

LA CULTURA DE LOS OLORES
Una aproximación a la antropología
de los sentidos

LA CULTURA DE LOS OLORES
Una aproximación a la antropología
de los sentidos

Cristina Larrea Killinger

Colección
Biblioteca Abya-Yala
46

EDICIONES
ABYA-YALA
1997

La cultura de los olores

Una aproximación a la antropología de los sentidos

Cristina Larrea Killinger

Colección Biblioteca Abya-Yala N° 46

Edición: Ediciones ABYA-YALA
12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla 17-12-719
Teléfono: 562-633 / 506-247
Fax: (593-2) 506-255
E-mail: abyayala@abyayala.org.ec
editoria@abyayala.org.ec
Quito-Ecuador

Autoedición: Abya-Yala Editing
Quito-Ecuador

Impresión: Docutech

ISBN: 9978-04-264-4

Impreso en Quito-Ecuador, 1997

ÍNDICE

Prólogo	11
Prefacio	15
Presentación	17

I. EL OLFATO Y LOS OLORES

1.1. El descubrimiento del olfato y de los olores como problema en el campo de la historia, la antropología y la sociología. ...	27
1.2. Temas dominantes en los estudios socioculturales del olfato y los olores:	35
1.2.1. La historia de la desodorización.....	35
1.2.2. Los olores de santidad	40
1.2.3. El olor del otro: categorías de discriminación y de exclusión.....	42
1.2.4. Los olores del cuerpo	45
1.2.5. Los malos olores y el ámbito mórbido: causas, naturaleza, transmisión y clasificación.....	46

II. DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA

2.1. Los miasmas como concepto médico: hipótesis de trabajo	55
2.2. Los objetivos de la investigación	62
2.3. Las fuentes primarias.....	63
2.3.1. Los diccionarios y las enciclopedias médicas	65
2.3.2. Las topografías médicas.....	66
2.3.2.1. Informe sobre las topografías médicas	74
2.3.3. Los tratados de higiene	76
2.3.4. Los tratados de osmología y otras fuentes	77

III. DEL DELITO DE SANGRE A LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

3.1. La noción de contaminación: una aproximación al miasma.....	81
3.2. La contaminación por homicidio: el peligro de la sangre.....	86
3.3. La contaminación y la enfermedad	89
3.4. El aire y la contaminación.....	95

IV. DE LO IMPURO SAGRADO AL MIASMA ILUSTRADO

4.1. La polución en el pensamiento religioso griego: el miasma.....	101
4.2. El concepto de <i>loimos</i>	104
4.3. La secularización de los miasmas.....	106
4.4. El neohipocratismo: contagionismo, anticontagionismo y ambientalismo.....	108
4.5. Las ciencias “médicas” auxiliares de la medicina ambiental: la geografía médica, la sociología y la antropología	122
4.6. El condicionamiento atmosférico en la constitución epidémica.....	125

V. LOS MIASMAS

5.1. La causalidad epidémica.....	137
5.1.1. La tipología miasmática	142
5.1.1.1. En busca de una definición.....	143
5.1.1.2. No se olvidan los detalles	146
5.1.1.3. El mefitismo	148
5.1.1.4. Los efluvios	149
5.1.1.5. Las exhalaciones	149
5.1.1.6. Las emanaciones	150
5.2. Los límites del miasma: los efectos y las causas. La especificidad del virus y el contagio.....	151

5.3. Control y medición de los miasmas: una técnica poco desarrollada.....	154
5.4. La nosología miasmática: “confusiones” clasificatorias de las enfermedades	155
5.5. Medidas de prevención y erradicación.....	155

VI. LA FRAGMENTACIÓN ODORÍFERA DEL ESPACIO URBANO

6.1. El control odorífero del espacio habitado	167
6.1.1. El campo y los abonos	170
6.1.2. El hacinamiento de los pueblos, las villas y las urbes..	173
6.2. La vigilancia olfativa del hacinamiento.....	175
6.2.1. Las calles y las inmundicias	175
6.2.2. Cloacas, alcantarillados, sumideros y letrinas	180
6.3. Las instituciones públicas: el hospital, la cárcel, el cuartel, el hospicio, el teatro y la iglesia	182
6.4. El lugar de los muertos y la putrefacción que afecta a los vivos: el cementerio, el muladar y el matadero	184
6.5. Las viviendas y las habitaciones: los estercoleros, la letrina y la comuna	187
6.6. El puerto de Barcelona.....	189

VII. EL SENSUALISMO EN LA TEORÍA MIASMÁTICA

7.1. Los miasmas contagiosos emanan de los cuerpos	201
7.2. El olfato del médico	203
7.3. La naturaleza de los olores y el reconocimiento de los olores mórbidos: husmear, otear y olfatear	209
7.4. Varias clasificaciones odoríferas. Por una especialización médica de los olores fétidos.....	213
7.5. Las variaciones odoríferas de las emanaciones corporales de los sanos	215
7.5.1. El olor y el clima.....	215
7.5.2. El olor y los alimentos	215
7.5.3. El olor, el sexo y la edad.....	216

7.5.4. El olor y las pasiones.....	217	
7.5.5. El olor de las razas	218	
7.5.6. Diferencias olfativas culturales e individuales	218	
7.5.7. Características de los olores corporales.....	219	
7.6. Los signos olfativos de las exhalaciones corporales de los enfermos	219	
7.7. Los miasmas y los microbios	221	
7.8. Algunos problemas olfativos.....	222	
7.9. El sensualismo en medicina.....	223	
 VIII. LA LUCHA POR LA ELIMINACIÓN DE LOS MIASMAS		
8.1. La desodorización y la desinfección.....	231	
8.2. La higiene y la medicalización de la suciedad	243	
8.3. La molestia olfativa: una transformación higiénica de las costumbres	249	
8.4. El triunfo moral de la desodorización	252	
 IX. LOS MIASMAS “SOCIALES”		
9.1. El interés higiénico hacia los obreros.....	259	
9.2. El hacinamiento de la clase obrera	264	
9.3. Las profesiones miasmáticas	275	
 X. CONCLUSIÓN		283
 BIBLIOGRAFÍA.....		287
 ANEXOS		327

DEDICATORIA

A mi madre

PROLOGO

Siento hoy la alegría de envejecer. Cuando los amigos, amigas y colegas me piden un prólogo, es inevitable la mirada atrás, la sensación agrídice de tener que reencontrar un tiempo que también ha sido mío. Es extraña la relación entre el profesor y el discípulo, como lo es entre el papá o la mamá y el hijo y la hija. Los paralelismos son tales que viendo crecer a unos y a otros se aprende a sobre llevar las separaciones que implica el tiempo. Luego, los prólogos se convierten en un reencuentro en el que teóricamente el padre o tutor, como dicen en los textos legales, o el viejo profesor, debe hablar sobre una obra o sobre temas en los que la autora se ha convertido en la profesora del profesor, y éste en el aventajado discípulo. En este aprender del discípulo está la grandeza del envejecer como forma de reflexión preguntándose si el profesor ha resultado de cierta utilidad al discípulo, si éste ha enseñado al profesor a aprender, a tomar consciencia de sus propias limitaciones, y a vivir el paso inexorable del tiempo.

Conocí a Cristina Larrea hace unos ocho años, cuando recién licenciada en Antropología me vino a proponer, por sugerencia de Ignasi Terrades, la dirección de una tesis sobre el papel que los médicos habían tenido sobre la construcción social y la domesticación de los olores. El proyecto me pareció fascinante por lo que suponía de ir a contracorriente. Una joven antropóloga, siempre comprometida con movimientos de lucha contra la intolerancia y en favor de la diversidad cultural y que ha realizado posteriormente un largo trabajo intensivo de campo, en condiciones muy duras, en América Latina, me proponía una tesis absolutamente crítica, erudita y profundamente *scholarly*, en un tema insólito, sin casi tradición en la Ciencia Social internacional en lugar de buscar una temática que se imbricase en los discursos dominantes. Les confieso que me entusiasmó el proyecto, el coraje de la autora y el desafío que suponía, entonces y ahora, que se propusiese construir su futuro académico sobre una temática marginal, intelectual y académicamente hablando, en el espacio de la indiferencia con la que las antropologías europeas contemplan aquellos ejercicios que se sitúan en los límites radicales de

lo que consideran es la ortodoxia hegemónica, y tienden a romper las barreras disciplinares para hacer suyo el ideal de una Ciencia Social universal. Cristina no cejó en su empeño. Durante años firmé y avalé decenas de becas y ayudas que jamás fueron concedidas. Removimos, en vano, cielo y tierra para obtener algunas magras ayudas con las que llevar a cabo el proyecto cuyo resultado tienen hoy en sus manos. Algunos -Ignasi Terrades, Joan Bestard y yo mismo - creímos que lo conseguiría aunque cruzásemos los dedos disimuladamente pensando en el oscuro panorama profesional que podía cernirse sobre ella en una sociedad indiferente a lo que no es puramente banal o simple reproducción de lo que otros ya han hecho. Y lo consiguió, poniendo en evidencia a un contexto social, cultural e ideológico para el cual únicamente los temas “competitivos” parecen tener cuartel. Y este triunfo es importante, puesto que en la antropología contemporánea pocos jóvenes antropólogos van a hacer trabajo de campo con el bagaje intelectual, académico y erudito con que fue Cristina tras su tesis a un suburbio particularmente duro en Guayaquil, en una investigación basada en trabajo de campo -intensivo y durante largo tiempo- sobre familia y violencia urbana.

Y allí también salió airoso del empeño y supo transmitirnos el entusiasmo de su tarea, su grado de integración y de compromiso con su nuevo terreno de trabajo profesional, y de hecho que este libro se publique en la República de Ecuador me parece especialmente significativo puesto que no sólo es una muestra del reconocimiento de su valor en sí mismo, sino, además el reconocimiento del compromiso de la autora con ese país al que está dedicando los mejores años de su vida.

Pero la condición de prologuista, de “viejo profesor” orgulloso de la trayectoria de su antigua discípula y hoy colega, no le exime de alentar al lector sobre lo que va a encontrar en el libro, más aun mi condición de antropólogo europeo me obliga, casi, a tratar de situar el valor de este libro y su importancia y a destacar el juego que puede dar de sí, no sólo como indagación del pasado sino por el uso que el pasado tiene para comprender el presente puesto que la historia que construye Cristina Larrea sobre Europa y Cataluña podría reconstruirse también en América Latina, en el propio Ecuador. También allí, en el siglo XIX, me contaba Eduardo Kingman en Tarragona, los médicos diseñaban proyectos de interevención urbana a mediados del XIX y publicaban topografías médicas y discutían sobre miasmas y olores.

Este libro versa sobre tres cuestiones encadenadas: el proceso de medicalización, la significación política del discurso médico desde la Ilustración y sobre los procesos de mediación cultural, y las transacciones entre el discurso médico y los saberes populares. Tenemos a menudo una visión de la medicalización muy simplista, pero muy cómoda puesto que podía articularse con la noción de secularización de la sociedad que parece característica de la modernidad. Parece como si la obra de George Rosen y de Michel Foucault hubiesen resuelto de una vez por todas el problema a partir de unos análisis que por lo comprensivos habrían resuelto el problema. ¡Qué errados estamos!. La medicalización es un proceso muy complejo y muy distinto en cada Estado, en cada región, en cada provincia, en cada lugar. Foucault y Rosen propusieron una especie de inmensa hipótesis de trabajo construida sobre los datos de algunos países europeos, pero han dejado sobre nuestros hombros la pesada y mucho más humilde tarea de ir explicitando el significado de la medicalización en torno a unidades de análisis microsociales en los distintos contextos históricos en que se han producido. Cristina Larrea aborda aquí el problema a partir de una brillante intuición personal, como es la curiosidad por el significado que ha adquirido en una sociedad desarrollada el “buen olor” como valor de referencia cultural y aún como rasgo de la personalidad individual. Su proyecto entronca con distintas tradiciones intelectuales: la antropología histórica, la historia social de la medicina, la historia cultural y la historia de las mentalidades y lo maneja con una erudición impresionante y con un conocimiento de conjunto de la problemática sorprendente en una investigadora tan joven. Leyéndola uno se da cuenta que los límites académicos de las actuales disciplinas son irrelevantes, y que la ciencia social no puede acotarse en espacios estancos sino que la preside una vocación de conjunto que exige ser selectivo con los datos y tener en la cabeza una concepción del mundo amplia y abierta.

Desde una perspectiva mucho más concreta la obra contribuye a explicar dos aspectos muy sustanciales: uno, es el uso estratégico de una teoría naturalista sobre las causas de la enfermedad por parte de los médicos en el contexto del desarrollo del poder civil durante la Ilustración, y los esfuerzos de los médicos por situarse como los intelectuales orgánicos del nuevo orden político. El otro es la penetración en las culturas populares de las concesiones naturalistas de los médicos en la configuración de las relaciones sociales.

Por todo ello recomiendo al lector que no vea este libro como una curiosidad historiográfica o erudita y no se deje atrapar por la exquisita minuciosidad de la autora y vea el libro simplemente como un ejercicio académico más o menos bien hecho. Conviene que se deje atrapar por el aroma que desprende esta obra y vaya más allá de las referencias históricas para comparar lo que ahí se cuenta con su experiencia cotidiana cuando contempla la publicidad en televisión o ve las vallas publicitarias de los perfumes de moda, o cuando las clases populares siguen manejando un lenguaje en lo cotidiano. Cristina Larrea no habla de un pasado lejano, siente también los olores peculiares a humedad que remiten a la sordidez de las favelas, de los suburbios de los barrios de los desheredados. Y ese olor a miseria, a podredumbre a enfermedad y a muerte, es el mismo o muy parecido al que olieron nuestros médicos observadores de campo cuando se acercaron a las viviendas obreras, a los siniestros suburbios del XIX europeo. Esos olores fueron la clave de una toma de conciencia y de un compromiso en la transformación de la sociedad. Cien o doscientos años ese olor a miseria y a desesperación, debe ser también el punto de partida de nuevos compromisos de solidaridad para los cuales ya no necesitamos los toscos instrumentos interpretativos de la teoría miasmática. Sabemos que los olores no son en sí causas de enfermedad, sabemos que son el producto de procesos biológicos de los que conocemos la química y la biología, pero debemos saber también que esos procesos químicos o biológicos, no son el fruto del azar, sino de procesos sociales, culturales y políticos que están tras ellos. Esta es la principal lección de este libro.

Josep M. Comelles
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona
Creixell (Catalunya), Octubre 1996

PREFACIO

El tema de este libro se centra en el estudio de los olores y la percepción olfativa en el dominio del conocimiento y la práctica médicas. El campo de la percepción nos introduce en el análisis de las conexiones entre la naturaleza y la cultura, un tema clásico en los estudios de la antropología cultural. En este libro el objeto de estudio principal es la analogía entre el mal olor y la enfermedad como problema a enfrentar por la medicina, principalmente la desarrollada en los siglos XVIII y XIX. Esta analogía es analizada como patrón cultural en el dominio médico, permitiendo observar las articulaciones entre la naturaleza y la cultura de la enfermedad.

Este libro constituye el documento final de mi tesis doctoral titulada “Los miasmas: antropología histórica de un concepto médico”. Los resultados de la investigación culminaron en 1994 con la redacción de un texto y la defensa oral de la tesis ante un tribunal para la obtención del título de doctora en Antropología Social. El lugar de presentación de la disertación doctoral fue la Facultad de Sociología de la Universidad de Barcelona, donde había realizado un programa en “Ciencias Sociales y Salud” durante el bienio 1989-1991. Mi director de tesis fue el Dr. Josep M^a Comelles, profesor titular de la Universidad “Rovira i Virgili” (Tarragona - España), y el tribunal que juzgó mi investigación doctoral estuvo formado por las siguientes personas: el Dr. Ignasi Terradas, catedrático de Antropología Social de la Universidad de Barcelona; el Dr. Joan Prat, catedrático de Antropología Social de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona; el Dr. Joan Bestard, profesor titular de Antropología Social de la Universidad de Barcelona; la Dra. Silvia Carrasco, profesora titular de Antropología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, y el Dr. Enrique Perdiguero, profesor ayudante de Historia de la Medicina de la Universidad de Alicante.

Dos años después de haber finalizado esta investigación, la editorial Abya-Yala ha decidido publicar el texto inédito con la salvedad de cambiar el título original por el de “La cultura de los olores. Una aproximación a la an-

tropología de los sentidos”. La Universidad Politécnica Salesiana es la impulsora de este proyecto, tras haber leído detenidamente el manuscrito que le entregué hace unos meses. A ambas instituciones quiero agradecerles su apoyo y entusiasmo en publicar este texto, y en especial a Patricio Guerrero y a Pepe Juncosa quienes han hecho posible esta realidad.

En esta publicación se han realizado pocas modificaciones con el fin de conservar con fidelidad el resultado final de mi investigación. Los arreglos son, en su mayoría tipográficos, y las aportaciones incluidas en algunos aspectos relacionados con el contenido fueron recogidas por las sugerencias que los miembros del tribunal doctoral realizaron el día de mi exposición. A ellos quiero agradecerles sus aportaciones y sugerencias. También quiero agradecer a Jon Arrizabalaga del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) sus comentarios finales a la tesis. El resultado final es de mi entera responsabilidad.

Finalmente, espero que a los interesados en las ciencias sociales y las ciencias humanísticas la lectura de este texto les sugiera propuestas de investigación futuras en este sentido, y sino al menos que haya estimulado su curiosidad histórica y antropológica.

PRESENTACIÓN*

El contacto profesional con el sector de la perfumería me llevó a sondear los estudios que algunas de las revistas¹ de divulgación interna de estas industrias presentaban sobre las dimensiones literarias², sociales y culturales³ de los perfumes. Agustín Vidal⁴, químico dedicado a la creación perfumística desde 1979, me facilitó abundante documentación, que no sólo se centraba en el ámbito de la industria perfumística (creación, comercio, venta, publicidad)⁵, sino también en el campo de la psicología olfativa⁶, la fisiología⁷ y la etología⁸.

En general, las revistas de difusión entre los perfumistas del sector solían centrarse en las influencias psicológicas del perfume, en su comercialización, y en una tendencia marcada hacia la historia positivista. En cambio, las alusiones a las diferencias sociales y culturales, utilizadas para analizar las pautas de consumo de ciertos perfumes, escapaban a la orientación temática general de estas revistas. Con la intención de fomentar una mejor imagen “cultural”, la revista *Dragoco Report* se había preocupado por incluir artículos basados en reflejar la estética literaria de los olores y los perfumes, sobre todo la de novelistas y poetas franceses como Proust, Flaubert, Maupassant, Zola y Baudelaire.

Paralelamente me interesé por conocer qué manifestaciones culturales habían tenido como tema monográfico los olores o los perfumes. Averigüé que en 1978 se celebró en la Fundación Joan Miró de Barcelona una exposición⁹

* Todas las referencias bibliográficas de este apartado no se incluyen en la relación bibliográfica general que se añade al final de la tesis doctoral porque proceden casi todas ellas de artículos extraídos de revistas de divulgación y propaganda del ámbito de la industria de perfumería. Además, debido a la extensión de las notas se ha tomado la decisión de incluirlas excepcionalmente al final del capítulo. El resto de las referencias bibliográficas, así como todas las que se encuentran en esta investigación, están incluidas en el apartado de Bibliografía.

sobre olores bajo el título de “*Suggestions Olfactives*”, y que en 1979 se trasladó al Museo Municipal de Madrid con el título de “Sugerencias olfativas”.

Las manifestaciones culturales del arte de la perfumería eran poco frecuentes, aunque contábamos con la gran exposición del Museo de Grasse (Francia) “*Trois mille ans de Parfumerie*”. En esta exposición los perfumes se exhibieron siguiendo una perspectiva estética e histórica. Más allá del ámbito propio de la perfumería, las exhibiciones que habían tratado este tema habían intentado abrirse al mundo de los olores en general. Ya hemos observado que en la exposición que se celebró en la Fundación Joan Miró el tema principal no trataba exclusivamente del perfume y del arte de la perfumería sino también de la importancia cultural y sensitiva de los olores.

Con esa misma orientación, en 1980 se realizó una exposición centrada en los olores en el *Musée de l'Homme* de París titulada “*Hommes, parfums et dieux*”, organizada por el Laboratorio de Etnología del Museo Nacional de Historia Natural. Dados los intereses de la organización, se abordó la cuestión del rol de los perfumes y de los olores a nivel transcultural. Desde un punto de vista etnológico muy general se analizaron comparativamente estas cuestiones en las sociedades de Polinesia, la India, Camboya, Magreb, Próximo Oriente, Africa negra y Mesoamérica¹⁰.

La última exposición que se ha organizado en Barcelona sobre los olores se ha celebrado en el Museo de la Ciencia de la Fundación de “La Caixa” entre mayo y septiembre de 1993 bajo el título de “Por narices. Esencias y fragancias naturales”¹¹.

Mis intereses por este tema ya habían tomado un nuevo rumbo con el descubrimiento de la exposición de la Fundación Joan Miró celebrada en 1978. Por esa razón, en 1988, un año antes de terminar mi licenciatura, me propusieron organizar un grupo de trabajo para diseñar un proyecto centrado en una exposición sobre el tema de los olores y los perfumes, dado que desde 1978 no se había celebrado ninguna exposición de este tipo en Barcelona. El trabajo duró más de un año, y sería demasiado extenso explicar en esta breve presentación el proceso que seguimos para ir perfilando el proyecto de la exposición. Este grupo trabajó intensamente en esta propuesta durante el curso académico 1988-1989. La participación en este proyecto me permitió profundizar en nuevos aspectos alejados de los enfoques propios del sector de la perfumería.

Más tarde, y a partir de la lectura del libro *El perfume* de Patrick Süskind (1987), me pregunté por qué nuestra sociedad se obsesionaba tanto por rechazar socialmente el mal olor, y cómo enmascaraba sus diversas manifestaciones mediante la proliferación de aromatizantes y desodorantes. Un ejemplo evidente prevalecía en la difusión de una desodorización corporal que intentaba rescatar los aromas naturales para asentar un modelo “natural” de salud. Para buscar una respuesta satisfactoria a estas cuestiones era imprescindible que dejara a un lado el interés por el sector de la perfumería. La lectura del monográfico “*Odeurs: l'essence d'un sens*” de la revista *Autrement* (Blanch-Mouchet 1987) tuvo mucho que ver con esta nueva orientación.

Dado mi interés por la temática de los olores desde una perspectiva sociocultural decidí elaborar un estudio general que recogiera las investigaciones más importantes en el terreno de las ciencias sociales y humanísticas. Por esa razón decidí analizar los principales trabajos realizados en el campo de la historia, la antropología y la sociología.

Este estudio previo ha constituido el marco general de esta tesis, el cual se recoge en el primer capítulo. En él se enmarcan los preámbulos de esta investigación, sugiriendo a su vez la apertura a nuevos análisis antropológicos, históricos y sociológicos de los olores.

Al comenzar a preocuparme por la represión olfativa afianzada por la higiene decidí alejarme de la comunicación no verbal y de la antropología de los sentidos, porque proponían enfoques inapropiados para analizar los cambios y las transformaciones que habían conducido hacia una mayor intolerancia olfativa. Esto me llevó a seguir el trabajo histórico sobre el perfume y el miasma realizado por Alain Corbin (1987). Este libro fue decisivo a la hora de asentar los pilares de esta investigación, y me hizo pensar que para comprender la situación actual de la construcción social del olfato y los olores debía detenerme a analizar la teoría miasmática desarrollada durante los siglos XVIII y XIX.

A fin de complementar su investigación me enfiqué además en la lectura de algunos textos médicos como tratados de higiene y manuales de divulgación, apoyándome teóricamente en los análisis de Michel Foucault (1992), Norbert Elias (1988) y Dominique Laporte (1988), permitiéndome profundizar en la relación entre el aumento de control de poder por parte del Estado y la creciente represión olfativa. Del trabajo de Norbert Elias (1988)

pude extraer su brillante argumentación del proceso de “civilización” occidental a partir del análisis del cambio de la emotividad humana mediante el estudio de las transformaciones en los hábitos y las costumbres de la comensalidad. Su análisis de la represión de los actos corporales, como el comer, me permitieron reflexionar en la domesticación y el refinamiento de las costumbres. Este estudio era fundamental para situar el rechazo de los olores en relación al proceso de “civilización”.

Michael Foucault y sus trabajos del “poder tentacular” (en especial, el de instituciones como la cárcel y el hospital) eran muy significativos para analizar la materialización del discurso político en las prácticas de control social. En el hospital y en la cárcel el poder político se preocupaba por construir técnicas más sutiles de coerción, gracias a la proliferación de utopías filantrópicas basadas en las mejoras de las condiciones de vida de los presos y de los enfermos. Estas instituciones se caracterizaban por la presencia hacinada de individuos influidos por las emanaciones hediondas de sus cuerpos y de los muros.

En un sentido más general, las ramificaciones del saber médico y sus vinculaciones con el poder del Estado me hicieron reflexionar sobre la depuración del lenguaje escatológico (Laporte 1988), el cambio de actitudes olfativas (la domesticación privada de los excrementos, la intolerancia hacia los olores fuertes), las representaciones sociales del rechazo olfativo (el mal olor de los negros, de los judíos...). La idea más sugerente, que surgió a partir de estos supuestos teóricos, intentaba responder a la siguiente problemática: un mayor control olfativo está directamente relacionado con el reforzamiento del poder central del Estado.

Paralelamente, los enfoques de los historiadores de la medicina centrados en el estudio de las epidemias infecto-contagiosas habían arrojado mucha luz sobre el papel que las políticas de salud pública jugaban como instrumentos de control social. Dentro de este contexto comencé a interesarme por la teoría miasmática, puesto que relacionaba la concepción olfativa de la enfermedad y el desarrollo de las políticas de salud pública. Los historiadores de la medicina que se habían interesado en analizar esta teoría habían sido Peset (1977), Riley (1987), Carrillo, Riera y Gago (1977), Rodríguez Ocaña (1980, 1983), así como el geógrafo Luis Urteaga (1980) y el historiador de la economía Cipolla (1993). En algunos de estos estudios ya se apuntaba la estrecha vinculación entre la teoría miasmática y un mayor control por parte del Estado a través del desarrollo de políticas y planes de Salud Pública.

Partiendo de esta relación me interesé en conocer qué razones habían operado a favor de una higienización (medicalización) del control de los malos olores¹², una “obsesión” por su eliminación (no quiere decir que sea un proceso concluido), y una representación social del rechazo de los hedores. Un estudio de los hedores me abocaba a la ardua tarea de estudiar el límite del sensualismo en una ciencia médica que comenzaba a consolidarse en base a los éxitos de la experimentación. El estudio de los hedores me advertía que tuviera en cuenta la construcción cultural de los límites de toda relación interpersonal (según el sexo, la clase, y la raza), y de los criterios sociales del buen gusto (la eliminación y el enmascaramiento de los malos olores). Por eso los hedores son susceptibles de ser analizados como símbolos (Mary Douglas 1985, Dan Sperber 1978), como signos (en la semiología de las enfermedades), como metáforas de la vigilancia y la rebelión, como causas (los miasmas), y como signos de distinción entre las clases sociales, la desigualdad social y el racismo.

