynamis*. 2: 373-386.
- Coll García, M (1899) *Memoria que comprende la observación de la epidemia de viruela de Peñaranda de Bracamonte de 1894 á 1895*. Salamanca: Imprenta de Calatrava. A cargo de L. Rodríguez.
- Contreras Ortiz de Pinedo, E (1893). *Liquidación y memoria que presenta al Excmo. Ayuntamiento de esta capital el Inspector de Higiene Pública*. Logroño: Imprenta y Encuadernación de Federico Sanz.
- Compaired y Cabodevilla, C. (1887). *Topografía médica de Estella y del partido médico quirúrgico de Villatuerta*. Madrid. Imprenta de Gabriel Pedraza.
- Cortezo, M.C. (1903). Datos históricos acerca de la vacuna en España. Leyes y decretos contra la viruela. Madrid: Impr. Católica, la prensa de Madrid.
- Chinchilla Piqueras, A. (1845-46). *Historia general de la medicina española*. Valencia, José Mateu, Tomo III. Valencia, Imprenta de D. José Mateu Cervera, a cargo de Ventura Lluch.
- De Jaime Lorén, J.M. (2010, julio). Purgante de Le-Roy, vomipurgativo de Le-Roy. Louis Le-Roy (Francia, s. XVIII-XIX). Epónimos científicos. *Universidad CEU Cardenal Herrera*.

- De la Calle Velasco, M.D. (1984). “La Comisión de Reformas Sociales: de la represión al análisis de la conflictividad social”. *Studia Historica*, 2, 13-40.
- De la Calle Velasco, M. D. (1997). “Sobre los orígenes del Estado social en España”. *Ayer*, 25, 127-150.
- De La Rosa Jorge, M<sup>a</sup> C.; Mosso Romeo, M<sup>a</sup> A. (2004). “Historia de las aguas mineromedicinales en España”. *Observatorio Medioambiental*. Univ. Complutense Madrid. 7, 117-137.
- De Marcos Hornos, C. (1986). “La epidemia de cólera de 1854-1855 en Fuenmayor”. *Segundo Coloquio sobre Historia de la Rioja*: Logroño, 2-4 de octubre de 1985. 2, 307-318.
- De Miguel y Viguri, I. (1877). *Medidas de policía médica en relación con la sífilis. Discurso leído en la Academia Médico- Quirúrgica española*. Madrid: Imprenta de Enrique Teodoro.
- Del Gras, M. (1829). *Impugnación a la panacea moderna de M Le Roy*. Madrid: Imprenta de Verges.
- Delgado Idarreta, J.M. (1999). “Literatura higienista en La Rioja a finales del siglo XIX”. *Berceo*, 137: 93-112.
- Díaz Reina, A.; Oriol Salvador, P. (2013). “Una gesta española en salud pública: la extensión universal de la vacuna de la viruela a principios del siglo XIX”. *Hygia*, 83:13.
- Doña Nieves, F., Herrera Rodríguez, f. (1990). “El vino de Jerez, como agente higiénico y terapéutico, en la Medicina del siglo XI”. *XI Jornadas de viticultura y enología de Tierra de Barros*. Almendralejo, 8-12 de mayo de 1989. Junta de Extremadura. Dirección General de Comercio e Industrias Agrarias.
- Durán Obiols, R. (1821). Introducción a la clave topográfica. *Periódico de la sociedad de Salud Pública de Cataluña*. Barcelona: Imprenta de José Torner. I, 3-46.
- Duro Torrijos, J.L.; Tuells Hernández, J.V. (2013). Un médico rural contra la viruela, la epidemia de 1891-92 en Huércanos (Logroño). *Vacunas*, vol 14. Octubre-Diciembre, nº 4.
- Egea Bruno, P. M. (2008). Las redes de prostitución en la España del siglo XIX. El enclave de Cartagena en los inicios de la Restauración. *Stud. hist., H.<sup>a</sup> cont.*, 26, 213-242.
- Eguía, F. (1714). *Escrito abstracto de los mejores autores, de las virtudes, y para qué enfermedades son útiles, y de sus ingredientes, las Aguas de Minerales de Trillo, del Molar, de Arnedillo, de Sacedón y de Buen Día*

*que se acostumbra tomar en Madrid, añadida la noticia de las aguas de Húmera.* Madrid: en casa de Diego Barthelemi.

- Escolar, N. (1865). *Ensayo monográfico de las aguas minero-medicinales de Riva los Baños en la villa de Torrecilla de Cameros.* Madrid: Imprenta médica de Manuel Álvarez.
- Escudero, I. (1865). *Primer ensayo de una monografía sobre las aguas minerales sulfhídrico acídulo yoduradas de Cervera del río Alhama.* Zaragoza: Imprenta y Librería de José Bedera.
- España, B. (1863). *Nuevo establecimiento de baños y aguas termales en Torrecilla de Cameros.* Logroño: Imprenta de Ruiz.
- Faus Sevilla, P. (1963). *Enfermedad y Sociedad en el siglo XIX español.* Actas del I Congreso español de Historia de la Medicina, 357-361. Madrid-Toledo, 15-17 abril de 1963. Zaragoza: Cometa, S.A.
- Fleta Zaragozano, J. (2006). “Bases historiográficas sobre la morbimortalidad infantil en los siglos XIX y XX, con especial referencia a Aragón”. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 36: 10-16.
- Feo Parrondo, F. (2001). “Geografía médica del valle de Arán (1913)”. *Lurralde,* 24, 315-327.
- Feo Parrondo, F. (2002). “Las epidemias de viruela de Carcelén (1897) y de gripe de Casas de Ves (1900)”. *Al-Basit,* 46, 83-100.
- Feo Parrondo, F. (2005). “La epidemia de viruela en Lequietio (1769)”. *Lurralde,* 28, 69-84.
- Fernández Díez, A. (2008). *Balnearios riojanos del siglo XIX: El triángulo Cervera, Arnedillo y Grávalos.* Logroño: Instituto de Estudios Riojanos. Gobierno de La Rioja.
- Fernández Sanz, Juan José (1990). *1885, el año de la vacunación Ferrán: trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia.* Madrid: Fundación Ramón Areces.
- Ferrater Mora, J. (1979). *Diccionario de filosofía.* Madrid: Alianza editorial. Tomo II.
- Ferrer Viñerta, E. (1871). “Reflexiones que sujere al Instituto Médico Valenciano el preámbulo del decreto del ministerio de Fomento creando un Instituto Nacional de Vacuna”. *Boletín del Instituto Médico Valenciano,* 249-264.
- Franco A, Fix Ad, Prada A, et al (1997). “Cholera in Lima, Peru, correlatos with prior isolation of vibrio cholerae from the environment”. *Am J Epidemiol* 146; 12: 1067-1075.

