

El cólera en Barcelona. Respuestas institucionales y sociales frente a la epidemia de 1884-1885*

Cholera in Barcelona. Institutional and social responses to the epidemic of 1884-1885

Santiago DE MIGUEL SALANOVA
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

Este artículo se aproxima a la última epidemia de cólera vivida por Barcelona en el siglo XIX, desde planteamientos analíticos e interpretativos relacionados con dos periodos. En primer término, se explorará el contexto en que la ciudad se vio amenazada por la posible introducción de la enfermedad y por la declaración epidémica tras la presentación de unos primeros casos aislados, poniéndose énfasis no sólo en las medidas preventivas establecidas por las autoridades locales, sino también en los planes de reordenamiento institucional que entonces se pensaron como necesarios para la mejora generalizada de la salud pública urbana a medio plazo. En segundo lugar, se estudiará la coyuntura inmediatamente anterior y coincidente con el desarrollo de la epidemia, observando tres escenarios específicos. En este sentido, se atenderá a los planes de contención diseñados por los organismos sanitarios, a la incidencia poblacional y socioespacial de la afección y a las diferentes actitudes y comportamientos presentados entre el vecindario. En última instancia, se generará una contraposición entre la resistencia activa y la solidaridad colectiva o el auxilio mutuo que podían detectarse durante el embate del cólera.

PALABRAS CLAVE

Barcelona; epidemias; cólera; sanidad; salubridad; vecindario.

ABSTRACT

This article examines the last cholera epidemic experienced by Barcelona in the 19th century from analytical and interpretative approaches in two time periods. Firstly, it explores the context of the threat posed to the city by the possible introduction of the disease and by the declaration of an epidemic following the first isolated cases, emphasising not only the preventive measures established by the local authorities, but also the institutional reorganization plans that were considered necessary to make general improvements in urban public health in the medium term. Secondly, we will study the situation immediately prior to and during the development of the epidemic, looking at three specific scenarios, namely, the containment plans designed by health organisations, the population and socio-spatial incidence of the disease and the different attitudes and behaviours displayed by those living in the neighbourhood. Finally, we will contrast the active resistance and the collective solidarity or mutual assistance displayed during the onslaught of cholera.

KEYWORDS:

Barcelona; epidemics; cholera; public health; healthiness; neighbourhood.

*. El presente trabajo ha sido posible gracias a la financiación obtenida en los siguientes proyectos: proyecto de investigación “La sociedad urbana en España, 1860-1983. De los ensanches a las áreas metropolitanas, cambio social y modernización”, PGC2018-096461-B-C41, “Proyectos I+D de Generación de Conocimiento”. Programa Estatal de Generación de Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+i financiado por Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades / Unión Europea. Fondo Europeo de Desarrollo Regional. MICINN/ FEDER (IP: Luis Enrique Otero Carvajal). Proyecto “Gobernar la ciudad. La transición urbana como objeto político de los poderes locales en la España Contemporánea (1900- 1936)”. Universidad Complutense de Madrid. Ayudas para la realización de proyectos de I+D para jóvenes doctores. Referencia: PR65/19-22409 (Investigador principal: Santiago de Miguel Salanova).



Artículo recibido el 14-8-2022 y admitido a publicación el 16-11-2022.



Durante el siglo XIX, el cólera se expandió a prácticamente cada rincón del mundo, sobre la base de cinco olas pandémicas ampliamente explicadas por la literatura especializada en lo que concierne a sus orígenes y su radio de alcance¹. No es casual que el *terror azul* haya sido caracterizado por Hamlin como la enfermedad señal o central de esa centuria² y que haya adquirido en el ámbito urbano su espacio de interpretación historiográfica más relevante, teniendo en cuenta la conexión que presenta con respecto a las condiciones de insalubridad crecientemente palpables en ciudades que agigantaron en ese contexto su componente poblacional, sin que ello viniera inicialmente acompañado por planeamientos racionalizados de transformaciones físicas en su tejido³.

Más allá de su carácter central, el cólera fue la enfermedad social por excelencia del Ochocientos⁴. Dibujó desigualdades globales a nivel territorial, mas también enfatizó la fragmentación que progresivamente se había ido articulando en los espacios locales. El papel que la afección ocupa dentro de la historia social y política de la etapa contemporánea es capital, por la manera en que puso en jaque la eficacia y resistencia de los resortes inherentes a las estructuras administrativas y los dispositivos de control social y gobernanza de la era liberal. Sin embargo, los desafíos que tuvieron que afrontar las autoridades no sólo vinieron vehiculados por circunstancias conectadas con la epidemiología médica, los conocimientos bacteriológicos y las campañas de salud pública, que forzosamente se hicieron más fervientes, pese a la inexistencia de una uniformidad en los enfoques preventivos nacionales⁵. Además, estuvieron determinados por las múltiples deficiencias políticas, sociales y morales que el cólera retrataría sin ambages, lo que dio lugar a conflictos de clase, levantamiento de rumores y sospechas y turbulencias sociales, ora propulsadas por los intereses económicos que se ponían en juego, ora explicitadas por el impacto que las medidas preventivas y de contención epidémicas tenían en la esfera de la cotidianidad popular⁶.

Dicho esto, no sorprende el protagonismo que el cólera tiene en la historiografía especializada en el siglo XIX y la multiplicidad de estudios que se presentan con respecto

1. Las coyunturas epidémicas abarcaron los siguientes años y territorios: 1817-1823 (Asia), 1826-1837 (Asia, Europa, Norteamérica), 1846-1862 (Asia, Europa, Norteamérica), 1865-1875 (Asia, Europa, Norteamérica) y 1881-1896 (Asia y Europa). Véanse S. L. KOTAR y J. E. GESSLER, *Cholera. A Worldwide History*, Jefferson, McFarland & Company, 2014 y Frank M. SNOWDEN, *Epidemics and Society. From the Black Death to the Present*, New Haven/Londres, Yale University Press, 2020, pp. 233-268.

2. Christopher HAMLIN, *Cholera: the Biography*, Oxford, Oxford University Press, 2009, pp. 4-5.

3. Algunos de los numerosos estudios representativos que se presentan para las principales urbes europeas y norteamericanas son: Charles ROSENBERG, *The Cholera Years. The United States in 1832, 1849, and 1866*, Chicago, Chicago University Press, 1962; François DELAPORTE, *Disease and Civilization. The Cholera in Paris 1832*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1986; Richard J. EVANS, *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years*, Oxford, Oxford University Press, 1987; Anne HARDY, *The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900*, Oxford, Clarendon Press, 1993 y Frank M. SNOWDEN, *Naples in the Time of Cholera, 1884-1911*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995.

4. Asa BRIGGS, "Cholera and Society in the Nineteenth Century", *Past & Present*, 19 (1961), pp. 76-96, <https://doi.org/10.1093/past/19.1.76>.

5. Peter BALDWIN, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 123-243, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511497544>.

6. Una magistral síntesis de estas cuestiones en Samuel KLINE COHN, *Epidemics. Hate and Compassion from the Plague of Athens to AIDS*, Oxford, Oxford University Press, 2018, pp. 163-262.

al impacto de la enfermedad a escala mundial⁷. En lo que concierne a la historiografía española, el estado de la cuestión es tan amplio que prácticamente podríamos aseverar que cada capital de provincia cuenta con su propio acercamiento. En la mayoría de las ocasiones, las investigaciones se han desplegado desde perspectivas locales o regionales, focalizadas en alguno de los cuatro ciclos en los que la enfermedad impactó sobre la Península Ibérica (1834, 1854-1855, 1865 y 1884-1885), o desde miradas que, privilegiando un enfoque espacial unívoco, han generado comparativas sobre el grado de incidencia sociodemográfica de esas olas. Menos representatividad tienen los estudios que han establecido nexos entre las epidemias de cólera y los efectos que se desprendían de las mismas, en direcciones correlacionadas con problemáticas de orden social o conflictos entre autoridades gubernativas en términos de gestión sanitaria⁸.

La pandemia de la COVID-19 ha impulsado el interés historiográfico sobre las epidemias de las sociedades del pasado y no sólo en lo que respecta a la epidemia de gripe de 1918-1919. Asimismo, la crítica coyuntura sanitaria activada desde marzo de 2020 ha conllevado un incremento significativo de interpretaciones ligadas con el cólera, en sus diferentes ciclos y desde percepciones que nuevamente han puesto de manifiesto la manera en que la apreciación de la enfermedad gana trascendencia desde el marco local. Así, han cobrado fuerza las exploraciones sobre las consecuencias demográficas de la enfermedad (reconstruidas desde registros civiles y sacramentales); sobre sus repercusiones socioculturales (contempladas desde la vertiente del miedo colectivo); sobre los dispositivos hospitalarios, de gobernanza local y de auxilio mutuo que ponía en liza, e incluso sobre el papel de la sátira y la ridiculización a través de la prensa⁹.

Con todo el amplio bagaje historiográfico existente para el cólera del siglo XIX en el Estado español, resulta cierto que pueden advertirse disonancias reseñables en lo que concierne a las investigaciones sobre los principales núcleos urbanos. Al contrario de



7. El estado de la cuestión más actualizado sobre el cólera en Valeska HUBER, “Pandemics and the politics of difference: rewriting the history of internationalism through nineteenth-century cholera”, *Journal of Global History*, 15/3 (2020), pp. 396-400, <https://doi.org/10.1017/S1740022820000236>.

8. Ejemplos destacados de estos enfoques en Juan José FERNÁNDEZ SANZ, *1885: el año de la vacunación Ferrán. Trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*, Madrid, Ramón Areces, 1990; Luis DÍAZ, “El cólera de 1885 en Madrid: catástrofe sanitaria y conflicto social en la ciudad epidemiada”, en VV. AA., *Veinticinco años después. Avances en la Historia Social y Económica de Madrid*, Madrid, UAM, 2014; Pere SALAS y Joana María PUJADAS, “El cólera como conflicto y como factor de legitimación. Palma, 1865”, *Ayer*, 101 (2016), pp. 189-212, y Manuel Ángel CALVO, “El cólera morbo de 1885 en Sevilla y sus consecuencias sociales”, *Ayer*, 110 (2018), pp. 233-260, <https://doi.org/10.55509/ayer/110-2018-09>.

9. Entre otros trabajos, Jesús ALDABA, “La epidemia de cólera de 1855. Su impacto en Euskal Herria, según los registros civiles y parroquiales”, *Antzina*, 31 (2021), pp. 4-23; Daniel LENO, “Reacciones sociosanitarias derivadas del miedo a la muerte durante la primera pandemia de cólera a su paso por Plasencia en 1834”, *El Futuro del Pasado*, 12 (2021), pp. 427-448, <https://doi.org/10.14201/fdp202112427448>; Yolanda MARTÍNEZ, “La última gran epidemia del siglo XIX en Aragón: La epidemia de cólera de 1885 en Zaragoza”, *Temperamentvm*, 17 (2021); José Antonio ORTEGA y Clara GARCÍA-MORO, “El cólera en Salamanca. Análisis comparado de las epidemias del siglo XIX”, *Revista de Demografía Histórica*, 38/3 (2020), pp. 125-154; Santiago DE MIGUEL, “Estado de sospecha, estado de declaración. Los límites de la gobernanza municipal y sus alternativas en tiempos de epidemia. Madrid, 1885”, *Revista de Demografía Histórica*, 39/3 (2021), pp. 145-174; Pilar LEÓN, “Los hospitales para coléricos en la pandemia de 1885”, en Margarita VILAR-RODRÍGUEZ, Jerónia PONS-PONS y Carlos BARCIELA (coords.), *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alicante, Universidad de Alicante, 2022, pp. 171-199, y Jorge RAMÓN, “Cordons, vírgules i anguiles en la ciudad. Sátiras y respuestas políticas a la epidemia de cólera de 1885 en Valencia”, *Historia Contemporánea*, 70 (2022), pp. 717-751, <https://doi.org/10.1387/hc.21956>.

lo que ha ocurrido con ciudades como Madrid, Valencia, Zaragoza o Sevilla, Barcelona ofrece carencias en lo que respecta a estudios centrados en las epidemias que sufrió en 1834, 1854, 1865 y 1884-1885. Dejando a un lado los breves apuntes comparativos que sobre la incidencia y los planes de acción en esas cuatro olas realizó Joncour¹⁰, únicamente el primero de esos ciclos cuenta con trabajos monográficos detallados¹¹. Por el contrario, los análisis de las epidemias de 1854-1855 y 1865 han quedado subsumido en investigaciones de más amplio alcance temático, principalmente correlacionadas con la evolución de la salud pública en el ámbito urbano¹². Este aspecto sería también detectable en la epidemia de cólera que aquí se analizará, la de 1884-1885, de la que pueden rescatarse algunas aproximaciones significativas sobre las medidas implementadas por las autoridades municipales y las repercusiones sociodemográficas de la epidemia en un sentido estructural¹³.

Valorando estas cuestiones previas, este trabajo ambiciona profundizar sobre el análisis de la última epidemia de cólera experimentada por Barcelona en el siglo XIX en tres frentes temáticos. En primer término, se explorarán las respuestas institucionales que desde el gobierno municipal se articularon durante la fase de amenaza sanitaria iniciada tras la declaración oficial de la enfermedad en las localidades francesas de Tolón y Marsella a finales de junio de 1884, trazadas no sólo con un sentido de emergencia preventiva, sino también con la superación de los problemas higiénico-sanitarios y asistenciales existentes en la ciudad. En segundo lugar, se indagará en la dirección socioespacial que las medidas preventivas mostraron tras la detección de los primeros casos aislados de cólera entre mediados de septiembre y finales de octubre de 1884, en las diferentes velocidades que mostraron los planes de acción municipal contra la enfermedad en función del marco cronológico analizado y en la incidencia que la epidemia tuvo finalmente sobre la urbe, priorizando enfoques relacionados con espacios residenciales limitados. Finalmente, se advertirán las diferentes reacciones sociales que se presentaron durante las fases preventiva y de contención, engarzadas con las denuncias, reclamaciones y quejas vecinales, las actitudes de resistencia activa frente a los dispositivos oficiales de profilaxis sanitaria y las conductas de solidaridad colectiva y auxilio mutuo activadas una vez que la amenaza epidémica se tornó en realidad.

La interpretación de los anteriores escenarios se realizará a partir de la utilización de fuentes primarias procedentes del *Arxiu Municipal Contemporani* de Barcelona, entre las que sobresalen las actas derivadas de las sesiones celebradas por los organismos que gestionaron la problemática sanitaria (Junta Municipal de Sanidad y Comisión de Salubridad) y las instancias recabadas por la Secretaría de la Alcaldía (especialmente útiles para aproximarse al intervencionismo del vecindario). El estudio se completa gracias al uso de la documentación correlacionada con el cólera proveniente del Archivo

10. Marie-Claude JONCOUR, “Las cuatro epidemias de cólera observadas en Barcelona durante el siglo XIX y las consecuencias que tuvieron sobre las relaciones portuarias Barcelona-Marsella”, *Anales de Medicina y Cirugía*, LV/242 (1975), pp. 297-308.

11. M. Asunción CLADELLAS, “El cólera de 1834 en Barcelona”, tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 1995.

12. Carles GRABULEDA, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona Contemporània*, Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2003, pp. 260-280.

13. Manel RISQUES, “L’epidèmia del còlera a Barcelona, 1884-1885”, *L’Avenç*, 79 (1985), pp. 28-32; GRABULEDA, *Salut pública...*, pp. 291-325, y José Manuel MARTÍN PASCUAL, “Aigua i societat a Barcelona entre les dues exposicions (1888-1929)”, tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, 2007, pp. 145-155.

de la Diputación Provincial de Barcelona, de la prensa periódica y de los artículos especializados publicados en revistas locales de sanidad y medicina.

En el corto y en el medio plazo. Las respuestas institucionales durante la fase preventiva del cólera en Barcelona

El 23 de junio de 1884 se difundió en la prensa un telegrama anunciando la llegada del cólera a la localidad francesa de Tolón. Las primeras decisiones gubernamentales conectadas con la amenaza sanitaria que entonces se cernía sobre España se adoptarían un día después, con la publicación de una circular de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad en la que se llamaba a la convocatoria de las juntas provinciales de sanidad para activar los dispositivos que evitaran la importación de la enfermedad. Todo ello se hizo desde lo dispuesto tras el último embate del *terror azul*, con la Real Orden del 11 de julio de 1866 (que fijaba los procedimientos a seguir por gobernadores y autoridades locales en caso de epidemia) y las instrucciones para la preservación del cólera y curación de sus primeros síntomas (redactadas por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid en octubre de 1865). Ello representaba, a juicio de Fernández Sanz, una “prueba inequívoca de inercia, tanto legislativa como sanitaria”¹⁴. Días más tarde, se declararían oficialmente sucias las procedencias de Tolón y se someterían a expurgo las mercancías que llegaban por vía terrestre desde zonas sospechosas allende la frontera.