Decidí continuar el trabajo que había comenzado Corbin, aplicando su investigación al análisis de la documentación médica preferentemente localizada en Cataluña (topografías médicas, tratados de higiene, diccionarios y enciclopedias médicas, y tratados de epidemias), para investigar cuál había sido la contribución médica al proceso de transformación olfativa, insistiendo sobre todo en el análisis etiológico de la concepción olfativa de la enfermedad. Este enfoque teórico me ayudaba a investigar sobre el papel que jugó el cambio científico del paradigma bacteriológico en la eliminación de las limitaciones olfativas implícitas en la etiología.

La presente tesis consta de diez capítulos cuyo objetivo común es analizar la genealogía del miasma y la consolidación de una teoría que pervivió sujeta al determinismo olfativo. La estructura general de la tesis se desarrolla extensamente en el segundo capítulo, así como la concreción del problema y la hipótesis de trabajo.

Dado que la intención de esta presentación ha sido resaltar los preámbulos sin entrar directamente sobre el desarrollo de la investigación, procedo a continuación a destacar las personas que de una u otra manera han contribuido al proceso de gestación de esta tesis. Especialmente dedico este trabajo a mi madre y a mi familia.

Mi intención es recordar la participación de todos aquellos que han contribuido con sus diálogos, sus sugerencias o bien con su apoyo al desarrollo de este trabajo. A Rita Martínez, Esperança Martí, Ignasi Terradas, Luis Urteaga, Josep A. Rodríguez, Jesús M. de Miguel, Ana Collado, Montserrat Juan, Omar G. Ponce de León, Nuria Rodríguez, Aurora González, Silvia Carrasco, Esteban Rodríguez Ocaña, Enrique Perdiguero, Josep Danón, Jaume Mascaró, y Agustín Vidal. A mis amigos Teresa Sanz, Adriana Kaplan, Joan Manel García, Teresa Torrents, Mode Fernández, Miguel Angel Yañez, Mamadú Mané, María Peix, Yolanda Aixelà, Alberto López, Montse Plana, Marta Navarro y Angel Tejero. Y muy especialmente a quienes han tenido la ardua tarea de revisar esta tesis, como son Josep M. Comelles, Paco Fernández Buey, Juan Hernández, Francesca Cano y Ernest Conesa.

NOTAS

- 1 La revista principal de divulgación en el sector de esencias y aromas es *Dragoco Report*. Otras a destacar son: *Perfumer & Flavorist*, *NCP Documenta*, *Parf.*, *Cosm.*, *Sav.*, *France* y *H & R Contact*.
- 2 Se encuentran artículos sobre la relación entre la literatura y el mundo olfativo en *Dragoco Report*: “El perfume en la literatura francesa desde los románticos hasta Proust” (1987 (11/12)251-259), “El perfume de las heroínas de Balzac, Flaubert, Maupassant y Baudelaire” (1978 (5/6)121-128), “El olor y el perfume en la literatura del siglo XX” (1978 (9)184-190), todos ellos escritos por Claude Arthaud. “El perfume en la lírica naturalista del romántico inglés John Keats”, de Hans Klemenzenz (1980 (6/7)173-182). “Elogio literario del perfume en la vida y en el arte (I)” (1982(7/8)157-169) y “Elogio literario del perfume en la vida y en el arte (II)” (1982(9/10)186-194), ambos escritos por Oreste Caldini y María Carmela Lori de la Universidad de Florencia. Y para finalizar, cabe destacar el artículo de Cynthia-Clare Simonis “El movimiento estético y el olfato en las postrimerías del siglo XIX” (1986(4)105-117). En la revista *Parfums, cosmétiques, arômes* (1979(28)57-65) se puede consultar el artículo de Martine Behnam “Les parfums à travers les littératures anciennes”.
- 3 Consultese el artículo “Comparación intercultural de los perfumes. La influencia de la cultura, el estilo de vida, la geografía y el clima” de Joachim Mensing y Christa Beck, publicado en la revista *H & R Contact* (num.37) para analizar las diferencias culturales en relación a las necesidades perfumísticas. La comparación cultural se justifica en la investigación de las preferencias de consumo como un factor dependiente de la dimensión cultural, en la que se incluyen los estilos de vida, los hábitos y los costumbres.

4. Agustín Vidal ha participado en la formación de aromistas y perfumistas. En sus cursos ha incidido en la enseñanza de las características organolépticas de las materias primas y el lenguaje de los perfumistas, para contar con un método eficaz y rápido que proporcione a los alumnos una base fundamental en la creación de perfumes y aromas. Amadeo Triviño y Agustín Vidal presentan una clasificación por “notas olfativas” de las sustancias olfativas, agrupando cada nota y subnota olfativa procedente de los productos en tres categorías: naturales, natural-idénticos y artificiales. Las notas olfativas se ordenan según criterios perfumísticos o aromáticos. En el curso de aromas se destaca la siguiente clasificación olfativa: frutal, cítrica, vainillada, láctea, especiada, agreste-herbácea, anisada, mentolada, tostada, aliácea, ahumada-cresólica, verde, aromática, medicinal, miel-azucarada, hongo-terrosa, aldehídica, conífera, marina, flor de naranjo, animal, amaderada, floral, tabaco y citronela-verbena. En el curso de perfumería se presenta la siguiente clasificación olfativa: cítrica, amaderada, floral, agreste-herbácea, animal, flor de naranjo, aromática, verde, especiada, aldehídica, vainillada, conífera, frutal, citronela-verbena, anisada, mentolada, medicinal, tabaco, miel-azucarada, marina, ahumada-cresólica, hongo-terrosa, tostada y aliácea.
5. Consultar el artículo de *Dragoco Report* (1985(3)67-69) “Estructura y efecto de los perfumes -consideraciones sobre el círculo de perfumes de Dragoco”. En el artículo de Edmond Roudnitska “¿Dónde estamos hoy en Perfumería?”, publicado en la revista *Dragoco Report* (1981(1)3-26) se analizan los avances en la industria de la perfumería teniendo en cuenta la contribución de los fisiólogos para solucionar los problemas de los perfumistas y el desarrollo del marketing en perfumería.
- En relación a los nuevos métodos para la perfumería y los aromas consúltese el artículo de Agustín Vidal “New Comprehensive Training Method for Perfumery and Flavoring” en *Perfumer & Flavorist* (1989(14)25-44), y el de H. Ulrich Harder “Olor y fragancia. Posibilidades y fronteras de la perfumería” en *NCP Documenta 4*, el artículo de Richard Smadja “Parfumeurs, où allons-nous?”, en *Parf. Cosm. Sav. France* (1971(1,6)3-11) y en el de Maurice Thiboud, Givaudan, Vernerier, Switzerland “Fine Fragrance: Art or Business” en *Perfumer & Flavorist* (1987 (12, 5)2-9).
- En cuanto a los efectos cosméticos se puede consultar el artículo de J. Stephan Jellinek “Efectos cosméticos comunicados verbalmente y de otro modo” en *Dragoco Report* (1986 (4)91-101), y en ese sentido, para analizar la imagen publicitaria de un perfume y sus implicaciones psicosociológicas M. Demarest se centra, en su “La psychosociologie de la publicité des parfums” en *Parf. Cosm. Sav. France* (1973 (3,4)207-211), en la “gramática” y la “sintaxis” de la imagen publicitaria. Como complemento de este último artículo consúltese “Fundamentos fisiológicos y psicológicos de la creación perfumística” del Dr. U. Harder en la revista *H & R*.
- En relación a la historia del comercio véase el artículo de Robert Chollot, Charabot & Cie. “The Commercial History of Grasse”, en *Perfumer & Flavorist* (1984(9)73-76). Y para conocer cuáles son las bases fundamentales en la creación del perfume el trabajo de Edmond Roudnitska “Intuition in Perfumery” (mimeo) es fundamental para analizar el papel que la intuición ejerce en la actividad creativa.

- 6 Consúltense sobre el comportamiento humano los siguientes artículos: del Dr. A. Guilbert “Psychisme et parfums” en *Parfums, cosmétiques, arômes* (1980(36)55-57), “Función e importancia de los olores en el comportamiento del hombre” de Nallet, Vacher de la Pouge y Baudry en *Dragoco Report* (1986(5)123-141), el del Sr. Walter Steiner “Effet des odeurs sur l’organisme humain” en *Parfums, cosmétiques, arômes* (1980(31)29-33) y “Comportements humains liés a l’olfaction”, en *Parfums, cosmétiques, arômes* (1982(48)43-47).
Sobre la memoria olfativa se puede consultar el artículo de Trygg Engen “La mémoire des odeurs” en *La Recherche* (1990(20, 207)170-177).
En el ámbito del comportamiento sexual, la influencia de los perfumes ha sido estudiada por Julika Oldenburg en “Los olores que evocan sueños eróticos...”, en *Dragoco Report* (1987(2)58-65), y J. Stephen Jellinek en “Sustancias olorosas corporales y similares. Nuevas iniciativas del Departamento de investigación de DRAGOCO”, *Dragoco Report* (1987(2)44-57).
- 7 En relación al olfato humano consúltense los siguientes artículos: “Acerca del olfato humano”, de Margaret Scheidt, publicado en la revista *Dragoco Report* (1986(1) 5-16), “¿Le huele esto?” de María José Casado, publicado en la revista *Muy Interesante* (1988(80)75-80). De forma más detallada se encuentra la memoria de Rossend Mateu, técnico en perfumería, sobre la capacidad de percepción olfativa del hombre, orientado a los especialistas en perfumería, con el título de ¿Cómo olemos?. Esta memoria se incluyó en el catálogo de la exposición “Suggestions Olfactives”, celebrada en la Fundación Joan Miró en 1978.
- 8 Consúltense, sobre etología animal, los siguientes artículos: “El estudio del olfato lo ha hecho posible” de Arne Henningsen, en *Dragoco Report* (1978(11/12)254-259) sobre la capacidad olfativa de los salmones para regresar a su lugar de origen, y el de Erich Klein “El perfume de una variedad de orquídea como feromona sexual para atraer sus insectos polinizadores”, en *Dragoco Report* (1976(11/12)247-258).
En relación a la etología humana encontramos el artículo de Margret Scheidt “Influencia de los olores en diversas partes del mundo. Aspectos etológicos del olfato en el ser humano”, en *Dragoco Report* (pp. 135-149).
En cuanto al comportamiento sexual, el artículo de A.Dorozynski y F.Rojas “El perfume del sexo” en *Conocer. La vida y el universo* (1987(51)16-21) analiza las investigaciones científicas sobre las “feromonas” humanas, que son las hormonas del sexo por vía del olfato.
- 9 En esta exposición se publicaron dos catálogos, uno en catalán y otro en castellano, que corresponden a la misma exposición celebrada en Madrid y Barcelona. En ambos catálogos se encuentran sistematizados los temas monográficos de la exposición.
A continuación se señalan algunos temas tratados en la exposición: la fisiología de la olfacción, los olores corporales, los elementos del olor, la clasificación y la composición de perfumes, los olores del paisaje y los olores primarios, el olor y las otras sensaciones, el olor y la cultura popular, la literatura de los olores, la moda de los olores

(los perfumes, el diseño y el arte del perfume), la formación escolar y el olfato. En este último tema se rescataba uno de los objetivos básicos de la exposición: sensibilizar los estamentos pedagógicos para que incluyeran el conocimiento olfativo en la enseñanza primaria y en las escuelas de arte.

En Barcelona también se encuentra un Museo del Perfume donde se halla una sala en la que se exhiben gran número de botellas y frascos de varias épocas y lugares, exentas de su esencia o perfume. En el catálogo de este museo (Museu del Perfum 1985) se encuentran clasificadas las botellas y frascos según la forma el color, el tipo de material, la altura, el diámetro, la procedencia y la época.

- 10 Para tener un mayor conocimiento de los objetivos de la exposición y de los ámbitos geográficos y étnicos analizados en la misma consúltese *Le Courrier du Musée de l'Homme* (1980: 6) "Hommes, parfums et dieux".
- 11 Consúltese la revista *Panorama* de la Fundación de "la Caixa", junio 1993.
- 12 Cabe analizar a los malos olores como signos de rebelión, de podredumbre, de atención médica, de preocupación moral, y de atención educativa.

I EL OLFATO Y LOS OLORES

1.1. El descubrimiento del olfato y de los olores como problema en el campo de la historia, la antropología y la sociología

En la introducción al número monográfico sobre “*The Five Senses*” de la revista *Anthropologie et Sociétés* (1990)¹, David Howes marca como punto de partida de la “antropología cultural de los sentidos” la obra de Alain Corbin (1987).

Howes considera que Alain Corbin es el primer historiador que ha sido capaz de distinguir un nuevo capítulo de la historia de las mentalidades llamado “historia de las sensibilidades”. Sin embargo, para él mismo (1990), los precedentes de esta nueva “historia de las sensibilidades” deben buscarse en los trabajos del historiador Lucien Febvre, cuyos planteamientos motivaron un nuevo impulso histórico centrado en el análisis de las modalidades de la percepción, el descubrimiento sensorial y la reconstrucción del sistema de humanidades.

A raíz de este nuevo viraje llevado a cabo por la historiografía francesa de la Escuela de los Annales, abordar la reflexión histórica de la sensibilidad y de la percepción ha constituido un nuevo tema. Curiosamente, ha sido una investigación centrada en la percepción olfativa y los olores² la que ha sistematizado una nueva orientación en algunos de los temas de historia de las mentalidades.

No todos los historiadores están de acuerdo en esta nueva especialización de la “historia de las sensibilidades”. Josep Fontana (1992) lleva a cabo una dura crítica al proceso de transformación de la historia social³, de la que nace la historia de las mentalidades, sujeta a la historia de las ideas, de los sentimientos y de la cultura. En el capítulo titulado “Vells camps en procés de

renovació: història de la cultura, història de les mentalitats” (pp.87-96) critica esta nueva orientación. Insiste en los peligros de la fragmentación de la historia de las mentalidades y el riesgo a estimular nuevas especializaciones, que no hacen más que esterilizar la reflexión histórica. Por ello propone que:

“en comptes de perdre el temps aixecant noves senyeres per a inútils baralles d’escola, val és dedicar-lo a treballar -conjuntament amb d’altres cultivadors de les ciències de la societat i de la cultura, si s’escau -en tot allò que pugui servir per a entendre millor, des de les seves idees i els seus sentiments, la trajectòria històrica dels homes, i per a ajudar-los, amb això, a comprendre el seu present i a resoldre els seus problemes” (Fontana 1992: 97).

A pesar de los peligros que apunta Fontana (1992), en la labor historiográfica continúan las intenciones académicas en multiplicar las especializaciones. Y no sólo en la historia, sino también en la antropología, estimulada por el tema de las percepciones, se ha llegado a plantear una nueva especialidad como es la “antropología de los sentidos”. Las universidades de Toronto y de Québec han apoyado la publicación de artículos sobre el campo de las percepciones. En 1991 contribuyeron a la edición, dirigida por David Howes, de una compilación de artículos que analizan desde las disciplinas de la psicología, la lingüística, la historia cultural y la antropología los sentidos como formadores y transmisores de la cultura.

Para David Howes (1991), encargado de introducir y presentar esta obra, la especialidad de la “antropología de los sentidos” tiene capacidad para analizar los distintos modelos culturales que la experiencia sensorial construye, y la define de la siguiente manera:

“The anthropology of the senses is primarily concerned with how the patterning of sense experience varies from one culture to the next in accordance with the meaning and emphasis attached to each of the modalities of perception. It is also concerned with tracing the influence such variations have on forms of social organization, conceptions of self and cosmos, the regulation of the emotions, and other domains of cultural expression” (Howes 1991: 3).

En un artículo previo David Howes (1990) ya planteó qué cuestiones, para un antropólogo interesado en la antropología de los sentidos, debían formularse para dar respuesta a la importancia relativa que los miembros de una sociedad dada confieren a los distintos sentidos y al orden sensorial de las culturas que difieren de la nuestra. Para conseguirlo propuso analizar las metáforas sensoriales ocultas en el lenguaje, con el fin de esclarecer el orden sensorial de una cultura, sumándose a un estudio más amplio desde algunos dominios culturales. De entre estos dominios destacaban el estudio de los mitos de creación, las técnicas adivinatorias, las prácticas rituales, la arquitectura, el arte, la tecnología de la comunicación, la ornamentación corporal y las prácticas de educación de los niños. Las críticas a la descripción densa de Clifford Geertz por parte de la nueva “dialogical anthropology” de James Clifford no llegaron a resolver la falta de una nueva dimensión que Ohnuki-Tierney (1981) ha denominado la “dimensión sensorial” (sensory dimension) (Howes 1991: 7). El modelo textual de Geertz en la tarea de interpretación de las culturas fue duramente criticado por imponer nuestro orden perceptivo al traducir la cultura analizada. Por ello, el reconocimiento del papel que jugaban las sensaciones del gusto, el olfato y el tacto en la construcción del pensamiento permitía, una vez comparadas las interrelaciones que se establecían en el orden sensorial, contrastar los distintos modelos sensoriales culturalmente.

La idea de que las culturas consisten en “ratios of sense” contrastados fue introducida por Marshall McLuhan, Edmund Carpenter y Walter Ong, e influyó en etnógrafos tan destacados como Anthony Seeger, Emiko Ohnuki-Tierney, Steven Feld, Paul Stoller, Stephen Tyler y Michael Jackson (Howes 1991: 8).

Howes (1991) considera a Paul Stoller (1984) el precursor de la “antropología sensorial” porque establece las diferencias perceptivas en el concepto de cosmovisión, que tan inapropiado había sido hasta el momento para explicar las cosmologías no occidentales. En esta nueva antropología de los sentidos los temas centrales que Stoller propuso fueron la cosmología, el lenguaje y el método.

Sin embargo, Howes olvida, en este trabajo de síntesis sobre el interés que las sensaciones han despertado en la antropología, el papel que jugó la psicología experimental y el darwinismo en el estudio de las diferencias de

agudeza sensorial en los pueblos primitivos a finales del siglo pasado (véase Viqueira 1977). Esta polémica fue recogida por Rivers en 1901 en la que dijo que:

“Aquellos que han viajado o vivido en partes incivilizadas del mundo se muestran bastante unánimes en atribuir a las razas salvajes o semicivilizadas un mayor grado de agudeza de los sentidos que el que se encuentra entre los europeos. Se dice que los salvajes pueden ver objetos y oír sonidos que escapan al europeo más agudo” (Viqueira 1977: 13).

Las investigaciones que se iniciaron trataban de analizar las diferencias de agudeza sensorial visual entre los “pueblos civilizados” y los “pueblos primitivos”. Como precedente, Viqueira señalaba el impacto que en este terreno analítico produjo la publicación del monográfico “Civilización y vista” en la revista científica *Nature* entre los años 1884 y 1885. R.B. Carter y Lord Rayleigh demostraron en este monográfico la superioridad de la agudeza sensorial de la vista por parte de los salvajes. Para el primero era una cuestión de tipo fisiológico, mientras que para el segundo correspondía a una superioridad perceptiva.

A partir de entonces comenzaron las investigaciones en el terreno empírico, en el que destacaron los trabajos de Guppy, Roberts, Kotelmann y Cohn. Pero el mayor impacto sobre este tipo de investigaciones fue el trabajo organizado por el antropólogo Haddon en 1889 y dirigido por la Universidad de Cambridge en el Estrecho de Torres. El resultado final demostró que las diferencias en los umbrales sensoriales no se correspondían a características raciales o a grados de primitivismo sino que se atribuían al género de vida (Viqueira 1977). Dado el problema como resuelto, no se volvieron a realizar este tipo de trabajos hasta que en 1936 Goodenough utilizó el modelo metodológico empleado en el Estrecho de Torres para analizar la medición de las funciones mentales de los pueblos primitivos, en cuyos resultados insistió en las diferenciaciones genéticas.

Se reanudaron las investigaciones sobre esta cuestión destacando las de Bartlett y Rivers. Bartlett insistió en que las diferencias en los umbrales senso-

riales se debían a las “cualidades temperamentales de la conducta, de la organización general, de la capacidad y la adquisición de conocimientos de cualquier grupo o cultura” (Viqueira 1977: 16).

En nuevas investigaciones, impulsadas por el trabajo de Bartlett, Viqueira destaca dos tendencias distintas: la primera, influida por las tesis de la psicología de la gestalt, en la que la “percepción no es explicable a partir de las sensaciones, sino que tiene que ser explicada como el resultado de procesos de organización determinados por la totalidad de la estimulación” (Viqueira 1977: 17). Este grupo de investigaciones se centraron en estudios comparativos para analizar las experiencias previas en la percepción, sobre todo, en lo que hacía referencia a las ilusiones ópticas. Los investigadores más destacados fueron Michael, Allport y Pettigrew y Rivers. La segunda tendencia, trataba de demostrar las diferencias perceptivas en los distintos grupos humanos a través de factores raciales y genéticos. En esta segunda tendencia se incluyen los trabajos de Thouless, Hudson y Schwitzgebel.

Y en la línea del primer grupo de investigaciones, Viqueira reconsidera los distintos trabajos sobre las diferencias perceptivas, utilizando como marco teórico el seguido por la psicología de la gestalt, introduciendo un nuevo enfoque ecológico seguido por la antropología. En la perspectiva ecológica la cultura se considera un producto de la adaptación del hombre a su medio, y en ese sentido,

“esta escuela antropológica considera que el medio está dado no sólo por las características naturales del ambiente (medio geográfico), sino también por las modificaciones que el hombre ha producido en ese medio, así como por la cultura misma en términos de cuyas categorías es percibido el medio geográfico (medio conductual o aparente)” (Viqueira 1977:22).

Los trabajos sobre la percepción visual, y en concreto sobre la percepción del color (Berlin 1969, Hilbert 1987) han tenido mayor acogida entre los antropólogos, y sobre todo entre los científicos ocupados en investigar el campo de la cognición. No nos vamos a detener en este ámbito en el que destaca el trabajo de síntesis de Brent Berlin (1969). Entre los ejemplos de investigación etnocientífica destaca el estudio de los colores, y también el de los

olores. Este nuevo enfoque tiene que ver con el desarrollo de la etnociencia en el campo de la antropología, y en concreto con el método etnográfico.

De manera general, el desarrollo teórico de la etnociencia está vinculado a las siguientes variantes propuestas por Fournier (1971): la primera, en la que la clasificación parte de la instauración del orden gracias a un “sistema de elementos”,

“(…) une définition des segments sur lesquels pourront apparaître les ressemblances et les différences, les types de variation dans les segments pourront être affectés, le seuil enfin au-dessus duquel il y aura similitude”.

Esta primera propuesta es sustentada por Foucault.

En la segunda propuesta, que asume una posición intermedia, Fernand Dumont distingue una “cultura primera” y una “cultura segunda” en el campo epistemológico. En la primera incluye los códigos fundamentales de la cultura, y en la segunda reconoce un conocimiento reflexivo de las teorías científicas y la interpretación de los filósofos. En esta segunda propuesta la etnociencia se define como la materia que

“(…) étudie les “codes fondamentaux de la culture”, c’est-à-dire ceux qui régissent son langage, ses schémas perceptifs, ses échanges, ses techniques, ses valeurs, la hiérarchie de ses pratiques et qui donc fixent d’entrée de jeu pour chaque homme les ordres empiriques il aura affaire et dans lesquels il se retrouvera” (Fournier 1971: 460).

Y cuyos campos de estudio tratan de descubrir cómo los diferentes pueblos se organizan, de comprender los principios organizativos de su comportamiento, y de saber cómo estos pueblos establecen su orden.

La tercera propuesta fue formulada por Sturtevant y se la conoce con el nombre de New Ethnography. A diferencia de la ciencia la etnociencia se refiere al sistema de conocimiento y cognición de una cultura dada según el modo particular que esa cultura tiene de clasificar su material y su universo social. Lo interesante es saber cómo la gente construye su mundo de experiencia a partir del cómo ellos hablan de él. Uno de los principios básicos de

la etnociencia es determinar los límites del sistema de clasificación de un dominio específico. Para Sturtevant (1972) algunos dominios tienen la particularidad de ser más universales que otros, como por ejemplo el parentesco. La etnociencia presentada por Sturtevant se centra en la etnolingüística, la etnosemántica y la etnociencia, atendiendo especialmente al estudio de las taxonomías populares en la rama de la antropología. Los antropólogos más destacados en el análisis de las taxonomías populares son Radcliffe Brown, Lévi-Strauss, Nadelm Nauss, Boas, Evans Pritchard, Malinowski y Sapir.

El método etnocientífico ayuda a descubrir discriminaciones relevantes culturalmente y categorizaciones. De los ejemplos más destacados, para investigar desde la etnociencia, nos interesan resaltar el estudio de los colores y el de los olores. En la etnografía de Aschmann publicada en 1946 (Sturtevant 1972), los totonac listan un número de troncos y los clasifican olfativamente en ocho categorías primarias, cada una identificada a una raíz básica con un significado indefinido en cada una de esas ocho raíces. Los olores constituyen un objeto de estudio para los que se dedican a la etnobiología y la etnobotánica, sin olvidar su relevancia en los estudios de Lévi Strauss y L.V. Thomas sobre la cocina.

El análisis de la clasificación de los sabores y los olores entre los sereer ndut del Senegal (Dupire 1987) permite corroborar la afirmación de que el olor del alma es el centro de sus representaciones religiosas y médicas. A partir de un marco ecológico, penetra en el dominio de las denominaciones de los gustos y de los olores. Antes de proceder a la investigación de las denominaciones, Dupire tiene en cuenta algunas cuestiones previas que posteriormente han sido retomadas por los especialistas en “antropología de los sentidos”. Estas cuestiones son las siguientes: 1) ¿qué valor científico atribuimos a las clasificaciones de las percepciones sensoriales?, 2) ¿qué puede retener el etnólogo y el etnógrafo del terreno de estas constantes más o menos científicas?, 3) ¿cuáles son los factores psicosociales y culturales que intervienen en la clasificación de los olores?

Es interesante señalar que esta nueva especialidad que David Howes pretende bautizar con el nombre de “antropología de los sentidos” haya nacido más bien en los trabajos de los historiadores de las mentalidades, insistiendo que “...seul un anthropologue conscient de l’histoire de notre propre ordre sensoriel est à même de corriger les effets que celui-ci peut avoir sur sa

perception des autres cultures” (Howes 1990: 7). Esta “nueva” especialidad deslumbrada por la influencia de la historia de las “sensibilidades”, sumada a la crítica que la dialogical anthropology había realizado contra la interpretación densa de las culturas de Clifford Geertz, olvida la importancia que la psicología experimental y los estudios cognitivos de la percepción ejercieron en la antropología⁴.

La diferencia fundamental de este “nuevo” enfoque es la reconsideración de otros sentidos, como el olfato, el tacto y el gusto, en el análisis de la cosmovisión, el lenguaje, y la revisión metodológica de la construcción etnográfica. Las investigaciones científicas centradas en las diferencias perceptivas a nivel transcultural, que han sido recogidas por Viqueira (1977) en su libro *Percepción y cultura: un enfoque ecológico*, se especializaron en la percepción visual.