- Fresquet Febrer, J.L. (1999). *Joseph Lister (1827-1912)*. Biografías. Disponible en: [www.historiadelamedicina.org/listner.html](http://www.historiadelamedicina.org/listner.html). [Consulta el 8-1-2013].
- Gálvez, Antonio (1866). Memoria de las aguas mineromedicinales de Riva los Baños. Manuscrito. Disponible en: [http://books.google.es/books/ucm?vid=UCM5310581940&printsec=frontcover&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books/ucm?vid=UCM5310581940&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). [Consulta el 4-7-2012].
- Gallego Martínez, D. (1986). *La producción agraria de Álava Navarra y La Rioja desde mediados del siglo XIX a 1935*. Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral.
- García, C. (1844). *Copia de la contestación que el médico director interino de los baños de Grábalos ha comunicado a la comisión encargada de redactar el Manual de Aguas Minerales del Reyno, sobre el interrogatorio dirigido por la misma*. Manuscrito. Madrid: Universidad Complutense.
- García Alcalde, P. (1991). “Una institución benéfica municipal: la Casa Cuna del Niño Jesús”. *Berceo*, 120, 117-123.
- García Arriaga, M. L. (1986). Entre epidemias y progresos. Sanidad en el municipio de Logroño en las últimas décadas del XIX. *II Coloquio sobre Historia de La Rioja*. Logroño, 2-4 octubre de 1985, 2, 329-340.
- García Arriaga, M. L. (1987). “La epidemia de cólera de 1885 en el municipio de Logroño”. *Berceo*. 112-113. Logroño, pp125-162.
- García Ayuso J. de Dios (1942). Lodos y aguas madres. En: García J. *Tratado completo de Hidrología Médica, Climatología y Legislación Balnearia*. Prólogo de José Velasco Pajares. Madrid: Instituto Editorial Reus, 25-29.
- García y Barrio, A. (1886). *Memoria Médico topográfica de la villa de Quel*. Real Academia de Medicina de Barcelona. S. Caixa XVI nº 1. (Ant. Arm. 5- Leg.56-nº 10). Manuscrito
- García De Los Ríos, J. E.; Jiménez Gómez, P.A. (2005). “Bicentenario de la expedición Balmis de la vacuna (1803-06)”. *Actualidad SEM - Boletín Informativo de la Sociedad Española de Microbiología*, 39, 8-16.
- García Faria, Pedro (1900). “En el estado de la higiene contemporánea, ¿qué cifra de mortalidad debe tenerse en cuenta para considerar a una ciudad como insalubre?”. *Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo IV. Madrid, 10-17 abril 1898. Imprenta de Ricardo Rojas. 94-100.
- García-Talavera Fernández, J.R. (1971). “Historia del Cuerpo de Médicos de Baños. Siglo XIX”. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. 10:213-82.

- Garrison, Fielding Hudson (1921). *Introducción a la Historia de la Medicina*. Traducida de la segunda edición inglesa por Eduardo García del Real. Madrid: Calpe.
- Gil de Arriba, C. (2000). “La difusión social y espacial del modelo balneario: de la innovación médica al desarrollo de las prácticas de ocio”. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* nº 69. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-40.htm>. [Consulta el 20-1-2012].
- Gimeno Pascual, H. (2012). *Relaciones topográficas de Felipe II. Anticuarios y Epigrafistas. Siglos XVI-XVIII*. Corpus Inscriptionum latinarum II. Disponible en [http://www2.uah.es/imagenes\\_cilii/Anticuarios/Textos/relacionestopogr.htm](http://www2.uah.es/imagenes_cilii/Anticuarios/Textos/relacionestopogr.htm). [Consulta el 17-05-2012].
- Gómez, F.J. (1893). *Logroño histórico*. Logroño: Tip. La Rioja. Reprod. facs. de la ed. de: *Logroño histórico*/ por Francisco Javier Gómez; introducción, índice y notas de José Miguel Delgado Idarreta. (1ª Reimpr.) Logroño: Instituto de Estudios Riojanos; Ayuntamiento de Logroño, 2000.
- Gómez de Membrillera, F. (1920a). “Saneamiento e higienización de España”. *Revista de obras públicas*, 68, I (2338), 343-346.
- Gómez de Membrillera, F. (1920b). “Saneamiento e higienización de España”. *Revista de obras públicas*, 68, I (2339), 353-358.
- Gómez Urdáñez, J.L.; Téllez Alarcia, D. (2006). “Los queleños en la edad moderna”. En: *Quel histórico*. José Luis Gómez Urdáñez (dir). Logroño: Grupo editorial 7.
- Gómez Urdáñez, J.L. (2012). “De la caridad a la filantropía. Antecedentes históricos del Tercer sector y la economía Social en La Rioja, 181-215”. En: *Polonia y España. Ayer y hoy*. Lublin: Joanna Kudelko, Cesari Tarache ed.
- González Aguínaga, J.M. (1886). *El practicante: compendio de anatomía normal, vendajes, apósitos y curas, medicación tópica, elementos de cirugía menor y demás conocimientos necesarios á los que aspiran al título de practicantes*. Madrid: Imprenta de M. Burgase.
- González del Castillo, P.; De Luis y Tomás, F.: *Memoria del estado higiénico sanitario de Logroño*. 1894. Manuscrito. AML. 81/18.
- González García, S. (2006). “La prostitución en Bilbao. Último tercio del siglo XIX y primeros decenios del XX”. *Vasconia*, 35, 221-237.
- González de Pablo, Ángel (1999). “Los modelos históricos del cuidado de la salud”. *El Médico*, 26-3-1999. 70-78.