En Barcelona, los rotativos advirtieron sobre la urgente necesidad de conjurar la difusión de la enfermedad hacia la urbe, desde la consideración de que su intensa actividad comercial con los puertos del golfo de Lyon la convertían en uno de los enclaves del Mediterráneo más propensos para ver penetrar al *huésped del Ganges*¹⁵. El poder local emitió una primera respuesta rápida, verificable en la ampliación de la Junta Municipal de Sanidad (integrada por los diez tenientes de alcalde de los distritos de la ciudad, siete médicos, dos concejales, dos padres de familia, un canónigo y un cura párroco)¹⁶. La forma en que se constituyó ejemplificaría una necesidad cuya expresión oficial resultaba novedosa: la de articular estrategias preventivas vinculadas con la evolución del espacio urbano. Por un lado, la habilitación de diez comisiones en su seno (en lugar de las dos que operaron hasta entonces) buscaba adecuar la vigilancia sanitaria con la extensión poblacional alcanzada por la ciudad desde 1860¹⁷, entendiéndose que su composición debía fluctuar con relación a las disonancias socioeconómicas que iban mostrando los distritos¹⁸. Por otra parte, la importancia de intensificar el examen de las realidades comunitarias a una escala más pequeña que la del distrito justificaba la utilización extendida de los alcaldes de barrio como elementos auxiliares de la acción



14. FERNÁNDEZ SANZ, 1885, *el año...*, p. 37.

15. *El Diluvio, La Publicidad y Diario de Barcelona*, de 24-6-1884 a 26-6-1884.

16. ARXIU MUNICIPAL CONTEMPORANI DE BARCELONA (en adelante, AMCB), Actes del Consell Plenari (ACP), 1-7-1884, dossier 66-1884.

17. Barcelona asistió a su primer despegue demográfico tras la proyección del Ensanche de Cerdá, al pasar de 189.948 habitantes en 1860 a 250.000 en 1884. El componente migratorio fue decisivo en esta evolución, al ofrecer su crecimiento vegetativo valores negativos de una manera casi sistemática. Véase Antonio LÓPEZ GAY, “175 años de series demográficas en la ciudad de Barcelona. La migración como componente explicativo de la evolución de la población”, *Biblio 3W*, 1.098 (2014).

18. El proceso de segregación socioespacial a partir del Ensanche en Mercè TATJER, “Els barris obrers del centre històric de Barcelona”, en José Luis OYÓN (ed.), *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras, 1918-1936*, Barcelona, CCCB, 1998, pp. 13-46.

preventiva¹⁹. Se entendía que estas figuras, comprometidas con la preservación del orden público en núcleos residenciales reducidos²⁰, tendrían un papel vital en la identificación de los focos de infección que escapaban al conocimiento de las altas esferas del poder local²¹.

Inmediatamente después de su formación, la Junta Municipal de Sanidad nombró una Comisión de Salubridad que desarrollaría sus reuniones con una periodicidad prácticamente diaria, totalmente compuesta por facultativos cuyos cometidos conectaban con el estudio y la resolución de “la multitud de heterogéneas cuestiones que involucra el concepto higiénico”²². En total, fueron diez profesores de medicina los que, desde ese organismo, se encargaron de la gestión de la amenaza sanitaria que se cernía sobre Barcelona, dedicándose cada uno de ellos a la inspección de un distrito para solventar “cuantas reclamaciones y denuncias pudieran dirigírseles”²³.

Desde un primer momento, la Comisión de Salubridad y la Junta Municipal de Sanidad entraron en un marco de colaboración constante para activar medidas preventivas concretas. Algunas resultarían arquetípicas de coyunturas sanitarias de estas características y engazarían con las articuladas en otros núcleos poblacionales en idéntico contexto²⁴. Así, cundieron los debates sobre los mecanismos de limpieza y riego a utilizar en las vías públicas, el cerramiento de los pozos de agua domésticos y la limpieza y mejora de las cloacas. En la misma línea de continuidad habrían de valorarse las medidas establecidas sobre la venta callejera de artículos de primera necesidad, la vigilancia de las carnes del matadero y los pescados en los mercados y las condiciones fijadas para el funcionamiento de los lavaderos, relativas al cambio diario de sus aguas²⁵.

En segundo término, las acciones de los anteriores organismos se vieron incrementadas en direcciones no extensamente planteadas hasta entonces. Se implementaron fuertes mecanismos de inspección sobre almacenes, fábricas o espacios residenciales donde se seguían costumbres concebidas como impropias de un entorno urbano en transformación, por la confluencia de cuadras y depósitos de aves, cerdos, gallinas y conejos. Siguiendo las interpretaciones de Pascual sobre la acción municipal preventiva desarrollada durante la epidemia de cólera vivida en Rosario (Argentina) en este mismo contexto, los dispositivos planteados en esas líneas mostraban la clara

126

19. AMCB, Governació, Actas de la Junta Municipal de Sanidad (AJMS), 16-7-1884, signatura D-100, bis/3.

20. Aunque se desconocen estudios sobre estos cargos para Barcelona, existen investigaciones centradas en sus cometidos para otros núcleos urbanos similares en el siglo XIX. Véase Mathieu AGUILERA, “Les alcaldes de barrio de Madrid (1834-1840): une police urbaine de voisinage entre ancien et nouveau régime”, *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* (2017).

21. La relevancia de los alcaldes de barrio en la detección de carencias sanitarias a nivel urbano en Marcela DÁVALOS, “La construcción de la asepsia urbana a partir de las observaciones de policía. Ciudad de México, siglo XVIII”, *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* (2017).

22. AMCB, Governació, Actas de la Comisión de Salubridad (ACS), 17-7-1884, signatura D/100, bis/4.

23. *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, año X, n. 14, 25-7-1884, p. 447.

24. MARTÍNEZ, “La última gran epidemia...”, y DE MIGUEL, “Estado de sospecha...”, pp. 150-156.

25. AMCB, Governació, AJMS, 7-8-1884; 9-8-1884; 23-8-1884 y 4-9-1884, signatura D-100, bis/3 y AMCB, Governació, ACS, 18-7-1884, 21-7-1884, 22-7-1884, 23-7-1884, 28-7-1884, 4-8-1884, 14-8-1884, 21-8-1884 y 28-8-1884, signatura D-100, bis/4. Referencias a estas medidas pueden encontrarse también en: RISQUES, “L’epidèmia...”, pp. 28-32.

ambición de intervenir sobre espacios poco conocidos por la intendencia²⁶, de ahí la relevancia que tendrían los alcaldes de barrio y el vecindario, como posteriormente veremos. Paralelamente, se desplegó una intensa vigilancia sobre las casas de prostitución que afloraron al compás de las dislocaciones socioeconómicas que acompañaron a la extensión de la ciudad²⁷. El control de esos locales se concebía, en opinión de Rafael Rodríguez Méndez (catedrático de Higiene y director de la *Gaceta Médica Catalana*), como crucial en una coyuntura de alarma sanitaria, y su ejecución pasaba por las autorizaciones que desde el Gobierno Civil se difundieran a la Sección de Higiene Especial de Barcelona²⁸, con el objetivo de complementar las visitas domiciliarias que los integrantes de ese cuerpo realizaban para conocer el estado de salud de las meretrices²⁹ con otras que dieran constancia de sus condiciones de habitabilidad.

Más allá de estas medidas preventivas (a las que se sumaría la conocida iniciativa científica de enviar una comisión para el estudio del cólera en Tolón y Marsella, deudora de una moción presentada en el consistorio por el médico Bartomeu Robert)³⁰, el gobierno municipal planteó actuaciones vehiculadas por un objetivo relevante: el de utilizar la amenaza epidémica como un definitivo punto de inflexión desde el que promover o avanzar planes que solventaran las carencias más sensibles de la organización higiénico-sanitaria de la urbe. Diversas investigaciones han interpretado el cólera como un catalizador de las reformas que las grandes ciudades exigían en términos de salud pública (en lo relativo a la confección de sistemas de saneamiento para el suministro de aguas puras y el correcto tratamiento de las residuales) o como un fenómeno propulsor de virajes trascendentales en el planeamiento urbanístico³¹. El caso de Barcelona también engazaría con esta teoría del *cholera forcing*³², mas fue la coyuntura preventiva la que representó un primer y destacado papel a la hora de encarar transformaciones que se consolidaron en el primer tercio del siglo XX.

El caso más ejemplificador del funcionamiento del *cholera forcing* en Barcelona estaría relacionado con la aprobación en 1891 del proyecto de saneamiento del subsuelo redactado por Pedro García Faría, que abrió las puertas a la modernización de las redes de alcantarillado de la ciudad al planear su extensión desde los 35 kilómetros presentados

26. Cecilia M. PASCUAL, “La epidemia de cólera como condensador de sentidos: culturas urbanas, narraciones clínicas y políticas higiénicas en Rosario, Argentina, 1886-1887”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 24/2 (2017), pp. 306-307, <https://doi.org/10.1590/s0104-59702017000200002>.

27. Rafael ALCAIDE, “La reglamentación de la prostitución en la Barcelona de la Restauración (1870-1890)”, *Hispania*, 218 (2004), pp. 903-909.

28. AMCB, Governació, ACS, 11-8-1884, signatura D/100, bis/4 y AJMS, 4-9-1884, signatura D/100, bis/3.

29. ALCAIDE, “La reglamentación...”, pp. 911-916.

30. Entre los trabajos que se han referido a las investigaciones de la comisión y al papel fundamental en la misma de Jaume Ferrán, pueden destacarse los realizados por George H. BORNSIDE, “Jaime Ferran and preventive inoculation against cholera”, *Bulletin of the History of Medicine*, 55/4 (1981), pp. 519-522; Antoni ROCA, *Història del Laboratori Municipal de Barcelona. De Ferrán a Turró*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1988, pp. 21-38, y María José BÁGUENA, “Jaume Ferrán y su papel en las epidemias de cólera de Valencia”, *Anales (Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana)*, 12 (2011), pp. 1-9.

31. Los casos más evidentes tendrían que ver con las reformas de Haussmann para París y el *risanamento* de Nápoles. Véase SNOWDEN, *Epidemics and Society...*, pp. 256-259.

32. Christopher HAMLIN, “Cholera Forcing. The Myth of the Good Epidemic and the Coming of Good Water”, *American Journal of Public Health*, 99/11 (2009), pp. 1.946-1.954, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.165688>.



a la altura de 1884 hasta los 213 finalmente alcanzados³³. Sin embargo, las propias medidas implementadas por la Junta Municipal de Sanidad y la Comisión de Salubridad para intensificar las operaciones de limpieza de las cloacas en el verano de 1884 ya estuvieron marcadas por la advertencia de que las ofrecidas por la ciudad eran inservibles prácticamente en su totalidad y, en consecuencia, no subsanables mediante las intervenciones de saneamiento puntuales que algunos de sus integrantes propusieron³⁴. Los debates desarrollados en el primero de esos organismos apuntaban a la espera de un plan general para la creación de una nueva red de alcantarillado, circunstancia que llevaría a decidir la formación de una comisión mixta permanente desde la que ingenieros y médicos avanzaran hacia el desarrollo de estudios en esa línea específica³⁵.

Al margen de la correlación entre la coyuntura preventiva del cólera y la gestación de un plan general de reforma del alcantarillado, la amenaza de la enfermedad fue clave para materializar propuestas vinculadas con una centralización de los mecanismos sanitarios de la ciudad. La posible llegada de la epidemia llevó a los integrantes de la Comisión de Salubridad a disponer que los cuerpos facultativos de la urbe debían configurarse conforme a bases regularizadas donde sus competencias fueran fijadas con mayor precisión. Se formaron así escalafones entre los médicos (aquilatando una separación entre quienes operasen a nivel de distrito y quienes asumieran los cargos de guardia en los hospitales coléricos habilitados durante una posible epidemia) y los practicantes (integrando a titulares y a estudiantes de medicina que tuvieran aprobados los tres primeros cursos de su facultad); se creó un cuerpo de enfermería (destinado allí donde las necesidades lo exigieran) y se implementó un servicio de comprobación de defunciones a domicilio, suprimiéndose las que se verificaban en los cementerios³⁶.

128

Lo interesante de este modelo, característico de una medicina de emergencia, tuvo que ver con el hecho de que sus planteamientos organizativos estuvieron en la base del cuerpo médico-municipal permanente creado a comienzos de 1885. Este último, antecedente del que se inauguraría en 1891 y subdividido en cuatro secciones (asistencia médica y policía sanitaria; inspecciones higiénicas y desinfecciones; bacteriología e higiene especial)³⁷, quedaría conformado por diez médicos primeros y otros diez segundos encargados de cumplimentar, para los diez distritos de la ciudad, las reglas y deberes que emanaran del gobierno local relacionadas con diferentes conceptos sanitarios. Entre sus cometidos se encontraban el examen minucioso de las condiciones higiénicas de los distritos que se les encomendaban, la vigilancia constante de la policía higiénica en espacios públicos y establecimientos municipales de esas demarcaciones, la difusión de información sobre las condiciones que debían presentar las construcciones civiles, el asesoramiento de las comisiones municipales de almotacenía, el reconocimiento de las viviendas donde se presentaran casos de enfermedades

33. Miguel Ángel MIRANDA, “Pedro García Faría, ingeniero de caminos (y arquitecto)”, *Scripta Nova*, 221 (2006) y MARTÍN, *Aigua i societat...*, pp. 155 y ss.

34. AMCB, ACS, 21-7-1884 y 24-7-1884, signatura D/100, bis/4 y AMCB, AJMS, 23-8-1884, signatura D/100, bis/3.

35. AMCB, Secretaría de la Alcaldía (SA), octubre de 1884, legajo 44.256, expediente 4.310. El dictamen de la comisión, publicado poco antes de la declaración del cólera en 1885, en *El Diluvio*, 15-7-1885.

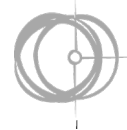
36. AMCB, Governació, ACS, 24-7-1884 y 28-7-1884, signatura D-100, bis/4 y AMCB, ACP, 26-7-1884, dossier 66-1884.

37. Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA, “La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona”, *Dynamis*, 5-6 (1985-1986), pp. 287-288.

infectocontagiosas de cualquier índole, la comprobación de defunciones en el marco domiciliario, el auxilio y curación de heridos y víctimas de accidentes la dirección de las campañas de vacunación y revacunación y el examen de las condiciones de salud de los niños que ingresaran en las escuelas³⁸.

En manos del cuerpo médico-municipal permanente quedarían también los servicios de desinfección, igualmente inaugurados en el contexto de prevención frente al cólera³⁹. En la instrucción popular relativa a los preceptos que debían observarse en épocas de epidemia colérica, publicada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona el 1 de julio de 1884, se habían expuesto las fórmulas de antisepsia a utilizar con las ropas y objetos de los enfermos y sus habitaciones. Sin embargo, la ejecución de estas medidas dependía de la iniciativa particular. Con la amenaza del cólera, se hizo evidente para las autoridades la necesidad de articular medios que permitieran que la desinfección estribara en actuaciones regularizadas provenientes del gobierno local. En este sentido, se siguieron directrices invocadas en años anteriores por figuras como Louis Pasteur y Léon Colin, vehiculadas por el establecimiento de los programas de desinfección sistemáticos y científicos a asumir por las corporaciones municipales⁴⁰.

En lo que respecta a los servicios de desinfección, las autoridades de Barcelona confluyeron con las decisiones que en la misma coyuntura se adoptaron en Madrid, donde adquirieron una primera estructura definida coincidiendo con la fase preventiva del cólera⁴¹. Diversos autores se han referido a la operatividad que tuvieron en un primer momento, definiendo sus medios de trabajo como rudimentarios. Sus brigadas de fumigadores quedaban conformadas por mangueros de los servicios de limpieza, siendo los principales materiales utilizados para la profilaxis “regaderas, soluciones desinfectantes, aparatos pulverizadores, cepillos de baldeo, cilindros de palastro para la inmersión de ropas en soluciones de bicloruro de mercurio y cazuelas para quemar azufre”⁴². En el caso de Barcelona, el servicio de desinfección quedó integrado por un número de brigadas de fumigadores que, en principio, parecía indeterminado, en la medida en que se entendía como adaptable a las necesidades reclamadas desde el gobierno municipal. En cualquier caso, la constitución interna de esas brigadas sí adquiriría una explicitación concreta, al disponerse que en cada una de ellas figurase un alumno de medicina y dos mozos que hubieran trabajado en “laboratorios, fábricas de efectos químicos o farmacias”. En este sentido, parecía imponerse un criterio no contemplado inicialmente en Madrid, relacionado con la consideración de ceder esas ocupaciones a



38. AMCB, SA, diciembre de 1884, legajo 44260, expediente 5193 y *El Diluvio*, 23-1-1885. Referencias a la creación del servicio médico-sanitario permanente en Antoni ROCA, “La higiene urbana com a objectiu: notes sobre la historia de L’Institut Municipal de la Salut (1891-1936)”, en ídem (coord.), *Cent anys de salut pública a Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1991, pp. 75-76; GRABULEDA, *Salut pública...*, pp. 293-295, y MARTÍN, *Aigua i societat...*, pp. 151-153.

39. AMCB, Governació, ACS, 29-7-1884 y 4-8-1884, signatura D/100, bis/4.

40. David S. BARNES, *The Great Stink of Paris and the Nineteenth-Century Struggle against Filth and Germs*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2006, pp. 142-144, <https://doi.org/10.1353/book.3223>.