Las investigaciones sociológicas que han tomado como objeto de estudio la percepción olfativa, han continuado la línea de análisis desarrollada por Norbert Elias en 1977 (1988) sobre el proceso civilizatorio, en cuya obra se demostraba el proceso de contención emotiva y de refinamiento en la civilización a través de un método de análisis procesual a largo plazo. Aplicando el mismo método sociohistórico el sociólogo alemán Peter Reinhart Gleichman presentó, en un artículo publicado en 1982, un estudio del proceso de limpieza de las ciudades y la eliminación del mal olor.

Siguiendo otra perspectiva sociológica, en la revista *American Journal of Sociology*, Gale Peter Largey y David Rodney Watson publicaron en 1972 un artículo sobre la sociología de los olores en el que analizaron principalmente la relación entre la identidad olfativa y el estatus social. En las conclusiones de este artículo se recuerda que Simmel en 1908, y Berger y Luckmann en 1967 llegaron a mencionar la posibilidad de establecer una sociología de los sentidos (sociology of the senses) o una sociología del cuerpo (sociology of the body). En esta propuesta de investigación Largey y Watson plantearon algunas cuestiones interesantes como: 1) cuál era la relación entre el estilo de vida, el estado corporal y los olores, 2) cuáles eran las condiciones socioculturales que funcionaban para reprimir y cuáles para atraer la percepción al estímulo olfativo, 3) cuáles eran las diferencias históricas, las diferencias transculturales y las similitudes en la percepción odorífera (odor consciousness), 4) cuáles eran las dinámicas psicosociales que estaban inmersas en las definiciones y/o

identificaciones del estímulo olfativo, 5) cuáles eran las dinámicas sociales que ayudaban al control odorífero y a la manipulación, 6) cuáles eran los tabúes que operaban en el área del control odorífero y la manipulación. Además continuaron planteando otras cuestiones en relación a los estereotipos y las relaciones interpersonales que se construían en la percepción olfativa.

En un más reciente trabajo de Pierre Bourdieu e Yvette Delsaut (1981), presentado en la revista *Actes de la Recherche* y dedicado a la “Sociologie de l’oeil”, ambos autores han presentado una sociología de la percepción que analice las representaciones pictóricas como documentos imprescindibles para descubrir los esquemas perceptivos visuales que los pintores y espectadores tienen sobre su mundo, su representación visual y su visualización pictórica.

Tras esta revisión de las aportaciones fundamentales de historiadores, sociólogos y antropólogos en el campo de la percepción, de las sensaciones y de los sentidos en general, y del olfato en particular, procedemos a continuación a revisar los temas dominantes en el ámbito de la percepción olfativa y de los olores⁵.

1.2. Temas dominantes en los estudios socioculturales del olfato y los olores

1.2.1. La historia de la desodorización

Alain Corbin (1987), Ivan Illich (1989), Anick Le Guéer (1988) y Peter Reinhart Gleichmann (1982) coinciden en admitir la tesis de que en nuestra sociedad se ha producido una caída del sentido olfativo gracias al proceso de civilización de nuestras costumbres. El primero llega al estudio de la caída de la percepción olfativa a través del análisis del discurso médico-higienista y el segundo se centra en investigar la domesticación del agua como instrumento de limpieza y desodorización. Anick Le Guéer prefiere penetrar en los poderes del olfato en sus dimensiones etiológicas, curativas y filosóficas, en cambio Gleichmann estudia el proceso de domesticación de las deyecciones humanas mediante la lectura de documentos extraídos de los viajes, médicos, funcionarios, ingenieros y arquitectos, manuales de higienistas, e incluso de especialistas en el sistema de alcantarillado.

Alain Corbin (1987) es el primer historiador que se interesa por diseccionar las metáforas olfativas y desenmarañar el entretejido tema de la historia de la percepción olfativa. Tradicionalmente los historiadores de la percepción se habían ocupado de la visión y del oído, dejando el olfato relegado al olvido. Corbin, gracias a su trabajo sobre el perfume o el miasma en los siglos XVIII y XIX, ha roto con esta tendencia historiográfica.

Este libro constituye un estudio general de la historia de las ideas y de las creencias sobre los olores y sus consecuentes metáforas olfativas, así como un complejo análisis de las prácticas de contención olfativa ilustradas en un movimiento de ocultación y desplazamiento de los malos olores. El olfato y los olores son una “excusa” para adentrarse en el fascinante mundo de las relaciones entre la ciencia y las percepciones, entre el control del Estado y la dominación olfativa del espacio público, entre la revolución higiénica y la privatización del excremento, y entre la economía agrícola de las heces y la regulación de la limpieza de las letrinas. Las paradojas que encierra el olfato forman parte de las contradicciones de los procesos sociales sujetos al cambio.

Corbin está interesado en demostrar la descalificación del olfato como percepción y en analizar el proceso de desodorización. Esta descalificación corresponde a la posición hegemónica que la visión tiene en la cosmovisión del mundo occidental. La jerarquía sensorial relega el olfato al último peldaño y lo asimila al sentido de la animalidad (caza, sexo, nutrición), mientras que convierte la vista en el sentido civilizado por excelencia que “objetiva” el ideal estético (la pintura) y la base del método científico (observación). En este nuevo orden perceptivo construido históricamente Norbert Elias (1988: 241) muestra que:

“(…) el proceso de la civilización, va restringiéndose el olfato como si fuera algo animal e igual sucede con la tendencia a olfatear las comidas u otras cosas. Se muestra aquí una de esas interacciones por la cual otro sentido, la visión, alcanza una significación absolutamente específica en la sociedad civilizada. El ojo se convierte porque las satisfacciones inmediatas de la necesidad del placer en la sociedad civilizada están restringidas por una gran cantidad de prohibiciones y de limitaciones”.

Esta descalificación, que para Corbin comenzó a principios del siglo XVIII, está vinculada a un cambio de hábitos que tiene que ver con un refinamiento estético impulsado en las clases burguesas. El cambio del comportamiento olfativo, el cual ya comienza a vislumbrarse a principios del siglo XVIII sobre todo en las clases burguesas, fue también considerado por Norbert Elias (1988). Sin embargo, la atención que Corbin confiere al análisis de los hábitos y al comportamiento de las clases populares se basa en las representaciones que los burgueses y los higienistas hacen de ellas.

Para Corbin el papel que la medicina jugó en las prácticas de erradicación y puesta a prueba de los conocimientos que la química iba desarrollando sobre la putrefacción fue fundamental para que se produjera una verdadera aceleración en la tendencia a eliminar los malos olores, ya que la desodorización iba directamente relacionada con la desinfección. Esas son las “metáforas prepasteurianas” de las que habla Corbin en su obra. Y como apuntó en su conclusión, la desodorización pudo ganar la batalla cuando se rompió la dependencia que existía entre el mal olor y la infección. Fue entonces cuando la medicina dejó de jugar un papel importante en la desodorización para dar paso a la labor del moralista.

La ordenación higienista del olfato, de la que habla Corbin, tiene algunas salvedades ¿No es exagerado atribuir sólo a los higienistas un mayor papel en el proceso de vigilancia olfativa? Los antecedentes de la localización de lo pútrido no son la única razón que mueve a aceptar la atención olfativa y su flagrante sospecha en la que los malos olores deban ser eliminados. Parece contradictorio, con lo expuesto anteriormente que Corbin (1987: 28) afirme que no se puede atribuir totalmente a los médicos e higienistas la prehistoria de la revolución perceptiva, aunque no obvia su papel “multiplicador”. Sin embargo, tras esta afirmación surgen algunas dudas. No queda claro dónde sitúa la prehistoria de la revolución perceptiva. ¿En la religión, en el curanderismo y la alquimia, en los médicos...? ¿Por qué habla de revolución perceptiva? ¿En qué sentido emplea el término revolución? Y cuando afirma que el higienista y los médicos tienen un papel “multiplicador”, ¿no se estará refiriendo a su rol divulgador y a su vez vulgarizador?

La mayor parte de la documentación empleada por Corbin en este análisis procede de la información extraída de los informes de médicos e higienistas; aunque, siguiendo como eje vertebral los datos extraídos de la do-

cumentación médica introduce, algunos estudios químicos y filosóficos. Para llevar a cabo una investigación profunda sobre la descalificación olfativa y la desodorización se detiene en estudiar la jerarquización perceptiva⁶, el comportamiento⁷, el lenguaje⁸, las creencias, las paradojas⁹ y la ciencia.

Un aspecto nos llama la atención, que en esta “revolución perceptiva” el olfato sea uno de los sentidos más atendidos. Para Corbin esta atención se corresponde a un aumento del narcisismo (más bien preferiríamos hablar de una mayor delimitación de la individualidad), una obsesión por el aire (más que obsesión es una atención química hacia el mismo, el descubrimiento de los elementos que lo configuran), y el progreso del anticontagio (neohipocratismos). Para él esta atención se corresponde a la disminución del umbral de la tolerancia que se opera fundamentalmente a partir de la desodorización¹⁰.

En la presente tesis doctoral, en la que se analiza la teoría miasmática, se muestra que la segunda causa que aduce Corbin para explicar la desodorización no es la “ansiedad metafísica sobre la putrefacción” sino los avances científicos sobre la teoría de las fermentaciones y una mayor delimitación del fenómeno de la putrefacción.

Para concluir, podemos señalar que Corbin lleva a cabo una investigación donde sustenta la idea de que el desarrollo de la desodorización se gesta verticalmente a partir de la influencia que la mentalidad burguesa ejerció en el orden perceptivo y en la descalificación olfativa. Atiende las representaciones culturales de la desodorización que construye el discurso moral burgués interesado en legitimar la distancia social a partir de las barreras olfativas. ¿Cuál es el discurso popular que se construye en relación a este proceso de descalificación olfativa?

Ivan Illich (1989) parte de la misma hipótesis que Corbin en la que se admite que la desodorización comienza a operarse antes de la acumulación de las inmundicias industriales. Con ello quiere decir que la desodorización es previa a la industrialización y que ésta es sólo un detonante que acelera un proceso que ya se estaba gestando con anterioridad. Para acceder al conocimiento de sus ideas sobre la desodorización recomendamos la lectura de su artículo “El hedor de la ciudad y sus aguas”, publicado en *El País* en 1984. En él opina que “la nueva preocupación por los olores urbanos refleja básicamente una transformación de la percepción sensorial, y no un aumento de la saturación del aire con gases con un olor característico” (Illich 1984: 10).

Pero se centra en las quejas sobre el olor de la ciudad y las acciones de limpieza a través de una nueva utilización del agua. La utopía de una ciudad desodorizada, no sólo se debe a una preocupación médico-higiénica por eliminar la materia putrefacta e infecta de la ciudad, sino también al desarrollo de “una nueva educación higiénica de la burguesía”.

El libro de Ivan Illich (1989) *H₂O o las aguas del olvido* es una conferencia-ensayo que recoge muy bien las transformaciones que ha sufrido el agua a través de su historia (véanse también Goubert 1986, Vigarello 1991, Roche 1984)). En cuanto a los apartados dedicados al “aura”, al olor de los muertos y de la ciudad, arroja cierta luz sobre algunos aspectos que nos gustaría señalar. Estos son los tratados de osmología, los diccionarios de química, y en especial las reflexiones sobre la teoría del flogístico. Su estudio se encuentra totalmente influenciado por el libro de Corbin, y deslumbrado por el análisis de las distinciones de clase selladas por el olor. No apunta ninguna novedad respecto al mismo ensayo de Corbin; sin embargo, es interesante la relación que establece entre el agua y el olor, materias que si bien se manifiestan de forma distinta, presentan aspectos simbólicos comunes.

Illich no se detiene en reflexionar sobre la estrecha vinculación entre la desodorización y la infección. La historia del olor la sitúa en el agua y en el aire, y en su materialización en el espacio urbano y el ámbito doméstico.

Anick Le Guérer (1988) revisa en la introducción a su libro *Pouvoir des odeurs* los estudios sobre la percepción olfativa. Ella sigue de cerca los estudios fisiológicos, en los que los científicos han tratado de descubrir un nuevo sistema de clasificación de los olores que permita eliminar la subjetividad implícita que se encuentra en la descripción olfativa.

Lo que le interesa a Le Guérer es distinguir entre un “traumatismo olfativo” y una “caída del olfato”. En ambos casos el atrofiamiento olfativo se explica de forma diferente. Jacques Puisais reduce las causas del “traumatismo olfativo” a cuatro: 1) las privaciones de la guerra y la posguerra, 2) el aumento del uso del azúcar en la alimentación, 3) el consumo de alcohol, y 4) el uso del tabaco; mientras que los sociólogos y los historiadores prefieren explicar la “caída del olfato” a través de una mayor sensibilidad hacia el ambiente olfativo, dando lugar al paso de una etapa más rica a una etapa desodorizada. Este análisis permite a los sociólogos calificar las sociedades en odorófilas y odoróphobas. En las primeras, el olfato pasa a ser un instrumento de

identificación y reconocimiento social. En las segundas, se ocupan menos de interpretar los signos olfativos que de dominarlos, domesticarlos y eliminarlos¹¹.

Anick Le Guéner (1990) demuestra que a partir del estudio del dominio que el olfato juega en las relaciones humanas, el conocimiento y la salud es imposible reconocer un descenso olfativo de la magnitud que se acepta generalmente. Según ella, no se puede hablar realmente de silencio olfativo porque no todos los componentes olfativos han sufrido el mismo proceso de descalificación. Este silencio olfativo se manifiesta de forma más contundente en el control de los malos olores, y sobre todo en aquellos que emanan de los cuerpos. ¿Pero cómo se puede explicar la neutralización de los malos olores con la difusión de los perfumes? ¿No supone este hecho un nuevo interés olfativo? ¿Cómo explicar las experiencias de educación olfativa en las escuelas francesas y japonesas, el desarrollo de la aromaterapia moderna y la transformación del imaginario colectivo con el progreso del desarrollo científico?

Para esta autora los sociólogos y etnólogos parten del supuesto que las sociedades más antiguas tenían un ambiente olfativo más rico. Por eso, el estatus olfativo del hombre era superior al contemporáneo¹². Por eso Le Guéner está preocupada por descubrir los poderes olfativos de nuestra civilización. Dado que existen todavía en nuestra sociedad reacciones instintivas y primarias de atracción y repulsión, como por ejemplo la aceptación o rechazo que se manifiesta en los comportamientos sociales y raciales o en los mecanismos de captura y seducción, está dispuesta a profundizar en este dominio. Sobre todo, atiende al olor asociado a la captura y a la discriminación.

Un segundo campo que le preocupa en el estudio de los olores son sus poderes mortíferos y curativos. Por ello escoge el tema de los perfumes y de la peste, siendo más tarde analizado el campo simbólico del perfume y su conexión entre el mundo profano y el mundo sagrado. Para finalizar, explica el estatus del olfato según la reflexión teórica, estética y ética que filósofos como Montaigne, Nietzsche, Kant y Hegel, entre otros, realizaron sobre el tema¹³.

1.2.2. Los olores de santidad

El estudio antropológico más detallado sobre los olores de santidad y la mitología de los aromas es el de Jean Pierre Albert (1990). En su introduc-

ción nos propone un proyecto ambicioso con el objetivo de analizar la mitología cristiana de los aromas. Continúa con la misma metodología que utilizó Marcel Detienne (1983) en su libro *Los jardines de Adonis* para estudiar la mitología griega de los aromas. El enfoque antropológico empleado en el análisis del pensamiento cristiano lo hace a la luz del ritual, la iconografía y la leyenda.

Compara el pensamiento cristiano ortodoxo con el folklore y la superstición, puesto que está interesado en atender la religión como un todo constituido por el núcleo y sus márgenes. Justifica su enfoque antropológico del cristianismo gracias a su interés por las diferencias entre las representaciones religiosas difundidas por la iglesia y las transmitidas por el pueblo cristiano. Para ello cuenta, además de con la documentación religiosa ortodoxa, con el análisis de los textos etnográficos que ofrecen información adecuada de los “márgenes” del cristianismo ortodoxo en la descripción de leyendas y creencias.

Como lo que le preocupa es estudiar la mitología cristiana de los aromas se centra preferentemente en la Edad Media. A pesar de utilizar algunas fuentes más contemporáneas, como las etnografías de finales del siglo XIX, los orígenes folklóricos y los relatos de viajeros, argumenta que estos documentos son parte de un testimonio tardío del pensamiento popular próximo al pensamiento medieval. Este material etnográfico le permite profundizar en el estudio de la mitología cristiana aplicando el método del análisis estructural de los mitos de Lévi-Strauss.

Más allá de los olores de santidad, la mitología de los aromas y las prácticas rituales de purificación, la perspectiva antropológica en el análisis de la religión, siguiendo las pistas de los perfumes, nos permite ahondar en el lenguaje de los símbolos que ponen en consonancia el mundo profano con el mundo sagrado (Roubin 1980). La dimensión interactiva del perfume, que comunica el mundo de los hombres con el de los seres sobrenaturales, ha sido central en Alfred Gell (Lewis 1977: 25) para estudiar la correlación entre el significante mágico y el odorífero entre los Umeda de Nueva Guinea.

El trabajo presentado por Classen (1992) examina, en tercer lugar, el simbolismo olfativo de la cosmología, donde se asignan olfativamente cualidades morales a los seres sobrenaturales. Por ello se atribuye generalmente el buen olor a la divinidad, cuya atribución tiene la capacidad de transferirse a la santidad. Y por último, revisa los intercambios olfativos, en los que obser-

va el olor como un instrumento de comunicación. El caso más claro es el de la transmisión de las enfermedades. Para combatir su efecto resalta el papel que ejercen los aromas para purificar la atmósfera o el hecho de evitar el contacto entre ciertos olores. Pero, la capacidad de intercambio de los olores es más evidente cuando se trata de entrar en diálogo con la divinidad, siendo para Classen una manifestación prácticamente universal.

En un sentido más general Howes (1991:128-147), en un capítulo dedicado al olfato en el contexto de la antropología sensorial, explica la capacidad que algunos aromas tienen para comunicar el mundo de los hombres con el mundo sobrenatural, y la función del olfato en prácticas rituales.

1.2.3. El olor del otro: categorías de discriminación y de exclusión

Constance Classen (1992) trata de mostrar en un análisis transcultural, presentado en la revista *Ethos*, cómo se construyen y transmiten las categorías sociales a partir de los “códigos olfativos”, trabajo que da pie a su obra titulada *Worlds of Sense. Exploring the senses in History and across Cultures* (1993). Se interna en el estudio de los códigos olfativos tal y como actúan en el pensamiento clasificatorio, comparando la “gran conciencia olfativa” de las sociedades “exóticas” y la marcada tendencia a la desodorización que se manifiesta en la sociedad occidental.

Pero sobre todo, a Classen le interesa explorar en el simbolismo olfativo, que se expresa a través de la identidad y la diferencia, para profundizar en el modo en que los olores son utilizados para categorizar a los otros en distintas sociedades, permitiendo de esta manera una revisión de los conceptos de alteridad e identidad.

En primer lugar, se detiene a examinar la capacidad que el simbolismo olfativo tiene para regular y expresar la identidad cultural en oposición a los otros. Así mismo observa cuál es el simbolismo olfativo que se manifiesta en la construcción de las barreras sociales insistiendo precisamente en la apropiación que la clase dominante hace del buen olor en oposición al mal olor que atribuye a las clases inferiores. Esta argumentación la defiende mediante algunos ejemplos etnográficos, entre los cuales cabe destacar la sociedad de los Dassanetch estudiada por Almagor (1987), y de la cual pasaremos a destacar algunos aspectos más adelante. En segundo lugar, profundiza en el sim-

bolismo olfativo que se emplea para clasificar a las mujeres, habiendo insistido anteriormente en la atribución olfativa de la menstruación. Aunque admite que el mal olor que se atribuye generalmente a la menstruación no es universal, permite vincular simbólicamente la mujer a la naturaleza. En sociedades dominadas por un discurso masculino de la feminidad las mujeres se distinguen en tres categorías que se destacan olfativamente: las prostitutas o mujeres impuras; las solteras, casadas o viudas; y las seductoras.

Para finalizar, lo más interesante que destaca Classen en sus conclusiones es la capacidad que el “olor neutro” tiene para ser incluido en la categoría de características olfativas positivas, o en la de características olfativas negativas. En la primera, el “olor neutro” significa limpieza y pureza, mientras que en el segundo se expresa su falta de humanidad. Por otro lado, la construcción de marcas olfativas depende del lugar que el olfato ocupa en el orden perceptivo de una cultura particular, y del período histórico analizado.

Volviendo al tema de los códigos olfativos de relación, las actitudes sociales de superioridad del grupo de pastores frente al grupo de pescadores, entre los *dassanetch* del suroeste de Etiopía (Almagor 1987), se expresan a través de categorías olfativas con el fin de asegurar las distintas posiciones que ocupan en el orden social. A pesar de la coexistencia de una economía mixta de pastoreo y pesca, los *dassanetch* se representan a sí mismos como pastores. El que los pescadores compren alguna cabeza de ganado (la cuida un pastor) no les excluye de ser calificados como el grupo que tiene el contacto con el pescado, y por lo tanto de ser tildados de inferiores.

Almagor nos propone analizar las relaciones sociales que se mantienen entre los grupos de pescadores y pastores a través del estudio de las categorías olfativas. El olfato permite elaborar metáforas que operan como instrumentos para estereotipar ciertos grupos, en este caso el de los pescadores. Sin embargo, como las atribuciones olfativas a ciertos grupos sociales varían culturalmente, también los mecanismos que se utilizan para excluir y evitar esos grupos son diferentes. Por eso, la falta de una escala universal de gradación olfativa como variable independiente, impide establecer universales culturales de atracción y repulsión olfativa.

Dado que los olores son observados como principios mutables, los pastores creen que el mal olor de los pescadores es contagioso y puede ocasionar un desastre al ganado. El tabú de comer pescado no se cumple en to-

das las circunstancias, a pesar de que el incumplimiento puede contaminar o herir a las personas, así como al ganado, e incidir desfavorablemente sobre la fertilidad de las mujeres. El comer pescado no es un tabú cuando se ingiere ocasionalmente por razones de necesidad. Pero que los pastores rechacen olfativamente a los pescadores no significa que los pescadores huelan peor que los pastores pues, como señala Almagor, el olor corporal de los cuidadores de ganado es más fuerte que el de los pescadores. En cambio, simbólicamente se expresa que los pescadores hieden constantemente. Sin embargo, este hedor no evita que los pastores mantengan ciertas relaciones con estos grupos como es el hecho que permitan concertar matrimonios entre los hijos de pastores y las hijas de pescadores.

Los malos olores se encuentran implícitos en los cambios que se producen en la naturaleza, y hasta cierto punto son necesarios para asegurar la reproducción del ciclo natural. Por lo tanto, se distinguen “los malos olores de la naturaleza” conectados a la concepción cíclica del tiempo, de los malos olores del cuerpo que exhalan los pescadores. La polución del hedor de sus cuerpos confiere al pescado una entidad específica frente al ganado, porque rechaza el orden básico diseñado por la cosmovisión construida por los pastores.

Para concluir, el estudio de Almagor señala algunas apreciaciones interesantes que serán retomadas en esta investigación, y que tienen que ver con las siguientes afirmaciones:

- 1) el cuerpo no tiene olor, por lo que el olor que se desprende procede del exterior (el olor del pescado es el que se pega al cuerpo del pescador),
- 2) el mal olor permite construir relaciones de exclusión entre los grupos sociales, y
- 3) el mal olor advierte la noción de renovación de los ciclos naturales.

Desde otra perspectiva, Anick Le Guéer (1990) decide utilizar un método comparativo que consiste en examinar el papel que tres dominios olfativos (relaciones humanas, enfermedad y conocimiento) han jugado en la sociedad occidental en el pasado y el presente. Se interesa en buscar las bases fundamentales de riqueza olfativa, ya que se acepta la idea de que en nuestra sociedad occidental, tras el desarrollo industrial, se ha perdido cierta sensibi-

lidad olfativa. Con el ánimo de demostrar que la represión olfativa sólo se ha producido en ciertas categorías olfativas reconoce que la “anosmia” del hombre civilizado no es tal si nos adentramos precisamente en el estudio de los tres dominios que ella propone. A diferencia de Almagor, no se interesa por sociedades exóticas para explicar el papel del olfato, donde ella reconoce una mayor riqueza odorífera y una mayor función cognitiva del olfato, sino en una sociedad en la que se admite que se ha entrado en un declive olfativo reforzado por la desodorización.

La importancia que concede al olfato en nuestra sociedad en el campo de las relaciones humanas, se centra en el estudio de las relaciones sociales y las relaciones sexuales. Como nos interesa destacar en este apartado la función olfativa en las relaciones sociales, pasamos a distinguir los dos niveles que Le Guérer analiza: la estigmatización de ciertas categorías profesionales y sociales, y la exclusión de pueblos y razas. En el segundo proceso de rechazo olfativo Le Guérer señala la importancia de la exhalación corporal de un individuo para adscribirse a un determinado grupo. El reconocimiento olfativo de un olor distinto al del grupo provoca el rechazo y la atribución de “extranjero”. Dado que el olor del cuerpo se percibe como el resultado de una relación más íntima a nivel interpersonal, el reconocimiento de una exhalación corporal depende de la distancia que se permita culturalmente¹⁴.

1.2.4. Los olores del cuerpo

Las prácticas de unción de aceites olorosos en el cuerpo, así como las de perfumarse y acicalarse han sido temas de interés tangencial para la antropología¹⁵. Pocos han sido los etnógrafos que han recogido información acerca de los productos cosméticos utilizados por las sociedades primitivas y las prácticas olfativas relacionadas con el embellecimiento del cuerpo. El estudio más clásico en ese sentido se encuentra en uno de los apartados de la etnografía de Malinowski (1971) sobre la vida sexual de los Trobriandeses.

En el apartado dedicado al cuidado del cuerpo Malinowski se sorprende por la sensibilidad de los indígenas hacia la suciedad corporal y los olores del cuerpo. Al acto de lavarse o bañarse todo el cuerpo se le conoce con el nombre de “kakaya”, y según Malinowski es frecuente realizarlo antes de cualquier acto ceremonial. Sin embargo, interpreta que la ablución y la unción de aceite de coco es un medio eficaz para desodorizar el cuerpo.

Perfumarse el cuerpo está asociado a la sexualidad. Siguiendo esa idea, Collen Ballerino Cohen (1992) publica un artículo dedicado a la constitución olfativa del cuerpo y a las prácticas perfumísticas, el cual se recoge en una edición centrada en el estudio de las prácticas de modulación del cuerpo a través del adorno, el embellecimiento, la mutilación o el tatuaje (Mascin-Lees and Sharpe 1992).

Los estudios sociales e históricos sobre el cuerpo han ganado un mayor impulso en la última década. Una síntesis sobre las propuestas temáticas de cómo abordar un estudio completo del cuerpo se encuentra recogida en la revista *La Quinzaine Littéraire* (EHESS 1988). En el dossier se recogen siete modelos temáticos distintos que agrupan varios artículos: el cuerpo biológico, el cuerpo sensible, las técnicas del cuerpo, el cuerpo enfermo, el cuerpo y la cultura, el cuerpo filosófico, y las utopías del cuerpo.