- González de Sámano, Mariano (1858). *Memoria histórica del cólera morbo asiático en España*. Madrid: Imprenta de Manuel Álvarez. (Tomo II).
- González Sota, R. (2009). “Calahorra en 1886 a través de un estudio médico-topográfico”. *Kalakoricos*, 14: 295-311.
- Guereña, J.L. (1995). “Los orígenes de la reglamentación de la prostitución en la España contemporánea. De la propuesta de Cabarrús (1792) al Reglamento de Madrid (1847)”. *Dynamis*, 15, 401-441.
- Guereña, J.L. (1997). “De historia prostitutionis. La prostitución en la España contemporánea”. *Ayer*, 25, 35-72.
- Guereña, J. L. (2003). *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons, Ediciones de Historia, S.A.
- Guereña, J.L. (2004). “La sexualidad en la España contemporánea (1800-1950)”. *Hispania*, LXIV/3, num. 218: 825-834.
- Guereña, J.L. (2009). Las escuelas de adultos revisitadas (segunda mitad del siglo XIX-principios del XX). Moreno Martínez, P.L. y Navarro García, C. (Coords.) *Perspectivas históricas de la educación de personas adultas*. Vol 3, Nº 1. Universidad de Salamanca. [Consulta el 29-9-2014] [http://www.usal.es/efora/efora\\_03/articulos\\_efora-03/n3\\_01\\_guereña.pdf](http://www.usal.es/efora/efora_03/articulos_efora-03/n3_01_guereña.pdf)
- Guerrero Cano, M. M. (1987-88). “Memoria médico-topográfica de la isla de Santo Domingo (1864) por el médico Andrés Alegret y Mesa”. *Dynamis*, 7-8: 367-412.
- Guerrero, Fuster, A (1984). “Aproximación a la historiografía sobre los balnerarios de La Rioja”. *Cuadernos de investigación: Historia*, 10, 1, 255-264)
- Guillén Rodríguez, A.M. (1990) “*El origen del Estado del Bienestar en España (1876-1923): el papel de las ideas en la elaboración de políticas públicas*” “The Emergence of the Spanish Welfare State: The Role of Ideas in the Policy Process”. *Estudios/Working Papers*, 1990/ 10. Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales del Instituto Juan March, Madrid.
- Gurría García, P.; Lázaro Ruiz, M. (1998). “La mortalidad de expósitos en La Rioja durante el siglo XIX”. *Berceo*, 134, 143-157.
- Gurría García, P.; Lázaro Ruiz, M. (1999). “La mortalidad en la infancia en La Rioja durante el siglo XIX”. *Berceo*, 137, 75-92.
- Gutiérrez Bueno, P. (1801). *Descripción de los reales baños de Arnedillo y análisis de sus aguas*. Madrid: Imprenta de Fermín Villalpando.
- Hauser, P. (1902). *Madrid bajo el punto de vista médico-social*. Madrid, Est. Tip. Suc. Rivadeneyra (reimpresión, Madrid, Editora Nacional, 1979), vol II, 133-155.

- Hauser, P. (1887). *Estudios epidemiológicos relativos a la etimología y profilaxis del cólera...* 3 vol.+ Atlas. Madrid, Imp. Tello.
- Hauser. Philip. (1887). *Atlas epidemiográfico del cólera de 1885 en España con diez y ocho mapas representando la marcha invasora de la epidemia en la Península.* Madrid.
- Hernández Morejón, A. (1852). *Historia bibliográfica de la Medicina Española.* Madrid: Imprenta Calle San Vicente a cargo de Celestino G. Alvarez. Vol 7.
- Hernández Oñate, D.; Merino Hernández, F. (1879): *Memoria médico-topográfica de la villa de Enciso escrita con motivo de la epidemia variolosa de 1878.* Logroño: Imprenta y Librería El Riojano.
- Hernández Oñate, D. (1889): *Topografía médica y estadística demográfico-sanitaria de Logroño* (quinquenio 1877 a 1881). Logroño, Imprenta y librería El Riojano.
- Herrán Corbacho, N. (2008). Aguas, semillas y radiaciones. El Laboratorio de radiactividad de la Universidad de Madrid, 1904-1929. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Herrera Ruiz, J. (1860). *Memoria que comprende las observaciones médicas y meteorológicas hechas durante la temporada de uso de las aguas de Arnedillo.* Manuscrito. Universidad Central de Madrid.
- Herrera Ruiz, J. (1861). *Aguas y baños minerales de Arnedillo. Temporada de 1861.* Manuscrito. Universidad Central de Madrid.
- Hita y Comas, S. (1886). *Estudio médico topográfico de la ciudad de Calahorra.* Calahorra, Imprenta Andrés C. Cipriano.
- Houssay, B. A. (1972). “El significado de la obra de Claude Bernard”. *Medicina & Historia.* 14:7-26.
- Hurtado De Mendoza, M.; Martínez Caballero, C, (1820). *Suplemento al Diccionario de Medicina y Cirugía del profesor D. Antonio Ballano.* Madrid. Por la viuda de Barco López. I
- Igualador. A (1863). *Memoria de las aguas minerales termales acidulo –salinas de la villa de Torrecilla en Cameros, cabeza de partido, provincia de Logroño, situada en la nueva carretera que dirige de Madrid a Francia.* Madrid: Imprenta de D.F. Escamez, editor.
- Iruzubieta Barragán, F. J. (2008a). *La Casa de Socorro de Logroño, 1923-1936: origen y desarrollo.* Logroño: Gobierno de La Rioja, I.E.R. (Instituto de Estudios Riojanos, Ayuntamiento de Logroño).

- Iruzubieta Barragán, F. J. (2008b). Los usos del edificio, la sanidad. En: *Un siglo de la Gota de Leche*. Logroño: I.E.R. (Instituto de Estudios Riojanos, Ayuntamiento de Logroño).
- Iturriaga Barco, D. (2007a). “Quel, 528 años de panes y quesos”. *Belezos*, 5: 80-85.
- Iturriaga Barco, D. (2007b). *Historia de la fiesta del panyqueso*. Logroño: IER.
- Izquierdo, Marcelino. “Siete calles y una leyenda urbana”. Sociedad. *Diario “La Rioja”*, domingo, 5 de marzo de 2006.
- Jarro De Té, L. (1885). *¿Es útil la vacuna Ferrán?* Úbeda: Establecimiento Tipográfico de “La Loma”.
- Jori García, G. (2010). “José María López Piñero y la historia de la salud pública”. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona, XIV, 343 (12) 25 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-343/sn-343-12.htm>. [Consulta el 25-2-2014].
- Juliano Corregido, D. (2002). *La prostitución: el espejo oscuro*. Barcelona: Icaria: Institut Català d'Antropologia, D.L.
- Le Goff, J. 2003. *En busca de la Edad Media*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lacalzada Mateo, M.J. (1979). “La Rioja y el cólera de 1885”. *Cuadernos de investigación de Geografía e Historia*. Logroño. Colegio Universitario de Logroño, 5, 2: 157-167.
- Lain Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Edit. Científicas y Técnicas.
- Larrea Killinger, C. (1997). *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito (Ecuador): Ed Abya-Yala Editing nº 46.
- Larrínaga Rodríguez, C. (2002). “El turismo en la España del siglo XIX”. *Historia contemporánea*, 25, 157-179.
- León Sanz, P. (2009, mayo-agosto). “El Congreso médico-regional de Navarra (1886): un ejemplo de la transmisión del conocimiento científico”. *An. Sist. Sanit. Navar.* 32, 2, 149-159.
- León Sanz, P.; Baretino Coloma, D. (2007). *Vicente Ferrer Gorraiz Beaumont y Montesa (1718-1792), un polemista de la Ilustración*. Pamplona: Gobierno de Navarra.