41. Francisco Javier PUERTO y Josefa COBO, “El Laboratorio Municipal de Madrid en el último tercio del siglo XIX”, *Dynamis*, 3 (1983), pp. 150-159, y DÍAZ, “El cólera de 1885...”, pp. 473-475.

42. DÍAZ, “El cólera de 1885...”, p. 474.

figuras que tuvieran “mayor práctica” en la ejecución de “trabajos parecidos” y pudieran responder “sin perjuicio de las instrucciones que oportunamente se les dieran”⁴³.

Finalmente, la posible llegada del cólera a Barcelona sirvió para un replanteamiento de sus recursos hospitalarios⁴⁴. La Comisión de Salubridad sometió a la consideración de la Junta Municipal de Sanidad las nuevas instalaciones que podían realizarse en el anterior apartado, y sería finalmente Rafael Rodríguez Méndez quien redactaría un plan sobre lo que la urbe requería para atender a los enfermos coléricos⁴⁵. En los debates sobre este asunto se valoraron las malas condiciones presentadas por el Hospital Militar y, sobre todo, por el de la Santa Creu⁴⁶, en lo relativo a la disposición de las cloacas que conducían los materiales excrementicios del edificio. Estas circunstancias llevaban a prohibir, para el caso del segundo recinto, la habilitación de secciones destinadas al albergue de enfermos durante la epidemia. Seguidamente, se plantearon las localizaciones a priorizar en las posibles nuevas construcciones hospitalarias y se pensó en la conveniencia de situarlas en espacios más o menos periféricos del término municipal caracterizados por una rapidez en las comunicaciones, abundancia de aguas potables y sólida capacidad de aislamiento. El proyecto que se entendió como necesario fue el concerniente al levantamiento de una urbe hospitalaria formada por dos pabellones independientes para enfermos y un tercer pabellón para convalecientes, compenetrados con una sección que sirviera de habitación al médico encargado de su dirección, una barraca para la instalación de cocinas y despensas, un edificio anexo para depósito de muertos y ropas y camas infectadas y una estufa de desecación⁴⁷.

130

El elevado coste que se calculaba para la edificación de esta urbe hospitalaria llevó a descartar el proyecto y usar un edificio habilitado en el distrito de Hostafrancs (el denominado *Hospital de la Vinyeta*). Pese a todo, la mención al fallido plan de la urbe hospitalaria resultaría fundamental en cualquier análisis sobre el cólera en Barcelona, al servir como punto de arranque de un proyecto más amplio que especificaría el necesario avance de la ciudad hacia un verdadero hospital de enfermedades infecciosas.

La idea de dotar a Barcelona de un hospital de esas características nació a finales de octubre de 1884, al calor de lo que se vaticinaba como una posible crisis sanitaria. Sin embargo, se tenían en mente las tasas de mortalidad mostradas por la ciudad entre 1879 y 1883 y la superioridad que en ese escenario manifestaba con respecto a las capitales

43. AMCB, Governació, ACS, 29-7-1884 y 4-8-1884, signatura D/100, bis/4 y AMCB, SA, diciembre de 1884, legajo 44260, expediente 5192.

44. Las características del sistema hospitalario de Barcelona en el último cuarto del siglo XIX en Jerònia PONS-PONS y Margarita VILAR, “The historical roots of the creation of the Catalan private-public hospital model: c. 1870-1935”, *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6/1 (2021), pp. 36-40, <https://doi.org/10.1344/jesb2021.1.j083>

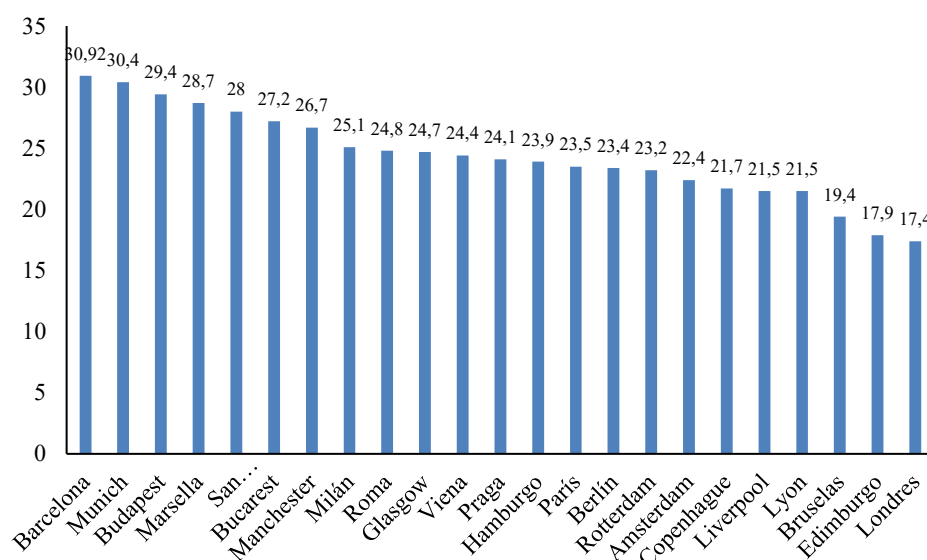
45. Sobre los hospitales provisionales creados durante la epidemia de 1885, véanse Josep Lluís AUSÍN, *Hospitals provisionals a la Barcelona del segle XIX: les crisis sanitàries*, Barcelona, Universitat de Barcelona, 2002, y LEÓN, “Los hospitales para coléricos...”, pp. 171-199.

46. El Hospital de la Santa Creu era, pese a su antigüedad y deficiencias higiénico-sanitarias, el más relevante de Barcelona. Su evolución en Jon ARRIZABALAGA, “Hospitals, Història i Medicina: l’Hospital de la Santa Creu de Barcelona”, en VV. AA., *Actes de la VIII Trobada d’Història de la Ciència i de la Tècnica*, Barcelona, Institut d’Estudis Catalans, 2006, pp. 203-209. Sus problemáticas cualitativas en Josep Lluís AUSÍN, “L’Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 1902: continuació del model tradicional”, *Gimbernat*, 39 (2003), pp. 133-142.

47. AMCB, Governació, ACS, 30-7-1884, 31-7-1884 y 4-8-1884, signatura D/100, bis-4 y AMCB, Governació, Expediente relativo al cólera. Comisión de Salubridad, 1884, signatura D/100, bis-1.

europeas, situación que posteriormente pondría de manifiesto García Faría partiendo de los datos del *Boletín Oficial de Sanidad de España* y que se achacaba al atraso de Barcelona en la disposición de nosocomios diseñados para atender a las enfermedades infectocontagiosas⁴⁸. Si bien es cierto que en Europa no habían desaparecido los hospitales en que los pacientes permanecían amontonados en salas comunes, también lo era que progresivamente se había avanzado hacia un nuevo modelo que permitía progresos en la vida de los enfermos, basado en la creación de pabellones separados y en el espaciamiento de salas y camas para impedir la formación de focos de infección en el propio hospital y conceder a cada interno el suficiente volumen de aireación⁴⁹.

Gráfica 1: Tasas de mortalidad por mil comparadas entre algunas de las principales capitales europeas (1889)



F.: Elaboración propia a partir de Pedro GARCÍA FARÍA, *Proyecto del Saneamiento del Subsuelo de Barcelona. Tomo I. Memoria descriptiva*, Barcelona, Henrich y Cía, 1893, pp. 147-149.

La frecuencia de los padecimientos infecciosos en la ciudad llevó a apostar por una urbe hospitalaria subdividida en seis pabellones, de los que dos de ellos se dedicarían a enfermedades tíficas y los restantes, para enfermos de viruela, escarlatina, sarampión y difteria. La habilitación de los pabellones se ideaba desde la asunción de las premisas contempladas en Europa, determinadas por la creación de distancias mínimas de veinticinco metros de longitud entre unos y otros, la utilización de materiales de construcción con las menores condiciones posibles de permeabilidad, el seguimiento de reglas avanzadas en términos de limpieza y desinfección y la adopción de los mecanismos más actualizados de calentamiento, refrigeración y ventilación en salas comunes⁵⁰.

48. Según se apuntaba en el preámbulo del informe relativo a las condiciones que debía reunir un hospital para enfermedades infecciosas en Barcelona, la ciudad había registrado en el período 1879-1883 un total de 2.084 muertes relacionadas con el tifus, 1.376 con el sarampión, 1.368 con la viruela, 805 con la difteria, 124 con la escarlatina, 343 con la fiebre puerperal, 219 con el coqueluche y 4.724 con la tuberculosis (*La Publicidad*, 2-2-1885).

49. Jeanne KISACKY, *Rise of the Modern Hospital. An Architectural History of Health and Healing, 1870-1940*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2017, y Calixte HUDEMANN-SIMON, *La conquista de la salud en Europa, 1750-1900*, Madrid, Siglo XXI, 2017, pp. 115-155.

50. *La Publicidad*, 2-2-1885 al 6-2-1885.

La aparición de estos planes generales reflejaba el desarrollo de una actividad sanitaria que operó en una dirección de más amplio alcance que la específicamente vinculada con la amenaza del cólera. Al igual que en el caso de Rosario analizado por Pascual, gobierno y prevención se fusionaron en el ideario de las autoridades locales⁵¹, y no únicamente en lo referido al desarrollo de estrategias de vigilancia sistemáticas. Por el contrario, los diagnósticos negativos del pasado condujeron a la emergencia de iniciativas más completas de reordenamiento institucional sanitario, en que se vislumbraba la necesaria transformación de algunos de los patrones que hasta entonces habían regido en la defensa de la salud pública urbana. A la luz de lo contemplado en las actas de la Junta Municipal de Sanidad y de la Comisión de Salubridad, podría vaticinarse que esas propuestas (así como las conectadas con el nombramiento de la comisión municipal para el estudio del cólera en el sur de Francia o la vigilancia reforzada de las casas de prostitución) se explicaban por la posición de liderazgo que en esos organismos asumieron determinadas figuras que, al margen de ocupar un papel central en el panorama médico e higiénico-sanitario de la ciudad, lo hicieron igualmente en las tenencias de alcaldía de los distritos del gobierno municipal (destacando los nombres de Bartomeu Robert y Josep Mascaró), así como por la conducta proactiva mostrada por Rafael Rodríguez Méndez. No en vano, su presencia fue constante en los debates y reflexiones que se articularon entre la irrupción de la epidemia en Tolón y los primeros compases de 1885, emergiendo de su firma todas las proposiciones que guardarían relación con la señalada teoría del *cholera forcing*.

De la sospecha a la declaración oficial: el curso del cólera en Barcelona

Tras el período de tensión oficial vivido con las noticias que sobre el cólera llegaban desde Francia, se produciría la primera importación de la enfermedad a España, en septiembre de 1884. Su foco quedó principalmente restringido a las provincias de Alicante, Tarragona y Lleida⁵², y su impacto sociodemográfico fue limitado, pues el número de invadidos no alcanzó el millar y el de defunciones no superó la mitad de esa cifra. En Barcelona se registraron treinta y un casos confirmados de la afección entre finales de septiembre y el 23 de octubre, que dejarían un total de veintiún fallecidos⁵³.

La entrada del cólera en Barcelona activó un primer período de alarma, en el que las autoridades sanitarias se consagraron al control de los focos de infección que pudieran desarrollarse con un sentido socioespacial. El descubrimiento de un primer caso sospechoso en el distrito de la Barceloneta (15 de septiembre) confirmó la necesidad de extremar los medios de vigilancia sobre una zona que, desde julio de 1884, había figurado como un punto caliente para el posible desarrollo de la epidemia⁵⁴, algo que venía motivado por la experiencia reciente del tifus y su impacto sociodemográfico en ese

51. PASCUAL: “La epidemia de cólera...”, pp. 306-308.

52. FERNÁNDEZ SANZ, 1885: *el año...*, p. 38.

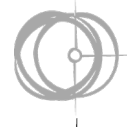
53. Lluís CARRERAS y Baldomer SOLÁ, “Las epidemias de cólera en Bonn, Ginebra y Barcelona consideradas bajo el punto de vista etiológico”, *Gaceta Médica Catalana*, 20 (1884), pp. 616-621.

54. AMCB, Governació, ACS, 23-7-1884, signatura D/100, bis-4.

enclave en 1870⁵⁵. Aunque ese primer caso sospechoso sería finalmente descartado como prototípico del cólera, su gestión resultó polémica por las medidas preventivas que determinó. Al margen de las dispuestas con los familiares del fallecido (quema de ropas y traslado al lazareto del Parque) y la habitación que ocupaba el anterior (desinfección íntegra), se decretaron órdenes para todos los vecinos del edificio colectivo, para evitar la salida de sus domicilios, proceder a sus fumigaciones y conducirlos, mediante la fuerza desplegada por agentes municipales y de orden público, al señalado lazareto del Parque, donde se les sometería a siete días de observación⁵⁶.

En la Barceloneta también se sopesaron posibilidades como su acordonamiento, la declaración del puerto como enclave sucio y el cierre generalizado de talleres y comercios. Todo ello, junto a los aislamientos y las fumigaciones indiscriminadas, daría pábulo a la emergencia de numerosas quejas entre los habitantes y la clase médica de la zona⁵⁷. En última instancia, las autoridades sanitarias concibieron esas praxis como únicamente conducentes a una zozobra social que podía despertar episodios de violencia colectiva. Para los integrantes de la Junta Municipal de Sanidad, era necesario calmar la inquietud de la población si se ambicionaba esquivar los escenarios verificados en Nápoles en las semanas precedentes, correlacionados con las agresiones a los facultativos que practicaban las visitas domiciliarias y a los integrantes de las brigadas de desinfección⁵⁸.

El primer caso sospechoso detectado en Barcelona sirvió como experiencia de aprendizaje sobre el modo de operar con los que de manera aislada se presentaran en lo sucesivo. Así, la averiguación de los primeros casos confirmados de cólera y su particular concentración en determinadas calles del distrito del Hospital (Cera, Riereta, Amalia, San Clemente, San Antonio Abad, Salvador)⁵⁹ llevaron a medidas preventivas que se apartaron de las aplicadas sobre la Barceloneta, y se orientaron a complementar las que la Junta Municipal de Sanidad y la Comisión de Salubridad defendieron desde su formación. De manera específica, se incrementó el personal médico de inspección de esa demarcación, se obligó a los propietarios de la zona a realizar el blanqueo de escaleras y espacios comunes en sus casas de vecindad, se emitieron recomendaciones a los inquilinos para que procedieran en idéntico sentido dentro de sus propias habitaciones (habilitando el consistorio una brigada de blanqueadores para actuar en las viviendas



55. Amplias referencias a la epidemia de tifus de 1870 en Francesc BONAMUSA y Joan SERRALLONGA, *Del roig al groc. Barcelona, 1868-1871. Quintes i epidèmies*, Barcelona, Diputació Provincial de Barcelona, 1995, y José Antonio ORTIZ, “Autoridad e imagen de la epidemia. La fiebre amarilla en la Barcelona del siglo XIX”, *Potestas*, 11 (2017), pp. 93-110, <https://doi.org/10.6035/Potestas.2017.11.5>. Sobre las condiciones de vida de la Barceloneta, véanse Mercè TATJER, *La Barceloneta. Del siglo XVIII al Plan de la Ribera*, Barcelona, Los Libros de la Frontera, 1973, y Eduard PAGE, “La Barceloneta en transició. Una comunitat marítima urbana en el pas de la vela al vapor (1840-1900)”, tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 2022.

56. AMCB, AJMS, 15-9-1884, signatura D-100, bis-3; AMCB, ACS, 18-9-1884, signatura D-100, bis-4. El lazareto del Parque recibía este nombre por quedar instalado en los bajos del Parque de la Ciudadela.

57. RISQUES, “L’epidèmia...”, p. 32. En concreto, el vecindario de la Barceloneta remitió una carta de protesta a la Alcaldía aludiendo a la improcedencia de las medidas aplicadas sobre el distrito, aunque expresaba para este último una mejora de la salud pública en años precedentes. Véase AMCB, Governació, Expediente relativo al cólera-Ayuntamiento y Junta de Sanidad, 1884, signatura D-100, bis/2.

58. Las referencias de las autoridades locales a los episodios de violencia de Nápoles en AMCB, Governació, AJMS, 15-9-1884 y 25-9-1884, signatura D-100, bis-3.

59. La relación de los casos aislados por calles en septiembre y octubre de 1884 en *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, año X, n. 19, 10-10-1884, pp. 606-610, y año X, n. 20, 25-10-1884, pp. 637-642.

ocupadas por familias sin recursos) y se prohibió al vecindario el consumo de aguas no procedentes de fuentes públicas. En líneas generales, estas disposiciones fueron aplaudidas por la opinión pública y se tipificaron como claves para que todo quedara únicamente en una introducción de la ciudad a un estado epidémico⁶⁰.

La mejora de las condiciones sanitarias de Barcelona desde noviembre de 1884 y la creación del servicio médico-sanitario permanente en enero de 1885 condujo a limitar el personal de la Junta Municipal de Sanidad hasta su composición ordinaria, así como a suprimir la Comisión de Salubridad. La sombra del cólera no se volvería a cernir sobre la ciudad hasta julio de 1885. Sin embargo, las respuestas y estrategias informativas promocionadas por las autoridades en ese contexto no se definirían por la celeridad del año precedente, lo que evidenció las tendencias cambiantes que unas y otras podían revelar en el marco de una misma coyuntura epidémica⁶¹.