Sin detenernos en los intereses de la historia social que comprende el análisis de las costumbres y la higiene del cuerpo (véase Jaton 1986), cuando se trata de indagar en la privatización y la difusión del baño, destacamos la preferencia metodológica por utilizar el cuerpo como un objeto de estudio que permite reflexionar sobre el discurso del poder¹⁶.

Desde la antropología fue Marcel Mauss (1989) quien propuso el estudio de las técnicas corporales insistiendo en las grandes cuestiones que preocupan a los etnólogos como son las posibilidades físicas y psíquicas de los pueblos. Mauss reflexiona en los fenómenos bio-sociológicos, y en el papel que la educación ejerce para domeñar a los cuerpos.

En otra línea, Nancy Scheper-Hughes (1987) ha revisado las distintas concepciones del cuerpo con el fin de proporcionar herramientas analíticas en la antropología de la medicina. Para conseguirlo, se ha propuesto asumir el cuerpo como un producto construido social y culturalmente, y determinado en un periodo histórico particular.

1.2.5. Los malos olores y el ámbito mórbido: causas, naturaleza, transmisión y clasificación

Mientras en el siglo XVIII el olfato era un sentido ofensivo a la inteligencia de los filósofos, y no ocupaba espacio en sus reflexiones intelectuales, era un instrumento práctico para localizar el principio mórbido de las enfer-

medades e identificar el hedor de las fiebres. Siendo el hedor un signo que confirmaba a los médicos la presencia de una enfermedad era confuso a la hora de determinar la nocividad de las enfermedades. El olfato comienza entonces a afinarse para distinguir los hedores mortales de los que no lo son.

A los malos olores también se los conoce con el nombre de peste, efluvio, fetidez, tufo, pestilencia, catipén, emanación y hedor. La riqueza de vocabulario para determinar qué es lo que se reconoce que huele mal es incapaz de distinguir la posible variedad olfativa. Es decir, todos los “malos olores” constituyen sin más un mismo universo que tienen en común la molestia y la nocividad. Los límites de atribución responden más bien a una dimensión subjetiva de lo que cada individuo considera que huele mal, en relación al grado de tolerancia que convierte un olor en más o menos agradable, y a una dimensión cultural. Esta última observa cómo se transmiten las categorías olfativas en una cultura dada.

Para averiguar cuál es el sistema de clasificación de los olores en relación al mundo de las enfermedades, que es lo que en esta tesis nos interesa particularmente, el acento no debe ponerse en la denominación, sino en el contexto de evocación y el espacio de formación. Así sean las epidemias, fruto de la difusión de las enfermedades infecciosas, y los espacios en los que los hedores se forman, como por ejemplo los pantanos, las marismas, los hospitales, las cárceles, los hospitales, los cementerios y los cuerpos de los enfermos. En este último espacio, la nocividad del contagio se percibe en el hedor, que actúa como signo revelador de la enfermedad. De ahí, que interese averiguar qué tipo de signo corresponde a qué clase de enfermedad.

El universo de los olores tiene algunos problemas taxonómicos. Estas dificultades siempre han sido atribuidas a la carencia de un lenguaje específico que permita establecer un orden propio de clasificación. La controversia que se despierta a la hora de resolver los problemas taxonómicos tienen que ver con la naturaleza evocativa de los olores. Este fenómeno convierte al universo de los olores en un dominio más rico cuyo acento no debe situarse en el análisis lingüístico per se, sino en las relaciones que se establecen en la construcción de este lenguaje. Es decir, centrarse en cuáles son los objetos que se asocian al olor y estudiar los olores no como códigos lingüísticos sino como representaciones culturales.

En el campo de la perfumería se han utilizado varios métodos de clasificación de los aromas en relación a la materia de la que se extraían. La evolución química en el campo de la perfumería está influyendo en la manera de distinguir químicamente los olores. Este fenómeno corresponde a un dominio científico que tiene que ver con la práctica perfumística, pero en otros dominios culturales los sistemas clasificatorios de los olores son distintos, y más difíciles de sistematizar a consecuencia de la falta de una variedad lingüística olfativa contra la riqueza metonímica que los representa.

Françoise Héritier-Augé (1987) trata de averiguar porqué la sociedad Samo, de Burkina Faso, considera que el mal olor es la causa de una enfermedad infantil. A través de la lectura del texto médico de los akkadiens presentado por René Labat, se llega a averiguar que las enfermedades de los niños caracterizadas por fiebre se deben al mal olor. Labat puntualiza que las observaciones etiológicas de los médicos akkadiens separaban el mal olor de los miasmas. Según ellos los miasmas procedían de una causa natural o de una higiene defectuosa, caso que no se producía en los bebés. ¿Realmente los médicos akkadiens distinguían los miasmas del mal olor, o esta distinción se debe a una interpretación errónea de René Labat influida por las nociones causales de la sociedad occidental?

Siguiendo el trabajo de Héritier, la causa del mal olor se debe a la sangre menstrual de la madre. La corrupción de la sangre menstrual es una consecuencia de las relaciones sexuales que mantiene la pareja durante el período de lactancia, lo que implica una alteración de la calidad de la leche. Esta idea en la que la sangre y la leche se ven perturbadas por el coito ha sido entendida entre los médicos de nuestra sociedad, entre quienes se encuentra Ambroise Paré.

Los hedores se han asociado a las enfermedades y a la muerte. Corbin (1987) y Anick Le Guérer (1988) han estudiado precisamente este tipo de relación. A nosotros nos interesa descubrir cuál es el universo de los olores que la medicina perpetúa en el ámbito de la práctica médica, especialmente en el reconocimiento de los signos, y la atribución causa-efecto que guardan el mal olor y la enfermedad. Para ello, profundizamos en la crisis de relación que se sostiene en algunas de las distintas tendencias del paradigma miasmático, las tensiones teórico-prácticas de esta relación causal, y la construcción olfativa de un mapa mórbido que anuda los espacios (instituciones públicas) a los cuerpos (enfermos, sanos).

A través del estudio de las descripciones médicas del siglo XIX de los espacios que se consideran nocivos para la salud del hombre, nos detenemos en el estudio del proceso analógico entre el olor y la enfermedad. Hemos decidido analizar la documentación médica (topografías médicas, tratados de higiene, diccionarios y enciclopedias médicas, tratados de epidemias y tratados de osmología) para investigar cuáles eran las categorías olfativas y la incidencia en el proceso de transformación olfativa. El análisis de las causas es básico para profundizar en la relación entre la práctica médica y la teoría, y en la crisis de la teoría miasmática (Véase esquema 1, al final de este capítulo).

ESQUEMA 1: TEORÍA DEL MIASMA

	Desarrollo de la teoría del miasma	
Analogía	Inconsistencia teórica Explicación racional de las causas mórbidas	Ruptura /microbio Apropiación del discurso secular de la enfermedad. Nueva dimensión y apropiación de nuevos saberes
TEORIA MIASMÁTIC		
	Desarrollo del higienismo	Influye en el aumento de la intervención de la medicina en la prevención social
	Consolidación de la concepción ambientalista de la enfermedad	Mediatizada por la analogía mal olor / enfermedad
	Consolidación de medidas prácticas permanentes —> Prevención	Reordenamiento del espacio. Redistribución y descongestión del hacinamiento
	Reordenación según postulados de la teoría miasmática	
	Sistematización de medidas políticas de salud pública	

Notas

- 1 La bibliografía que se incluye al final de este libro es muy completa. A todos aquellos investigadores que estén interesados en realizar trabajos que se centren en el ámbito de las percepciones y de las sensaciones desde una óptica histórica, psicológica, lingüística y antropológica es recomendable consultar las referencias bibliográficas. Según Howes, esta expresión fue empleada por primera vez por Roy Porter en la introducción a la traducción inglesa del libro de Alain Corbin llevada a cabo en 1986.
- 2 Ciertos estudios históricos que, aunque de forma tangencial, han abordado este tema son: el trabajo de Ariés (1987) sobre la muerte, y sus consideraciones hacia el peligro del olor del cadáver y de las emanaciones en las iglesias. En cuanto a la limpieza odorífera y la conquista del agua se pueden consultar los trabajos de Jean Pierre Goubert (1986), Ivan Illich (1989) y Georges Vigarello (1991). Y en esta misma línea, Roger Henri Guerrand (1988) analiza la implantación de letrinas a través de un estudio de la historia de la higiene urbana. Sin embargo, una labor historiográfica que se centre exclusivamente en el campo de la percepción olfativa y los olores sólo la encontramos en Anick Le Guérer (1988) y Alain Corbin (1987).
- 3 Sobre el desarrollo de la historia social consúltense los trabajos de Santos Juliá (1989) y Julián Casanova (1991).
- 4 En un libro posterior Howes (1991) olvida citar en su bibliografía los trabajos que han llevado a cabo algunos antropólogos franceses como Marguerite Dupire (1987), Jean Pierre Albert (1990) y Lucienne Roubin (1989).
- 5 Somos conscientes de nuestras limitaciones por no incluir en este apartado el desarrollo de las investigaciones fisiológicas, psicológicas y psicoanalíticas de la percepción olfativa, así como los avances que en psicología experimental y en comunicación no verbal se han llevado a cabo.
- 6 Los estudios sobre la jerarquización perceptiva reciben su influencia de la tesis darwiniana de selección natural. Funciones como el “olisqueo” y el “husmeo” se atribuyen al salvaje, a la bestia, y se asocian al deseo sexual y a la búsqueda de alimento. El salvaje es tildado de tener una mayor capacidad olfativa que al hombre civilizado, y según Corbin personajes como el padre du Tertre, el padre Lafitau, Humboldt, Cook y los primeros antropólogos como Soemmering y Blumenbach aluden a ello. Además de esta jerarquización perceptiva asociada a la evolución humana, cabe señalar la correspondencia que existe entre el grado de capacidad perceptiva y el estímulo. Así, en el caso del olfato, quienes tienen un mayor grado de capacidad olfativa, evolutivamente hablando (discurso etnocentrista) son los negros o raza etíope, pero sin embargo los blancos consideran que son quienes peor huelen. Pero Corbin olvida explicar cómo puede admitirse que los que tienen un olfato menos desarrollado que los negros huelan peor. El problema no tiene que ver con la respuesta perceptiva sino con la metáfora social que se atribuye a la descalificación del otro.

Para Corbin el mecanismo de descalificación olfativa opera a dos niveles: el primero, para relegar a la raza negra al primer estadio evolutivo y demostrar su mayor proximidad al reino animal; el segundo, para alertar su presencia fuera del mundo civilizado. Paradoja que se resuelve admitiendo que el desarrollo olfativo del hombre civilizado apunta hacia una sola dirección: alertar del peligro de la podredumbre. Como resume Corbin (1987: 13), “el olfato figura en lo más bajo de la jerarquía de los sentidos, en compañía del tacto, y Kant se ocupa de su descalificación estética”.

- 7 Corbin se centra especialmente en el comportamiento burgués. Dado que él parte de la base, y así lo formula en una de sus hipótesis, que la desodorización viene acompañada de una evolución del gusto en el seno de las élites, ¿cuál es el papel que juegan las clases populares en este asunto? Formula dos hipótesis a tener en cuenta: la primera, en la que la crítica de los olores se corresponde a la difusión de una mentalidad burguesa, y la segunda, en la que el discurso del umbral perceptivo se corresponde a una evolución del gusto en el seno de las élites. Pero son los médicos quienes denuncian la nocividad de la acumulación de las inmundicias, y más adelante la acumulación de las emanaciones sociales que se suceden en la cárcel, el teatro, el hospital, el hospicio, el cuartel, las habitaciones del obrero, etc. ¿Cuáles son las relaciones entre los médicos y los burgueses?

La nueva sensibilidad hacia lo que huele mal se produce, para Corbin, de arriba a abajo en la escala social. ¿No hubo cierta receptividad popular ante esa “nueva” sensibilidad? Además hay bastante información (Elias 1988) que documenta las resistencias de los artesanos hacia la desodorización corporal, aunque ésta se centra más en las resistencias populares hacia la desodorización ¿Por qué?

- 8 La descalificación se opera a dos niveles: en el lenguaje y en la huida. En el primero, se demuestra una creciente limpieza por la palabra eliminando los calificativos que aludan al excremento y al mal olor en general (véase Laporte 1988), aunque existe a su vez un movimiento en el que las clases populares se erigen como defensoras de un discurso escatológico. En segundo lugar, advierte que se huye de los lugares que hieden, porque se los consideran focos de infección, y se tiende a su desplazamiento, como es el caso de los hospitales, cárceles, cementerios, cuarteles. También se huye de las clases sociales en contacto con la inmundicia: los vagabundos, los pobres y los obreros. Corbin señala siempre la huida en una única dirección: son los burgueses quienes huyen de la inmundicia del pobre, como si el pobre sufriera anosmia. Son ellos los únicos que refinan su olfato, que imponen su discurso estético contra lo excrementicio. Para comprobar el refinamiento olfativo en el discurso es interesante su propuesta sobre el análisis del léxico para medir la extensión del vocabulario en relación a las alusiones olfativas. Este refinamiento del discurso supone, para Dominique Laporte, un ejemplo del mayor papel de control que el Estado ejerce sobre las clases sociales.

- 9 Jean-Noël Halle reconoce que el olfato construye una paradoja: nos advierte de la animalidad y atiende a nuestra conservación porque el olfato-centinela se erige como el

defensor de los peligros que acechan al hombre (por ejemplo, alerta del veneno, de la podredumbre, de lo excrementicio, etc.). Para Corbin, esta paradoja se desdobra y se convierte en un inconveniente difícil de salvar, porque por un lado advierte la presencia del miasma y la podredumbre nociva (capítulo del cual se ocupará la ciencia), y por el otro revela su fugacidad (volatilidad de las impresiones olfativas), impide la comparación con otras sensaciones y estorba la memorización. Por ello, los civilizados quieren alejarse de la animalidad del olfato y solamente atender a su capacidad de alertar la sospecha. Sin embargo, al observar la incapacidad de eliminar totalmente el olfato sólo se puede conseguir su atrofiamiento a través de la eliminación de la sospecha: eliminar la inmundicia, y evitar lo que huele a podrido.

- 10 Corbin sitúa cronológicamente este desarrollo a partir de la mitad del siglo XVIII, fundamentalmente por seis causas: 1) las prescripciones médicas para detener los miasmas, 2) la ansiedad metafísica sobre la putrefacción, 3) el ascenso del narcisismo, 4) el miedo a las emanaciones sociales, 5) la moda de los perfumes delicados y 6) los pro gresos de la higiene corporal.

En 1760-1840 se desarrolla el periodo más importante en el que el higienista se erige en el analista de los olores. En 1740-1750 Corbin sitúa un nuevo concepto de la ciudad-máquina donde un aseo social se corresponde a un aseo topográfico. La geografía olfativa se detiene en los focos infecciosos de la ciudad (la acumulación de basuras en las calles, la falta de un alcantarillado adecuado, la acumulación de excrementos en las letrinas y los pozos ciegos, el encharcamiento pútrido de las aguas, el hacinamiento de los hospitales, cárceles, escuelas, iglesias, cuarteles, la putrefacción del cementerio, etc.). Radiografía que sólo se consigue a través de la geografía médica, de la disección de las ciudades, y de su consecuente reordenación. Que como Corbin bien señalará más adelante esta desodorización pública se consigue mediante la pavimentación, el drenaje y la ventilación, sobre todo cuando se concibe que el agua y el aire deben circular y moverse para no infectar.

- 11 En este segundo grupo destaca Estados Unidos por ser un país cuyo silencio olfativo se consigue imponiendo un modelo de desodorización que lo convierte en un país olfativamente neutro. En cambio, en las primeras sociedades los sociólogos incluyen las sociedades tradicionales por conservar todavía un marcado estatus cognitivo del olfato.

- 12 A nuestro parecer, estas posiciones se encuentran dominadas por la teoría darwiniana de selección natural, y supone admitir el determinismo que traza la evolución de sociedades más olfativas a sociedades más desodorizadas. Esta hipótesis admite "a priori" que las sociedades que se encuentran en un ambiente con una variedad más rica de olores desarrollan mejor su capacidad olfativa, mientras que las sociedades cuyo ambiente olfativo es más pobre, es decir más desodorizado, la percepción olfativa se "atrofia". ¿Cómo se puede comprobar esta hipótesis si tampoco existe un método adecuado para medir la intensidad de los olores y de la capacidad olfativa? Sólo podemos estudiar la percepción olfativa a través de la representación que se establece en el ámbito de las represiones y las contenciones, tanto a nivel individual como a nivel social.

- 13 Para obtener una información complementaria de los prejuicios y desprecios que algunos filósofos realizaron sobre el olfato y los olores como materia de análisis consúltese el artículo de Michel Onfray (1990a,b).
- 14 Aunque no hemos considerado las investigaciones del olfato en el campo de las relaciones sexuales y de la comunicación no verbal, pensamos que un estudio como el de Stephen Kern (1974) y el de Edward T.Hall (1987) arrojan mucha luz a todos aquellos que estén interesados en este ámbito.
- 15 Aún y así en el catálogo del *Human Relation Area Files* (Murdock et al. 1987) se reúnen los siguientes ítems: “*use of perfums*”, incluido en el apartado de “*sensation and perception*”, y “*personal hygiene*”, en el apartado de “*preventive medicine*”.
- 16 Las manifestaciones del discurso del poder que se operan en la manipulación del cuerpo son ampliamente observadas por Foucault (1992). Sin embargo, quien esté interesado por el lugar que ocupa el cuerpo enfermo en la historia, es recomendable que se dirija al artículo de Jaques Revel y Jean-Pierre Peter recogido en la obra coordinada por Jacques Le Goff y Pierre Nora (1974 (1980)).

II DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA

2.1. Los miasmas como concepto médico: hipótesis de trabajo

La hipótesis de trabajo que se plantea en esta investigación es la siguiente: *el determinismo olfativo implícito en la teoría miasmática limitó su desarrollo teórico, pero favoreció medidas prácticas que repercutieron en el reordenamiento del espacio.*

1. El “*determinismo olfativo*” tiene sus precedentes en la noción de peste en la que se asocia el mal olor a la transmisión de las enfermedades. Sin embargo, el determinismo olfativo implícito en la teoría miasmática sirve de base para consolidar una teoría que sistematiza analógicamente la relación causal ambiente /enfermedad.
2. La “*teoría miasmática*” explica la incidencia de los fenómenos ambientales en el origen de las causas mórbidas. Estas causas son denominadas *miasmas*, que son exhalaciones y emanaciones hediondas responsables del origen de las enfermedades infecto-contagiosas. La teoría miasmática: a) plantea un análisis racional de las causas naturales que intervienen en la formación de las enfermedades epidémicas, b) confiere el apoyo teórico necesario que impulsa el desarrollo del higienismo, c) influye en el aumento del protagonismo de la medicina en la prevención social al apoyarse en la concepción ambientalista de la enfermedad, y d) sustenta, justifica e impulsa medidas prácticas de tipo permanente que planifican políticas de salud pública.
3. Al decir “*limita su desarrollo teórico*” se insiste en que el determinismo olfativo impide que la teoría miasmática, basada en un conocimiento analógico del origen de la enfermedad y limitada por la percepción olfativa, llegue a asumir los nuevos éxitos de la experimentación en el terreno de la etiología.

4. Al introducir que “*favorece medidas prácticas*” se refiere a la aplicación de la fumigación, la ventilación, el desplazamiento (de la cárcel, el hospital y el cementerio), así como a la continuación de prácticas de erradicación clásicas como los cordones sanitarios y la reclusión en las casas. Las prácticas de erradicación epidémica implantadas temporalmente se transforman en medidas de prevención de carácter permanente.
5. Y “*que repercuten en el reordenamiento del espacio*” se refiere a la influencia que ejerce la teoría miasmática en la constitución de un nuevo orden de los espacios público y privado. En un sentido más preciso, la teoría miasmática sistematiza medidas políticas de salud pública que insisten en la redistribución y descongestión del hacinamiento de los centros urbanos, las tabernas, las iglesias, las fábricas, las viviendas de los obreros, las calles, los hospitales y las cárceles.

La formulación de esta hipótesis parte de un análisis histórico del estudio de las enfermedades (véase esquema 2 al final del capítulo). Sobre todo, se toma como punto de partida la segunda mitad del siglo XVIII en la que se consolida un proceso de secularización del conocimiento médico sobre las causas mórbidas, en el que el paradigma ambiental de la enfermedad comenzará a jugar un papel clave. En este desarrollo racional de la idea de causa se encuentra la concepción miasmática de la enfermedad.

El objeto de estudio de esta investigación es el miasma. Al enfrentarnos al análisis de la genealogía del miasma se advierte que este término, de origen griego, se encontraba documentado en el tratado hipocrático de los vientos. Sin embargo, este término no se recuperó nuevamente hasta finales del siglo XVII gracias a Lancisi y Sydenham y la corriente neohipocrática, a pesar de no ser este tratado el más representativo del *Corpus Hippocraticum* (véase Littré 1849). A raíz de este hecho nos cuestionamos lo siguiente:

- a) ¿Constituía la utilización del término *miasma* un cultismo opuesto al de *peste* con el propósito de soslayar connotaciones de peligro y miedo arraigados en el imaginario colectivo?
- b) ¿Se intentaba reforzar la separación entre un saber profano y un saber culto que trataba de imponerse hegemónicamente en

cuanto al conocimiento y al tratamiento de la enfermedad se refiere?

- c) ¿Constituía el olfato un sentido “fiable” para un discurso “científico” en el que comenzaba a primar la observación y la experimentación?
- d) ¿Se ajustaba el concepto de miasma a la analogía entre la enfermedad y el mal olor que ya estaba profundamente arraigada en la concepción popular de la enfermedad?

La formulación de la hipótesis de trabajo principal depende de los siguientes supuestos teóricos:

1. Norbert Elias (1988) considera que el proceso de “civilización” ha consistido en una transformación de larga duración de las estructuras sociales y de las estructuras de personalidad articuladas en una evolución de la contención emotiva, del refinamiento de las costumbres y de una mayor autorrepresión de los hábitos. Por ello la intolerancia olfativa hacia los malos olores constituye un ejemplo de este proceso de transformación de las costumbres.
2. Illich (1984) y Corbin (1987) parten de la tesis que la disminución del umbral olfativo es anterior a una mayor acumulación de inmundicias de las ciudades a raíz del hacinamiento y la industrialización. Sin embargo, la culminación de la “revolución olfativa” (mayor intolerancia olfativa) de la que habla Corbin es la consecuencia del triunfo de la Razón en la etapa ilustrada.
3. Para Foucault (1992) el perfeccionamiento de la vigilancia y la disciplina en las instituciones de reclusión constituyen el vértice del dominio tentacular del poder central del Estado. El desplazamiento de las instituciones públicas fuera del núcleo habitado, las propuestas utópicas de nuevas construcciones, así como la transformación de una ciudad libre de inmundicias son proyectos ilustrados que configuran un orden diferente. Así mismo, la propuesta política por malear y domeñar los cuerpos supone ganar la batalla al desorden a través de un nuevo orden racional que se presenta a sí mismo menos coercitivo pero más ejemplar.

4. Del análisis del proceso de “civilización” según Elias (1988), se deduce que la civilización moderna se implanta mediante todo un sistema de relaciones discriminatorias. Estas, que son convencionales, adquieren mayor legitimidad al presentarse como naturales. En este proceso de naturalización la medicina (en sus prácticas y en sus representaciones) es crucial. La medicina constituye el vehículo cultural más idóneo para naturalizar discriminaciones sociales, ya que se presenta instituida por el dominio de la observación y el tratamiento de los fenómenos naturales a través de agentes también naturales.

Esta investigación se articula en torno a la genealogía del miasma. Sin embargo, al tomar como punto de partida el determinismo olfativo implícito en el desarrollo del miasma se considera necesario presentar las principales investigaciones históricas, antropológicas y sociológicas desarrolladas en el ámbito sociocultural de los olores y el olfato. Esta introducción constituye el *primer capítulo* de esta tesis.

Una vez elaborado el estado de la cuestión que enmarca nuestra investigación, se expone en el segundo capítulo la hipótesis de trabajo, los objetivos y el método. Ha sido más oportuno desarrollar este capítulo después de haber expuesto el estado general de la cuestión sobre el tema de los olores y del olfato porque permite contextualizar mejor esta investigación.

En el *tercer capítulo* se aplica el análisis del concepto de contaminación desarrollado por Mary Douglas (1991) al estudio de la noción de miasma. Este interés se centra en dos niveles: primero, en llevar a cabo una prospección comparativa y transcultural de la noción de miasma a partir del análisis de algunas etnografías de sociedades “primitivas”. En ellas se ha recogido la idea de impureza a partir del delito de sangre y la suciedad como responsable de la corrupción del aire y del origen de las enfermedades. Segundo, en considerar la transformación de este concepto que va de la polución religiosa a la contaminación atmosférica en la sociedad “occidental”.

Este estudio nos enfrenta al dominio del pensamiento religioso griego en la polución y el conocimiento de las causas que producen las enfermedades colectivas. La génesis de este concepto comienza con la idea de que el delito de sangre exento de venganza propaga colectivamente una emanación maligna. Dicho de otra manera, el castigo a la transgresión del orden social es la en-

fermedad colectiva producida a causa de un delito de sangre. Tener en cuenta en este capítulo la transferencia simbólica de la contaminación miasmática que va de la sangre al aire supone reflexionar en la idea de la impureza sagrada y la suciedad atmosférica, sobre todo en la transformación que va de una explicación internalista a una externalista en cuanto al origen de la enfermedad se refiere. La idea referente a la contaminación atmosférica se encuentra documentada en el tratado hipocrático de los vientos, al considerar que los miasmas son las impurezas que corrompen el aire y producen la peste.

Sin embargo, la aplicación de un modelo estructural y sincrónico para estudiar la noción de miasma es limitado en un análisis genealógico y procesual, punto de partida de esta investigación. Nuestro eje principal es el concepto de miasma, como resultado de las impurezas que corrompen el aire, dando lugar al origen de las enfermedades colectivas. Sobre todo, en el *cuarto capítulo* se explica cómo se consolida la teoría miasmática en el pensamiento médico de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Esta teoría marcó el comienzo del paradigma médico ambiental y la base del desarrollo de las ciencias químicas.

En el *cuarto capítulo* se presenta la gestación y culminación de la teoría miasmática siguiendo los estudios que han realizado los historiadores de la medicina sobre este tema. De este modo, nos enfrentamos al proceso de racionalización del origen de las enfermedades colectivas en el que se articula la secularización del concepto de miasma. A partir de un marco general de la historia de las ideas y de las teorías en el seno de la medicina, nos detenemos en la controversia surgida entre los defensores de los postulados contagionistas y sus detractores, conocidos también como los anticontagionistas, siendo estos últimos los defensores de la teoría miasmática. Sin embargo, tal como se demostrará en este capítulo, las disquisiciones etiológicas sobre la naturaleza del miasma y la falta de un criterio específico en la terapéutica son insuficientes para explicar la pervivencia de la teoría miasmática durante más de un siglo. La razón, en cambio, debe buscarse en la hegemonía de un paradigma ambiental de la enfermedad sustentado en un mayor conocimiento químico de la naturaleza y en el proceso de medicalización en el que la clase médica refuerza su poder de intervención social. La teoría del miasma nos lleva al estudio del desarrollo de las ciencias auxiliares en las que se sostiene el paradigma ambiental como son la geografía médica, la sociología y la antropo-

logía. Este desarrollo se analiza tomando como ejemplo singular la topografía médica del pueblo de García.