- Leyva-Cobián, F. (1988, enero-marzo) “En torno a dos centenarios: la duradera herencia de Pasteur y el legado efímero de Ferrán”. *Inmunología*, 7, 1: 31-35.
- Limón Montero, I. (1697). Espejo cristalino de las aguas de España, hermoseado y guarnecido con el marco de variedad de fuentes y baños. Alcalá de Henares.
- Lope Toledo, J. M. (1947). “Relaciones Topográficas de La Rioja”. *Berceo*, 5, 573-586.
- Lope Toledo, J.M. (1948). “Relaciones Topográficas de La Rioja”. *Berceo*, 9, 567-586.
- Lope Toledo, J.M. (1949a). “Relaciones Topográficas de La Rioja”. *Berceo*, 10, 95-106.
- Lope Toledo, J.M. (1949b). “Relaciones Topográficas de La Rioja”. *Berceo*, 12, 419-440.
- Lope Toledo, J.M. (1949c). “Relaciones Topográficas de La Rioja”. *Berceo*, 13, 587-594.
- López de Azcona, J.M. (1988). Consideraciones generales sobre el balneario de Arnedillo. *Monografía XIV. Balneario de los baños de Arnedillo*. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia.
- López de Tolosa, E. (1890). Anales del reino de Navarra. Tomo IX.
- López Gómez, J.M. (2004). *Las topografías médicas burgalesas (1884-1917)*. Barcelona: Publicaciones del Seminari Pere Mata. Universidad de Barcelona.
- López Mora, F. (1994). *La prostitución cordobesa durante la segunda mitad del siglo XIX: reglamentarismo y aproximación sociológica*. En: La prostitution en Espagne: de l'époque des rois catholiques à la IIe République/études réunies et présentées par Raphael Carrasco. Paris: Les Belles Lettres, 526: 277-305.
- López Ontiveros, A. (1984). “Topografías médicas y geografía en la obra de Casas-Deza”. *Boletín de la Real Academia de Córdoba (BRACO)*, 106, 301-323.
- López Piñero, J.M. (1969) *La introducción de la ciencia moderna en España*. Barcelona: Ariel.
- López Piñero, J.M. (1973). *La escuela de Cádiz y la introducción en España de la medicina anatomoclínica*. Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Granada, 24-26, abril: Universidad de Granada, Caja de Ahorros de Granada. I, 239-248.

- López Piñero, J.M., Terrada Ferrandis, M.L. (1980). *Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico*. En: Medicina e Historia. Albarracín Teulón, A, López Piñero J.M, Sánchez Granjel, L. Eds. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- López Piñero, J.M. (1984) *M. Seoane: la introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- López Piñero, J.M. (1989). *Los orígenes en España de los estudios sobre salud pública*. Textos clásicos españoles de la Salud Pública, nº 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- López Piñero, J.M. (1992). “Las ciencias médicas en la España del siglo XIX”. Madrid. Marcial Pons, *Ayer*, 7, 193-240.
- López Piñero, J.M. (2006). “Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista”. *Revista española de salud pública*. Vol 80, nº 5 *septiembre-octubre*: 445-456.
- López Rodríguez, P. (1997). *Calahorra Levítica y Liberal. Cambio socioeconómico y caciquismo liberal en La Rioja Baja 1890-1923*. Calahorra: Amigos de la Historia de Calahorra.
- López Zazo, R. (2004). Estadística de mortalidad según causas múltiples de la Comunidad de Madrid. Disponible: [www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/descarga/mor04\\_1.pdf](http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/mnp/descarga/mor04_1.pdf). [Consulta el 5-11-2010]
- Madoz Ibáñez, P. (1846). *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Tomo V. Madrid: Est. Literario-tipográfico de P. Madoz y L. Sagasti.
- Madoz Ibáñez, P. (1847). *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Tomo VIII. Madrid: La Ilustración. Est. Tipográfico literario universal.
- Maestre de San Juan, A. (1852). *Nueva guía del bañista en España*. Madrid: Librería extranjera Científica y Literaria.
- Maestre de San Juan, A. (1857). “Necesidad de establecer por nuestros legisladores y bajo los principios de la higiene, las reglas que fijan la edad y clase de trabajos a que la industria somete a los niños”. *La Iberia Médica*, 16, 122-123.
- Maraver Eyzaguirre, F. (2006). “Antecedentes históricos de la peloterapia”. *Anales de Hidrología Médica*. 1, 17-42.