Las primeras reacciones oficiales ante las noticias que en junio de 1885 llegaban desde Valencia, Zaragoza, Tarragona y Lleida provinieron de la Diputación Provincial de Barcelona. La renovada amenaza de la epidemia justificó la formación de una Comisión Especial de Epidemias para implementar medidas sanitarias inmediatas que evitaran la difusión de la enfermedad hacia las localidades del territorio. Los centros de vigilancia y control sobre las llegadas a Barcelona se fijaron a principios de julio de 1885, en las localidades de Cubellas, Els Monjos y Calaf. Con ello, se esperaba abordar la supervisión de los viajeros y mercancías procedentes de los ferrocarriles directos de Madrid (donde se había declarado la epidemia) y Zaragoza a Barcelona y de la vía férrea que enlazaba Tarragona con Barcelona y Francia⁶². Sin embargo, los datos de Capdevila demostraban que ya para aquel entonces se encontraba presente el cólera en la capital catalana, proveniente de diferentes puntos del área levantina (Burjassot, Alzira y Valencia)⁶³.

La respuesta municipal fue más tardía, pues los debates sobre el retorno del cólera en el consistorio no se retomarían hasta finales de julio de 1885. Para ese momento, la clase médica, encabezada por Enrique Corominas Moreu, ya había advertido sobre la situación nada tranquilizadora ofrecida por Barcelona y la necesidad de ejecutar todas las medidas que durante la experiencia previa del verano y el otoño de 1884 se habían demostrado como “eficaces”⁶⁴. Esta llamada a la reactivación del intervencionismo municipal no tardaría en amplificarse con las directrices procedentes de la Comisión Especial de Epidemias, que impelían al reforzamiento de los cometidos de las juntas municipales de sanidad de la provincia vinculados con las visitas domiciliarias, el desalojo de las viviendas cuyo saneamiento se verificase como “imposible” y el cerramiento de los pozos de agua para evitar filtraciones de las letrinas⁶⁵.

60. Juan TUTAU, *El cólera*, Barcelona, Sucesores de N. Ramírez y Cía, 1885, pp. 42-43.

61. ORTEGA y GARCÍA-MORO, “El cólera en Salamanca...”, p. 126.,

62. ARCHIVO DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BARCELONA (ADPB), “Expediente general de medidas adoptadas en el caso de una invasión colérica, 1885”, exp. 1.025 y ADPB, “Medidas adoptadas en el caso de una epidemia de cólera. Antecedentes utilizados en la elaboración de la memoria presentada a la Diputación Provincial de Barcelona”, 1885, legajo 3.696, exp. 3.

63. Heriberto CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos de la epidemia colérica de 1885 en Barcelona*, Barcelona, Sucesores de N. Ramírez y Cía, 1887, pp. 20-21.

64. *La Publicidad*, 18-7-1885.

65. *La Publicidad*, 24-7-1885.

Si bien es cierto que el servicio médico-sanitario permanente de Barcelona había entrado en funcionamiento coincidiendo con la configuración del nuevo consistorio tras las elecciones municipales (1 de julio de 1885), llama la atención que la Junta Municipal de Sanidad no retomara su estado de ampliación hasta finales de ese mes y que no se nombrase una Comisión de Salubridad hasta idénticas fechas. La prensa se hizo eco de esta cuestión y la achacó a la salida del Ayuntamiento de figuras trascendentales en la fase preventiva del verano de 1884, como los doctores Mascaró y Robert, que habían presentado sus dimisiones en señal de protesta por la decisión consistorial de no acceder a premiar las memorias relativas a los trabajos de la comisión enviada a Tolón y Marsella para el estudio del cólera⁶⁶. Algunos semanarios especializados en medicina e higiene también contraponían la intensa actividad del año anterior con la cierta atonía de ese contexto, fijándose incluso como ejemplo organizativo del plan de defensa que articular frente a la renovada amenaza de la epidemia el dispuesto en Madrid, consagrado a la desinfección⁶⁷. Incluso integrantes de la propia junta, como el doctor Rodríguez Méndez, aseveraron que su constitución se había producido “tarde y deprisa”⁶⁸.

La declaración oficial del cólera en Barcelona no se produjo hasta el 16 de agosto de 1885. Con anterioridad, se habían habilitado el Hospital de la Vinyeta, para la acogida de enfermos, y el lazareto del Parque, para los aislamientos. En lo que respecta a la Junta Municipal de Sanidad y la Comisión de Salubridad, terminarían implementando medidas que engarzaron por completo con las del año anterior (visitas domiciliarias, corrección de los defectos higiénico-sanitarios a nivel de distrito y barrio, limpieza y desinfección de pozos domésticos de aguas y depósitos de letrinas, control de artículos de primera necesidad), si bien pueden rescatarse otras novedosas o actualizadas en tres apartados.

En primer término, se imprimió mayor fuerza al servicio de desinfección de la fase preventiva. La estructura planteada en ese contexto (definida por Bertrán Rubio como constituida por una brigada de “muy pocos individuos” dotada de una única “estufa portátil a vapor”) quedó ampliada sobre la base de las necesidades de los distritos en términos de profilaxis⁶⁹. Sin embargo, Barcelona mostró sensibles diferencias con respecto a Madrid en la trascendencia conferida a esas prácticas. Fernández Sanz y Díaz han destacado el papel capital que la desinfección tuvo en el plan de acción que contra el cólera se trazó en la capital española desde finales de junio de 1885, algo que se refleja en las 30.000 operaciones desarrolladas en esa línea hasta el fin de la epidemia y en los quinientos mangueros encargados de las mismas⁷⁰. Los medios correlacionados con el servicio de desinfección en la capital catalana estuvieron muy lejos de esas cifras, si bien la experiencia epidémica sirvió como acicate para una profesionalización en el mismo. La concesión para este último de un carácter permanente y la ampliación de su personal se entendieron como medidas indispensables a mediados de noviembre de 1885, pues se concebían entonces los beneficiosos resultados que la desinfección podía tener no sólo



66. *El Diluvio*, 24-7-1885.

67. *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, año XI, n. 11, 10-6-1885, pp. 371-374, y *El Monitor*, 9-7-1885, 16-7-1885, 23-7-1885 y 30-7-1885.

68. *Gaceta Médica Catalana*, 15, 15-8-1885, p. 477.

69. E. BERTRÁN RUBIO, *Los modernos derroteros de la higiene*, Barcelona, Saurí y Sabater, 1896, p. 28.

70. FERNÁNDEZ SANZ, 1885: *el año...*, p. 162, y DÍAZ, “El cólera de 1885...”, pp. 474-475.

contra el cólera, sino también contra “enemigos” endémicos de la salud pública urbana como el tifus, la viruela y la tuberculosis⁷¹.

En segundo lugar, destacaron los dispositivos de vigilancia fijados sobre los lavaderos. La llegada del cólera evidenció que en la mayor parte de los enclavados en la ciudad no se efectuaba ni el vaciamiento y cambio de aguas planteado durante la fase preventiva de 1884 ni la desinfección de las ropas de acuerdo con los términos fijados por las autoridades sanitarias. La comisión que se formó en la Junta Municipal de Sanidad para cumplir con ese objetivo había transmitido a los dueños de estos espacios en agosto de 1885 la orden de sumergir las ropas en disoluciones de sublimado corrosivo, en la proporción de treinta gramos por cada metro cúbico de agua. Sin embargo, las visitas giradas desde finales de ese mes a los existentes en los distritos corroboraron un nulo seguimiento de esa medida. Podría incluso aseverarse que los propietarios de los lavaderos mostraron una resistencia ante las disposiciones locales, justificada sobre la base de los “cuantiosos dispendios” que suponía la adquisición de desinfectantes y la oposición de los sectores sociales menos acomodados que fiaban su subsistencia a la industria, deudora de la elevación de los precios que necesariamente habría de producirse en las operaciones del lavado. Como ocurrió en otros escenarios higiénico-sanitarios, la experiencia del cólera sirvió para que el consistorio reglamentara con carácter oficial y permanente un servicio de desinfección en los lavaderos, destinado en exclusiva a la antisepsia de las ropas de todas aquellas personas atacadas o fallecidas como consecuencia de enfermedades infectocontagiosas⁷².

136

Finalmente, sería necesario mencionar las disposiciones que desde el gobierno municipal conectaron con los aislamientos de quienes cuidaban o convivían con los fallecidos, orquestadas no sólo desde el lazareto, sino también desde el ámbito domiciliario, con la intervención de agentes de la Guardia Civil. La prensa cuestionó la eficacia de una medida que “de preventiva” degeneró en “molestadora” y que desatendía servicios de vigilancia vitales en un contexto epidémico, como los conectados con la supervisión de la venta ambulante⁷³. Los rotativos también se hicieron eco de la conducta seguida por el Ayuntamiento de Madrid en este escenario, que suprimió esas medidas por considerarlas “contraproducentes” al obstaculizar el auxilio mutuo⁷⁴. En lo que respecta a la capital catalana, la Junta Municipal de Sanidad aconsejó a la alcaldía su desactivación, aunque en las reuniones celebradas en los días siguientes a la declaración oficial del cólera se evidenció que entendían el aislamiento como “la forma más perfecta” de “extinguir los focos que engendra la enfermedad”⁷⁵. En última instancia, el abandono de aquella praxis venía obligado por las circunstancias del contexto y la multiplicación de focos de infección imposibles de atender en su totalidad, sin que ello generase el menoscabo de las medidas de vigilancia que ordinariamente tenían adscritas los agentes municipales y las medidas asistenciales que pudieran plantearse. Pese a todo, sí se convenía en la certeza de que el combate contra la enfermedad podía articularse de un

71. AMCB, SA, diciembre de 1885, legajo 44.295, expediente 5.127 bis. La última amenaza del cólera en el siglo XIX en Barcelona, en 1890, motivaría la adquisición de modernos aparatos para el servicio de desinfección (estufa locomóvil de Genest, estufas fijas y pulverizadores) y la incorporación del anterior al Laboratorio Municipal (véase BERTRÁN RUBIO, *Los modernos derroteros...*, pp. 28-29).

72. AMCB, SA, agosto de 1885, legajo 44.282, expediente 3.370 bis.

73. *La Publicidad*, 12-8-1885.

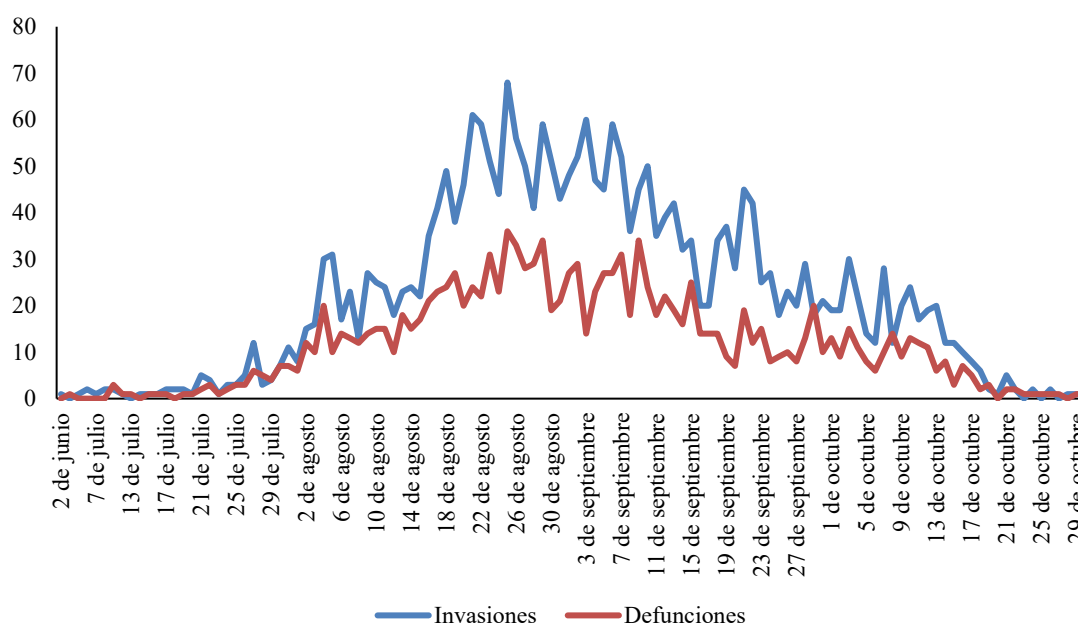
74. ARCHIVO DE VILLA DE MADRID (AVM), Libro de Actas del Ayuntamiento de Madrid, 13-8-1885.

75. *El Diluvio*, 23-8-1885.

modo más preciso con alternativas como el reforzamiento de las desinfecciones, dejándolas bajo el control directo de los facultativos y la vigilancia de la alcaldía para así asegurar su verificación⁷⁶.

Más allá de aludir a los dispositivos activados en Barcelona para conjurar la epidemia de cólera tras su declaración, es preciso referirse a su incidencia y a las desiguales direcciones que evidenció en su difusión urbana. La epidemia tuvo una notable extensión temporal, sin que ello viniera acompañado de una gran intensidad en las afecciones y las defunciones diarias⁷⁷. Barcelona fue la primera localidad de la provincia en registrar casos confirmados de cólera (2 de junio) y la última en declararse extinguidos (26 de noviembre). En lo que concierne al orden cronológico por días, alcanzó su estadio más crítico entre mediados de agosto y principios de septiembre, y desde la segunda quincena de este mes ese entró en una fase estacionaria. Con todo, y a la vista de la evolución diaria de la epidemia, resulta llamativo que la oficialidad del cólera no se produjera hasta el 16 de agosto, toda vez que las estadísticas reflejaban que los casos apercibidos distaban mucho de resultar aislados. Para esa fecha, la ciudad ya había registrado 429 invasiones y 276 fallecidos. Esta tardanza contrastaría con lo verificado en Madrid, donde la declaración epidémica se produjo con una cifra de casos confirmados que la clase médica de Barcelona entendía como “escasísimos”⁷⁸.

Gráfica 2 Invasiones y fallecimientos por cólera en Barcelona (2 de junio-31 de octubre de 1885)



F.: Elaboración propia a partir de CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos...*, pp. 93-98.

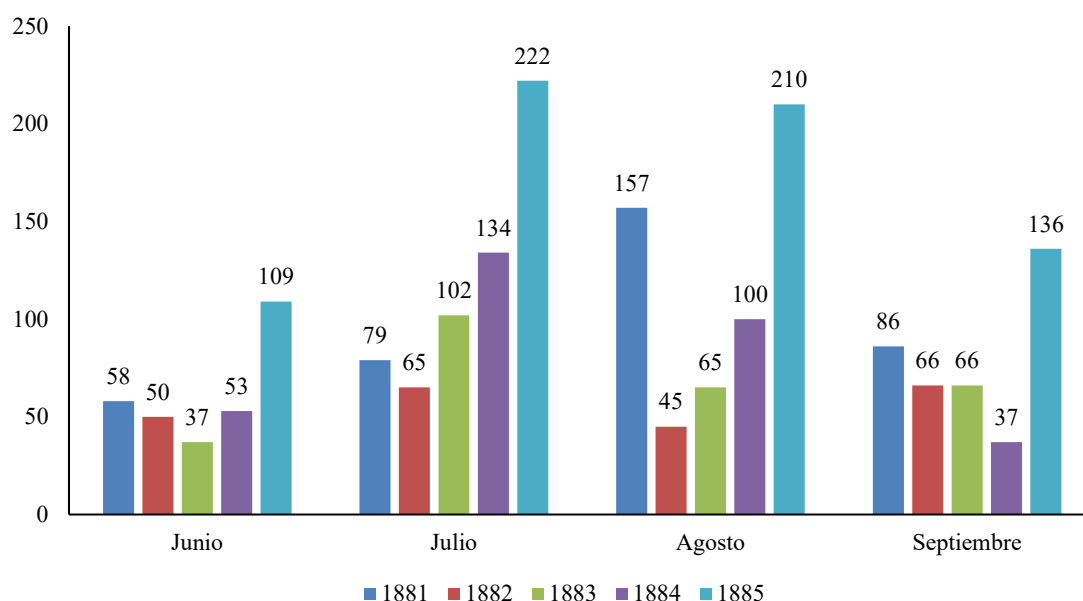
76. *El Diluvio*, 23-8-1885, y *La Ilustración*, 30-8-1885.

77. En la fase álgida de la epidemia, y especialmente en los últimos días de agosto, Barcelona superó en algunas jornadas los treinta fallecidos, cifra muy alejada de la presentada en términos medios en Zaragoza (95,25) o Valencia (87,85). La evolución fue similar a la de Madrid, donde se alcanzaron 24,79 defunciones por día. Véase FERNÁNDEZ SANZ, 1885: *el año...*, p. 276, y Antonio FERNÁNDEZ GARCÍA, *Epidemias y sociedad en Madrid*, Barcelona, Vicens Vives, 1985, p. 173.

78. La declaración oficial del cólera en Madrid se produjo el 15 de junio, momento en el que el número de muertes por la enfermedad era de treinta y cinco (*Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, año XI, n. 12, 25-6-1885, p. 406, y FERNÁNDEZ GARCÍA, *Epidemias y sociedad...*, p. 173).