El *quinto capítulo* es fundamental para conocer la genealogía del miasma a través del análisis de las distintas definiciones que la ciencia médica ofrece de los miasmas. Para ello se toman como fuente de datos principal los diccionarios y enciclopedias de medicina publicadas en los siglos XVIII y XIX y depositada en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. El objetivo fundamental es analizar el campo semántico de miasma insistiendo en los límites ideológicos del concepto. Además, el análisis de las definiciones que los médicos dan sobre los miasmas facilitan información adicional sobre la extensión de este concepto a través del estudio de términos homónimos como son los de efluvio, emanación, exhalación y mefitismo.

El *sexto capítulo* se centra en el análisis olfativo de los núcleos urbanos tomando como documentación básica las topografías médicas catalanas del siglo XIX depositadas en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Las alusiones al hedor de los núcleos urbanos se refieren a los miasmas que surgen de las inmundicias. Este capítulo es fundamental para entender la concepción olfativa de los miasmas utilizada por los médicos en relación al crecimiento y el aumento de las inmundicias en las poblaciones catalanas del siglo pasado. Fuera del ámbito académico de las facultades de Medicina interesadas en estimular el estudio etiológico de las epidemias, las topografías médicas constituyen un material etnográfico fundamental para observar cómo conceptúan los médicos rurales la enfermedad a partir del conocimiento de su entorno y de su experiencia en la práctica médica. La concepción miasmática de la enfermedad guarda una estrecha vinculación con la saturación olfativa de los núcleos urbanos y la incipiente transformación de la ciudad. El modelo higiénico de una ciudad exenta de hedores representa la superación de los problemas de la acumulación de las inmundicias, el encharcamiento de las aguas sucias y el hacinamiento. El olfato del médico se especializa en reconocer los olores mórbidos de los núcleos urbanos.

En el *séptimo capítulo* se estudia el desarrollo olfativo de los médicos en la práctica diagnóstica y su interés por construir un mapa olfativo de las enfermedades. En este caso utilizamos la fuente documental de los osfresólogos u osmólogos localizada en la Biblioteca Nacional de París. Todos los textos sobre osfresología están publicados en francés, y sabemos que algunos hi-

gienistas, como Monlau, conocían este tipo de documentación porque la citaban en sus obras. Adentrarse en el determinismo olfativo de la enfermedad supone detenerse en el límite sensorial implícito en la teoría miasmática. El sensualismo etiológico terminará superándose con la formulación de la teoría microbiana y la consecuente desaparición de los miasmas.

El *octavo capítulo* tiene como objetivo primordial la terapéutica. En el terreno de las prácticas de erradicación y de prevención epidémicas la lucha por la eliminación de los miasmas se convierte en un tema obsesivo. Las controversias entre el contagionismo y el anticontagionismo se agudizan precisamente en este campo. Muchas veces la elección de una medida preventiva u otra no depende de la concepción teórica de las vías de transmisión de la enfermedad (contagionismo o anticontagionismo) sino de factores políticos y económicos que fijan cuál es la terapia más adecuada a seguir. Teniendo en cuenta una visión externalista de la enfermedad se reconsidera el papel que ejerce la higiene en la transformación de las costumbres y la consolidación de un triunfo moral de la desodorización.

En el *noveno capítulo* los protagonistas son los obreros. El interés higiénico por las condiciones de vida y de trabajo de los obreros, tras el triunfo de la industrialización, guarda una estrecha relación con el aumento del hacinamiento. La teoría miasmática comienza a perder su determinismo olfativo de la enfermedad. Es la suciedad y no el hedor la que se convierte en el objeto de estudio. Las tesis contagionistas ganan una mayor fuerza permitiendo el avance de la experimentación y el descubrimiento del microbio. El mal epidémico deja de observarse en los cementerios, en los pantanos y en las calles. Los obreros constituyen la “patología social” que los médicos tratarán de delimitar, controlar y contener. Este capítulo es más bien de carácter introductorio a un hecho social que bien necesitaría ser abordado como una investigación independiente.

En el *décimo capítulo* se recogen las conclusiones de la tesis. Por último se encuentran los anexos y la bibliografía. En la bibliografía se han diferenciado las fuentes primarias de la documentación secundaria o estudios sobre el tema, recogidos en el apartado de bibliografía fundamental.

2.2. Los objetivos de la investigación

La teoría miasmática es el objeto de estudio principal de esta tesis. A partir de esta investigación se plantea:

1. Fundamentar su inconsistencia teórica porque se basa en inferencias inductivas en las que una experiencia práctica acumulativa pretende demostrar que ahí donde se localiza el mal olor siempre hay peligro de enfermedad.
2. Explicar los límites de la noción de miasma y su incidencia en la controversia científica entre las tesis contagionistas y anticontagionistas.
3. Argumentar la consideración moralista del olor que los médicos toman para localizar y señalar las causas epidémicas, lo cual implica la quasi-certeza de que en todo lugar que expida un mal olor hay potencialmente una enfermedad.
4. Mostrar la riqueza olfativa que utilizan los médicos a la hora de localizar las emanaciones nocivas, distinguir la nocividad de las fiebres y aislar los espacios insalubres.
5. Explicar la creciente crisis olfativa en el campo de las causas y la caída de la teoría miasmática.
6. Conocer cuál es la crisis del orden perceptivo olfativo en la práctica clínica y en el ámbito de la etiología a medida que se consolida la experimentación en la investigación clínica.
7. Mostrar la metáfora político/moral en el discurso sobre la corrupción odorífera de los cuerpos y de los espacios públicos, entre los que se incluyen las instituciones.

En resumen, intentar responder a estas cuestiones: ¿Qué significa oler “mal” para los médicos? ¿Cuál es el papel que los médicos que defienden las tesis anticontagionistas y persiguen explicaciones veraces sobre la materia de los miasmas confieren a los hedores? ¿Pueden sedimentarse en el conocimiento científico los valores, el sentido común y la reflexión analógica?

2.3. Las fuentes primarias

Un enfoque antropológico de la historia de un concepto médico, justifica la utilización de documentación escrita¹ porque insiste en el análisis de la génesis de un concepto y en el desarrollo de la concepción de la enfermedad. Tener en cuenta los procesos de larga duración que se producen en la evolución de este concepto supone recurrir a fuentes documentales.

El eje temporal se fija de finales del siglo XVIII a finales del siglo XIX. Sin embargo se incurre en retrocesos temporales que van desde la constitución del concepto de miasma en el periodo clásico de la civilización griega hasta su resurgimiento a finales del siglo XVII. La caída de la teoría miasmática se produce irremisiblemente con la formulación de la teoría microbiana y el éxito de las experimentaciones pasteurianas contra la generación espontánea. Distinguimos tres grandes periodos en el desarrollo de la teoría miasmática: un primer periodo en el cual se consolida teóricamente la analogía mal olor enfermedad (siglo XVIII); un segundo periodo de crisis en el que se enfrentan la analogía y la experimentación en la teoría miasmática conduciéndola a una mayor inconsistencia teórica (primera mitad del siglo XIX); y un tercer periodo, en el que se produce la ruptura teórica tras el triunfo de la teoría microbiana (finales del siglo XIX). Insistimos en mayor medida en el proceso que en la fijación temporal porque tratamos de centrarnos en la dinámica de las relaciones que se articulan entre la práctica y la teoría miasmática.

En cuanto al eje espacial, la fuente principal son las topografías médicas y manuscritos médicos, presentados a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, de localidades catalanas. Las demás fuentes, tal como describiré más adelante, se refieren al dominio del pensamiento médico general sobre los miasmas. Por ello se combina la información contenida en diccionarios y enciclopedias médicas, bien sean publicados en castellano o en francés, los tratados de higiene y de divulgación higiénica, publicados en castellano, los tratados de osfresología u osmología, todos ellos en francés, y tratados sobre epidemias y diagnóstico, también publicados en castellano.

En este caso, un enfoque antropológico de la historia de un concepto insiste en la articulación entre la práctica y la teoría médica, el proceso de secularización de las causas mórbidas, el proceso de medicalización, y las tensiones entre el conocimiento médico popular y el saber médico hegemónico.

A través del análisis de la literatura médica (diccionarios, tratados, topografías) sobre los miasmas se profundiza en un pensamiento que lucha en sustituir la perpetuación del saber tradicional de la enfermedad y los medios para combatirla por la difusión de un saber científico.

La documentación médica que constituye el material empírico suficiente para poner a prueba la hipótesis que se plantea son las topografías médicas, los diccionarios y las enciclopedias médicas, los tratados de higiene, los tratados de osmología, así como algunos diarios de epidemias, tratados de diagnóstico y textos de divulgación higiénica. La selección de estas fuentes responde a los siguientes criterios: a) la importancia que tienen los diccionarios y enciclopedias médicas como instrumento de transmisión de conocimientos en el ámbito médico, b) la aplicación de criterios olfativos en la selección de las causas mórbidas, reconocidas como miasmas, recogidas en las topografías médicas, c) el interés en el determinismo olfativo de la teoría miasmática demostrado en la producción de tratados de osmología u osfresología, d) el análisis de las aplicaciones prácticas basadas en una concepción miasmática de la enfermedad recopiladas en los tratados de epidemias y las topografías médicas, y e) el estudio de las transformaciones higiénicas en las que incide la difusión de una concepción miasmática de la enfermedad a través de los tratados de higiene y los textos de divulgación higiénica.

Los primeros catálogos bibliográficos de documentación de los siglos XVIII y XIX que incluían referencias sobre los miasmas fueron consultados en la Biblioteca Georges Pompidou de París y la Biblioteca de Berlín. Una vez diseñado el proyecto se procedieron a seleccionar varias fuentes de información: los diccionarios y las enciclopedias médicas, las topografías médicas, los diarios de epidemias, los tratados de osmología y los manuales de higiene (tratados de higiene y manuales de divulgación higiénica). Estas fuentes han sido extraídas fundamentalmente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Luego, por orden de preferencia, se complementó el trabajo de archivo en las siguientes bibliotecas: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Fundación Uriach de Barcelona, Facultad de Medicina de la Universidad de Alicante, Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Universidad de Barcelona y Biblioteca de Cataluña. Como había un gran volumen de referencias sobre obras francesas, se decidió completar la tarea de archivo en la Biblioteca Nacional de París.

2.3.1. Los diccionarios y las enciclopedias médicas

Los diccionarios y las enciclopedias son instrumentos que fijan los significados mediante la palabra escrita e inmovilizan textualmente los significantes. A pesar de que las palabras sufren modificaciones en el medio social en el que se emplean, quedan delimitadas y clasificadas en el discurso enciclopédico. La objetividad discursiva del diccionario exige la subjetividad del científico o científicos que lo elaboran y le confiere un carácter de verdad dogmática. La jerarquización alfabética de los términos refuerza su objetividad, al igual que la perdurabilidad de su edición. Por ello el diccionario constituye uno de los ejemplos de fijación del saber a largo plazo que refleja la consensualidad científica de sus términos. Consensualidad, en tanto en cuanto la definición es determinada mediante un acuerdo científico. Así mismo, la idea de que los diccionarios deben ser usados durante un largo período de tiempo obliga al científico a escribirlo, por un lado, delimitando muy bien el significado de los términos y, por el otro, asumiendo las posibles variaciones que puedan darse a largo plazo, dado que el diccionario es considerado una herramienta útil para las generaciones venideras.

Uno de sus elementos más significativos y que han conferido mayor éxito a los diccionarios es su capacidad holística. Sin embargo, la difusión de diccionarios especializados responde a un fenómeno que viene acompañado por el interés en delimitar objetivamente el uso de los términos y conceptos utilizados por una comunidad científica. El saber médico queda así fijado, clasificado y definido, lo cual permite a los científicos manejar un mismo código de referencia. Cabe señalar que este hecho es una consecuencia del movimiento enciclopedista desarrollado durante el siglo XVIII.

El análisis de un término y su recorrido por los diccionarios de medicina es un buen ejercicio de aproximación al saber científico. El propósito de este trabajo es analizar la dimensión científico-social del término *miasma* a través del estudio de las definiciones establecidas en los diccionarios de medicina de los siglos XVIII y XIX².

Escoger el término *miasma* responde además a un interés por analizar su proceso de secularización que culmina en los siglos XVIII y XIX como consecuencia de la transformación social en la forma de concebir las enfermedades. La recuperación del discurso hipocrático³ que sitúa en el medio

ambiente el origen de las enfermedades epidémicas colabora en el desarrollo de una ciencia empírica que busca explicar científicamente la causa de la morbilidad y mortalidad epidémicas. El aire es considerado así el principal elemento responsable del origen y medio de propagación de los miasmas. Unos miasmas venenosos, que fueron definidos por los científicos que defendían las tesis anticontagionistas (Ackerknecht 1948a) y que constituyeron el *talón de aquiles* del paradigma científico de la medicina ambiental⁴. La dificultad por llegar a un consenso en la definición de la naturaleza del miasma, la imposibilidad de aislarlo físicamente para poder ser analizado experimentalmente, la incapacidad por ser observado visualmente, la amorfosidad material caracterizada por su vaporosidad, entre otros elementos que lo singularizan, son responsables de su inconsistencia para ser explicado a través de un paradigma científico que se centra en la observación, la contabilización, la acumulación de datos y en menor medida en la experimentación⁵. Dicha inconsistencia queda fijada en el debate entre la descripción morbosa del virus en comparación al miasma, lo cual parece ser el ejemplo de la lucha por definir lo intangible (miasma) frente a lo tangible (virus).

El análisis del campo semántico de miasma en los diccionarios médicos muestra la inconsistencia de una paradigma científico que, a pesar de haber demostrado la importancia de los fenómenos ambientales en el origen de las enfermedades y haber acelerado el proceso de higienización de las ciudades, fue incapaz de demostrar la naturaleza de la causa que producía dichas enfermedades. En ese sentido se explica el porqué tras el descubrimiento del microbio, el término miasma cayó en desuso dentro del *corpus* médico y no fue transformado dentro del saber médico como lo fue el concepto de infección, sobre todo si tenemos en cuenta que ambos eran sinónimos.

2.3.2. *Las topografías médicas*⁶

Las topografías médicas⁷ constituyen un material empírico fundamental para analizar las condiciones materiales de vida en relación con el estado de morbilidad/salubridad de una localidad determinada. Son informes en los que se recogen datos específicos sobre las condiciones de vida de sus habitantes, la geología y orografía del terreno, los niveles de pluviosidad y el registro de temperaturas, y las patologías más significativas de la zona. Todos estos da-

tos se reúnen con el fin de formar una geografía médica del país, cuestión fundamental para conocer el estado de salud de sus habitantes.

La redacción de estos informes fue regulada en 1876⁸, cuando la corporación contemplaba:

“la altísima importancia de la Topografía ó Geografía médica de la Nación, encomendada á las Reales Academias de Medicina, cuyo cometido, por ser debidamente cumplido, necesitan ser favorecidos sus concursos anuales por los trabajos de observación y demás conocimientos científicos que pueden deducirse de las localidades” (Castellar del Vallés: Vergés 1894-5: 9).

El estímulo para recopilar datos sobre el estado de salubridad de una localidad determinada respondía principalmente a dos factores: el primero, que el conocimiento de las condiciones ambientales era considerado fundamental como agente causal de las enfermedades, y sólo a través de un mayor conocimiento de estos agentes se podía llevar a cabo un control de las enfermedades; el segundo factor, tenía que ver con el papel que el Estado jugaba a través de la policía sanitaria como controlador de la “moralidad” de sus habitantes, y no de su estado patológico.

El primer factor, o mejor dicho, primer fenómeno a considerar es la concepción médica de la época en la que lógica causal entre el origen y efecto de las enfermedades infecto-contagiosas está directamente relacionado con el estado de las condiciones ambientales. Y por condiciones ambientales nos referimos, en el más amplio sentido del término, a los factores como son el índice la pluviosidad, la fluctuación de las temperaturas, la morfología del terreno, los efectos cósmicos (volcanes, terremotos...) y la disposición de los vientos. Desde un punto de vista internalista y fijándonos sólo en un análisis que suele hacerse desde la historia de la medicina, esta relación causal entre los agentes meteorológicos y el nivel de morbilidad tiene sus orígenes en los tratados hipocráticos. En el libro *Sobre los aires, aguas y lugares*⁹, cuya trascendencia a finales del siglo XVII lleva consigo la formulación de la tesis anti-contagionista, se recoge detalladamente la descripción de estas condiciones y su incidencia sobre la constitución de las epidemias. Tenemos que esperar de nuevo hasta los siglos XVIII y XIX para que se consolide “científicamente” esta analogía. Sin detenernos ahora en este postulado, vayamos a comentar

brevemente el por qué hemos escogido como segundo factor el papel que el Estado juega a través de la policía médica (véase Rosen 1984b).

Este segundo factor está relacionado con una posición externalista al propio razonamiento médico, pero no por ello debe desvincularse de su influencia en la formación teórica de las tesis anticontagionistas. Este análisis tiene que ver con el desarrollo que de la filosofía e historia de la ciencia, a partir de la década de los 60 de este siglo, ha tenido al considerar los factores sociales, económicos y políticos que intervienen en el desarrollo del pensamiento científico.

Ambos factores, intrínsecamente relacionados, son fundamentales para comprender el desarrollo del pensamiento hipocrático en general y la fundamentación de una teoría anticontagionista como la miasmática en particular. Y como coletazos a la caída del “paradigma” anticontagionista se desarrolla la corriente de las topografías médicas. Porque como ya señala Ackerknecht (1948a) en su estudio sobre la teoría anticontagionista, ésta empieza a entrar en crisis a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando los primeros descubrimientos del microbio empiezan a florecer. Sin embargo, dado que los paradigmas se complementan y se superponen, a pesar de que en algunas topografías médicas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX ya se señalan los avances médicos en el campo de la etiología y el gran descubrimiento de Pasteur sobre el microbio, se continúa todavía hablando de miasmas y de la importancia que los agentes meteorológicos y las condiciones materiales de vida tienen sobre la morbosidad humana.

Cabe señalar que la estructura interna de las topografías es bastante similar. Algunas inciden más en un tipo de apartado que en otro, pero en general todas ellas cubren los aspectos más importantes que una topografía debe tener.

En primer lugar, el médico agradece a la Real Academia el estímulo recibido por el premio convocado a la mejor topografía médica. Las alusiones suelen ser muy positivas en relación con la importancia que una topografía médica puede tener para el desarrollo del conocimiento médico. Algunas veces se cita la referencia de Pedro Felipe Monlau sobre la importancia de las topografías médicas. No obstante, la obra que más señalan como precursora de este tipo de género es el tratado hipocrático *Sobre los aires, aguas y lugares*¹⁰.

En segundo lugar, casi todas ellas empiezan con una breve reseña histórica en la que señalan los hechos y hazañas más significativas. En el caso de que hubiera habido una epidemia digna de mención sobre su repercusión en la mortalidad de la población se cita. No faltan las fechas conmemorativas y las acciones ilustres de una historiografía oficial y positivista.

En tercer lugar, el apartado fundamental en todas las topografías, y no excluyente, es el dedicado a la descripción geográfica general. Desde la orografía y la geología del terreno hasta el más minucioso análisis de los climas, la temperatura, la pluviosidad, los vientos y la humedad. Muchos de estos apartados suelen encontrarse ilustrados con tablas y gráficos en los que se señalan los índices de temperaturas y pluviosidad fundamentalmente de forma comparativa por meses del año. En este mismo apartado se describe también la fauna y flora de la zona, acompañando en muchos casos un cuadro en el que se apuntan los nombres de las especies en latín, castellano y algunas veces en catalán.

En cuarto lugar, la demografía y la morbilidad ocupan un lugar no muy extenso de las topografías. Muchas de ellas excluyen este apartado. No se sabe si por falta de datos o por considerarlo un apartado sin importancia. Lo que es curioso es que no siempre que se hace un análisis demográfico se describan las principales enfermedades como a la inversa, aunque es cierto que en la mayor parte de los casos ambas exposiciones vienen una detrás de otra. Además este apartado, tanto se presenta después de la descripción de las condiciones meteorológicas como al final de las topografías.

En quinto lugar, se ofrece una descripción muy detallada de las condiciones materiales de vida. Al igual que la descripción geográfica general el tema de los espacios que el hombre ocupa tanto como sus hábitos higiénicos, costumbres y alimentación son fundamentales para la ultimación de una buena topografía. Este apartado, el cual lo englobamos en uno, se presenta de forma separada: la urbe, las habitaciones, la alimentación y las bebidas, el vestido, las costumbres, la criminalidad, la prostitución, las creencias religiosas, las tendencias políticas y las pasiones.

En el capítulo dedicado a la urbe el médico describe el estado de salubridad de las calles y de los lugares públicos. Así reconoce el nivel de insalubridad de las calles a causa de la acumulación de basuras como debido a la falta de un alcantarillado adecuado. Muchas veces se alude a la mala costum-

bre de las gentes de echar las basuras a la calle y se advierte la peligrosidad de dejar los cadáveres de animales abandonados en las calles.

Los lugares públicos son susceptibles, a causa de su hacinamiento, de ser focos mórbidos. Así, una continua vigilancia del hospital, la escuela, la cárcel y el cuartel es fundamental para controlar la constitución de epidemias. Otros lugares que tienen que ser controlados son los mataderos, el mercado y el cementerio, zonas donde la putrefacción de materia cadavérica puede provocar perniciosas enfermedades.

Cuando se habla de criminalidad y prostitución éstas vienen acompañadas de una moralización que el médico que redacta la topografía pone en boca de las buenas costumbres y el mejoramiento del estado de la población (máxima de los principios de higiene). Ambas consideraciones no suelen ser usuales en las topografías, aunque en el caso de que se den vienen acompañadas de un apartado dedicado a la policía sanitaria.

La labor de cooperación entre el médico y la administración del ayuntamiento es muchas veces notada en falta. Las quejas que los médicos realizan a las autoridades son olvidadas o más bien ni escuchadas. A eso es a lo que aluden las más de las veces los médicos que redactan estos informes quejándose de la negligencia de las autoridades, por lo cual la insalubridad de la zona es imposible de atajar y por tanto la morbilidad altamente peligrosa. Se sobreentiende que la actuación conjunta es fundamental para conseguir los niveles óptimos de salud que fija el médico. Lo que no queda en ningún momento claro es cuáles son estos niveles y cuál realmente es el nivel de implicación de la autoridad.

En cuanto describe el estado de las habitaciones se fija en concreto en el hacinamiento de los obreros, diferenciando las condiciones de estos con los del campo¹¹, por ejemplo. Establece diferencias en materia de salubridad sobre las profesiones y a unas las concede el calificativo de más saludable que a otras.

En la alimentación se detiene en la dieta general y la incidencia que ésta tiene sobre la salud de los individuos, al igual que recalca los valores saludables del uso adecuado del vino frente al peligro de embriaguez ante el abuso de las bebidas alcohólicas, e insiste en la inspección de los alimentos, que suelen ser adulterados en provecho económico.

Finalmente, algunos médicos se dedican a describir las costumbres de la gente, la moralidad, sus inclinaciones políticas y religiosas, y sus pasiones. Otras veces, se termina con un análisis general de las principales enfermedades que afectan a la población.

De lo que menos se ocupan en las topografías médicas es de las enfermedades. Esto nos lleva a pensar que se interesan más en las causas que definen como responsables de las enfermedades, que en elaborar un estudio detallado de cuáles son las principales enfermedades que afectan a la población circundante.

Estas consideraciones, no por ello menos importantes para este estudio, van a ser analizadas a la luz de la introducción que el médico Enrique O. Raduá y Oriol realiza en su topografía *Datos para el estudio médico-topográfico de García (Tarragona)*, bajo el lema de “nihil est sine ratione, cur potius quam non sit, Wolf”.

Su primera afirmación es de gran valor para los análisis sociológicos de la medicina:

“ (...) si nos viéramos obligados á manifestar en pocas palabras el concepto que nos merecen los estudios médico-topográficos o climatológico-médicos por otro nombre, en toda su amplitud, tal como se nos figuran en su mas alta grandiosidad, diríamos de ellos que son la mas genuina base para el conocimiento de todo fenómeno sociológico y nada más cierto” (García: Raduá 1891: 6).

El por qué hemos escogido las topografías médicas de Cataluña como material empírico fundamental para poner a prueba la hipótesis de trabajo de esta investigación se justifica por las siguientes consideraciones:

1. Las topografías médicas reúnen un gran número de datos sobre las condiciones materiales de vida que escapan a las consideraciones más estrictamente académicas. Es decir, los médicos que redactan estos informes suelen estar generalmente fuera de los círculos académicos y de las polémicas que en su seno se generan. Son individuos más preocupados por cómo poder atajar las enfermedades a través de un mejoramiento de las ciudades y de las costumbres de sus habitantes, que de cuestiones relacionadas con el estudio de la experimentación de sus causas. Tras su observación en la práctica diaria confieren un mayor o

menor grado de preocupación por ciertas variables, las cuales tienen mayor o menor peso en las topografías, según sea el caso. Estas variables se centran fundamentalmente en las condiciones ambientales y en las condiciones materiales de vida de los individuos. En ambos casos hay un factor fundamental: el aire¹². Primero porque los vientos y la humedad son responsables del origen de las epidemias, y una de las características que nos alertan de su perturbación exterior es el hedor procedente de pantanos, cadáveres humanos y animales o simplemente por el hacinamiento de los individuos en la ciudad, bien sea en lugares públicos desde los hospitales, las cárceles, los cuarteles, las escuelas, hasta las mismas fábricas y viviendas, produce unas emanaciones hediondas que muchas veces son responsables de ciertas enfermedades. Estas se forman y se propagan por el aire. Y también es el olfato el que nos detecta su presencia.

2. Se ofrece mucha información complementaria que permite: realizar un análisis de cómo a través de las prácticas médicas y de su conocimiento de los individuos podríamos saber cuál es el pensamiento médico de la época; analizar la causalidad de las epidemias, responsabilidad en materia de enfermedades como de otros problemas que se presentan y que no siempre el médico sabe cómo responder; y por último, conocer las resistencias que la población ofrece respecto a ciertas prácticas.
3. La descripción odorífera de ciertos lugares: los espacios naturales como los jardines, los bosques (olor de las hierbas aromáticas, las cuales suelen emplearse como medicamentos); la urbe, en la que se describen las emanaciones de las calles a causa de la acumulación de basuras, letrinas, el matadero, el cementerio, el muladar, y la denuncia de ciertas prácticas como la de echar las aguas sucias de las viviendas a las calles, la de llevar las heces humanas de las casas de campo por la mañana; las viviendas particulares en las que se señala la ausencia de letrinas, se denuncia el uso de las comunas desprovistas de un aislamiento adecuado, y el descuido de la concentración de humos de la cocina responsables de la invasión odorífera de la vivienda.