- Maraver Eyzaguirre, F.; Corvillo Martín, I. (2006). “Historia de la Sociedad Española de Hidrología Médica. Siglo XIX”. *Balnea*, 2. Monografías. Madrid: Universidad Complutense.
- Martín Tardío, Juan Jesús (2004). “Las epidemias del cólera del siglo XIX en Mocejón (Toledo). [http://www.revistakatharsis.org/Martin\\_colera.pdf](http://www.revistakatharsis.org/Martin_colera.pdf). [Consulta el 9-12-2010].
- Martínez, Lacabe, E. (1996). “La epidemia de cólera de 1855 en Navarra: demografía y mentalidad”. *Gerónimo de Uztariz*, 12, 89-114.
- Martínez Moure, O. (2012). Análisis sociológico de las tendencias recientes del turismo de salud y reposo: Origen, evolución histórica y tendencias de futuro. *Aposta. Revista de ciencias sociales*. Nº 52, enero, febrero y marzo. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/omoure.pdf> [Consulta el 2-2-2012].
- Martínez Peñas, L. (2011). “Los inicios de la legislación laboral española: la Ley Benot”. *Revista Aequitas*, 1, 25-70. Disponible en: <http://revistaequitas.files.wordpress.com/2011/11/nc2ba-1-20111.pdf> [Consulta el 3-3-2014].
- Martínez Reguera, L. (1892): *Bibliografía Hidrológico-Médica Española (Sección de Impresos)*. Madrid: Imp. y Fund. de M. Tello.
- Martínez Reguera, L. (1896): *Bibliografía Hidrológico-Médica Española, segunda parte (Manuscritos y Biografías)*. Madrid: Establecimiento tipográfico “Sucesores de Rivadeneyra”, t. 1º.
- Martínez Reguera, L. (1897): *Bibliografía Hidrológico-Médica Española, segunda parte (Manuscritos y Biografías)*. Madrid: Establecimiento tipográfico “Sucesores de Rivadeneyra”, t. 2º.
- Martínez Zaldueño, J. (1699). *Libro de los baños de Arnedillo y remedio universal*. Pamplona: Por Francisco Antonio de Neira.
- Matilla Gómez, V. (1977). *Jaime Ferrán y su obra*. Madrid: Instituto de España.
- Maury Sintjago, E. A. (2010). Ritos de comensalidad y espacialidad. Un análisis antroposemiótico de la alimentación. *Gazeta de Antropología*, 26/2. Artículo 45 Disponible en: [http://digibug.ugr.es/html/10481/6779/G26\\_45Eduard\\_Maury\\_Sintjago.pdf](http://digibug.ugr.es/html/10481/6779/G26_45Eduard_Maury_Sintjago.pdf) [Consulta el 10/12/2012].
- Mazana Casanova, J. y Ariño Espada, M.R. (1991). “La inoculación antes de Jenner”. *Inmunología*, 10, 1, 24-33.
- Merino y Hernández, F., Hernández Oñate, D. (1879). *Memoria médico-topográfica de la villa de Enciso. Escrita con motivo de la epidemia variolosa de 1878*. Logroño: Imprenta y Librería El Riojano.

- Mesonero Romanos, R. (1846). *Escenas matritenses*. Valparaíso: Tornero y Benítez Eds. Imprenta del Mercurio.
- Mestre, J.B. (1999). *Clima, microbis i desigualtat social de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis.
- Miqueo Miqueo, C. (1987). "Las Historias clínicas brusistas, reflejo de la asimilación de la doctrina de F.J.V. Broussais (1772-1838)". *Llull*, 10: 97-124.
- Miqueo Miqueo, C. (1987-88). "La introducción de la obra d F.J.V. Broussais en España. Estudio bibliométrico". *Dynamis*, 7-8: 171-185
- Miqueo Miqueo, C. (2011). "Función de la prensa médica española en la difusión de la "médecine physiologique" (1820-1850)". *El argonauta español*, 8. Disponible en: <http://argonauta.imageson.org/document155.html> [Consulta el 24/10/2011]
- Micó Navarro, Juan Antonio; Martínez Monleón, Francisco (1993). "La Utilización del análisis semántico-documental en el estudio e interpretación de las expresiones diagnósticas de las causas de muerte". *Revista de Demografía Histórica*, 11, 3, 173-186.
- Mínguez Vicente, Manuel (1900). "En el estado de la higiene contemporánea, ¿qué cifra de mortalidad debe tenerse en cuenta para considerar a una ciudad como insalubre?". *Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo IV. Madrid, 10-17 abril 1898. Imprenta de Ricardo Rojas. 90-94.
- Moncó Rebollo, B. (2000). "Antropología e Historia: un diálogo interdisciplinar". *Revista de Antropología Social*. 9: 159-176.
- Monlau y Roca, P.F. (1847). *Elementos de higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos*. Barcelona: Imprenta Pablo Riera.
- Monserrat Zapater, O. (1998). *El balneario de Panticosa. (1826-1936)*. Zaragoza: Diputación General de Aragón.
- Morales, A. (1575). *Crónica General de España*. Alcalá de Henares: En casa de Iñiguez de Lequerica.
- Morata Marco, E.M. (1999). *La respuesta del higienismo a la "cuestión social"*. En: Los significados del 98. La sociedad española en la génesis del siglo XX. Madrid: Biblioteca Nueva. Universidad Complutense de Madrid.
- Moreno Fernández, J.R.; Gómez Urdáñez, J.L. (1995). *Logroño en el siglo XIX. Cambio económico y liberalismo*. Logroño: Federación de Asociaciones de Vecinos de Logroño. Ayuntamiento de Logroño.

- Mota Moya, P. (2006). “De les topografies mèdiques a la geografia de la salut: la relació institucionalitzada entre la geografia i la medicina”. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*. 47, 117-127.
- Muñoz Calvo, S. (1993): “Los balnearios en la España contemporánea”. *El Médico*, Madrid. 297-306.
- Muñoz Machado, S. (1975). La concepción sanitaria decimonónica. En: *La sanidad pública en España*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos.
- Nadal i Oller, J. (1984). *La población española. (Siglos XVI a XX)*. Barcelona: Ariel. Edición corregida y aumentada.
- Navasa, J. (1822). “Observación de un íleo curado con el método atemperante”. *Décadas Médico Quirúrgicas*. Madrid. Imprenta que fue de Fuentenebro, 8, 179-191.
- Nielfa Cristóbal, G. (2003). *Trabajo, legislación y género en la España contemporánea: los orígenes de la legislación laboral*. En: *Mujeres y hombres en los mercados de trabajo: ¿Privilegios o eficiencia?* Lina Gálvez Muñoz, Carmen Sarasúa García Eds. Alicante: Universidad de Alicante.
- Nisbet R. et al. (1979). “El problema del cambio social”. En: *Cambio social*. Nisbet et al. Madrid: Alianza Editorial. 12-51.
- Nogales Espert, A. (2004). *Maestre de San Juan: el ilustre desconocido*. Amparo Nogales Espert y Eduardo García Poblete Eds. Univesidad Rey Juan Carlos. Madrid: Dickinson, S.L.
- Olagüe De Ros, G. y Astrain Gallart, M. (1994). “Una carta inédita de Ignacio María Ruiz de Luzuriaga (1763-1822) sobre la difusión de la vacuna en España (1801)”. *Dynamis*, 14, 305-337.
- Olagüe De Ros, G. y Astrain Gallart, M. (1995). “Propaganda y Filantropismo: los primeros textos sobre la vacunación jenneriana en España (1799-1801)”. *Medicina e Historia*, 56, 1-16.
- Olagüe De Ros, G. y Astrain Gallart, M. (2004). “¡Salvad a los niños!: Los primeros pasos de la vacunación antivariólica en España (1799-1805)”. *Asclepio*, 16 (1), 7-31.
- Orozco Acuaviva, A. (1998). “Gloria y servidumbre de la medicina rural”. *Semergen* 25(6): 540-545.
- Ortega Rubio, J. (1918). *Relaciones topográficas de los pueblos de España. Lo más interesante de ellos*. Madrid: Sociedad Española de Artes Gráficas.