Aunque el número total de invasiones y fallecidos resulta conocido a partir de las investigaciones previas (1.366 defunciones sobre un total de 2.468 personas atacadas)⁷⁹, es necesario advertir que esta información resultaría cuestionable si se atiende al hecho de que las papeletas mortuorias de los coléricos no se cumplieron con su verdadera denominación de manera generalizada⁸⁰. Esta problemática fue señalada por Josep Nin i Pullés, encargado de la estadística demográfica de la ciudad, en 1886, con indagaciones que le llevaron a plantear como factibles cifras muy distintas a las que generalmente se han entendido como válidas. En concreto, el facultativo determinaba un resultado probable de 4.600 invasiones y algo más de 1.700 defunciones, justificado sobre la base del descompensado carácter que ofrecía la mortalidad por enfermedades del aparato digestivo en términos comparados durante el quinquenio comprendido entre 1881 y 1885 (meses de junio, julio, agosto y septiembre)⁸¹. Como posteriormente señalaría Hauser, Nin i Pullés juzgaba que estas disonancias venían motivadas por los temores oficiales que existían a los perjuicios generados sobre las transacciones mercantiles y a la imposición de medidas sanitarias más severas por parte de las autoridades (acordonamientos) y por la complicidad de los médicos a la hora de mantener silencio en torno a casos que podían ser objeto de confirmación, tendencia que se planteó tanto para el caso de otras ciudades españolas (Zaragoza y Valencia) como para otros países europeos⁸².

Gráfica 3: Mortalidad asociada a enfermedades del aparato digestivo en Barcelona durante los meses de verano del quinquenio comprendido entre 1881 y 1885



F.: Elaboración propia a partir de HAUSER, *Estudios epidemiológicos...*, p. 252.

79. RISQUES, "L'epidèmia...", p. 31; GRABULEDA, *Salut pública...*, pp. 295-296, y MARTÍN, *Aigua i societat* ..., pp. 149-151.

80. Philip HAUSER, *Estudios epidemiológicos relativos a la etiología y profilaxis del cólera*, tomo I, Madrid, Manuel Tello, 1887, p. 251.

81. El principal problema que se planteaba en este escenario tenía que ver con el hecho de que las citadas papeletas mortuorias de los coléricos referían como causas de defunciones los "catarros intestinales" (ver *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, año XII, 1886, pp. 205-206).

82. HAUSER, *Estudios epidemiológicos...*, p. 251-252.

En cuanto a los grupos poblacionales afectados por la enfermedad, es preciso referirse en un primer momento a las estadísticas de invasiones y defunciones en los establecimientos benéficos. La presencia en el centro de la ciudad de la Casa Provincial de Caridad (con capacidad para 2.500 acogidos) y la Casa Provincial de Maternidad y Expósitos y las continuas alusiones a sus malas condiciones higiénico-sanitarias generaban un temor entre las autoridades con respecto al desarrollo de posibles focos de infección en su interior⁸³. A deducir de la documentación provincial, las medidas implementadas en estos dos espacios fueron enérgicas durante la fase preventiva de 1884⁸⁴, si bien lógicamente se consolidaron tras la declaración de la epidemia. En lo que respecta a la primera institución, se dispuso la mejora de la alimentación de los asilados y medidas de saneamiento en sus departamentos. Estas se basaron en sistemáticas operaciones de baldeos con uso de desinfectantes; en la limpieza de excusados, depósitos de letrinas y conductos de agua con sulfato de hierro y cloruro de cal; en la desinfección de dormitorios, patios y enfermerías con agua fenicada y sublimado corrosivo, y en el sometimiento de las ropas de cama y vestidos de quienes enfermaron a temperaturas elevadas en estufas de desinfección, sin olvidar la relevancia de otras decisiones como la habilitación de salas para la observación de los casos sospechosos o la conducción de los atacados en coches especiales del establecimiento a un edificio aislado de la calle de Balmes, donde recibieron atención hospitalaria. Las anteriores disposiciones también estuvieron presentes en la Casa Provincial de Maternidad y Expósitos, si bien en este caso cobraron relevancia las conectadas con la aminoración del número de albergados (250). La más relevante en ese escenario fue la traslación de todos los niños de destete del recinto (unos 150) a una finca situada en Les Corts de Sarrià, medida que buscaba no únicamente esquivar los efectos perjudiciales de la aglomeración, sino también la disponibilidad de espacios más amplios para la instalación de enfermerías especiales y para la ubicación de los atacados en salas separadas en función de la evolución de la enfermedad⁸⁵.

El número de invasiones y fallecimientos en estos dos establecimientos (27 y 21 en la Casa Provincial de Caridad y 15 y 9 en la Casa Provincial de Maternidad y Expósitos) puede categorizarse como reducido, si se compara con lo que ocurrió en espacios de similares características de otros núcleos urbanos. Ejemplificador sería el caso del Asilo de San Bernardino, ubicado en Alcalá de Henares y gestionado por el Ayuntamiento de Madrid. De los 243 individuos que albergaba en el contexto epidémico, una cuarta parte quedaron atacados por la enfermedad, sin que la invasión se viera detenida pese a las medidas finalmente establecidas⁸⁶. En Barcelona, la protección de estos enclaves por la Diputación Provincial habría que entenderla como el objetivo más relevante de las tareas que articuló, valorando que las partidas más amplias de su



83. Las características de estas instituciones, enfocadas a la asistencia de la pobreza y la infancia abandonada, en Montserrat ALAY, *Aprenents i minyones: la infància abandonada a la Barcelona del vuit-cents*, Barcelona, Centre d'Estudis Ignasi Iglésias, 2003; Josep PUY, *Pobres, desvalguts i asilats. Caritat i beneficència a la Catalunya del segle XIX*, Barcelona, Abadia de Montserrat, 2009, y Montserrat PANTALEÓN, *Sopa i missa. La beneficència i la Casa de Caritat de Barcelona (1802-1913)*, Barcelona, UAB, 2011.

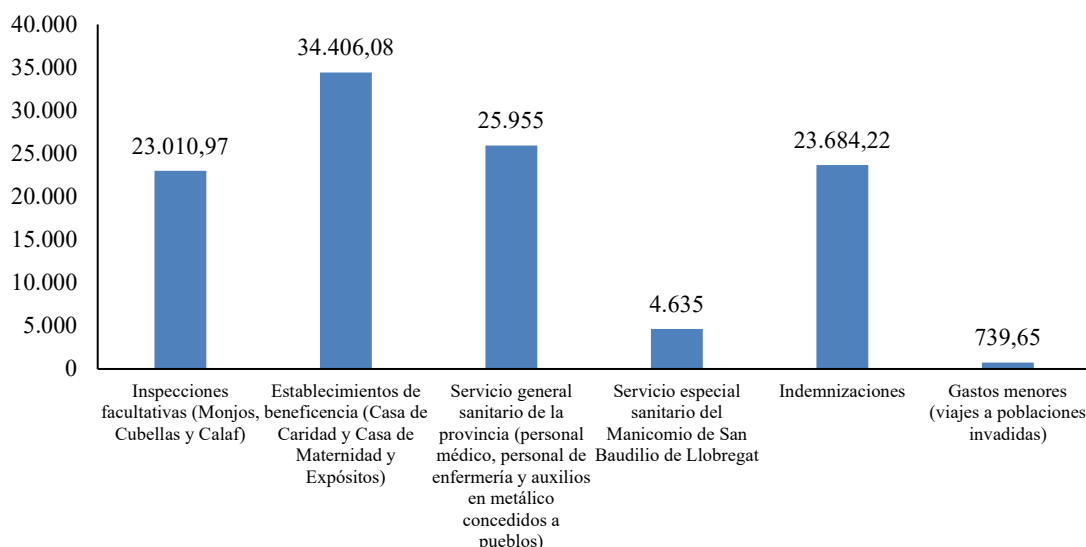
84. ADPB, Expediente general sobre las medidas que deben adoptarse para el caso de una invasión cólica, 1884, legajo 1.032, expediente 5.

85. ADPB, Medidas adoptadas en el caso de una epidemia de cólera. Antecedentes utilizados en la elaboración de la memoria presentada a la Diputación Provincial, 1885, legajo 3.696, exp. 3

86. AVM, Secretaría, Partes de Sanidad, 26-8-1885, signatura 7-70-1.

programa de gastos durante la epidemia estuvieron correlacionadas con la mejora de su organización sanitaria y su saneamiento.

Gráfica 4: Concepto de los gastos realizados por la Diputación Provincial de Barcelona durante la epidemia de cólera de 1885



F.: Elaboración propia a partir de: ADPB, Medidas adoptadas en el caso de una epidemia de cólera. Antecedentes utilizados en la elaboración de la memoria presentada a la Diputación Provincial, 1885, legajo 3.696, exp. 3.

140

En lo que respecta al impacto de la epidemia sobre la población civil, sería necesario aludir a dos cuestiones relevantes, parcialmente apuntadas en otras investigaciones y vinculadas con criterios generacionales y sexuales. La mayor incidencia del cólera se presentó entre las categorías etarias adultas, y principalmente entre los 25 y 60 años, como era la tendencia general detectada para otros núcleos urbanos a escala nacional y europea. Al igual que en Nápoles, no se evidenció un impacto especialmente acusado de la enfermedad sobre la población infantil, lo cual, siguiendo a Snowden, cabría correlacionar con la protección que la anterior tenía frente al consumo de agua contaminada (por la lactancia materna) y con comportamientos que denotaban un menor grado de exposición a algunas de las principales fuentes de infección (consumo de marisco, lavado de la ropa blanca de enfermos, presencia en entornos industriales, etc.)⁸⁷.

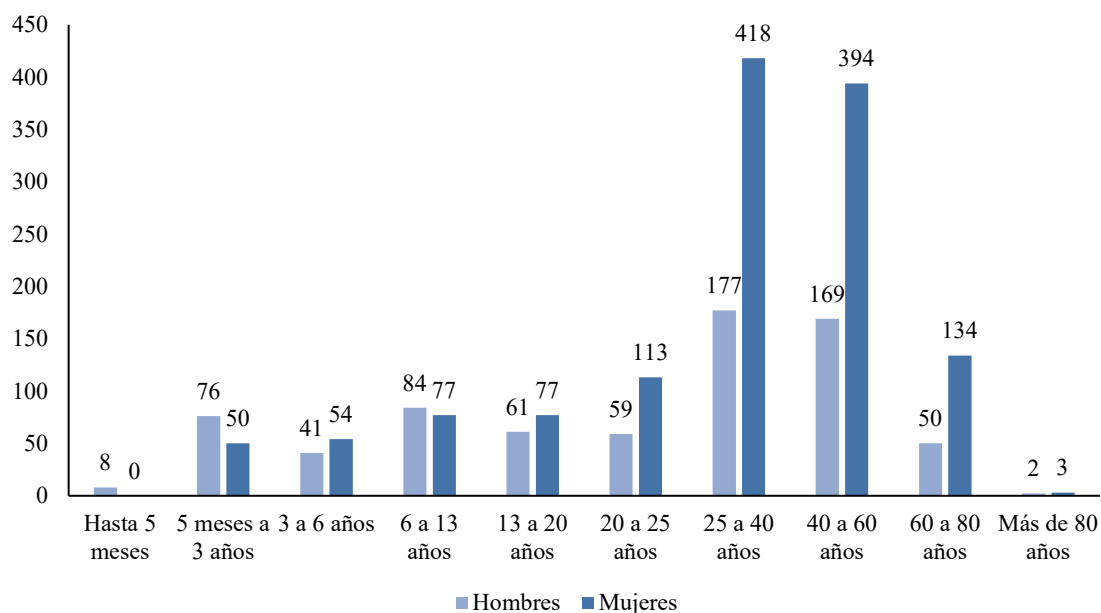
En términos sexuales, el número de invasiones entre las mujeres llegaría prácticamente a duplicar al presentado entre los hombres (1.588 y 869 respectivamente), con una letalidad ligeramente mayor para las primeras (57,24% frente al 52,58 para la población masculina). Fernández Sanz y Grabuleda han hecho referencia a este comportamiento, igualmente visible en Madrid, aunque con menor extensión⁸⁸, y lo han explicado desde criterios contemplados por algunos médicos-higienistas consagrados al estudio de la epidemia tras su conclusión. En concreto, habría que entender que los patrones de exposición a la afección eran más elevados entre las mujeres por las ocupaciones que desempeñaban en la categoría profesional de servicios personales

87. SNOWDEN, *Naples in the time...*, pp. 118-120.

88. En Madrid quedaron atacados por el cólera 1.294 mujeres y 913 hombres, y fallecieron un 60,97% de las primeras y un 63,19% de los segundos. Véase Alberto BOSCH, *Memoria de las medidas adoptadas para contener la invasión del cólera en 1885*, Madrid, Imp. y Lit.a Municipal, 1885, p. 62.

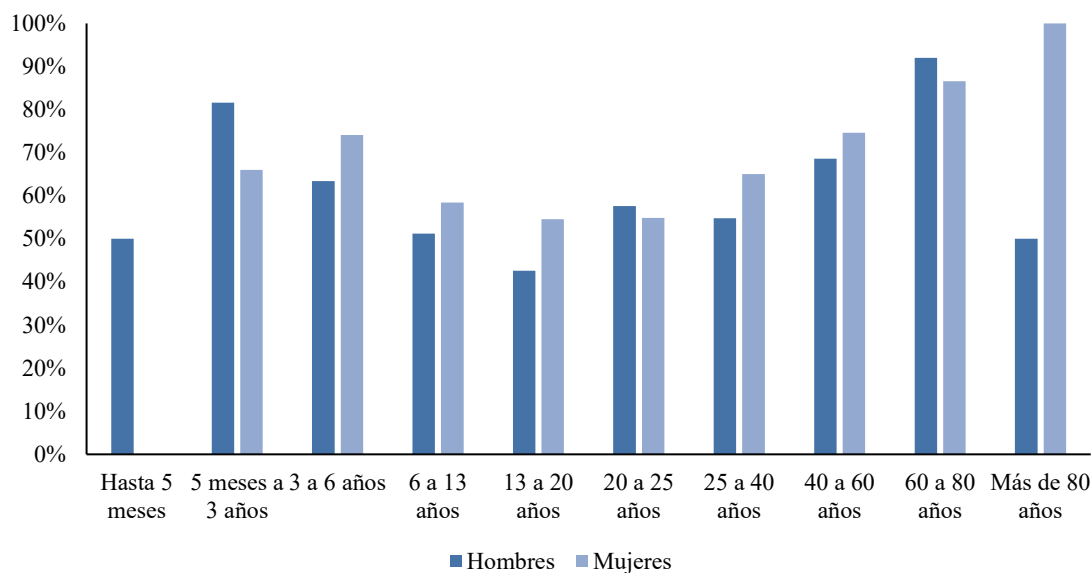
(limpiadoras, criadas y, sobre todo, lavanderas) y en el cuidado de enfermos en recintos hospitalarios⁸⁹.

Gráfica 5: Invasiones por edades y sexo durante la epidemia de cólera en Barcelona



Fuente: Elaboración propia a partir de: CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos...*, p. 103.

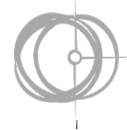
Gráfica 6: Proporción de defunciones sobre las invasiones registradas durante la epidemia de cólera en Barcelona (edades y sexo)



Fuente: Elaboración propia a partir de: CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos...*, p. 107.

A la hora de abordar el impacto del cólera sobre los sectores socioprofesionales de la ciudad, disponemos de datos que no pueden definirse como íntegramente representativos de los efectos que la epidemia tuvo en ese escenario, debido a su

⁸⁹ FERNÁNDEZ SANZ, 1885: *el año...*, pp. 291-292; GRABULEDA, *Salut pública...*, p. 299, y HAUSER, *Estudios epidemiológicos...*, tomo II, pp. 164-165.



subdivisión en categorías genéricas que impedirían ejecutar análisis con un alto grado de detalle⁹⁰. Por ello, la interpretación de los diferenciales que la enfermedad impuso sobre la urbe obligaría a tomar otro tipo de información, entre la que destaca la conectada con la evolución de las invasiones y fallecimientos a nivel de distrito, barrio y calle.

Hasta el momento, los datos desagregados más completos que se han presentado sobre la incidencia del cólera a escala socioespacial son los recopilados por Risques. De ellos se deduce que la mortalidad causada por la enfermedad fue más reducida en las demarcaciones administrativas de Concepción, Audiencia y Lonja (por debajo de un 2% en lo que concierne a la proporción entre fallecidos y tamaño poblacional); elevada en las de Universidad, Atarazanas, Instituto y Hostafrancs (entre un 5 y un 7%), y muy alta en las de la Barceloneta, Borne y Hospital (más de un 7%)⁹¹. Las cifras manejadas por Nin y Pullés serían algo más elevadas que las anteriores, al valorar una emigración de vecinos que alcanzaría una cifra aproximada de 62.000 durante la epidemia, sin que en ningún caso se modifiquen los órdenes de las zonas en el porcentaje de fallecidos. Como en su momento señalaría Grabuleda, de las proporciones de mortalidad por cólera en los distritos se deducía un grado de afección de la enfermedad sustancialmente más elevado entre las zonas populares de la ciudad que entre las más acomodadas⁹².