Es cierto que las topografías son muy limitadas para aportar un conocimiento apropiado a la hora de elaborar una taxonomía odorífera. Se habla

poco de olores, pero de lo que sí se habla y mucho es de los lugares que exhalan mal olor. En algunas topografías se señala la incomodidad que un mal olor produce. En la incomodidad se traduce que hay una cierta continencia olfativa y un refinamiento estético que responde a ciertos gustos de la época.

La intención de considerar estas descripciones, tan ricas sobre ciertos aspectos de la forma de vida de los individuos, es fundamental para saber qué es lo que a los médicos les preocupa para ejercer un mayor control sobre las enfermedades. Y específicamente, que es de lo que aquí se trata, saber el grado de fiabilidad en la eliminación de las emanaciones hediondas tanto como causa de las enfermedades como de consumación de un gusto civilizado. Por eso este material debe ser contrastado con los manuales de higiene y los tratados de desinfectantes, más directamente relacionados con la eliminación de los malos olores.

Existe una estrecha relación entre las topografías médicas y los manuales de higiene pública y privada. Estos son la guía, el esqueleto de lo que debe ser la conservación de la salud de los individuos, mientras que las topografías médicas constituyen la radiografía de la condición real de salud y enfermedad de los individuos.

El precedente que se marca en la elaboración de manuales y tratados de higiene como en la de topografías es la obra hipocrática *Sobre los aires, las aguas y los lugares*. Curiosamente las topografías suelen estar elaboradas por médicos que practicaban en pequeñas ciudades y pueblos, mientras que los tratados de higiene solían estar redactados por los académicos y profesores universitarios. Así se puede afirmar que los tratados y manuales de higiene son a la Universidad y a los estudiantes de medicina como las topografías son a la Real Academia de Medicina y Cirugía. Con una diferencia: los tratados de higiene son el programa, el plan, la propuesta de análisis para conservar la salud y restaurar la salud perdida mientras que las topografías son el resultado de la observación de las condiciones que hacen que los individuos la pierdan.

Al analizar la propuesta del *Curso elemental de higiene privada y pública* de Giné Partagás (1980, 1982) sobre la referencia que Pedro Felipe Monlau hace en relación a la estructura que debe seguirse para compendiarse la higiene observamos que gran parte de los aspectos que detalla son también considerados en las topografías médicas. Así por ejemplo, la atmosferología que analiza el aire y las habitaciones para la higiene privada o las “circunstan-

cias adquiridas” del individuo como son los hábitos, las profesiones y el Estado, o las “circunstancias temporarias y topográficas”, y las “circunstancias del organismo” como el sexo, la edad y el temperamento. O al igual que Giné y Partagás (1880: 25) propone otra estructura en la que cabe señalar la mesología, encargada de:

“los medios cósmicos y de las acciones que ejercen en el organismo sano (que comprende: la atmósfera, el suelo, los climas, las localidades, las estaciones, las habitaciones, el agua, los fluidos aeriformes, el sonido, los alimentos, las bebidas, los condimentos, los vestidos, los baños y los cosméticos”.

2.3.2.1. Informe sobre las topografías médicas

El número de topografías que se han consultado asciende a cincuenta y dos. Es una muestra lo suficientemente representativa como para poder generalizar y establecer un análisis riguroso de las condiciones de vida de la población catalana durante el siglo XIX¹³.

Se ha podido comprobar a través de la historiografía médica que los precedentes en la proliferación de estudios de este tipo se empiezan a traslucir a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII¹⁴. Las topografías más antiguas que hemos consultado han sido las de Mahón, una en 1792 y la otra en 1806. Sin embargo, la mayor parte de las topografías no empiezan a elaborarse hasta la segunda mitad del siglo XIX, y principios del siglo XX. Algunas de ellas señalan especialmente el descubrimiento de la teoría microbiana, el cual marcó una ruptura fundamental en la concepción de la causa infecto-contagiosa de las enfermedades e impulsó el análisis experimental de los microbios frente a la consideración hipocrática de la influencia de los medios cósmicos sobre las epidemias.

Las topografías médicas nos han sido útiles en esta tesis para aportar datos y reflexionar sobre las consideraciones que se hacen en relación a las sensaciones olfativas¹⁵. Es decir, cuáles son los espacios y los lugares que se denuncian por su mal olor: los cementerios, las letrinas, las calles, los hospitales, y cuáles son las medidas a adoptar. A partir de ellas se pueden conocer sucintamente las condiciones odoríferas de la población catalana y su recon-

sideración como materia sanitaria. También se conoce, de forma general, la dimensión del umbral olfativo y la delimitación de sus fronteras. Sobre todo la agudización traducida en intolerancia ligada a la moralidad de las buenas costumbres, que como bien se reseña no son practicadas por la mayor parte de la población.

Para sistematizar la documentación de las topografías se han considerado las siguientes variables:

- 1) A grandes rasgos, la *ruralidad o urbanidad* de la población estudiada, así como la industrialización de la zona. El umbral olfativo es más vigilado en la zona urbana e industrial porque se producen los efectos de aglomeración humana y de detritus.
 - a) *Poblaciones urbanas*¹⁶: Sabadell, Badalona, Gerona, Lérida, Mahón¹⁷, Puigcerdá, Reus, Seo de Urgel, Palma de Mallorca, Tortosa, Tremp, Tarrasa, Mataró y Prat de llobregat.
 - b) *Poblaciones industriales*: Manresa, Martorelles, Olot, Prat de Llobregat, Sallent¹⁸, Mataró, Sabadell, Tarrasa, Reus y Alcover.
 - c) *Poblaciones rurales*: Agramunt, Bañolas, Blanes, Calaf, Caldas de Malavella, Caldas de Montbuy, Camprodón, Castellar del Vallés, Castellfollit de la Roca, Castellterçol, Esparraguera, Espluga de Francolí, García, Viladrau, Montserrat, Pons y Vilafranca del Penedés.
- 2) Las zonas con *abundante presencia de agua* (lagos, ríos, fuentes) y la presencia de balnearios. (El agua es productor de miasmas (efluvios)): Bañolas, Caldas de Malavella, Viladrau, Espluga de Francolí.
- 3) La presencia de cárceles, hospitales, cementerios, lazaretos, o alguna *institución que se caracteriza por la aglomeración de individuos*. Entre ellas escogemos las que más se refieren a este caso: Gerona (1853)-cárcel; Mahón (1806)-hospital; y Lérida (1879)-instituciones públicas.
- 4) *Los obreros y la industria*: Alcover, Manresa (fábrica de algodón), Olot (en especial la industria del curtido), Reus, Sabadell, Tortosa.
- 5) *Olores*, en específico: Calaf, Lérida, Manresa, Martorelles, Olot, Seo de Urgel, Mataró, Sabadell.
- 6) Sobre cuestiones fundamentales pero no *específicas de los olores*:

- a) *Teoría microbiana*: Castellersol, Gerona (1881), Martorelles, Tarrassa (1881-2).
 - b) *Reflexión sobre la antropología, la historia, la sociología y la geografía*: García.
 - c) *Reflexión sobre las topografías médicas*: Castellar del Vallés, Reus, Sabadell (1913).
- 7) Sobre *materias odoríferas*:
- a) *Excrementos*: Comercialización del abono (fems): Bañolas, Camprodón, Mataró (1880) y Tortosa (1901).
 - b) *Letrinas, cementerios, alcantarillado* (higiene pública): prácticamente todas.
 - c) *Habitaciones* (higiene privada): prácticamente todas.

2.3.3 Los tratados de higiene

Los tratados de higiene constituyen otra fuente fundamental para conocer las condiciones higiénicas de la población a través de un análisis riguroso de los consejos y prescripciones. Así, a partir de la difusión del nuevo modelo higiénico se reconoce el proceso de medicalización de la limpieza para preservar la salud (reforzado por la consolidación de la salud pública) y se reconocen las carencias higiénicas de la población. Se han escogido los tratados y manuales de higiene de los higienistas más conocidos en el siglo XIX, preferentemente de origen catalán o de formación en Cataluña, y algunos textos de divulgación higiénica. Destacan entre ellos Giné Y Partagás, Rodríguez Méndez, Salarich, Pedro Felipe Monlau y Luis Comenge, entre otros.

La información facilitada por los tratados de higiene se compara directamente con la ofrecida en las topografías médicas, dado que el tratado se presenta como el programa a llevar a cabo para un análisis riguroso de las condiciones higiénicas de la urbe, de la villa o de la población, y las topografías médicas constituyen esos informes higiénicos.

Aparte de presentarse los tratados higiénicos en forma de manuales, preferentemente para estudiantes de medicina y profesionales, y donde el saber se fragmenta en higiene pública y privada y a su vez se fracciona en otra

serie de subapartados como higiene personal, higiene de la belleza, etc., lo más interesante son los apartados dedicados a la definición conceptual de la salud y de la higiene, y específicamente las lecciones dedicadas a los miasmas. Es este último apartado el que más nos interesa, y el cual es susceptible de ser comparado a la información que nos facilitan los diccionarios y enciclopedias de la medicina.

2.3.4 Los tratados de osmología y otras fuentes

La dependencia olfativa del miasma estimuló los estudios en torno al sentido del olfato y los olores permitiendo complementar el diagnóstico de las enfermedades. En los apartados de percepción y de etiología de los tratados de higiene se recurría a este tipo de trabajos. Sin embargo, las referencias de estos estudios procedían siempre de médicos franceses.

A consecuencia de las dificultades para encontrar estas obras en las bibliotecas españolas, y dado que todas ellas estaban escritas en francés, se consultaron en la Biblioteca Nacional de París. Entre ellas destacan los tratados de las sensaciones de Le Cat (1767), J. Larguier des Bancel (1912)¹⁹ y Cloquet (1821), el estudio sobre los olores del Dr. Collet (1904), Landré-Beauvais (1813), Virey du Val-De-Grâce (1800), Virey (1812) y el Dr. Monin (1903).

Algunos diarios de epidemias y edictos sobre los controles de erradicación de los miasmas son interesantes que sean analizados para estudiar cómo se aplica en la práctica el control epidémico. La afirmación médica de la existencia de miasmas se analiza a través de la elección de las prácticas de prevención y control de la extensión de las epidemias: la fumigación con desinfectantes frente a la reclusión en los lazaretos. Cierta documentación aislada sobre la reflexión médica de los detonantes causales que producen los miasmas son interesantes que sean consideradas²⁰.

NOTAS

- 1 Balaguer, E., Ballester, R., Bernabeu, J., y Perdiguero, E. (1990) señalan la importancia de las fuentes antropológicas en la investigación histórica. En otro sentido, a nosotros nos interesa las fuentes históricas para llevar a cabo un estudio antropológico.

- 2 Se consultaron los diccionarios y las enciclopedias de la medicina editados entre los siglos XVIII y XIX. La labor de archivo se realizó durante los meses de enero y febrero de 1990 en la Real Academia de Medicina de Barcelona. También se consultaron los diccionarios etimológicos y el *Diccionario Real de la Academia Española* localizados en la Biblioteca de Cataluña. Una primera elaboración del estudio de estos documentos se publicó en un artículo (Larrea Killinger 1992).
- 3 Sobre la recuperación y refinamiento de los tratados hipocráticos que sitúan el discurso en la analogía ambiente/enfermedad consultar el primer capítulo del libro de J. Riley (1987).
- 4 El movimiento de recuperación y refinamiento de los tratados hipocráticos iniciado a finales del siglo XVII tiene como mayor exponente a Sydenham (véase Riley 1987).
- 5 Sobre el nivel de desarrollo de la experimentación tanto en el contagionismo como en el anticontagionismo Ackerknecht (1948a: 588) dice que “*used the animal experiment still very little, and what experimenting they did lacked method and inventiveness*”.
- 6 Se incluye en el anexo 1 la clave de elaboración de las topografías médicas.
- 7 Prats (1989) destaca la importancia que tiene analizar las topografías médicas para contribuir al conocimiento etnográfico de Cataluña. Sin embargo, Carrasco (1989) ya había utilizado esta fuente documental en una investigación centrada en la reconstrucción del pasado alimentario de la ciudad de Sabadell.
- 8 En la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona se publicó la “Clave que la comisión permanente de Topografías ha propuesto a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona para facilitar la formación de la topografía de los pueblos que componen la provincia de Cataluña”, a 30 de marzo de 1831. Esta propuesta se formalizó en un cuadro en el que se sistematizaron todos los aspectos que debían tenerse en cuenta a la hora de realizar una topografía. Los principales datos se agrupaban en: situación geográfica y estado meteorológico del país, reino mineral, reino vegetal y agricultura, reino animal, economía local, artes y comercio, hombre en estado de salud y hombre en estado enfermo. Cada una de estas agrupaciones contiene detalladamente los datos a los que se deben referenciar. Toda la recolección de datos viene a demostrar la estrecha relación que guarda el influjo atmosférico en el estado de salud y enfermedad del hombre (sobre la influencia del clima en la constitución física y moral del hombre ver el libro de Ronzón (1991), cap. 8, dedicado a las ideas antropológicas de los médicos del siglo XIX).
¿Por qué se tarda más de 45 años en regular la redacción de estos informes? Pensemos que esa comisión elaboró esta clave en 1831, y sin embargo la disposición general no fue regulada hasta 1876, tal como se manifiesta en gran parte de las introducciones a las topografías consultadas. Además, antes de 1876 ya se tiene constancia de la elaboración de algunas topografías, lo que demuestra que a pesar de su regulación la práctica ya se había extendido anteriormente.
- 9 En *Tratados Hipocráticos II*, traducidos por J. A. López Férrez y E. García Nova (Hipócrates 1986). En la introducción se incluye una buena bibliografía.

- 10 Miller (1962) destaca el papel central de este tratado en el *Corpus Hippocraticum*. La primera topografía médica moderna fue publicada en Inglaterra en 1672. Sydenham reivindicó la tesis hipocrática que explicaba la formación de las constituciones epidémicas a partir de los cambios atmosféricos. Estos cambios dependían de ciertas alteraciones en la tierra conocidas bajo el nombre de efluvios. El éxito de este tratado en la medicina moderna se fundamentó en la presentación de datos extraídos de las observaciones de la naturaleza para explicar el origen de las enfermedades, sin acudir a especulaciones de tipo filosófico. Sin embargo, Littré criticó la poca fiabilidad de los datos presentados en los tratados hipocráticos.
- 11 Sobre las diferencias entre el estado de salud de un obrero al estado de salud de un campesino consúltese la tesis de Perdiguer (1990), sobre todo cuando analiza los textos de Tissot y Buchan.
- 12 Es muy sugerente el ensayo realizado por Ivan Illich (1989) sobre el agua, posibilitando realizar un estudio comparativo con el papel que juega el aire.
- 13 Las topografías médicas redactadas durante el siglo XVIII son muy escasas.
- 14 Lo más destacado en líneas generales sobre la proliferación de este tipo de estudios son los premios que convocó la Real Academia de Medicina y Cirugía con el fin de galardonar la mejor topografía.
- 15 La importancia del olor se produce en un contexto en que la cosmovisión de la enfermedad se vehicula a través de las consideraciones de las influencias ambientales sobre la constitución y propagación de epidemias. El ambiente es vigilado, y es atendido como responsable de los funestos efectos de las enfermedades. Esta cosmovisión se debate en el siglo XVIII entre la atribución divina, religiosa, de las causas epidémicas (pecados), y la responsabilidad civil de combatir una causa que debe buscarse en las condiciones que influyen sobre los hombres. No siempre se cuestiona que el papel religioso deba cumplir una función fundamental en la movilidad que suscita una predisposición mayor a las enfermedades a aquellos que la quebrantan, pero sin olvidar que quienes se encargan de curar y luchar contra estas causas son los médicos (reflexiones sobre la secularización).
- 16 La urbanidad también estaba relacionada con la industria. Este era el caso de: Manresa, Martorelles, Olot, Prat de Ll. Mataró, Sabadell, Tarrasa, Reus y Alcover.
- 17 No es urbana, pero había un lazareto.
- 18 Había una mina.
- 19 Esta obra se consultó en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
- 20 Por el momento no se ha encontrado ningún informe, tratado o documento en castellano o catalán que se centre en los miasmas. Estas exhalaciones sólo son objeto de análisis a la hora de describir el comportamiento de cierta patología, o cuando se pone en práctica la fumigación como medida de control específica para atajarla.

III

DEL DELITO DE SANGRE A LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

3.1. La noción de contaminación: una aproximación al miasma

El análisis de la noción de miasma es complementario al estudio realizado por Douglas sobre el concepto de contaminación, polución y profanación en el ámbito de las religiones. En este apartado tratamos de analizar el concepto de contaminación¹ y no el de tabú, que según Douglas (1991) constituye el medio de proteger la sociedad contra las conductas que la amenazan. Se trata más bien de avanzar en el conocimiento de las transgresiones y sobre todo lo relacionado con el proceso que acompaña a la contaminación. Lejos de la extensa comparación intercultural que Douglas lleva a cabo entre las sociedades primitivas y las sociedades avanzadas, en cuanto al estudio de las religiones se refiere, el objetivo de esta tesis es el análisis del concepto de miasma en las sociedades complejas. Nuestro interés fundamental se centra en el estudio de las relaciones que se establecen entre los miasmas y las instituciones mediante el análisis de los textos médicos².

Tomando como punto de partida el análisis del concepto de contaminación que Mary Douglas plantea en *Pureza y peligro*, destacamos su interés por distinguir un primer nivel en el que las creencias refuerzan las presiones sociales y un segundo nivel en el que la contaminación se relaciona con la vida social. La creencia en la existencia de un riesgo o un peligro ante la contaminación refuerza el control social que se opera entre los individuos de una sociedad. Sin embargo, la efectividad de los mecanismos de control social oscila entre la capacidad reguladora de los tabúes y las acciones políticas que se derivan ante las transgresiones. El hecho de reconocer que los peligros de la naturaleza se manipulan con fines políticos le permite a Douglas insistir en las explicaciones políticas y morales que acompañan a la contaminación. El

peligro y el riesgo a la contaminación, la atribución de la culpa, y la administración de la justicia requieren acciones políticas determinadas.

Los miasmas son las emanaciones o exhalaciones procedentes de los cadáveres, los pantanos, los hospitales, las cárceles y los cementerios. Constituyen las impurezas que corrompen la atmósfera y producen las enfermedades, caracterizándose principalmente por su mal olor. Los médicos utilizan este concepto para referirse a las causas naturales que propician el origen de las enfermedades, entre las que incluyen la locura, la malaria, la peste, el tífus, el cólera, la viruela, la fiebre amarilla, entre otras.

La contaminación actúa como un principio degenerativo que surge a partir de la transgresión³ de un tabú, y que afecta a la comunidad. Siempre es contagiosa para los miembros que pertenecen a esa misma comunidad. Una vez se desencadena la actividad contagiosa de la impureza que nace a partir de la profanación se ponen en marcha acciones colectivas que se manifiestan en ritos públicos de purificación y en actos de administración de justicia. La atribución de la culpa constituye un recurso necesario para descubrir las causas de la profanación, y permitir de esta manera aplicar las medidas adecuadas que aseguran el restablecimiento del orden social.

Durante el periodo clásico de la civilización griega los miasmas formaban parte del pensamiento religioso para referirse a la mancha que se extendía a raíz de un asesinato, y se caracterizaba por ser una mancha o impureza cuya consistencia se revelaba ante sus efectos devastadores. La creencia en los miasmas se fundamentaba en el desorden, la suciedad y la inversión del orden social.

La creencia en los miasmas se recupera con los primeros estudios químicos del siglo XVII, pero con una nueva dimensión secular que abandona la impureza del homicidio para acercarse a la contaminación atmosférica durante la Ilustración. El miasma cambia de significado, si lo analizamos a la luz de la historia. Del delito de sangre, que responde a las relaciones entre el orden social y la justicia, pasa a constituir la impureza del aire, la contaminación atmosférica, que responde al papel que la sociedad le atribuye al mundo físico. En un sentido más concreto, los miasmas se aproximan a expresar el lugar que les corresponde a las instituciones de reclusión (cárcel, hospital, fábrica). En definitiva, delimitan el espacio del hacinamiento.

Los precedentes de la recuperación de la creencia en los miasmas se encuentran en dos acontecimientos singulares: la recuperación de los textos clásicos impulsada por el Renacimiento, y la nueva cosmovisión del mundo centrada en los fenómenos cósmicos. El nuevo significado simbólico de los miasmas expresa la reinterpretación social del medio físico, y en especial la dependencia que el hombre tiene del aire que le rodea. El acento deja de recaer en la importancia que tiene la sangre como principio interno que regula la vida para desplazarse al aire como elemento externo que asegura la supervivencia de la sociedad. En un sentido global la mirada se desplaza a observar el comportamiento de los astros y la corrupción atmosférica, en relación al orden geográfico, cuando se trata de razonar sobre el origen de las epidemias.

El antropocentrismo renacentista refuerza la vinculación entre el comportamiento de los astros y el nacimiento de las epidemias. Se observan cómo las alteraciones cósmicas influyen en los cambios físicos que se operan en la naturaleza, y por lo tanto, cómo los individuos se ven sometidos también a esta dependencia. Las enfermedades son el resultado de las alteraciones entre la armonía cósmica y el dominio de la naturaleza. El conocimiento de las fuerzas que interactúan entre el cosmos y la naturaleza contribuyen a resolver los misterios que circundan el nacimiento de las enfermedades. Sin embargo, la insistencia en establecer correlaciones entre el ambiente y la enfermedad se encontraban ya fundamentadas en los tratados hipocráticos, sobre todo se reflejaba en las explicaciones en torno a la constitución epidémica.

Durante el neohipocratismo, que comenzó en España con la corriente del galenismo humanista a partir de la tercera década del siglo XVI (López Piñero 1987), el saber médico de la antigüedad, en el que destacaban los tratados hipocráticos y las obras de Galeno, constituían la fuente de conocimiento empírica principal que suministraba los datos clínicos a los médicos. El movimiento iatroquímico de la primera mitad del siglo XVII impulsó los principios de una ciencia inductiva frente a una tradición enclavada en explicaciones cosmogónicas de carácter metafísico. En el segundo movimiento renovador de la primera década del siglo XVIII comenzó una corriente antisistemática que recuperó los textos hipocráticos, y que hasta mitad del mismo siglo defendió la primacía de la observación clínica. Andrés Piquer (1761 (1987)), incluido en esa corriente, escogió traducir los tratados hipocráticos más relevantes y añadir algunas observaciones complementarias.

En esa coyuntura, y especialmente gracias a los avances de la química del aire, los miasmas representan las impurezas que corrompen la atmósfera y permiten activar las fuerzas que dan lugar a las enfermedades. Sin capacidad para descubrir la naturaleza material de los miasmas, pero sedimentada esta creencia en una analogía entre los hedores y las enfermedades, sobreviven a una ciencia experimental incipiente asegurando una cosmovisión ambiental de la relación entre el hombre y su medio.

En el primer libro de las epidemias de Hipócrates⁴ el aire se considera, junto a la dieta, la causa fundamental que da lugar a la constitución epidémica. El aire incluye el fluido que rodea a los individuos, así como a los astros. Se compone de dos sustancias, siendo la más sutil la que reconocen con el nombre de espíritu. Pero el aire constituye el principio cíclico que asegura la vida y propicia la muerte. Lo fundamental es saber distinguir cuáles son los elementos que conllevan a que el aire se vuelva perjudicial para la salud de los hombres. Puede fomentar la enfermedad y alterar los humores, por eso

“los mejores Medicos, y Philosophos de la antigüedad conocieron esta influencia general del ayre en la produccion de las enfermedades; y lo que es mas, en la alteracion de las passiones, y movimientos naturales de los vientes” (Piquer 1761 (1987): 80).

Aunque esta propiedad nociva del aire se reconoce en la putrefacción, se desconoce su naturaleza. Al revisar este principio Piquer resume las distintas argumentaciones que se dieron en la antigüedad:

“De què naturaleza sea ésta sustancia aërea, que causa las enfermedades del cuerpo humano, no lo sabemos. Los Antiguos dixeron, que era un espiritu sutilissimo, comunicado desde los Astros hasta nosotros, y necessario para mantener la vida de los animales, y de las plantas. Platò en en su Timèo tratò de este espiritu con extension, y le llamò Alma del Mundo. Los Estoycos lo llegaron à tener por la Divinidad misma. Entre los Christianos algunos Interpretes Antiguos de las Sagradas Escrituras le tuvieron por aquel Espiritu de Dios, que era llevado sobre las aguas de la Creacion del Mundo; bien que San Agustín, y otros Padres creyeron, que esto debia entenderse del Espiritu Santo...La verdad es, que hay este espiritu corporeo en la universal naturaleza, que comunica con los Astros, y recibe la influencia de

ellos, que es necesario para conservación de la vida de los animales, y la principal causa de las enfermedades” (Piquer 1761 (1987): 81).

El desconocimiento de la naturaleza del aire, y en especial de las leyes que operan a favor de transmutar el principio de conservación por el de degeneración, impulsan las observaciones atmosféricas y las investigaciones químicas del aire. Por ello Piquer plantea que:

“Sentado, pues, el principio de que el ayre es la principal causa de la mayor parte de las enfermedades, y que el espíritu corporeo, que en él reside, obra con ciertas, y determinadas leyes, con las cuales unas veces conferva la vida, otras la destruye, solo resta, que averiguemos, y descubramos por la observación atenta cuáles son estas leyes, en qué modo contribuyen à la conservación del hombre, de qué manera tiran à destruirle, cómo han de detenerse sus ímpetus, cuándo dañan à la salud, y cómo ha de promoverse su eficacia, quando favorece à la conservación de la vida” (Piquer 1761 (1987): 83).

Estas explicaciones ilustran los precedentes de la investigación química del aire para reconocer de qué se compone su naturaleza, y por qué razones se desencadenan las enfermedades. La determinación de varios elementos químicos, como el oxígeno y el nitrógeno, reconocen la actividad extraña de impurezas, corpúsculos o mónadas mezcladas en el aire. Estas impurezas que el aire contiene y que se reconocen como emanaciones hediondas procedentes de pantanos o de cadáveres animales o humanos son denominados miasmas.

Las observaciones atmosféricas contribuyen a configurar una geografía de los miasmas. Los pantanos, las marismas, las minas son lugares que se deben evitar. En cambio, es preferible que los hospitales, las cárceles, o los cementerios se trasladen fuera de los núcleos poblados. Esta vez, los miasmas expresan el riesgo social del hacinamiento e implican un nuevo orden que regula las relaciones que los hombres deben guardar con los enfermos, los presos y los muertos. La tendencia especializada del conocimiento médico-químico relegará el factor olfativo a un segundo plano y favorecerá la vinculación entre la suciedad y la enfermedad, contribuyendo de esta manera a la desaparición de los miasmas.