- Palomeque López, M.C. (1997). “La intervención normativa del Estado en la “cuestión social” en la España del siglo XIX”. *Ayer*, 25, 103-126.
- Parish, HJ. (1965). *A History of Immunization*. Londres: E. and S. Livingstone.
- Pérez Moreda, V. (1980). *La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*. Madrid: Siglo XXI.
- Pérez Tamayo, R. (1997). La Medicina en la Edad Moderna. En: *De la magia primitiva a la medicina moderna*. M<sup>a</sup> del Carmen Farías Coord. Méjico: Fondo de Cultura Económica de España, S.L. Disponible en [http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154html/sec\\_14.html](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154html/sec_14.html) [Consulta el 13/11/2012].
- Perdiguero Gil, E. (1993). “Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular”. *Revista de Demografía Histórica*. 11, 3, 65-88.
- Perdiguero Gil, Enrique (1997). “Problemas de salud e higiene en el ámbito local”. En: *Higiene y salubritat en els municipis valencians (1813-1939)*. Josep Bernabeu Mestre, J. Xavier Esplugues i Pellicer y Elena Robles González Editores. Benissa (Alicante): Institut d’Estudis Comarcals de la Marina.
- Perdiguero Gil, E., Bernabeu-Mestre, J. Y Pascual Arteaga, M. (2004). “Una Práctica inconstante: La vacunación contra la viruela en el Alicante del siglo XIX”. *Asclepio*, 66 (1), 111-143.
- Pereira Iglesias, J.L. (1985). “Las relaciones topográficas de Felipe II en Extremadura”. *Norba*, 6: 175-178.
- Pérez, Vicente (1752). *El agua como remedio universal*. Con licencias: Toledo.
- Peset Vidal, JB. (1876). *Bosquejo de la historia de la Medicina en Valencia*. Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.
- Polo-Giraldo, F. (1884). *Cartilla popular para la epidemia colérica*. Madrid: Biblioteca de El Dictamen, tipografía Hispano-Americana.
- Ponce Herrero, G. y Dávila Linares, J.M. (1998). “Medidas higienistas y planes de reforma urbana en el tránsito de los siglos XIX al XX en las principales ciudades de la provincia de Alicante”. *Investigaciones geográficas*; 20: 141-162.
- Porras Gallo, M<sup>a</sup> I. (2004). “Luchando contra una de las causas de invalidez: antecedentes, contexto sanitario, gestación y aplicación del Decreto de vacunación obligatoria contra la viruela de 1903”. *Asclepio*, 56, 1: 145-168.

- Prats Canals, Ll. (1996). *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*. Barcelona. Altafulla, 244 p.
- Príncipe y Gutiérrez, L. (1864). *Dirección facultativa de las aguas y baños minerales de Arnedillo*. Reseña histórico estadística de la temporada 1864. Manuscrito.
- Príncipe Gutiérrez, L. (1865). “Consideraciones terapéuticas sobre las aguas minerales en general, y sobre las de Arnedillo en particular. Diátesis escrofulosa”. *El Siglo Médico*. Madrid, N° 588, 9 de abril, 225-228.
- Príncipe y Gutiérrez, L. (1866). *Dirección facultativa de las aguas y baños minerales de Arnedillo*. Reseña histórico estadística de la temporada 1866. Manuscrito.
- Príncipe y Gutiérrez, L. (1867). “Aguas minerales de Arnedillo. Cuatro palabras sobre su acción medicinal en ciertas enfermedades del ejército”. *Revista de Sanidad Militar*. pp 245, 298, 329.
- Proust, L. (1806). *Ensayo sobre las aguas de Arnedillo*. Madrid: Imprenta Real.
- Quintanas Feixas, A. (2011). “Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares”. *Isegoría*, 44, 273-284.
- Raduá y Oriol, E. (1891). *Datos para el estudio médico-topográfico de García (Tarragona)*. Manuscrito. Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona
- Ràfols Casamada, J. (1998, 17 de junio). Reseña bibliográfica de: Prats, Llorenç. *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*. Barcelona: Altafulla, 1996. 224 p. Biblio 3W. *Revista Bibliogràfica de Geografia y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona, N° 97. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/b3w-97.htm> [Consulta el 29-01-2008]
- Ramírez Arcas, A. (1858). *Carta donde se clasifica la población de la provincia de Logroño*. Madrid: Imprenta Nacional.
- Ramírez Martín, S. M. (1998): *La Real expedición filantrópica de la vacuna en la Real Audiencia de Quito*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/H/0/H0049701.pdf> [Consulta el 26-08-2010].
- Ramírez Martín, S. (2004). “El legado de la real expedición filantrópica de la vacuna (1803-1810): Las Juntas de Vacuna”. *Asclepio*, LVI, 1, 33-62.

- Reglamento para el gobierno de los reales baños de Arnedillo. (1827). Madrid: Imprenta Real
- Reglamento de las aguas y baños minerales de España. (1831). Madrid: Imprenta Real.
- Riera Palmero, J. (1964). “Juan de Aviñón y su “Sevillana Medicina”. *Medicina e Historia*, 25-29.
- Riera Palmero, J. (1985). “Los comienzos de la inoculación de la viruela en la España ilustrada”. *Medicina e Historia*, 8, 1-16.
- Ripoll Ripoll, J. M.; Vidal Casero, M<sup>a</sup>. C. (1984). Terapéutica anticolérica utilizada en el periodo 1880-1889. Actas II Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias. Vol 2. “La ciencia y la técnica en España entre 1850 y 1936: Comunicaciones. Jaca, 27 septiembre – 1 de octubre, 1982, 297-310.
- Robles González, E.; Pozzi, L (1997). “La mortalidad infantil en los años de la transición: una reflexión desde las experiencias italiana y española”. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 16, 165-199.
- Rocandio, Jesús; Trespaderne, Carlos (2012). *Víctor Lorza. Repertorios fotográficos 1900-1940*. Logroño: Ayuntamiento de Logroño.
- Rochard, J. (1897). *Traité D’Hygiène publique et privee*. Paris: Octave Doin Éditeur.
- Rodríguez Méndez, R. (1876). Topografías Médicas en: J. Giné y Partagás. ”Curso Elemental de Higiene Pública”. Tomo 2, Barcelona: Librería de Juan y Antonio Bestinos, editores.
- Rodríguez-Ocaña, E. (1987). “El concepto social de enfermedad”. En: A.Albarracín (coord.) *Historia de la enfermedad*. Madrid: Centro de Estudios Wellcome-España, pp. 340-349.
- Rodríguez Ocaña, E. (1992). *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social. Historia de la ciencia y de la técnica*. Madrid: Akal. 45.
- Rodríguez Ocaña, E. (1993) “Un diálogo entre la demografía histórica y la historia de la medicina: La Conferencia Internacional sobre la Historia del Registro de las Causas de Muerte (Bloomington, 11-14 de noviembre de 1993)”. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 11(3), 187-195.
- Rodríguez Sánchez, J.A. (1993). “José Salgado y Guillermo (1811-1890) y la madurez de la Hidrología médica española”. *Medicina e Historia*, 49, 1-16).