142

Si se atiende a otra variable igualmente definida en función de la división administrativa de la ciudad por distritos, esto es, la conectada con el número de invasiones en los mismos, los anteriores resultados quedarían matizados. De las 2.282 recopiladas para el conjunto de la ciudad, se deduce que las mayores problemáticas de contención de la epidemia fueron las advertidas en los distritos de Universidad y Hospital y, en menor medida, en los de la Barceloneta y Hostafrancs. El mayor impacto de la epidemia en estas zonas estaría correlacionado con el mayor número de denuncias y quejas que fueron presentadas por el vecindario en lo que respecta a los focos de infección existentes en sus vías públicas. Al margen de este punto, cabría destacar la información recabada con respecto al distrito del Borne. Si bien este último fue uno de los que conformó la terna de demarcaciones administrativas que registraron un mayor número de muertes, no ocurriría lo mismo si nos detenemos en las clasificaciones de atacados, lo que reflejaría una letalidad más elevada que la del resto de zonas de la ciudad.

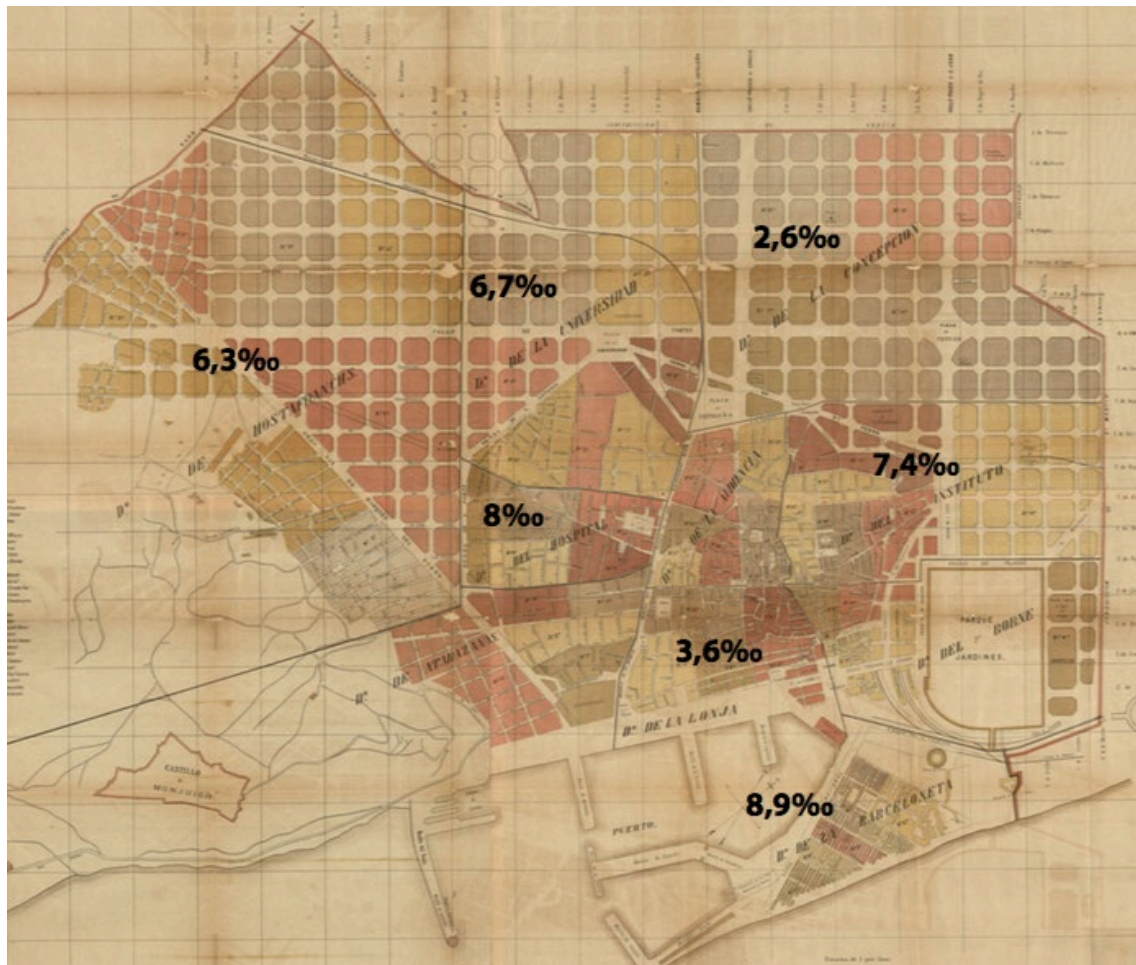
Barcelona se vio libre del cólera, mas la proporcionalidad de las invasiones en los mismos resultó segregada. Esas disonancias engarzaban con las advertidas en sus tasas de mortalidad, incluso en el marco de un mismo distrito. Si los distritos de Concepción, Audiencia y Lonja, los menos afectados por la epidemia, evidenciaban entre sus barrios una segregación poco acentuada en términos de morbilidad, en los de Universidad, Hostafrancs, Atarazanas y Hospital confluían áreas con grandes diferenciales que se mantendrían casi incólumes durante el curso urbano del cólera. Únicamente en la Barceloneta no parecían divisarse estas disonancias, puesto que precisamente contempló la mayor incidencia de la enfermedad en lo que respecta al número de fallecidos.

90. Las estadísticas provinciales referían 569 muertes entre jornaleros (371 mujeres y 198 hombres); 133 entre artesanos (65 y 68); 6 entre labradores (3 y 3); 29 entre empleados (1 y 28); 50 entre propietarios (28 y 22) y 539 entre la genérica categoría de “otras profesiones” (410 y 129) (DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y SANIDAD, *Boletín de estadística demográfico-sanitaria: cólera morbo-asiático en España durante el año de 1885*, Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1887, pp. 57-58).

91. RISQUES, “L’epidèmia...”, p. 31.

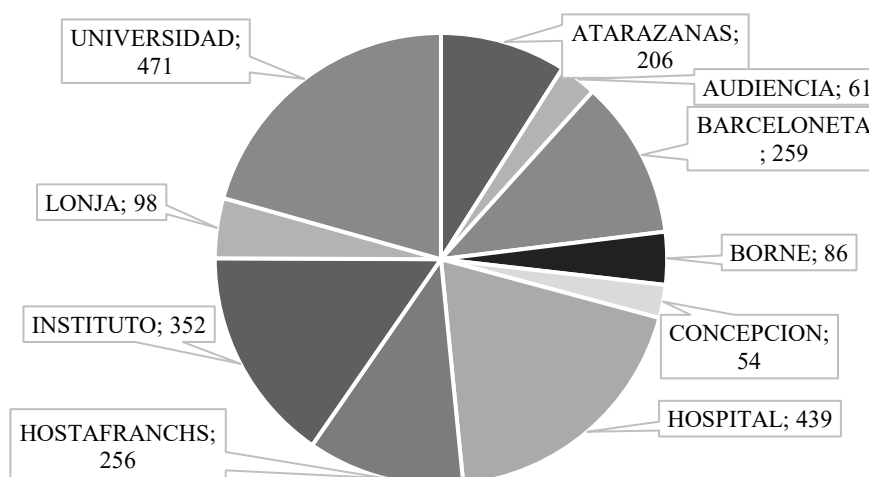
92. GRABULEDA, *Salut pública...*, p. 298.

Imagen 1: Representación sobre el plano de Barcelona de 1878 de la mortalidad por distritos (por mil) ocasionada por la epidemia de cólera en 1885



Los datos, procedentes de las estadísticas recopiladas por Nin y Pullés, en: Hauser, *Estudios epidemiológicos...*, p. 255.

Gráfica 7: Invasiones de cólera por distritos municipales en Barcelona



Fuente: Elaboración propia a partir de: CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos...*, pp. 49-60.

La información sobre la incidencia del cólera por distritos debe complementarse con la determinada por barrios y calles. Ninguno de los cincuenta y tres barrios de



Barcelona se vio libre del cólera, mas la proporcionalidad de las invasiones en los mismos resultó segregada. Esas disonancias engarzaban con las advertidas en sus tasas de mortalidad, incluso en el marco de un mismo distrito. Si los distritos de Concepción, Audiencia y Lonja, los menos afectados por la epidemia, evidenciaban entre sus barrios una segregación poco acentuada en términos de morbilidad, en los de Universidad, Hostafrancs, Atarazanas y Hospital confluían áreas con grandes diferenciales que se mantendrían casi incólumes durante el curso urbano del cólera. Únicamente en la Barceloneta no parecían divisarse estas disonancias, puesto que precisamente contempló la mayor incidencia de la enfermedad en lo que respecta al número de fallecidos.

Con todo, fueron cuatro los barrios que mostraron los problemas más significativos. Dos de ellos se situaban en el distrito de Hospital: Escuelas Pías y Cárcel. Coparon el 8,76% y el 5,83% del número total de invasiones sufridas por la ciudad. Siguiendo los datos de García Faría para el decenio comprendido entre 1880 y 1889, puede aseverarse que el primero de ellos ocupaba la tercera posición en la clasificación de barrios con mayores tasas de mortalidad, y constituía un enclave especialmente golpeado por la tuberculosis, la fiebre tifoidea, la difteria y el sarampión. La densidad de población era el principal escollo para su saneamiento, ya que la superficie disponible para cada individuo empadronado era de 8,56 m². La mortalidad del barrio de la Cárcel era más reducida, si bien García Faría encontraba que más de la mitad de su proporción derivaba de “agentes nacidos de la infección”. La incidencia de las enfermedades anteriormente señaladas era prácticamente idéntica a la advertida en Escuelas Pías, siendo ligeramente más elevada la superficie de metros cuadrados por habitante (11,10 m²). En los distritos de Universidad e Instituto, fueron los barrios de Padró y Puerta Nueva los más sacudidos por el *terror azul*. Conectaban con las afecciones vislumbradas en las zonas ya indicadas del distrito de Hospital e igualmente lo hacían con sus densidades de población (8,097 y 12,36 metros cuadrados por habitante)⁹³.

El principal problema de estos barrios venía determinado por la concentración de calles (Amalia, Aurora, Salvador, San Clemente, San Beltrán, Cera, Carretas, San Gerónimo, Paloma, San Gil, San Paciano y Cera, entre otras) que denotaban unos patrones negativos de saneamiento, vehiculados por la disposición de malas alcantarillas y cloacas; la existencia de depósitos de letrinas, el carácter pernicioso de su pavimento y una confluencia de casas de vecindad nítidamente marcadas por el hacinamiento y la falta de ventilación⁹⁴. A partir de las estadísticas desagregadas se apreciaba una correlación positiva entre el número de vecinos que integraban los edificios y el número de habitantes por vivienda y las cifras de edificios invadidos sobre el total que se presentaba en cada vía pública. Únicamente escapaba de dicha tendencia la zona coincidente con las Barracas de San Antonio, en el distrito de Hostafrancs. Para este caso, García Faría descartaba su calificación como “calle” y optaba por su categorización como agrupación de viviendas que, más allá de la completa carencia de condiciones higiénico-sanitarias, se definía por su emplazamiento anárquico en una zona “constituida en depósito de basuras”⁹⁵. Era, en última instancia, un enclave representativo temprano del barraquismo que irrumpiría con fuerza en los espacios suburbanos de la ciudad a partir de la Primera Guerra Mundial.

93. Los datos de GARCÍA FARÍA para los barrios en *Proyecto del Saneamiento...*, pp. 171-182.

94. Ibidem, pp. 151-170.

95. Ibidem, p. 160.

Tabla 1. Proporcionalidad de las invasiones de cólera en Barcelona por barrios, comparada con las tasas de mortalidad de 1880-1889.

BARRIO	DISTRITO	INVASIONES	%/ TOTAL	TM/1.000 hab. (1880-1889)
Padró	Universidad	303	13,28	34,37
Escuelas Pías	Hospital	200	8,76	36,98
Puerta Nueva	Instituto	164	7,19	34,35
Cárcel	Hospital	133	5,83	32,55
Teatro	Atarazanas	104	4,56	34,51
Santa Catalina	Instituto	99	4,34	29,98
Ángel	Hostafrancs	77	3,37	37,29
San Juan	Barceloneta	75	3,29	34,04
Parlamento	Hostafrancs	64	2,80	27,96
Gasómetro	Barceloneta	61	2,67	33,81
Canteras	Hostafrancs	61	2,67	28,69
San Lázaro	Hospital	60	2,63	27,89
Concordia	Barceloneta	55	2,41	32,33
Agonizantes	Instituto	53	2,32	28,45
San Pablo	Atarazanas	50	2,19	30,02
Varadero	Barceloneta	50	2,19	36,92
Cruz Cubierta	Hostafrancs	48	2,10	36,59
Belén	Universidad	48	2,10	22,36
Hospital Militar	Universidad	48	2,10	18,38
Seca	Borne	43	1,88	25,50
Santa Mónica	Atarazanas	41	1,80	44,28
San Justo	Lonja	36	1,58	22,10
Aduana	Borne	33	1,45	19,53
Encantes	Lonja	26	1,14	24,38
Salesas	Concepción	24	1,05	18,03
San Agustín	Hospital	24	1,05	26,18
Balmes	Universidad	20	0,88	19,03
Ronda San Antonio	Universidad	20	0,88	19,91
Pelayo	Universidad	19	0,83	22,36
San Miguel	Barceloneta	18	0,79	30,79
Tetuán	Concepción	18	0,79	19,03
Merced	Lonja	18	0,79	24,04
Junqueras	Audiencia	17	0,74	22,46
Catedral	Audiencia	16	0,70	23,60
San Pedro	Instituto	16	0,70	15,10
Biblioteca	Instituto	15	0,66	27,11
Convalecencia	Hospital	14	0,61	21,33
Liceo	Atarazanas	11	0,48	25,95
Santa Ana	Audiencia	11	0,48	21,17
Prado	Concepción	10	0,44	19,53
Trinidad	Lonja	10	0,44	18,50
Muntaner	Universidad	9	0,39	15,44
Huertas	Atarazanas	8	0,35	23,31
Fomento	Audiencia	8	0,35	24,61
Santa María	Borne	7	0,31	23,10
Bogatell	Instituto	7	0,31	21,70
Banco	Lonja	7	0,31	18,74
Diputación	Audiencia	6	0,26	18,98
Enseñanza	Concepción	6	0,26	15,93
Parque	Borne	4	0,18	17,57
Rocafort	Hostafrancs	4	0,18	19,87
Arrepentidas	Hostafrancs	2	0,09	19,55
Pino	Audiencia	1	0,04	18,30
TOTAL		2.282	100	30,92

F: Elaboración propia a partir de: CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos...*, pp. 49-60. Las tasas de mortalidad de los barrios en GARCÍA FARÍA, *Proyecto del saneamiento...*

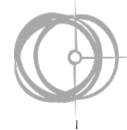


Tabla 2. Relación de las calles más afectadas por la epidemia de cólera de 1885 en Barcelona, con expresión de edificios invadidos y condiciones de habitabilidad.

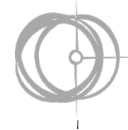
CALLE	Invasiones	Edificios invadidos	Edificios totales	% edificios invadidos	Habs.	Habs./ edificio	Habs./ vivienda
Aurora	32	17	22	77,3	952	43,3	3,0
San Beltrán	24	8	11	72,7	591	53,7	3,6
Paloma	21	12	17	70,6	775	45,6	3,5
San Gil	23	14	21	66,7	1.114	53,0	3,7
Tigre	39	16	24	66,7	1.023	42,6	3,6
San Antonio	17	10	16	62,5	180	11,3	2,4
Lealtad	26	4	7	57,1	207	29,6	3
Salvador	36	13	23	56,5	1.136	49,4	3,0
Radas	11	8	15	53,3	514	34,3	9,2
Mediodía	16	9	17	52,9	739	43,5	3,3
Aliada	15	10	19	52,6	588	30,9	3,3
San Vicente	28	12	23	52,2	1.236	53,7	3,7
Peu de la Creu	20	14	27	51,9	933	34,5	3,1
Amalia	43	18	35	51,4	1.477	42,2	3,4
Santa Madrona	19	5	10	50,0	590	59,0	3,8
San Olegario	12	8	18	44,4	552	30,7	3,1
Poniente	40	26	59	44,1	2.488	42,2	3,7
León	19	10	23	43,5	897	39,0	3,5
San Gerónimo	24	12	28	42,9	1.221	43,6	2,9
San Paciano	26	9	21	42,9	806	38,4	3,0
Luna	28	11	26	42,3	1.160	44,6	3,5
Blanquería	12	7	17	41,2	430	25,3	3,7
Ferlandina	30	14	34	41,2	1.432	42,1	3,7
Tantarantana	15	10	25	40,0	699	28,0	3,5
Cera	25	15	38	39,5	1.272	33,5	3,0
San Clemente	26	7	18	38,9	752	41,8	3,0
Cortinas	18	8	21	38,1	719	34,2	3,9
Canals	21	7	19	36,8	485	25,5	3,2
Prínc. de Viana	19	9	25	36,0	937	37,5	3,8
Vistalegre	13	7	20	35,0	639	42,0	2,9
Claveguera	16	8	23	34,8	541	23,5	3,0
Olmo	16	8	23	34,8	825	35,9	3,2
Carretas	37	24	71	33,8	2.548	35,9	3,0
Flassaders	18	10	30	33,3	937	31,2	3,6
Fonollar	14	10	30	33,3	758	25,3	3,1
Valdoncella	23	14	43	32,6	1.907	44,3	3,8
Santa Ana	13	10	31	32,6	747	24,1	3,8

El número de edificios invadidos por calles en CAPDEVILA, *Apuntes histórico-estadísticos...*, pp. 49-60. La proporción de habitantes por edificio y por vivienda en Gumersindo COLOMER, *Movimiento de la población de Barcelona en el veintenio de 1861-1880. Densidad por calles, casas y habitaciones de la población vecindada en Barcelona en 1882*, Barcelona, Sucesores de N. Ramírez y Cía, 1883.