3.2. La contaminación por homicidio: el peligro de la sangre

Encontramos por primera vez documentada la noción de miasma en los textos griegos del periodo clásico de la tragedia y la historia de Tucídides (Parker 1983). El miasma es la mancha que expresa la transgresión del orden social que se produce a raíz de un homicidio. Un individuo que cometía un homicidio generaba una mancha o impureza contagiosa al resto de la sociedad. El homicida y el asesinado contribuían a romper el orden social a través de la profanación del tabú del derramamiento de sangre. Sin embargo, no se debe confundir la sangre derramada con el miasma, pues el miasma se refiere a la colectivización de la impureza. En la antigua Grecia el crimen de sangre contaminaba al resto de la sociedad a través de un desorden cósmico que solía traducirse en forma de epidemia. La venganza era el elemento regulador que restituía el orden social que se había alterado.

La sangre⁵ constituye el principio interno que regula la vida. Mantener contacto directo con la sangre es peligroso. El peligro a la contaminación por medio de la sangre regula gran parte de las relaciones sexuales y la relación que los individuos establecen con los muertos por asesinato. En algunas etnografías se han descrito las acciones que generan la contaminación por sangre. Entre ellas destacamos las relativas a los homicidas para compararlas a la noción de miasma griego.

Entre los indios guajiro de Venezuela y Colombia (Perrin 1985) existe, de entre los tres tipos de contaminantes que se transmiten por contacto directo, la contaminación por homicidio. La víctima de un asesino y el homicida se convierten en agentes contaminantes. Perrin destaca la creencia en que el espectro de un hombre asesinado refleja mejor su vinculación con el otro mundo que el muerto corriente. El peligro reside en el comportamiento persecutorio del muerto por asesinato al tratar de convertir a otros seres humanos en sus víctimas.

Pero el poder más contaminante de un muerto por asesinato se produce durante el segundo enterramiento en el que sus huesos deben ser enterrados junto a los huesos de su matrilinaje. Sin embargo, a fin de evitar la contaminación, se practica el enterramiento aislado en la selva. El paralelismo que existe entre la contaminación debida al homicidio y la que se produce con los huesos es muy estrecho. Esta relación la fundamenta Perrin en fun-

ción de la noción de matriclan o matrilinaje, insistiendo en que la fecundación es pensada por los guajiro bajo la misma lógica que la contaminación.

Mary Douglas (1991) resume una de las creencias de los cazadores cheyennes en la que se ilustra la contaminación que un homicida produce y transmite a su comunidad:

“El cazador cheyenne pensaba que los búfalos que lo proveían de su principal fuente de subsistencia quedaban afectados por el olor podrido de un hombre que había asesinado a un miembro de su propia tribu y que por esta razón se alejaban, poniendo así en peligro la supervivencia de la tribu misma. No se suponía que los búfalos reaccionaban ante el olor del asesinato de un extranjero” (Douglas 1991: 97).

En este pasaje se destacan dos hechos que convergen en la noción de miasma: el acto homicida que convierte al sujeto en el agente contaminante, y el poder contagioso del olor que desprende. La sangre es la metáfora de la vida, y el asesinato invierte precipitadamente el orden de los acontecimientos. Este poder afecta el orden de la estructura interna de la comunidad y pone en peligro la caza, que es la actividad que asegura la supervivencia. Es interesante resaltar que el olor del asesinato de un extranjero no alerta a los búfalos, porque no pertenece a la comunidad, y como tal está fuera del mundo de relación. En ese sentido, el olor configura un sistema de relaciones: el mundo de la caza (la supervivencia del grupo a partir de la búsqueda del alimento), y el mundo de los hombres (la supervivencia de la comunidad a partir de la regulación social de la convivencia a fin de evitar, entre otras cosas, el asesinato). Entre los andamaneses el olfato se especializa para distinguir el olor de la comida por encima de cualquier otro elemento olfativo (Temple 1903).

La pérdida de sangre que se asegura con el homicidio profana el tabú de la sangre y activa la contaminación. El reconocimiento de los miasmas sólo se produce a raíz del homicidio. En última instancia el miasma es la impureza que se relaciona con el principio de una muerte alterada por una acción violenta.

Entre los Serer Ndut de Senegal (Dupire 1985) la sangre es considerada un elemento contaminante. Dupire ha detectado estas atribuciones en varias ocasiones: contaminación por sangre (once casos), y por ciertos tipos de

muerte (nacimiento, muerte accidental y homicidio (7 casos)). Estos dos hechos ilustran el derramamiento y la pérdida de sangre, especialmente en actos violentos.

El miasma nace con la profanación. Constituye la impureza que se extiende siempre a la sociedad. Para eliminar el miasma sólo es posible la venganza o la purificación. En el mundo griego se reconocía la purificación mediante el lavado. Esta impureza es material, en el sentido de que se la reconoce gracias a su presencia física: enfermedad y/o muerte. El miasma trae consigo la muerte o la plaga.

No hay ninguna otra profanación del tabú de sangre que produzca un miasma. ¿Por qué sólo el acto homicida es contagioso y contamina al resto de la sociedad a través de un miasma? La diferencia estriba en que el tabú de sangre en las relaciones sexuales, por ejemplo, afecta principalmente al individuo que comete esta profanación. En el acto homicida se implica a la sociedad entera, y es en ese sentido que el miasma expresa la profanación pública. El principio interno que regula la vida de los individuos se convierte en materia de interés público cuando deja de respetarse el curso normal de los acontecimientos y se precipita la muerte del individuo por el derramamiento de sangre. Con la contaminación por el derramamiento de sangre se reconoce que ningún individuo tiene la autoridad para trocar la vida en la muerte. La atribución de la culpa no siempre recae en el homicida. Puede ser atribuida al mismo asesinado por contravenir la regla de la supervivencia. La muerte violenta precipita los acontecimientos vitales, siendo el derramamiento de sangre un mal contagioso que transgrede el orden social.

Entre los dogon (Dieterlen 1947) la impureza procede de la sangre (“*nyama*”) de la víctima. El “*nyama*” es un principio inmaterial que se extiende en la sangre y que se transmite de padres a hijos. En él se encuentran la fuerza y la esencia del poder físico y espiritual. Es indivisible y transmisible, con gran capacidad para absorber las impurezas. Es distinto a la sangre, pero es un fluido que también corre por las venas capaz de mezclarse con ella cuando se produce un desorden físico o psíquico. En estado normal se diferencia de la sangre. Contribuye a formar la personalidad, crece regularmente con la edad, y se fortifica con la nutrición, aunque puede ser susceptible de accidentes y enfermedades. Por ello, con el homicidio, el “*nyama*” de la víctima absorbe las impurezas y se mezcla con la sangre.

En general, la contaminación de la sangre menstrual guarda una estrecha relación con los tabúes sexuales. Se considera que esta sangre contraviene la reproducción. De todas formas, no se ha observado ninguna alusión a los miasmas para referirse a la impureza de la menstruación. Sólo se transforma la impureza en miasma cuando se contagia toda la comunidad y cuando se refiere a la transgresión violenta de las reglas sociales a través del asesinato.

3.3. La contaminación miasmática y la enfermedad

Reflexionar sobre cuál es el sistema de relaciones que se establecen a raíz de la concepción miasmática de la enfermedad, contribuye a que la explicación política y la moral dominen los discursos sobre los peligros de la naturaleza. El enfoque antropológico del análisis de la contaminación que producen los miasmas permite proceder a analizar cuál es la concepción olfativa⁶ de la enfermedad en cuanto a las creencias etiológicas se refiere. La analogía entre el hedor y la enfermedad se sedimenta en un conocimiento empírico que compara la corrupción atmosférica a la corrupción humoral, y donde el hedor constituye el símbolo de la muerte. La presencia de la muerte se reconoce olfativamente en el cadáver⁷. La descomposición del cadáver induce a pensar en las transformaciones olfativas que se operan en los distintos estados de la muerte. El hedor del miasma presagia la muerte.

Malinowski (1929) destaca entre los trobriandeses la creencia de que ningún muerto puede ser lavado o adornado por su pariente consanguíneo (*kinsmen*). El problema reside en que la desprotección a las influencias perniciosas del cadáver, puede causarle la muerte y la enfermedad. La contaminación por sangre (uno del mismo matriclan no puede tener contacto con el cadáver del pariente) está vinculada a la contaminación atmosférica. En palabras de Malinowski (1929: 150),

“(...) these pernicious influences are conceived in the form of a material exhalation, issuing from the corpse and polluting the air. It is called “bwaulo”, a word which also designates the cloud of smoke which surrounds a village especially on steamy, calm days. The necrogenic “bwaulo”, invisible to common eyes, appears to a witch or sorcerer as a black cloud shrouding the village. It is innocuous to strangers, but dangerous to kinsmen (...)”.

La idea de que las emanaciones de los cadáveres polucionan el aire y afectan a la comunidad son comparables a la noción de miasma. Es también una exhalación invisible y envolvente, pero a diferencia de los miasmas son visibles a los brujos.

Entre los serer ndut del Senegal (Dupire 1985) la contaminación por la sangre se produce a raíz de estar en contacto con el cadáver. Para los serer ciertos cadáveres son contaminantes. Dupire indica el reconocimiento de los cadáveres contaminantes en el caso de un serer normal, el de un adúltero y el de un extranjero. La combinación entre la sangre y el cadáver es altamente contaminante, aunque se puede destacar la polución del cadáver sin derramamiento de sangre. Puede sobrevenir la polución cuando un cadáver no ha recibido apropiadamente el tratamiento ritual.

En la etnografía llevada a cabo por parte de Radcliffe-Brown (1922) sobre los andamaneses, el simbolismo olfativo juega un papel fundamental en la magia. La práctica de preparación de la fibra extraída de la planta *Anadrendon Paniculatum* desprende un olor que los nativos creen que es la causa del reumatismo en las piernas. A esta planta se le atribuyen toda una serie de propiedades mágicas. Sin embargo, otras plantas con facultades mágicas tienen la capacidad de actuar como remedios contra los males gracias a su olor.

Los andamaneses piensan que el olor que sus cuerpos desprenden después de comer tortuga, cerdo, u otras carnes atrae a los espíritus de la jungla. En palabras de Raddclife Brown (1922 (1964): 312),

“(...) the Andamanese see in this odour given off after eating a manifestation of the energy that has been absorbed with the food, which energy it is that makes the food both necessary for life and also a source of danger. This seems to be the meaning of the belief that the spirits are attracted to a man by the odour of the food he has eaten unless he pain himself with clay”.

La costumbre de pintarse todo el cuerpo con los dedos impregnados de arcilla se realiza después de la muerte de un pariente, para iniciar las ceremonias de comer carne de cerdo o de tortuga. El ritual de pintarse una vez después de comer la carne de cerdo o de tortuga responde a la creencia en el peligro del olor⁸ que emana de los cuerpos. Para protegerse de los espíritus creen en el poder de un cuerpo pintado con arcilla.

En resumen, el peligro y el riesgo a enfermar y a morir suele proceder de la idea de que un agente exterior, bien sea en forma de animalillo microscópico o bien sea en forma de emanaciones pestilenciales, localizado en el aire, activa el origen de las enfermedades. Este agente, producido por diversas causas y definido de diferentes formas según sea el pensamiento médico de la época y lugar, produce un efecto potencial negativo que altera las condiciones normales de vida. Una contaminación lo suficientemente nociva como para corromper el aire es siempre definida como responsable de la constitución de enfermedades epidémicas, que no sólo afectan a los individuos susceptibles a la enfermedad (débiles o enfermos) sino a la sociedad entera.

La contaminación, en el sentido más amplio del término, resulta siempre perjudicial para todo aquel que se vea afectado por ella. Sólo puede evitarse o combatirse, y para ello, las distintas culturas han generado una serie de reglas, tabúes y prohibiciones que protegen a quienes las siguen⁹. No obstante, la convivencia con el peligro de la contaminación es una constante de ajustes y reajustes tanto simbólicos como sociales. Considerar la dimensión simbólica de la contaminación es fundamental para analizar la imaginería social de las epidemias (véase Dan Sperber 1991). La persistencia de actitudes sociales similares ante las epidemias hace que el análisis procesual a largo plazo¹⁰ sea insuficiente.

La contaminación siempre acecha. Lo importante es evitarla o combatirla, aunque generalmente se han preferido centrar los esfuerzos en controlar los efectos devastadores de las epidemias. Esfuerzos que se traducen en un mayor desarrollo de la tecnología (construcción de aparatos¹¹ que miden y analizan los miasmas), y una mayor especialización de las leyes y las normas de salud pública. Así por ejemplo, se han ocupado de recluir a los enfermos como medida no sólo preventiva sino como medio al alcance inmediato para atajar la enfermedad; o de fumigar los lugares de hacinamiento público como los mercados, las iglesias, la cárcel, el hospital o los cuarteles; o la prohibición de tirar a la calle las basuras de las casas, entre otras reglas y leyes que fueron forjadas a favor del mejoramiento de la salud pública. Pero para llevar a cabo un buen control de estas prácticas, como el desarrollo de las mismas, era necesario un buen conocimiento etiológico del cual los médicos eran los responsables sociales sobre este tema.

Los miasmas guardan una estrecha relación con la reconstrucción y reubicación de las instituciones públicas. El desplazamiento de los cementerios, hospitales y cárceles, así como la remodelación urbanística de la ciudad son hechos sociales que la teoría miasmática justifica. Hablar de contaminación cuando se trata de explicar el fenómeno de las enfermedades epidémicas es atender al contagio, a la infección. La variante, bien sea mediante contacto directo con la persona infectada, bien sea el aire el que transmita la enfermedad, la verdad es que el agente contaminante procede siempre del exterior, lo cual corresponsabiliza la intervención de las autoridades públicas. Los agentes sociales del orden se ven dominados por la obligación moralmente pública de eliminar tanto el agente contaminante como al sujeto contaminado.

Este exterior que contamina y el cual se localiza normalmente en un lugar lejano¹² es el agente que debe controlarse. La susceptibilidad de ser contaminado no sólo responde a las condiciones ambientales del medio aéreo inmediato sino de la capacidad que el lugar y sus habitantes tengan de defenderse de esa contaminación. De ahí que hayan explicaciones tanto de tipo salubre¹³ como de orden moral.

Los serer ndut de Senegal (Dupire 1985) emplean tres nociones para referirse a la transmisión de las enfermedades: el contagio mágico (“*kad ow*”), el contagio mórbido (“*karanta*”) y el “*nimil*”. Dupire compara la primera a la voz latina de contagio, transmisión por contacto, la segunda a contaminación, polución a causa de una mancha o impureza, y la tercera a atavismo. Estas nociones permiten a los serer establecer varias categorías para clasificar sus enfermedades. Lo más interesante es destacar que la coqueluche y la viruela se transmiten por el aliento del enfermo, a pesar de que la causa de estas enfermedades sea atribuida a Dios. El olor que asegura la transmisión se llama “*kili*” y significa, según Dupire (1985: 125) “...*odeur en général et aussi celle de l'âme immortelle (coona)*”. Otra enfermedad que se caracteriza por transmitirse por el olor es el asma o “*Buda*” (cadáver en “ndut”). Se atribuye su causa a los genios del bosque, a un cadáver, a un ancestro o a Dios. Se cree que los genios envían un aire que penetra por la nariz y la boca del individuo ocasionándole la enfermedad. También puede introducirse el olor del cadáver por la boca, consecuencia de no haber mantenido la boca cerrada durante los funerales, tal como marca la costumbre.

Las emanaciones hediondas¹⁴ no siempre proceden de la boca. El mito Bororo del origen de las enfermedades recogido por Lévi- Strauss en el primer volumen de su obra *Mitológicas*, “Lo crudo y lo cocido”, atribuye al veneno la capacidad de producir las enfermedades. A continuación sólo recogemos un pasaje del mito en el que se describe la propiedad nociva que las exhalaciones procedentes del ano tienen para producir las enfermedades:

“En los tiempos en que todavía se desconocían las enfermedades y los humanos ignoraban el sufrimiento, un adolescente se negaba con obstinación a frecuentar la casa de los hombres y se mantenía enclaustrado en la choza familiar.

Irritada por semejante conducta, su abuela se llega a él cada noche mientras duerme y, y acuclillándose sobre el rostro de su nieto, lo envenena con emisiones de gases intestinales. El muchacho oía el ruido y percibía el hedor pero sin comprender su origen. Enfermo, macilento y comido de sospechas, simula dormir y al fin descubre las maniobras de la vieja, a lo que mata con una flecha acerada ensartada por el ano tan profundamente que las tripas escapan...” (Lévi-Strauss 1968: 65).

Más adelante, en una nota a pie de página, Lévi Strauss (1968: 245) explica cómo se defendían en la Guayana “contra la serpiente mítica camudi, que mataba a su víctima asfixiándola con emanaciones hediondas:

“Por eso no hay que viajar solo...Hay que ser dos por lo menos, de manera que si el buio...atacase a uno el otro pudiera, con su tocado o con una rama de árbol agitar y cortar el aire interpuesto entre su compañero y el monstruo (Gumila, vol.II, p.148)””.

Al enfrentarnos al análisis de la contaminación observamos una realidad material tangible que se manifiesta en forma de mancha¹⁵, así como atendemos cuáles son las consecuencias que de ella se derivan y las acciones sociales que se toman al respecto. Es a su vez una noción que regula las actitudes sociales en defensa de una realidad externa que se califica como moral y físicamente nociva. En ambos casos la contaminación es mancha y argumento de peligro con capacidad reproductora: la contaminación que contamina siempre se erige como agente contaminante, propiedad con capacidad tanto contagiosa como infecciosa.

Las creencias sociales sobre la contaminación tratan de evitar no sólo el contacto sino la simple presencia de la idea de contacto. Así el pensar en la posibilidad de que la contaminación llegue a afectar a los individuos es aumentar la susceptibilidad de que llegue a producirse, sólo hablar de ella es anunciar su presencia. Simplemente hay que estar prevenidos y por eso la sospecha es la estrategia más conveniente para matenerse protegido de la contaminación. La sospecha mantiene alerta a los individuos con la finalidad de alimentar constantemente la capacidad autorreguladora de ciertas actitudes positivas a favor del alejamiento de la contaminación. La simple mención es siempre responsable de su anunciamento: un ejemplo muy ilustrativo al respecto es el miedo que llegó a despertar durante la Edad Media la simple vocalización de la palabra peste.

La fijación material en forma de mancha reconoce la presencia de la contaminación. Un análisis material de la contaminación no escapa a la persistencia de una descripción que insiste en que la mancha es amorfa e intangible, como tampoco escapa del reconocimiento de su origen. Esta mancha tiene una consistencia que sólo es capaz de eliminarse con la limpieza. Lo impuro, producto de la contaminación, suele manifestarse empíricamente en forma de mancha, de hediondez o de locura. La cuestión es saber si sólo es posible hablar de contaminación a partir de su manifestación material.

En el terreno sagrado y en el secular la contaminación es eminentemente contagiosa. El interés secular se centra en analizar la naturaleza de las impurezas, de ahí que se detenga a estudiar el virus o los miasmas. Las diferencias no están tan claras cuando se habla de los medios de transmisión, infección o contagio de las enfermedades, porque los límites suelen solaparse y confundirse según sea el fenómeno en el que la contaminación se manifiesta. Las epidemias¹⁶ también reciben una explicación religiosa, por ser consideradas una consecuencia de las profanaciones. Las diferencias entre un discurso religioso y uno secular, al tratar de explicar el origen de las epidemias, no están tan claras cuando nos enfrentamos al terreno específico de la muerte. La muerte no está sujeta a la explicación médica de la finitud de la vida de los cuerpos, sino también a la concepción religiosa.

El conocimiento secular de la muerte responde a la observación de la putrefacción de los cadáveres. El reconocimiento del peligro de la putrefacción de los cuerpos pone en marcha el control de las exhumaciones y de la

sepultura, convirtiéndose en un asunto de estado. Aunque a pesar de un mayor grado de secularización en las prácticas médicas es imposible soslayar la fuerza sacralizadora que se produce en las explicaciones sobre los umbrales de la muerte.

3.4. El aire y la contaminación

La noción de miasma que analizamos en esta investigación tiene poco que ver con el delito de sangre y la contaminación religiosa. El *Corpus Hippocraticum*¹⁷ utiliza la noción de miasma en el tratado de los vientos para referirse a la impureza que se extiende en el aire (Littré 1849). La noción de miasma no es fundamental en el *Corpus Hippocraticum*, por lo cual la razón fundamental del resurgimiento de la noción de miasma está vinculada a otros factores¹⁸. De una manera general, la noción de miasma depende de la recuperación de los textos de la antigüedad, fenómeno que en medicina se le reconoce bajo el nombre de neohipocratismo (López Piñero 1989).

La impureza del aire asociada al término de miasma o *miasmata* la desarrollan Lancisi y Sydenham, guardando todavía ciertos paralelismos con la noción de miasma que se extendió en el pensamiento religioso de la civilización griega. Continúa siendo una noción de polución que nace de la transgresión del orden de las cosas. En el primer caso, debido al derramamiento de sangre, en el segundo caso, por el envenenamiento del aire. Sangre y aire constituyen dos principio elementales de la vida: la sangre, el elemento interno que asegura la existencia, el aire, el principio externo que sujeta el hombre a su medio. El miasma tiene que ver con el descubrimiento social de la dependencia entre el hombre y su medio. El aire constituye el principio regulador de esa armonía que debe existir entre el hombre y la naturaleza.

El miasma que resurge en el siglo XVII-XVIII gana terreno en el conocimiento secular a medida que se estrechan los vínculos entre la suciedad y la enfermedad. Pero la dimensión sacralizada se perpetúa con la costumbre de efectuar ritos de purificación que consisten en aplicar emanaciones olorosas en las habitaciones, con el fin de prevenir los efectos de la peste. La racionalización de las causas de las enfermedades es anterior a las prácticas de purificación. Los ritos de purificación no pueden ser analizados únicamente como terapias preventivas. Constituyen medios de prevenir la amenaza de las epidemias y de evitar los funestos efectos de las pestes.

El miasma que corrompe el aire amenaza las leyes que regulan la dependencia que el hombre tiene de su medio atmosférico. Esta impureza transgrede el orden cósmico y se manifiesta materialmente en forma de enfermedad. Lo más interesante es observar que los miasmas proceden de las emanaciones cadavéricas, de las exhalaciones de los pantanos, de las minas, es decir, del resultado de la negligencia social por no asegurar una buena sepultura, y por no respetar las alteraciones de los fenómenos naturales (el clima, la lluvia, las nieves, los vientos).

El poder de las impurezas corrompe el aire produciendo la enfermedad y la muerte. En este periodo el desorden da vida a un nuevo orden que nace, y los miasmas aseguran esta transformación.

El carácter liminal del olor, y su capacidad para transgredir las fronteras que separan la vida de la muerte, o el mundo natural del sobrenatural tiene otro significado en los miasmas. La impureza, la suciedad hiede. El mal olor abre la puerta al ultramundo, a la enfermedad, a los infiernos. Pero el otro mundo, es necesario para dar significado al mundo natural del que procedemos. La dependencia cósmica del miasma se explica en la espontaneidad de su nacimiento así como en la rapidez de su desaparición. El miasma se contiene en el aire y se produce fuera de él, pero se transforma y se vehicula a partir de él.

Situar en el aire el lugar donde la enfermedad se produce es una idea que no sólo compartieron médicos como Galeno y Avicena o los más contemporáneos defensores de las tesis anticontagionistas del siglo XVIII, sino también ha sido y continua siendo compartido por el imaginario social cuando en períodos dominados por enfermedades infecto-contagiosas de origen desconocido la enfermedad conlleva irremisiblemente a la muerte. El aire, que fue definido como un elemento puro, tenía la capacidad de corromperse siempre y cuando se viera alterado por agentes externos que solían reconocerse por su fetidez. Este medio ha sido centro de atención tanto de los religiosos como de los médicos, en el que unos han visto el cielo y otros el caldo de cultivo de todas las enfermedades.

Que el aire se corrompe y que por ello se constituyen las epidemias es una idea muy antigua. Lo que cambia es el conocimiento sobre cuáles son las causas que corrompen este aire: agentes deletéreos, vapores fétidos, putrefacción cadavérica, resultado de la influencia cósmica (terremotos, volcanes, me-

teoros, eclipses) o de las condiciones meteorológicas (índice de pluviosidad, clima, nivel de temperatura).

Esta corrupción del aire ha constituido el centro de la atención médica para combatir las enfermedades infecto-contagiosas más virulentas como fueron la peste, la viruela, el sarampión o el mismo cólera. Hasta la llegada de la teoría microbiana el aire juega un papel fundamental no sólo como medio propagador de este tipo de enfermedades sino también como causa fundamental de su formación. Todas estas enfermedades tenían una característica común: su hediondez. Las descripciones de bubones, fístulas y vapores pestilentes que emanan de los enfermos son observados por los médicos como emanaciones contaminantes capaces de transmitir la enfermedad a una persona sana. La preservación ante el contacto olfativo de los enfermos se manifiesta a través de la colocación de picos en la nariz rellenos de hierbas aromáticas. Por un lado para evitar la morbilidad de los vapores hediondos y por el otro lado para preservar al médico de la nocividad pestilencial de los enfermos.

El cadáver juega un papel fundamental como generador y activador de miasmas. La putrefacción desprende el origen de la muerte y de la vida. El cadáver contamina cuando todavía no es reconocido como cadáver. Por ello la impureza se mueve entre dos órdenes: la vida y la muerte. En la putrefacción comienza una nueva vida, pero se constata la muerte. En el cadáver las impurezas de este principio se expanden en el aire e insuflan su poder generador en el aire.

Gracias al desarrollo de los análisis de los fermentos, así como a los descubrimientos que Corbin señala del farmacéutico Labarraque¹⁹ y de Salmon²⁰, poco a poco la ciencia estrechó los extremos causa-efecto del mal olor y la infección para dar paso a un proceso de repulsión que culminó con la demostración de la desvinculación entre el mal olor y la infección. Este movimiento, acompañado de un refinamiento estético de las costumbres en las élites, operó a favor de una depuración del sentido del olfato, legitimándose directamente por un discurso científico.