- Rodríguez Sánchez, J.A. (1998). “Los usos regeneracionistas de la simbología del agua: entre la decadencia balnearia y el moralismo kneippista”. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 18: 107-126.
- Rodríguez Sánchez, J. A. (2000). Evolución de la terapéutica balnearia: un espacio interdisciplinar. En: López Geta JA, Pinuaga Espejel JL (ed.). *Panorama actual de las aguas minerales y minero- medicinales en España* (87-103). Madrid: Instituto Geológico y Minero de España.
- Rodríguez Sánchez, J. A. (2001). Antecedentes históricos: la(s) memoria(s) del agua. En: *Las aguas minerales de España*. Baeza Rodríguez et al Eds. Madrid: Instituto Geológico y Minero de España. Disponible en: [http://aguas.igme.es/igme/publica/libros5\\_AMyT/lib115/pdf/lib115/in\\_01.pdf.htm](http://aguas.igme.es/igme/publica/libros5_AMyT/lib115/pdf/lib115/in_01.pdf.htm) [Consulta el 19/12/2011].
- Rodríguez Sánchez, J.A. (2006). “Institucionalización de la Hidrología Médica en España”. *Balnea*, 1 25-40.
- Rodríguez Sánchez, J.A. (2007). “Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia”. *Anales de Hidrología Médica*. 2: 9-26.
- Ronzón Fernández, Elena (1991). *Antropología y antropologías*. Oviedo: Pentalfa Ediciones.
- Rosen, G. (1944). *The specialization of medicine with particular reference to ophthalmology*. New York: Froben Press.
- Rosen, G. (2005). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Méjico: Siglo XXI.
- Rubio, P.M. (1853). *Tratado completo de las fuentes minerales de España*. Madrid: Establecimiento tipográfico D.R.R. de Rivera.
- Sáenz Cenzano, S. (1948). “Apuntes históricos de Logroño. La epidemia del cólera de 1854”. *Berceo*; 8, 343-355.
- Sáenz Cenzano, S. (1957). “Ordenanzas municipales de Logroño”. *Berceo*; 42, 87-104.
- Sáenz Yoldi, S. (1884). *Método curativo del cólera morbo asiático que da a luz su verdadero autor*. Vitoria: Imprenta de Elías Sarasqueta.
- Sáez de Montoya, C.; Utor, L.M. (1877). *Memoria sobre el análisis cualitativo y cuantitativo de las aguas minerales sulfuro azoado bicarbonatado cálcicas de San Agustín de Haro*. Haro: Establecimiento tipográfico de Pastor e hijos.
- Salcedo, E. (1898). *Catálogo de la Exposición Anexa al IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas.

- Salcedo y Ginestal, E. (1900 I). *Actas y memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo I, Preámbulo, Clase 1ª Higiene, Sección 1ª Microbiología aplicada a la higiene. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas.
- Salcedo y Ginestal, E. (1900 III). *Actas y memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo III, Clase 1ª Higiene, Sección 3ª Climatología topografía médicas. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas.
- Salcedo y Ginestal, E (1900 IV). *Actas y memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo IV, Clase 1ª Higiene, Sección 4ª, Higiene urbana. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas
- San Antonio Gómez, C., Manzano Agugliaro, F., León Casas, M.A. (2005, 1-3 junio). *Tomás López, un cartógrafo de gabinete del siglo XVIII: fuentes y método de trabajo*. XVII Congreso Internacional INGEGRAF. Sevilla. Disponible en: <http://www.ingegraf.es/pdf/titulos/COMUNICACIONES%20ACEPTADAS/M2.pdf>. [Consulta el 25-5-2012].
- Sánchez Agesta, L. (1981). *Orígenes de la política social en España*. En: Libro homenaje al maestro Mario de la Cueva. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. Serie E. Varios, Nº 13.
- Sánchez-Granjel Santander, L. (1974). *La legislación sanitaria del siglo XIX. El ejercicio médico*. Salamanca: Universidad.
- Sánchez-Granjel Santander, L. (1997): *Viaje al Balneario*. San Sebastián, Sociedad Vasca de Historia de la Medicina/Medikuntza Historiaren Euskal Elkartea.
- Sardà Seuma, S. (2010). “El giro comensal: nuevos temas y nuevos enfoques en la protohistoria peninsular”. *Herakleion*, 3, 37-65.
- Santero y Moreno, T. (1873). *Tratado de las enfermedades crónicas seguido de un sumario de las aguas minerales más importantes en España y en el extranjero*. Madrid: Imprenta de los señores Rojas.
- Scott, J.W. (1993). La mujer trabajadora en el siglo XIX. En: Duby, G. y Perrot, M (dirs.): *Historia de las mujeres*, 5 vols., Madrid: Taurus, vol 5: el siglo XX.
- Schofield, S.; Reher, D. (1994). “El descenso de la mortalidad en Europa”. *Boletín de la asociación de demografía histórica*. 12, 1, 9-32.
- Sighele, S. (1897). *Delinquenza settaria: Appunti di sociologia*. Milano: Ed Fratelli Treves.