Imagen 2: Situación de las vías públicas de Barcelona más afectadas por invasiones de cólera durante la epidemia de 1885



Leyenda: Con círculo negro, se representan las calles donde existieron diez o más invasiones de cólera a lo largo del ciclo epidémico.



Entre la violencia y la solidaridad. Reacciones sociales frente a la epidemia

Cualquier aproximación historiográfica a las epidemias acaecidas en las sociedades del pasado exige indagar en aspectos que van más allá de los relacionados con las medidas preventivas o de contención que activaron o con sus repercusiones sociodemográficas. En adición, el estudio de esas coyunturas sanitarias implica detenerse en temáticas sobre las que se ha problematizado de manera notoria para el caso de grandes núcleos urbanos europeos e internacionales. De manera específica, el cólera es una enfermedad propicia para profundizar en aspectos como las reacciones sociales que generó (incluso en términos de enfrentamientos de clases), la violencia que motivó ante las disposiciones sanitarias promocionadas para conjurarla o las tendencias de solidaridad a las que dio lugar por la dislocación socioeconómica que necesariamente conllevaba⁹⁶.

96. Los estudios al respecto son numerosos. Al margen del ya citado de Snowden para Nápoles, los más destacados son: ROSENBERG, *The Cholera Years...*; Richard J. EVANS, "Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth-Century Europe", *Past & Present*, 120 (1988), pp. 123-146; Catherine J. KUDLICK, *Cholera in Post-Revolutionary Paris. A Cultural History*, Berkeley, University of California Press, 1996; Michael HOLLAND, Geoffrey GILL y Sean BURRELL (eds.), *Cholera and Conflict: 19th century cholera in Britain and its social consequences*, Leeds, Medical Museum Publishing, 2009; HAMLIN, *Cholera...*; Richard S. ROSS III, *Contagion in Prussia, 1831. The Cholera Epidemic and the Threat of Polish Uprising*,

En lo que concierne a la exploración de las respuestas sociales frente al cólera en Barcelona, cabría plantear, de entrada, la hipótesis de que algunas de las iniciativas emanadas de la Junta Municipal de Sanidad y la Comisión de Salubridad durante la fase preventiva de 1884 habrían adquirido un mayor grado de firmeza por las cosmovisiones urbanas que tenían los habitantes de la ciudad, provenientes de lo que conceptuaban como perjudicial para el espacio vivido. En este sentido, los patrones de inspección regularizada impuestos sobre determinados establecimientos y costumbres podrían entenderse como resultantes de diálogos bidireccionales entre poder local y vecindario.

Como señalamos en el primer epígrafe, la vigilancia de vaquerías, almacenes de curtidos y pieles, fábricas y tintorerías, estercoleros en solares particulares y depósitos de cerdos, gallinas y conejos fue moneda corriente en las hojas de ruta que el gobierno municipal cumplimentó tras la llegada del cólera a Tolón. Aunque estas preocupaciones ya han sido señaladas⁹⁷, es necesario apuntar que, en su activación, ejecutada mediante las visitas de inspección, representaba un papel decisivo la presión social, reflejada en las quejas y denuncias que el vecindario transmitía a los alcaldes de barrio. De su contenido se desprende la existencia de una cierta conciencia pública con respecto a la problemática higiénico-sanitaria de la ciudad. La documentación municipal permite afirmar que la población intervenía de manera activa en el desarrollo de una alarma sanitaria con la reclamación de una protección oficial rigurosa frente a los focos de infección presentados en sus enclaves residenciales⁹⁸.

148

En la mayoría de las ocasiones, las denuncias vecinales guardaban relación con una concepción miasmática del cólera. Las principales reclamaciones del período preventivo engarzaban con los malos “olores” y “emanaciones” de fábricas, almacenes y depósitos de cerdos, gallinas y conejos, de modo que se interpretaba que la perseverancia del olvido de las autoridades con respecto a sus obligaciones en la corrección de esas fallas en la policía urbana podía repercutir en un contagio más elevado al declararse la epidemia. Pese a todo, también es cierto que esas quejas dejaban traslucir inquietudes de la población relacionadas con el impacto que en sus entornos habían tenido las enfermedades infecciosas en fechas recientes. Así se deduciría de la instancia que redactaron los inquilinos de la calle de Tantarantana (distrito del Instituto). A su juicio, eran las nulas condiciones higiénicas de los almacenes y locales industriales de esa vía lo que explicaba que “en casi todas las epidemias acontecidas” en Barcelona hubiera sido una de las que había arrojado “un mayor contingente de defunciones”⁹⁹.

Por otro lado, tampoco cabría perder de vista que el papel activo del vecindario durante la etapa preventiva se evidenciaba en la alarma que entre el mismo despertaba el hacinamiento residencial, factor que sí resultaba propicio para la generación de focos de infección a escala socioespacial. Uno de los escenarios sobre los que se giraron más visitas de inspección durante el verano de 1884 en Barcelona fueron las casas de dormir, que paliaban, desde la informalidad, las necesidades habitacionales periódicas de sectores

Jefferson (NC), McFarland & Company, 2015, pp. 135-153, y KLINE COHN, *Epidemics. Hate and Compassion...*, pp. 204-262. Aproximaciones para el caso español en Joan SERRALLONGA, “Epidemias e historia social. Apuntes sobre el cólera en España, 1833-1865”, *Historia Social*, 24 (1996), pp. 7-21; FERNÁNDEZ SANZ, 1885: *el año de...*, pp. 209-216, y DÍAZ, “El cólera de 1885...”.

97. RISQUES, “L’epidèmia...”, pp. 28-32.

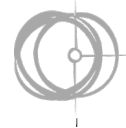
98. AMCB, Governació, Expediente relativo al cólera. Comisión de Salubridad, 1884, signatura D/100, bis/1.

99. Ibidem, Instancia de los vecinos de la calle de Tantarantana, 7-7-1884, signatura D/100, bis-1.

sociales subalternos (mendigos, prostitutas, alcohólicos), pero también las planteadas entre jornaleros que, como consecuencia de los procesos de proletarización de la actividad laboral, no podían costear el alquiler de una habitación partiendo de sus exiguos jornales.

Las casas de dormir proliferaron de manera significativa en Barcelona, al igual que había ocurrido en algunas de las principales urbes europeas e internacionales, y se regían por una concentración desmesurada de camas en una misma habitación¹⁰⁰. Venían despertando una preocupación gradual entre las autoridades locales, reflejada en la manera en que las batidas circunstancialmente desarrolladas para su inspección (movidas por la ambición de localizar a figuras sospechosas de delitos o indocumentadas) abrieron paso a corpus normativos conectados con su reglamentación, en aras de implementar para las mismas normas higiénico-sanitarias generales, registros diarios de albergados y preceptos morales relativos a la separación de sexos¹⁰¹. Ante el riesgo que se cernió sobre Barcelona tras la declaración oficial del cólera en Tolón, se reforzaron las necesidades de inspección sobre estos locales, mas su carácter de clandestinidad y su desregulación oficial complicaba la detección sistemática de su localización. El vecindario, y especialmente el empadronado en determinadas calles del distrito de Atarazanas (donde más se había incrementado la presencia de esos locales en los años anteriores), coadyuvaría de manera decisiva en esa tarea¹⁰².

Las quejas y denuncias vecinales adquirieron mayor pujanza con la amplificación de los casos confirmados de cólera en el verano de 1885. El propio consistorio reconoció la relevancia que en ese contexto podía tener la participación ciudadana, tal y como se desprende de la resolución que adoptó para instalar un buzón destinado “a recibir cualquier reclamación o denuncia, aunque sea anónima, sobre todo aquello que pueda ser motivo o causa de alteración de la salud de los habitantes”¹⁰³. El vecindario de determinadas vías públicas no tardaría en hacer uso de esa disposición (que habría de concebirse como resultante de unas pretensiones oficiales de convertirle en elemento auxiliar de la administración local para favorecer una mayor regulación de los barrios) y en expresar sus inquietudes¹⁰⁴. Para el de la calle de Tallers (distrito de Universidad), era la “continua alarma” en que se vivía en sus entornos residenciales, “a causa de estar amenazados por una infección colérica” que ya se había cobrado varias muertes, el factor que había impelido a la organización de reuniones informales, regidas por el objetivo de poner en conocimiento de las autoridades la posible “existencia de un foco de infección” en su espacio de desenvolvimiento cotidiano. En concreto, fue una tripería que hacía



100. La creciente representatividad de las casas de dormir en el ámbito internacional y sus características en Lionel ROSE, *Rogues and Vagabonds: Vagrant Underworld in Britain, 1815-1985*, London, Routledge, 1988, pp. 49-86; J. C. SCHNEIDER, “Homeless Men and Housing Policy in Urban America, 1850-1920”, *Urban Studies*, 26 (1989), pp. 90-99, <https://doi.org/10.1080/00420988920080071>, y Tom CROOK, “Accommodating the Outcast: Common Lodging Houses and the Limits of Urban Governance in Victorian and Edwardian London”, *Urban History*, 35 (2008), pp. 414-436.

101. El primer reglamento de casas de dormir para Barcelona fue publicado en 1883. Su redactor fue el gobernador civil Manuel Gil Maestre, quien describió las existentes en la ciudad en 1886. Véanse *Boletín Oficial de la Provincia de Barcelona*, 29-11-1883, y Manuel GIL MAESTRE, *La criminalidad en Barcelona y en las grandes poblaciones*, Barcelona, Leodegario Obradors, 1886, pp. 147-151.

102. AMCB, SA, Expediente general de Sanidad, julio-septiembre de 1885, legajo 44288, expediente 3829.

103. *Ibidem*.

104. El papel del vecindario en esa regulación de los barrios durante las coyunturas epidémicas de cólera es también analizado en Gustavo CAMPOS, “Las denuncias de vecinos como mecanismos de control sanitario en Concepción (1890-1902)”, *Tiempo y Espacio*, 35 (2015), pp. 93-120.

esquina con la calle de Ramelleres el lugar que se entendió como proclive para desatar “fatales consecuencias” en una coyuntura epidémica, por las “emanaciones pútridas” que durante las tardes obligaban a “cerrar las puertas” de las casas¹⁰⁵. Para quienes vivían en la plaza Nueva (distrito de Instituto), fue la tenería de pieles de ganado ubicada en el número 10 el establecimiento que despertó las preocupaciones más notorias, habida cuenta de unas condiciones higiénicas abandonadas que exigían proceder a la desinfección “de un modo serio” y desterrar en el propietario arraigadas costumbres de recepción de artículos que en ningún caso se acogían a los procedimientos dictados por el gobierno local, basados en su enfardado¹⁰⁶. Para quienes poblaban la calle del Abad Safont (distrito del Hospital), era la existencia de un solar no cercado el enclave que levantaba las mayores animadversiones, tras haberse convertido en un “foco de inmundicias” que en la época estival requería una urgente y esmerada limpieza, exigida al dueño por el poder local¹⁰⁷.

Las reclamaciones vecinales también se incrementaron con respecto a la situación de las casas de dormir. Las visitas giradas a estos enclaves durante la fase preventiva, seguidas de imposición de multas a sus dueños o disposiciones fijadas para limitar el número de camas por habitación, no parecían haber surtido efecto, a deducir de un hacinamiento y un abandono higiénico-sanitario que seguían reproduciéndose en idénticos términos. Los nuevos dispositivos de vigilancia activados con la epidemia de cólera motivaron el requerimiento de medidas adicionales a las del año anterior, consignadas por médicos que acompañaban a los tenientes de alcalde en las inspecciones (operaciones de baldeo de los suelos y blanqueo de las paredes con cal), mas en algunos casos se procedió a ordenar su cierre¹⁰⁸. La conexión entre las condiciones de esos locales (principalmente situados en vías públicas donde seguirían presentándose hasta los tiempos de la Segunda República, como Alba, Mediodía, Arco del Teatro, Cid o Peracamps)¹⁰⁹ y la emergencia de focos de infección de cólera quedaría probada con la concatenación de varios casos confirmados en estos puntos.

Entre las reacciones sociales que en Barcelona se presentaron frente a la epidemia de cólera sobresalieron estas demandas y quejas, que podríamos categorizar, partiendo de las interpretaciones de Jiménez, como vehiculadas por la construcción de un *ethos* cívico con el que se evidenciaba una conducta proactiva en la exigencia de una protección pública capaz de suprimir cualquier indicio de aflicción en el marco de la vida cotidiana¹¹⁰. Los sectores populares de distritos como los de la Barceloneta, Universidad, Hospital o Atarazanas, que recogían el mayor número de denuncias, no eran masas silenciosas y tampoco se regían por la ignorancia, a pesar de que esta fuera sistemáticamente referida para explicar la insalubridad de sus zonas¹¹¹. Por el contrario, y siguiendo nuevamente a Jiménez, esperaban del poder local una responsabilidad y una

105. AMCB, SA, Expediente general de Sanidad, julio-septiembre de 1885, legajo 44.286, exp. 3829.

106. Ibidem.

107. AMCB, SA, Expediente general de Sanidad, agosto de 1885, legajo 44.287, exp. 3829.

108. AMCB, SA, Expediente general de Sanidad, julio-septiembre de 1885, legajo 44288, exp. 3.829, y AMCB, SA Expediente general de Sanidad, julio-septiembre de 1885, legajo 44286, ex.3.829.

109. Paco VILLAR, *Historia y leyenda del Barrio Chino (1900-1992)*, Barcelona, La Campana, 1996, pp. 37-41.

110. Christina M. JIMÉNEZ, *Making an Urban Public: Popular Claims to the City of Mexico, 1879-1932*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2019, <https://doi.org/10.2307/j.ctvh4zfp0>.

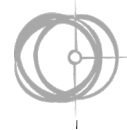
111. GARCÍA FARÍA, *Proyecto del Saneamiento...*, pp. 151-170.

capacidad de respuesta que no trascendía de la teoría a la práctica¹¹², independientemente de lo que dictaminaran las ordenanzas municipales para garantizar el orden en la convivencia urbana.

Junto a las anteriores respuestas poblacionales, también sería posible localizar en Barcelona conductas que no únicamente guardaban relación con la resistencia pasiva vehiculada por la ocultación de invasiones de cólera, ya analizadas a partir de las interpretaciones coetáneas a la epidemia de Capdevila¹¹³, y que reflejaban la perdurabilidad de turbulencias sociales marcadas por un grado de violencia. En una proporción considerable de los estudios consagrados a la exploración de las epidemias de cólera decimonónicas se ha establecido una conexión entre la enfermedad y la emergencia de ambientes de excitación y frenesí, que conducían a la creación de chivos expiatorios justificada por la incertidumbre vinculada a la afección y el miedo a lo desconocido y a la conspiración. Habitualmente, fueron los profesionales médicos los principales objetivos de la ira popular cuando esta se manifestaba (acusados de responsables del *mal*), lo que llevaría a entender el carácter multitudinario que tuvieron las invasiones de hospitales y lazaretos en el ámbito británico, ruso, francés y germánico.

Resulta cierto que estas conductas fueron más habituales durante la primera epidemia de cólera vivida por Europa, por su carácter virginal y el halo de incertidumbre que la rodeó. Sin embargo, no desaparecieron en el curso de las que acontecieron hasta finales del ochocientos. Las actitudes de rebelión más conocidas para la epidemia de 1884-1885 fueron las observadas en Nápoles. El constante incremento en el número de invasiones y defunciones desde septiembre del primero de esos años generó una fobia colectiva de envenenamiento, en torno a la cual se conceptuó a las autoridades municipales como responsables de una estrategia para acabar con el exceso poblacional y a los representantes de la clase médica como sus brazos ejecutores. Por su parte, las irrupciones de las brigadas de desinfección en los espacios privados, en no pocas ocasiones desarrolladas bajo parámetros más propios de una persecución policial que de un plan sanitario y seguidas de medidas de aislamiento, quema y destrucción de enseres, motivaron respuestas de furia popular que, como ya hemos visto, se tuvieron en cuenta tras la detección del primer caso sospechoso en la Barceloneta¹¹⁴.

En lo que concierne a Barcelona, Risques y Grabuleda han referido la calma que la población presentó durante la coyuntura epidémica, sirviéndose de las comparaciones con Madrid¹¹⁵, donde al margen de las manifestaciones organizadas por la clase mercantil contra las autoridades gubernativas tras la declaración oficial de la enfermedad destacaron episodios tan conflictivos como el motín de las verduleras de la Plaza de la Cebada y las calles aledañas (justificado por las medidas de control sobre la venta ambulante), los conatos de amotinamiento popular frente a las conducciones de personas invadidas hacia el Hospital del Sur para coléricos y las agresiones perpetradas contra las brigadas de la desinfección¹¹⁶. Sin embargo, la documentación municipal consultada prueba que no todo



112. Christina M. JIMÉNEZ, "The networked city: popular modernizers and urban transformation in Morelia, Mexico, 1880-1955", en Tim EDENSOR y Mark JAYNE (eds.), *Urban Theory Beyond the West*, Londres y Nueva York, Routledge, 2012, pp. 164-165.