- Simón Lorda, D. Y Rúa Domínguez, M<sup>a</sup> L. (2007). *El Laboratorio municipal de Ourense (1910-1930): Historia y antecedentes*. En: Campos, R.; Montiel, L.; Huertas, R. (coord.)(2007): *Medicina, ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 569-578). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Subirán y López de Baró, R. (1878). *Recopilación de noticias históricas de la ciudad de Calahorra*. Logroño: Imprenta y Encuad. De Federico Sanz.
- Susín Betrán, R (2000). “Arañando en la alteridad: La investigación como proceso complejo e intersubjetivo, reflexiones a partir de un libro de Rafael Aliena”. *Anuario de filosofía del derecho*. Nº 17, 523-538.
- Tejedor Muñoz, J.M., Moro Aguado, J.; Riera Palmero, J. (1998). *El ejercicio médico en España: La demanda profesional en el ámbito rural decimonónico (1854-1863)*. Salamanca: Universidad de Valladolid. Seminario de Historia de la Medicina.
- Tiana Ferrer, Alejandro (1991). “La educación de adultos en el siglo XIX: Los primeros pasos hacia la constitución de un nuevo ámbito educativo”. *Revista de Educación*, nº 294, 7-26.
- Tobías, M. (1861). *Memoria de las aguas minerales termales acidulo-salinas de la villa de Torrecilla en Cameros, cabeza de partido, provincia de Logroño, situada en la nueva carretera que dirige de Madrid a Francia*. Logroño: Imprenta y litografía de D. Domingo Ruiz.
- Torres Muñoz De Luna, R. (1865). *El cólera-morbo asiático considerado bajo el punto de vista químico*. Madrid: Imprenta de Antonio Peñuelas.
- Torres Muñoz De Luna, R. (1884). *El cólera morbo asiático. Importancia del ácido hiponítrico considerado como desinfectante agente profiláctico y curativo*. Madrid: Enrique Teodoro, Impresor.
- Trespacios y Mier, L.F. (1799). *Viage a los baños de Arnedillo: con la análisis de sus aguas*. Madrid: Imprenta de Villalpando.
- Uribarrena Urionagüena, P. (2002). “Tomás López y su obra”. *Oarso*, 201-204.
- Urteaga González, J.L. (1980) “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XX”. *Geo crítica. Cuadernos críticos de geografía humana*, 29. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Urteaga González, J.L. (1985-86). “Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica”. *Dynamis*, 5-6, 417-425.
- Urteaga González, J.L. (1993,). “La teoría de los climas y los orígenes del ambientalismo”. *Geo crítica. Cuadernos críticos de geografía humana*, 99. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Urteaga González, J.L. (1999). “Las topografías médicas como modelo de descripción territorial”. En Bernabeu Mestre, Bujosa Homar, F.; Vidal Hernández, J.M. (coords): *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca. Institut Menorquí d'Estudis, pp 73-85.
- Vallejo, E; Bustamante, J.M (1900). “Tratamiento de la difteria por el suero antitóxico”. *Actas y Memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía*. Tomo I. Madrid, 10-17 abril 1898. Imprenta de Ricardo Rojas.
- Vallilengua Martínez, O. (2010). “Del balneario de Riva los Baños a Peñaclara. Historia de un manantial. Torrecilla en Cameros”. *Belezos*, 12, 4-14.
- Vallribera i Puig, P. (2000). *Les topografies mèdiques de la Real Academia de Medicina de Catalunya*. Publicaciones del Seminari Pere Mata nº 86 de la Universidad de Barcelona. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- Vaquero Iglesias, J.A. (2007). “Radiografía de la Asturias contemporánea”. *La nueva España*, noticias cultura, jueves 22 de marzo.
- Verdé-Delisle (1856). *De la degeneración física y moral de la especie humana ocasionada por la vacuna*. Madrid: Carlos Bailly-Bailliere, Librería Extranjera y Nacional, Científica y Literaria.
- Viñes Rueda, J.J. (2000, Enero-abril). “El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial de epidemias en la de cólera de 1854-1855”. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 23, 1. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n1/salud1a.html>. [Consulta el 24-01-2008]
- Viñes Rueda, J.J. (2005). *Diagnóstico de salud de Navarra, 2003. Los determinantes y el estado de salud en el último decenio*. Anales del sistema sanitario de Navarra. Monografía nº 5. Pamplona: gobierno de Navarra.
- Viñes Rueda, J.J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta provincial de sanidad de Navarra (1870-1902)*. Temas de Historia de la Medicina nº 5. Pamplona: Departamento de Salud Gobierno de Navarra.
- Viñes Rueda, J.J. (2006b). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta provincial de sanidad de Navarra (1870-1902)*. Temas de Historia de la Medicina nº 5. Pamplona: Departamento de Salud Gobierno de Navarra.
- Viñes Rueda, J.J. (2008a). “La inoculación de la viruela y de la vacuna entre el empirismo (siglo XVIII) y la experimentación (siglo XIX)”. Primera parte: la variolización. *Vacunas*, 9, 1, 39-45.

- Viñes Rueda, J.J. (2008b). “La inoculación de la viruela y de la vacuna entre el empirismo (siglo XVIII) y la experimentación (siglo XIX)”. Segunda parte: la vacunación. *Vacunas*, 9, 2, 91-98.
- Viñes Rueda, J.J. (2008c). “La inoculación de la viruela y de la vacuna entre el empirismo (siglo XVIII) y la experimentación (siglo XIX)”. Tercera parte: final. *Vacunas*, 9, 4, 174-178.
- VVAA. (1885). “Memoria relativa a la actual epidemia de la provincia de Valencia y al método del Dr. Ferrán sobre la inoculación preventiva contra el cólera. Logroño: Imp. y Encuad. de Federico Sanz.
- VVAA. (1886). *El Cólera en la ciudad de Valencia en 1885 / Memoria de los trabajos realizados durante la epidemia por la Alcaldía al Excmo. Ayuntamiento en nombre de la Junta Municipal de Sanidad*. Valencia: Imprenta de Manuel Alufre.
- Walter Ledermann, D. (2003). “A propósito del cólera: Max Von Pettenkofer y su *Experimentum crucis*”. *Rev Chil Infect Edición aniversario*; 84-85.
- Weyler Y Laviña, F. (1854). *Topografía físico-médica de las Islas Baleares y en particular de la de Mallorca*. Palma: Imp. Pedro José Gelabert.
- Zapatero González, J.M. (1915). *La rabia, doctrina científica*. Logroño: Imp. La Rioja.
- Zapatero González, J.M. (1916). *Estudio médico topográfico de Cervera del río Alhama y su distrito*. Manuscrito. Real Academia de Medicina de Madrid.