113. GRABULEDA, *Salut pública...*, pp. 297-305.

114. SNOWDEN, *Naples in the time...*, pp. 137-141.

115. RISQUES, "L'epidèmia...", p. 31, y GRABULEDA, *Salut pública...*, p. 301.

116. DÍAZ, "El cólera de 1885..." y FERNÁNDEZ GARCÍA, *Epidemias y sociedad...*, pp. 155-206.

lo que se respiró en Barcelona fue tranquilidad y sosiego. La ciudad vivió algún episodio esporádico de repulsa popular de las clases médicas (como el apedreamiento de un coche sanitario municipal que trasladaba a un enfermo al Hospital de la Vinyeta)¹¹⁷, aunque los problemas más significativos estuvieron relacionados con la desinfección.

Dos ejemplos revelarían la anterior afirmación. Coincidiendo con la declaración de la epidemia, Vicente Rojadel acudió al número 11 de la calle Jaume Rigalt. Su objetivo era practicar la profilaxis de una vivienda donde se había producido una invasión por cólera en las horas precedentes. Junto a los mozos del servicio, el jefe de la brigada sanitaria de desinfección fue recibido “por un tumulto de gente” que, al margen de “lanzar agua desde los balcones”, procedió a intimidarles, sacando a “relucir armas blancas”. Similar fue el escenario de resistencia contemplado en la calle del Tigre el 7 de agosto de 1885, si bien en este caso las amenazas dieron paso a las agresiones de la multitud¹¹⁸. Lo que podría interpretarse a la luz de estos casos no sería tanto la conceptualización de la negativa respuesta popular como un acontecimiento deudor de una verdadera comprensión del carácter rudimentario que entonces tenían esas soluciones de antisepsia. Por el contrario, el vecindario entendía que el poder local no actuaba desde la defensa de sus beneficios e intereses cotidianos, independientemente de que el fin fuera velar por la salud pública. En el imaginario colectivo, y siguiendo las interpretaciones de Barnes, se estaba violando la privacidad en el marco domiciliario¹¹⁹ y, más importante si cabe, poniendo en riesgo los escasos recursos de las familias menos aventajadas. Esta aseveración es la que podría deducirse de las instancias que se enviaron al consistorio exigiendo, tras la práctica de la desinfección y la posterior quema y destrucción de enseres personales, indemnizaciones justificadas desde la invocación de las dificultades que emergían para el sostenimiento de las viviendas sometidas a esas operaciones¹²⁰.

152

Con todo, conviene precisar que las ansiedades motivadas por la epidemia de cólera en Barcelona se complementaron con otras actitudes marcadas por el voluntarismo, la solidaridad y el tejido de redes asistenciales. Es relevante significar que el Ayuntamiento de Barcelona reconoció de manera explícita la necesidad de allegar fondos para atender a “las más apremiantes necesidades” que emergieran en la ciudad al calor de la invasión de la enfermedad. A tal fin respondería la Junta de Auxilios creada justo después de la constitución de la Junta Municipal de Sanidad y la Comisión de Salubridad, presidida por el alcalde e integrada por destacados representantes de la clase industrial y mercantil y presidentes de algunos de los principales organismos benéfico-asistenciales, laborales y cívicos. Con unos procedimientos prácticamente idénticos a los desplegados en otros núcleos urbanos, la hoja de ruta que determinó durante la epidemia quedaba iniciada por la apertura de una suscripción pública entre el vecindario con la que organizar la distribución de socorros en especie, desde las juntas de distritos y barrios¹²¹.

Las primeras actuaciones de la Junta de Auxilios estuvieron consagradas a la activación de los servicios asistenciales en los distritos que podían verse más afectados durante la epidemia (Atarazanas, Hospital, Instituto y Universidad) y a la creación de unas primeras cocinas económicas en los distritos de Hostafrancs y la Barceloneta. De su

117. *La Publicidad*, 22-8-1885.

118. AMCB, SA, Expediente general de Sanidad, julio-septiembre de 1885, legajo 44.286, exp. 3.829.

119. BARNES, *The Great Stink*...

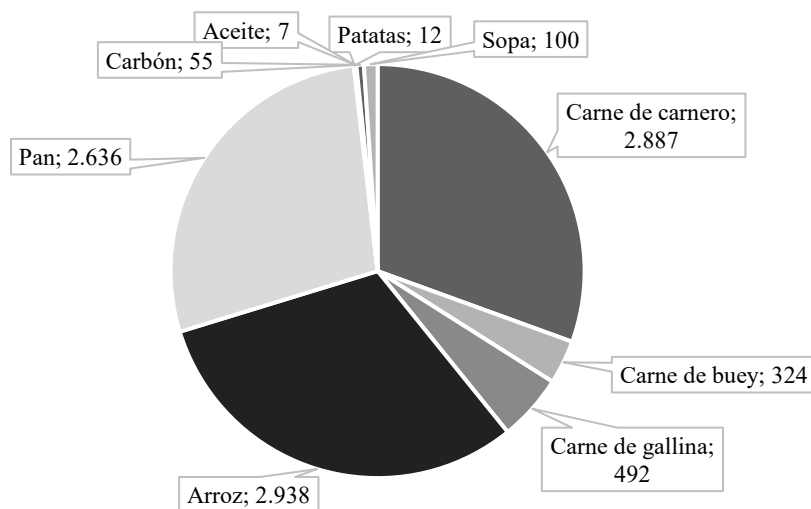
120. AMCB, SA, Expediente general de Sanidad, julio-septiembre de 1885, legajo 44.288, exp.3.829.

121. *Diario de Barcelona*, 4-8-1885 y 7-8-1885.

iniciativa general también emergieron propuestas conducentes a un diálogo continuo con las asociaciones benéficas particulares de la ciudad (en aras de facilitar en sus asilos plazas para los niños que quedaran huérfanos) y con instituciones que velaban por la protección de la primera infancia como la Casa de Lactancia (con objeto de recoger a los niños de pecho abandonados tras el fallecimiento de sus madres). Sin embargo, la tarea más relevante en los inicios de su andadura tuvo que ver con la reglamentación de las juntas de distritos y el establecimiento de las normas que debían regir en la distribución de los socorros. En este escenario se marcaban normas organizativas relacionadas con la “exploración más prolija de las necesidades” en cada área urbana; la fijación de las cantidades de los artículos alimenticios que se plantearían en los bonos de comestibles en función del estado de los socorridos (sanos, enfermos y convalecientes) y la publicidad de los establecimientos donde canjear los anteriores¹²².

Algunas de las juntas formadas a nivel de barrio redactaron memorias sobre los cometidos que desempeñaron durante la epidemia, útiles para comprobar los fines que las guiaban a una escala socioespacial reducida. Ejemplificador es el caso del barrio de San Pedro, en el distrito del Instituto. Durante el período en que esa zona se vio afectada por la enfermedad, se repartieron 9.451 bonos de comestibles con las 4.131,25 pesetas que se recabaron entre los particulares de la demarcación, a través de suscripciones de tres tipologías (diarias, semanales y mensuales). La actividad asistencial también quedó vehiculada por las 224 visitas giradas por los facultativos empadronados en la zona; el despacho de 118 fórmulas de medicamentos entregadas por los farmacéuticos Eusebio Bofill y Pedro Llorens y el reparto de mantas y el pago de entierros entre las familias más pobres. Las cantidades económicas derivadas de la suscripción pública organizada por la Junta de Auxilios dieron una cierta regularidad a estas actuaciones¹²³.

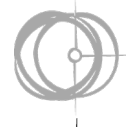
Gráfica 8. Representatividad de los bonos de comestibles repartidos en el barrio de San Pedro (distrito del Instituto)



F: JUNTA PARTICULAR DE AUXILIOS...

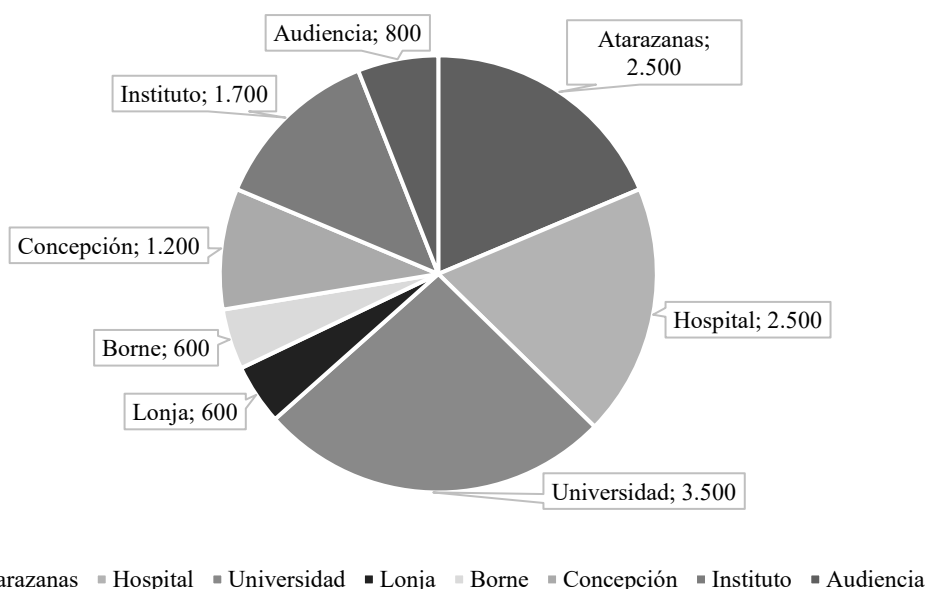
122. *Diario de Barcelona*, 7-8-1885, 10-8-1885, 14-8-1885 y 20-8-1885. y *La Publicidad*, 7-8-1885, 9-8-1885, 11-8-1885, 21-8-1885 y 27-8-1885.

123. JUNTA PARTICULAR DE AUXILIOS (Distrito del Instituto, Barrio de San Pedro), *Memoria de la gestión administrativa practicada por dicha junta durante la invasión colérica del año 1885*, Barcelona, Casa Provincial de Caridad, 1885.



El curso de la epidemia vislumbraría, entre otras decisiones significativas tomadas por la Junta General de Auxilios, las relacionadas con la apertura de cocinas económicas y restaurantes de obreros para los vecinos necesitados de todos los distritos. A los espacios que dentro de este escenario funcionaron en un primer momento en la Barceloneta y Hostafrancs se unirían, desde comienzos de octubre, los habilitados en la calle Mediana de San Pedro (para los vecinos de los distritos de Concepción, Instituto y Borne y gestionado por las Hermanas de la Caridad del Albergue de San Antonio) y en los pórticos de la Iglesia Parroquial de San Agustín (para los distritos de Atarazanas, Audiencia y Hospital y administrado por las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl). A ellos acudían diariamente cerca de 1.200 necesitados, entre los que repartían raciones consistentes en un pan de nueve onzas, sopa, guisado, carne y tocino¹²⁴. No todos los vecinos necesitados de un socorro en especie fueron objeto de este en esos recintos, lo que llevó a determinar para estos últimos la distribución de bonos de pan en cantidades que, en términos proporcionales, engarzan con las relativas a las cifras de invasiones de cólera medidas en función de su distribución por distritos.

Gráfica 9. Raciones de pan distribuidas semanalmente en los comedores económicos de los distritos de Barcelona



F.: *La Ilustración*, 15-11-1885.

Para finalizar, cabe indicar que las ayudas no dependerían en exclusiva de la iniciativa institucional oficial o de la coordinación establecida entre el Ayuntamiento de Barcelona y los establecimientos benéficos privados de la ciudad. En adición, quedaría vehiculada sobre la base de unas relaciones comunitarias que seguían teniendo un carácter primario; desde prismas laborales o a partir de estrategias implementadas para determinados grupos migratorios. En lo que concierne al primer caso, puede deducirse que el vecindario asumiría iniciativas conectadas con la apertura de suscripciones para socorrer a los enfermos pobres de sus espacios residenciales, con la distribución gratuita de medicamentos (organizada desde el establecimiento farmacéutico que operaba en esas zonas), con la adquisición de desinfectantes con los que ejecutar las operaciones domiciliarias de antiseptia recomendadas por las autoridades o con la formación de sus

124. *La Publicidad*, 2-10-1885; *El Diluvio*, 24-10-1885, y *La Ilustración*, 15-11-1885.

propias juntas de defensa¹²⁵. En lo que respecta a la clase trabajadora, se desplegaron líneas de intervención asociadas con la formación de juntas de auxilios o con la concesión de socorros en metálico, en concepto de subsidios para operarios que enfermaran o para sus familias en casos de defunción¹²⁶. En cuanto a las comunidades migratorias instaladas en la capital catalana, se desarrollaron actuaciones destacadas desde los comités de acción creados por la Sociedad Francesa de Beneficencia, encargados de distribuir a los nacidos más allá de los Pirineos medicamentos, ropas, alimentos y especies, tanto en los barrios de Barcelona como en algunas de sus poblaciones colindantes¹²⁷. La función asistencial combinaba así diferentes frentes de operatividad en el marco epidémico, claves para atender a necesidades que no podían ser íntegramente cubiertas por el gobierno municipal.

Conclusiones

El análisis de la proyección del cólera sobre Barcelona entre el verano de 1884 y el otoño de 1885, en su doble vertiente amenazante y confirmada, pone de relieve una serie de cuestiones relevantes en lo que concierne a las respuestas institucionales y sociales verificadas al calor de la enfermedad. En lo que se refiere a las reacciones de las autoridades locales, la delimitación del estudio en dos fases diferenciadas (preventiva y de contención epidémica) permite detectar las diferentes velocidades que pudieron contemplarse en las estrategias desplegadas por el gobierno municipal, ora para conjurar la importación de la enfermedad, ora para combatirla desde dentro de la ciudad. A todas luces puede aseverarse que los meses comprendidos entre julio de 1884 y enero de 1885 fueron aquellos en los que el poder local reflejó una conducta más proactiva, no únicamente orientada a la implementación de estrategias de control y vigilancia higiénico-sanitaria sobre los diferentes rincones de la ciudad, sino también a la invocación o a la materialización de planes que engarzaban con la actualización o transformación de sus dispositivos higiénico-sanitarios. Las acciones desarrolladas en aquella coyuntura también revelaron la interpretación de una eventual epidemia como un fenómeno que necesariamente debía ser gestionado en virtud de las características que ofrecía el espacio urbano heredado, ya fuera desde el punto de vista de la fragmentación social que en él se hubiera ido evidenciando, o desde perspectivas que ejemplificaban el funcionamiento de imaginarios oficiales deudores de ciclos epidémicos precedentes, claves para generar un asociacionismo entre los barrios que podían definirse como potencialmente vulnerables para activar la declaración oficial de la epidemia.

En una epidemia que finalmente quedaría vehiculada sobre la base de una incidencia y una letalidad que reprodujeron los bruscos contrastes existentes a nivel de barrio en los distritos (en lo que respecta a sus tasas de mortalidad generales) y que guardaban una correlación inequívocamente positiva con respecto a la densidad poblacional y el hacinamiento residencial de las vías públicas de la ciudad, las respuestas sociales no fueron escasas. En líneas generales, quedaron desdobladas en torno a frentes claramente definidos por la reivindicación de actuaciones oficiales, la violencia o la repulsa expresada ante aquellos dispositivos de contención que se consideraban como lesivos para intereses cotidianos y la solidaridad y el tejido de redes asistenciales con las que hacer frente a las dislocaciones socioeconómicas. Por un lado, las demandas y las

125. *Diario de Barcelona*, 31-7-1885 y *El Diluvio*, 15-8-1885.

126. *La Publicidad*, 15-8-1885, 18-8-1885, 21-8-1885 y 25-8-1885.

127. AMCB, SA, agosto de 1885, legajo 44.282, expediente 3.301.



quejas del vecindario llevarían a comprobar que el papel que este último desempeñaba en la coyuntura epidémica no era el correspondiente a una masa social silenciosa, en la medida en que la alarma o la crisis sanitaria servían para invocar la protección pública frente a lo que podríamos entender como un abandono municipal de sus zonas residenciales, en lo que concierne a la garantía de preceptos básicos de policía urbana. En segundo término, las actitudes de violencia y repulsa evidenciaban que la resistencia de la población frente al plan de acción municipal contra el cólera existía más allá de su vertiente pasiva, expresada ante aquellos dispositivos de contención de la enfermedad que se juzgaban como lesivos con respecto a intereses y necesidades cotidianas. Finalmente, la exploración de la solidaridad y del tejido de redes asistenciales durante la epidemia de cólera demostraban que, pese a la existencia del liderazgo institucional en estos escenarios, persistían actuaciones donde el auxilio mutuo emanaba de iniciativas particulares no completamente cubiertas por las autoridades o dependientes de colectivos que operaban a escalas residenciales limitadas.