NOTAS

- 1 Douglas (1991) amplía el concepto de contaminación incluyendo la profanación religiosa y la contaminación ambiental. En la actualidad se reduce más bien al segundo aspecto.
- 2 Nuestra aproximación al estudio de los miasmas no adopta el enfoque del materialismo médico criticado por Mary Douglas. Las interpretaciones médicas de la noción de contaminación son demasiado estériles para ofrecer un análisis profundo del ritual, de la profanación y de la contaminación. Es evidente que han prevalecido tendencias interpretativas que tratan de explicar la contaminación a través de razones médicas e higiénicas. El ejemplo más ilustrativo para demostrar la tendencia a enfocar los estudios de los rituales religiosos a través del conocimiento médico se encuentra en las investigaciones sobre el olor de santidad. La pregunta que se formulan es si en realidad el olor de santidad es un hecho demostrable. Sobre esta cuestión es representativo el artículo publicado por Dumas (1907). Que los miasmas se hayan convertido en un concepto médico que explica las causas naturales que producen las enfermedades no justifica elegir la teoría materialista médica de la contaminación. Este término, acuñado por W. James, representa una tendencia para realizar interpretaciones médicas de la religión.
- 3 Antes de adentrarnos en el análisis de los miasmas como un fenómeno religioso de la impureza que nace a partir de las transgresiones, recordemos cuáles son los tipos de atribución de culpa que resume Douglas. La atribución de la culpa es un mecanismo de responsabilidad social que trata de localizar cuál es el principio de profanación. Ella distingue tres tipos de atribución de culpa: en la explicación política, en la explicación moral, y en la existencia de un enemigo externo. Generalmente estos tipos de atribución de culpa se presentan de forma solapada.
- 4 Hemos consultado la traducción de Andrés Piquer (1761) reeditada por López Piñero (1987), y la de Esteban, García Novo y Cabellos (1989) publicada en editorial Greedos.
- 5 El papel que la sangre desempeña en la construcción de los tabúes ha sido ampliamente analizado por los antropólogos en las sociedades primitivas. En la sociedad occidental, Parker (1983) ha realizado una investigación detallada de la noción de polución de sangre en el periodo clásico de la civilización griega.
- 6 La creencia en la que la última expiración en el momento de la muerte es el reducto del alma que se mezcla en el aire y se va hacia el cielo se refleja también en la tradición popular. Léase este pasaje de Lluís G. Constans, M.D. (1984: 158):
 - *El cel, l'infern i la mort*
 "Diu en que les coses bones van al cel i les dolentes...
 No, no. Totes fan el mateix viatge.
 Doncs, una cuca d'aquestes verenoses, que si fot una picada mata una persona, doncs morta aquella cuca, i com és morta, ha acabat el respir. I aque-

El respir que ha acabat, els aires se l'emporten, i se'n va pel cel, aquell aire. Sí, sí. Aquell aire no queda ensoterriat a dintre terra, no: els aires se l'emporten.

Cap on?

A seguir el vent! Seguir el...el...

I així, el vent està ple d'aires d'aquests?

Sí.

Quan es mor una persona, passa el mateix?

I quan es mor una persona també fa lo mateix. Quan ha acabat el respir...

Mentre respirava és viu, quan ha acabat el respir, és mort, i llavors, aquell respir se'n va amb aquests vents, amb aquest aires corrents. I és l'únic que va cap al cel. Però amb aquests aires neu-els-hi al redere! Faria de mal 'trapà'ls a [riu] [...]

Llavors queda fos en el vent això?

Això, llavors, queda fos a dintre del temporals de vent”.

Sobre el olor de la muerte en las sociedades primitivas Thomas (1980) destaca el interés que tienen en Melanesia el olor de la vida y el olor de la muerte como categorías míticas que orientan las creencias y los tabúes.

7 Vincent Thomas (1980) dedica un capítulo de su libro al olor del cadáver. Para él, “*le fantasme de la pourriture est déterminant dans notre appréciation des odeurs; le couple pourri-parfumé est notre étalon de référence; à tel point que l'odeur du formol très tolérable pour un nex profanes, devient insupportable à ceux qui, par expérience, l'associent au cadavre*” (pág. 71).

8 Radcliffe Brown (1922) advierte que los cuerpos siguen oliendo igual después de pintarse con arcilla. Sin embargo, es imprescindible atender a la representación olfativa del peligro de comer carne, más que en el olor real que desprenden los cuerpos.

9 También puede pensarse que la contaminación es el resultado del incumplimiento de la regla, el tabú o la prohibición. De estas cuestiones se han ocupado los antropólogos preocupados por el análisis del simbolismo.

10 Estas similitudes también las estudia Goudsblom (1987), tomando como punto de partida la tesis de Elias.

11 Cuando decimos “aparatos” nos estamos refiriendo a los instrumentos de medición, control y erradicación de los estados pútridos del aire, del suelo o del agua. Todos ellos son contruidos con el firme propósito de mejorar las condiciones de salubridad de la ciudad cuya lacra se cierne sobre la inmundicia que contamina el aire y produce las enfermedades infecto-contagiosas. Y de las leyes y las normas sólo hace falta echar una ojeada a los tratados de higiene para darse cuenta de todas las prohibiciones que las autoridades públicas redactaron a favor del control de las basuras, el desarrollo del alcantarillado público y el desplazamiento de los cementerios con sus límites y vigilancia de las exhumaciones.

12 Muchos son los ejemplos que justifican esta afirmación: por nombrar uno de ellos, los

- médicos sitúan las causas epidémicas en el continente asiático, americano y africano, así tenemos el cólera morbo asiático, etc.
- 13 Tomamos el término de salubridad y no el de higiene porque el último concepto asume la limpieza junto a una insistencia por la educación moral, diferencias a las cuales nos referiremos más adelante.
- 14 Malinowski (1935) recoge en sus investigaciones etnográficas el tabú de los excrementos humanos.
- 15 La mancha es muchas veces considerada una metáfora de la suciedad que se impregna y se contagia.
- 16 Entre los indios warao (Turrado Moreno 1945) de Venezuela las enfermedades graves, las epidemias y las plagas dependen de los actos de brujería. Sin embargo, distingue entre el conocimiento indio sobre la epidemia y la racionalización sobre las causas, atribuyendo de esa manera a la falta de limpieza de los indios los problemas de disentería y de mortalidad infantil.
- 17 Los interesados en profundizar en el *Corpus Hippocraticum* pueden consultar el libro de Laín Entralgo (1970), el de Alsina (1983), así como la bibliografía que aportan García Novo (1989), en el volumen V de las *Epidemias*, y López Férrez y García Novo (1986) en el volumen II de *Sobre los Aires, Aguas y Lugares*.
- 18 Este punto se desarrolla detalladamente en el capítulo 4.
- 19 En 1823 se sustituyó el cloro por el cloruro de cal y se consiguió destruir el olor infecto.
- 20 En 1825 utilizó el polvo de carbón como desinfectante y desodorizó las materias en descomposición pútrida.

IV

DE LO IMPURO SAGRADO AL MIASMA ILUSTRADO

4.1. La polución en el pensamiento religioso griego: el miasma

Mancha, contaminación, impureza, polución, son todos ellos sinónimos de *miasma*. En el pensamiento griego del siglo V a.c., el miasma es contagioso y peligroso, más bien en un sentido religioso que secular, a pesar de que sea corriente asociarlo a otros términos que se refieran a la suciedad (Parker 1983). Se opone a *katharmos*, que significa limpieza, y se asocia al término de *agos*.

Agos y *miasma* se refieren a dos maneras distintas de comunicar el peligro de la polución religiosa. *Miasma* concede menor atención a los dioses y se fija en la suciedad peligrosa, haciéndose evidente en forma de señal física en los individuos. En cambio, *agos* es un acto de profanación que debe evitarse para escapar del castigo divino. La ambigüedad que existe en relación a lo que se entiende por *polución*, se debe a que algunos estudiosos del tema piensan que la polución es análoga a la suciedad y a las enfermedades infecciosas, y en cambio otros consideran que el peligro es en sí mismo la metáfora esencial de la contaminación. Según Parker, los primeros investigadores piensan en *miasma* en el sentido estricto del término, y en cambio los segundos incluyen en la noción de polución el *agos*.

Parker resume las distintas tendencias temáticas seguidas por los investigadores de la noción de *polución* en la sociedad griega. En general, todos ellos se interesan en explicar cómo el miedo a la polución funciona como un factor inhibitorio en la sociedad: los historiadores se preocupan por analizar las relaciones que se establecen entre la polución y la moralidad; los historiadores de la ciencia atienden a la concepción hipocrática de la impureza como causa y síntoma de la enfermedad; y los antropólogos observan la polución como una creencia universal.

Parker se pregunta si la polución es un mecanismo literario o una preocupación vital de los griegos, a la luz del interés que Tucídides le conce-

de en su obra. Reconoce que los trágicos, entre los que destacan Heródoto, Tucídides o Jenofonte, emplean la voz de *miasma* en sus obras. Sin embargo, este hecho no se refleja en todas las tragedias griegas. Según Robert Parker (1983: 13),

“this might be taken to prove that the word’s stylistic level is too high for prose, that the concerns of tragedy are unreal, or simply that tragedy and history treat different areas of experience”.

En el tratado hipocrático de *Des vents*¹ (Littré 1849) se utiliza el término *miasma* en dos ocasiones para referirse a las impurezas contenidas en el aire, cuya presencia es perniciosa a la naturaleza humana. ¿Por qué una palabra de “alto nivel estilístico” se emplea precisamente en este tratado y en ninguno de los otros tratados hipocráticos? La difusión del término de *miasma* tiene más que ver con la dimensión secular del concepto de polución que con su carácter lingüístico. Volveremos a ello en el apartado dedicado a la secularización.

Etimológicamente de origen griego, *miasma* es para Vernant (1987) un símbolo de contaminación en la sociedad griega antigua, y para Parker un concepto de polución en el pensamiento religioso griego. La tesis defendida por Mouliner en su estudio sobre la contaminación en la Grecia antigua, y criticada por Vernant, aduce su carácter sagrado y a la vez material que ha reflejado la contradicción intrínseca de su naturaleza:

“Se presenta como una mancha material y también como un ser invisible. Es a la vez objetiva y subjetiva, una realidad exterior al hombre e interior a él. Aparece al mismo tiempo como causa y como consecuencia: lo que desencadena una calamidad y la calamidad que desencadena. Pertenece al asesino y es el asesino mismo, pero pertenece también igualmente a la víctima: es su espíritu de venganza” (Vernant 1987: 107).

“Pero aquí se plantea un problema: la contaminación por excelencia parece ser, en la época clásica, la muerte; pero manifiestamente tienen un carácter sagrado” (Vernant 1987: 109).

Que *miasma* sea a su vez contaminación material e impureza sagrada implica una paradoja que para Vernant es incapaz de explicar el conocimien-

to de los griegos sobre dicha noción. Por ello insiste en el carácter simbólico de la contaminación “(...) porque permite comprender mejor cómo, a pesar de la diversidad de formas que la expresan, puede conservar su unidad no confundiendo por entero con ninguna” (Vernant 1987: 114). Articulada dentro del pensamiento religioso la noción de contaminación para los griegos, y en concreto la de miasma, es el reflejo de la desestructuración de un orden que cabe reestablecer, de un fenómeno que debe vigilarse.

Para Parker la *polución* expresa un sentido de desorden, y es un vehículo en el que se expresa la ruptura social. *Miasma* significa la contaminación por sangre de un acto homicida². En un sentido general, Parker reconoce tres tipos diferentes de creencias sobre la polución en el caso de un delito de sangre: la que amenaza sólo al asesino, la que actúa sobre el asesino y la víctima, y por último, la que recae sobre el conjunto de la sociedad. Estas diferencias dependen de cada sociedad, y en concreto, del significado social que se atribuya a las distintas formas de asesinato. De ahí que Parker señale las aportaciones que la etnografía ha llevado a cabo sobre este punto³.

El miasma expresa un desorden producido por una muerte violenta intencionada que mancilla materialmente al asesino y contamina al resto de la sociedad. El contexto en el que se producen las creencias sobre la contaminación por homicidio corresponden, según Parker, a una falta de instituciones legales formales. Por ello, la purificación⁴ pública necesaria para restituir el orden alterado por el homicidio sólo pudo ser sustituida cuando las instituciones legales se hicieron cargo del proceso para castigar al culpable.

En la Grecia clásica miasma es una noción intrínseca al pensamiento religioso entendida como un medio de propagación que correlaciona la impureza y las epidemias. La enfermedad es el ejemplo de un castigo enviado por los dioses como consecuencia de la propagación de un miasma producido por una muerte violenta intencionada⁵. Aunque referirse al miasma es centrarse precisamente en la impureza física que expresa la profanación del tabú de sangre.

El miasma es fundamentalmente contagioso. Tal como señala Parker, en la creencia popular griega hay dos tipos de condiciones contagiosas: la primera, que se produce en el nacimiento, la muerte o la culpabilidad de sangre, y la segunda, que son las cualidades indeseables, como la locura, la inmortalidad y la mala suerte.

En el campo específico de la medicina, el *Corpus Hippocraticum* reconoce la prolongación de creencias y prácticas tradicionales arraigadas en una concepción sobrenatural de la enfermedad. Insiste en la racionalización empírica de las causas para explicar el principio de las epidemias. El concepto más importante del *Corpus Hippocraticum*, para referirse al perfil meteorológico y clínico de un lugar y periodo determinados, es *katástasis* o “constitución epidémica”. Esta dependencia geográfico-atmosférica de las enfermedades expresa la racionalización hipocrática de las epidemias por causas naturales⁶.

La doctrina hipocrática sitúa estas causas en el aire⁷. Galeno persistió también en reconocer la causa de las enfermedades pestilenciales en el aire. Explicó que las fiebres pestilenciales se producían a causa del aire respirado resultante de la putrefacción, teniendo su origen en la abundancia de cadáveres cuya cremación era insuficiente, la exhalación de pantanos y el calor del ambiente. En cambio, Lucrecio, que compartía junto a Hipócrates y Galeno la idea sobre el aire como responsable de las pestes, explicó la dependencia cósmica y metafísica de las enfermedades, insistiendo en el análisis de las circunstancias fortuitas del veneno (véase Pigeaud 1981).

4.2. El concepto de *loimos*

Las nociones de *loimos* y *peste*⁸ constituyen, según Dupont (1984), categorías culturales que representan la idea de amenaza de muerte cuando afecta a los individuos en colectividad. Una amenaza que transgrede el orden social como la peste no puede entenderse si no se vincula a las oposiciones público-privado características de las formas de organización griega.

La enfermedad, al igual que otro tipo de fenómenos que afectan al individuo y a la sociedad, está sujeta a esa representación. Dupont expone las diferencias que los griegos establecen entre una persona que enferma como individuo o una persona que enferma como ciudadano. En el primer caso la enfermedad se considera una consecuencia de un cambio en la ética personal, y en el segundo caso se relaciona directamente con las acciones políticas.

Las llamadas enfermedades colectivas, incluidas las *epidemias* y las *pestes*, se achacan al resultado de un desorden político. Un desorden que espera ser restituido a través de la acción de la justicia. En ese sentido, la categoría

de *peste* articula el funcionamiento de las políticas griegas. Y en ese contexto el poder político interviene en el control de las epidemias. Dupont reconoce que la peste ha inaugurado históricamente en occidente las políticas de salud. Las políticas sanitarias se constituyen en pos de la erradicación de las enfermedades colectivas, pero se justifican a favor de la conservación de la salud pública.

Las creencias sobre la amenaza de muerte de un enemigo exterior en el plano político se reajustan en los espacios invadidos por la morbilidad colectiva. Dupont considera que las nociones de peste y de loimos forman una categoría integrada en el desarrollo de la medicina hipocrática, la cual se mantiene entre una tradición mágica y arcaica y una nueva racionalidad médica que aparece con el nacimiento de la ciudad.

Sin embargo, la dependencia entre las acciones políticas y las epidemias se manifiestan explícitamente en el tratado *Sobre los aires, las aguas y los lugares*, en el que se acude al análisis de las instituciones públicas para explicar la debilidad de los asiáticos⁹:

“Por esos motivos me parece a mí que carece de vigor el pueblo asiático y, además, a causa de sus instituciones (...), pues la mayor parte de Asia está gobernada por reyes.

Donde los hombres no son dueños de sí mismos ni independientes, sino que están bajo un señor, su preocupación no es cómo ejercitarse en las artes de la guerra, sino cómo dar la impresión de no ser aptos para el combate” (Hipócrates 1986: 73).

El término de miasma desaparece en los tratados médicos hasta finales del siglo XVII. Con el resurgimiento de la influencia hipocrática en la medicina reaparece la importancia en vincular el ambiente y la enfermedad. En ese contexto los miasmas reaparecen con mayor fuerza que la que Hipócrates le confirió en sus tratados. Sirven para definir las impurezas del aire detectadas olfativamente, sin referirse a la polución religiosa griega del delito de sangre.

4.3. La secularización¹⁰ de los miasmas

¿Hasta qué punto el proceso de secularización de la idea de polución para explicar las causas de las enfermedades está directamente relacionado con la intervención política durante las epidemias¹¹? El proceso de secularización¹² de *miasma* va acompañado de la secularización de otros términos: *emanación*, *exhalación*, *efluvio*, *infección*, entre otros. Este proceso se consolida con la pérdida de poder religioso en los asuntos sanitarios y el pujante avance del poder médico, sobre todo en periodos dominados por las epidemias¹³.

La secularización de la terminología adoptada por el discurso médico y ultimada en el siglo XVIII refleja una transformación social en el modo de concebir la relación entre las enfermedades y su medio¹⁴. Las enfermedades dejan de ser un castigo de Dios para ser un problema del cual debe ocuparse la sociedad. Este proceso de cambio, que también se opera en las estructuras emotivas y de control en los seres humanos, es el resultado de un desarrollo social a largo plazo¹⁵ caracterizado por un aumento de la secularización en las prácticas sociales. Pero, los procesos no se producen linealmente sino más bien se conciben a través de ciertos avances y retrocesos. Tal como nos señala Cipolla (1989), el paradigma científico miasmático dominante en el pensamiento médico de la Inglaterra del siglo XIX era prácticamente la réplica del que se desarrolló en la Italia septentrional durante los siglos XV, XVI y XVII.

¿Se puede hablar de secularización de las prácticas higiénicas? Si entendemos por prácticas higiénicas las fumigaciones, el desplazamiento de cadáveres, la imposición de letrinas, la prohibición del vertido de inmundicias, entonces podemos afirmar que estas prácticas tenían un fin marcado en los objetivos de la salud pública. Estas prácticas no siempre correspondían a la aplicación de la teoría anticontagionista en relación a la erradicación de las epidemias. Las contradictorias prácticas, el miedo y la desesperación, tanto de los habitantes como de los médicos influían a la hora de adoptar las medidas.

Cabe diferenciar tres niveles: los planes de salud pública: edictos y normativa en relación al desplazamiento de cadáveres, vertido de basuras, alcantarillado, en la que tanto participaban médicos como ingenieros y arquitectos; la forma de transmisión de conocimientos higiénicos a través de los mé-

dicos de pueblo y los curas¹⁶ (véase Perdiguero 1990), de ahí que se ponga en duda la secularización, que si bien comienza a considerarse una discusión conceptual no aparece claramente en la práctica; y las resistencias, modificaciones y posibles influencias en los hábitos higiénicos.

En el proceso de secularización juega un papel fundamental el neohipocritismo en el desarrollo de la medicina. A continuación señalamos una noticia recogida en 1785 que refleja la influencia del hipocritismo e ilustra la creciente corriente de racionalización en el campo de la medicina española:

“Si creiesemos que las enfermedades epidémicas no proceden de las varias qualidades sensibles de los tiempos, ni de la inconstancia de las estaciones del año, ni del predominio del frio, calor, humedad, y sequedad, ni de la variacion de los vientos, & c., sino de una qualidad oculta, ó de un quid Divinum, como lo creen muchos célebres prácticos, poco ó nada tenemos que recelar en dar nuestro voto; pero persuadidos de lo que nos enseña el grande Hyppocrates quasi en todos sus escritos, y en particular en todo el libro tercero de los Aforismos, y en los libros de Enfermedades Epidémicas; nos inclinamos á creer, con los sabios Desmars, Huxam, Grant, y Lepeque, y que las enfermedades epidémicas están sugetas á las leyes generales se la naturaleza como las demás, y que toda su causa pende de la constitucion varia de los tiempos, de la particular y actual del país en donde reina, y de otras muchas circunstancias que omitimos...” (Anónimo 1785: 47).

El miasma es el puente que une el conocimiento religioso con el conocimiento secular, porque en el pensamiento religioso griego estaba sujeto a la impureza física y a la contaminación religiosa. Los médicos son los portavoces de estas contradicciones incapaces de resolverse hasta la culminación del descubrimiento experimental del microbio. Analizar el miasma es investigar las tensiones entre la purificación y la limpieza, el resultado de la creciente secularización de las causas epidémicas¹⁷ que conllevan marcar una profunda frontera entre ambas prácticas.

El principal interés es reflexionar sobre el papel que ha jugado el miasma en el conocimiento médico de la enfermedad. La noción de causa no ha sido siempre un asunto central de la medicina, tal como lo demuestra la escasez de tratados y de reflexiones teóricas en comparación con los estudios clínicos. Sin embargo, en uno u otro sentido ha prevalecido la búsqueda de

una explicación sobre el origen de la enfermedad y de la muerte¹⁸, bien fuera a través de un modo de pensar analógico o religioso.

Es cuestionable admitir el planteamiento de Riese, (Herzlich y Pierret 1984: 133) en el que la noción de causa aparece de forma opuesta a las concepciones médico-religiosas. A nuestro entender no siempre la noción de causa responde a una reflexión opuesta a las concepciones mágico-religiosas. En la misma noción de causa se pueden observar implícitamente explicaciones mágico-religiosas. El miasma, cuando se lo describe sujeto al determinismo cósmico, es un ejemplo que se encuentra entre la explicación científico-racional de causa, a modo de Riese, y la concepción mágico-religiosa de contaminación.

El miasma sustituyó la noción de peste / pestilencia¹⁹. Es el primer intento que la medicina racional propone para recuperar el ambientalismo contenido en la medicina hipocrática, pero sin conseguir superar la tradición galénico-hipocrática en la que la fetidez altera el aire y lo corrompe contribuyendo a la constitución epidémica. Al igual que el concepto de peste, sigue explicando cómo la fetidez altera el aire y contraviene la epidemia.

4.4. El neohipocratismo: contagionismo, anticontagionismo y ambientalismo

En el contexto general de la historia de las ideas en medicina se analizan las tesis contagionistas y las anticontagionistas, para concluir con un resumen del desarrollo de la medicina ambiental, en el cual la doctrina miasmática fue hegemónica. De forma un poco más detallada, en este apartado se observan los problemas derivados de la aceptación de una doctrina miasmática en relación a las posiciones contagionistas y anticontagionistas²⁰. Sobre este punto, tomamos en cuenta los análisis de Erwin Ackerknecht (1948a).

Las fronteras entre el contagionismo y el anticontagionismo, tal como apunta Ackerknecht, nunca han estado demasiado claras. En el análisis de las causas los seguidores del contagionismo han marcado sus diferencias conceptuales, aclarando el modo de propagación y de transmisión de ciertas enfermedades. Sin embargo, los anticontagionistas defensores de una teoría miasmática no excluyeron el carácter contagioso de algunas epidemias, sobre todo en cuanto al modo de propagación se refiere.

Reflexionar sobre la teoría miasmática es un ejemplo ilustrativo para analizar cuáles son las fronteras que se trazan entre las tesis contagionistas y las anticontagionistas. ¿Por qué el contagionismo implícito en la teoría miasmática acabó por socavar a ésta poniendo en peligro el paradigma ambiental de la medicina? ¿Existen diferencias entre el contagionismo y la teoría del contagio que acepta la existencia de semillas y seres vivos invisibles?

Las teorías del *contagium*²¹ y el *contagium animatum*²² empezaron a perder fuerza a principios del siglo XIX y alcanzaron de nuevo todo su esplendor durante la primera mitad de siglo XX²³. En este período, las teorías anticontagionistas ganaron la confianza entre los científicos, entrando finalmente en crisis entre 1870-1880 tras la recuperación de los postulados contagionistas y el descubrimiento experimental del microbio.

Para Ackerknecht (1948a) la sustitución y el éxito del anticontagionismo²⁴ sobre el contagionismo no puede ser simplemente analizado desde un punto de vista internalista, es decir sólo teniendo en cuenta los cambios presentes dentro de la comunidad científica, sino en relación con los acontecimientos políticos y sociales de la época, y sobre todo con el advenimiento de los médicos como profesionales liberales de una nueva fuerza político-social que se afianzaba tras el desarrollo de la salud pública²⁵. Por otro lado, Ehrhard (1957) considera que la corriente contagionista fue rechazada por una razón de Estado, dadas las condiciones de extremo rigor indispensables en caso de peste y por el temor popular que inspiraba esta enfermedad.

Para Ehrhard (1957) los anticontagionistas arguyeron que las causas que producían la peste se debían a: el temor, como efecto propagador del mal; la influencia de las pasiones en la economía animal; y la influencia del mal aire y la mala alimentación, causas físicas consideradas de larga tradición y confirmadas por la experiencia. Además, continuaban las explicaciones astrológicas sobre el origen de la peste, así como la generación por corrupción de miasmas determinada por los fenómenos celestes y las perturbaciones estacionales. Los anticontagionistas defendían (véase Rodríguez Ocaña 1983) la constitución epidémica de la atmósfera y la infección miasmática.

El anticontagionismo no excluía totalmente los postulados del contagionismo. Por un lado, se admitía teóricamente el contagio estableciendo ciertos límites, mientras que por el otro lado, en la práctica, se condenaban las cuarentenas (Ackerknecht 1948a: 569). Ackerknecht (1948a: 588) com-

para algunos fundamentos teóricos del contagionismo y el anticontagionismo y establece seis puntos comunes: la utilización ocasional de información no fiable, la obsesión por la idea hipocrática del aire como medio de transmisión de los miasmas o contagio, la creencia en la unión fundamental de las fiebres, la falacia de una causa simple, el razonamiento por analogía y la mínima utilización de experimentos animales por falta de un método adecuado.

La teoría del contagio fue formulada teóricamente por Girolamo Fracastori en su libro *On contagion*²⁶. En esta obra Fracastori presentó sus argumentaciones en torno a la naturaleza contagiosa de las enfermedades. En el primer libro indicó que el contagio era una infección que pasaba de un individuo a otro. En sus palabras:

“(...) nous dirons que le contagion est une corruption de la substance même du mixte passant absolument semblable de l’un a l’autre, l’infection ayant été primitivement faite dans les particules qui ne tombent pas sous nos sens” (Fracastori 1893: 7).

Este contagio, que se propagaba de un individuo a otro, se dividía en tres clases distintas: la primera, era un tipo de contagio que se manifestaba por el simple contacto entre individuos; la segunda, se transmitía a través de un foco que conservaba los primeros gérmenes del contagio convirtiéndose en una causa de infección; y la tercera, se realizaba a distancia.

El segundo tipo de contagio solía llevarse a cabo mediante la conservación de psoras, tisis, aires y elefantiasis adheridos a los vestidos, los revestimientos de madera u otros objetos análogos. Y el tercero, que se propagaba a distancia, constituía el caso de las fiebres pestilenciales, ciertas oftalmías, las viruelas y otras afecciones parecidas. Fracastori advirtió que todas las enfermedades que se contagiaban a través de un medio como las ropas eran también capaces de transmitirse por contacto, en cambio en el caso de la distancia, no todas las enfermedades podían ser consideradas contagiosas. En el segundo tipo de contagio las partículas que se impregnaban en los objetos perduraban mucho tiempo, mientras que en el contagio a distancia estas partículas tenían la desventaja de ser más débiles y menos resistentes.

Detengámonos por un momento en analizar cuáles eran las características que Fracastori confería al contagio a distancia, que en nuestro caso es

fundamental para averiguar cuál sería más adelante la especificidad contagiosa de los miasmas. Para Fracastori la causa del contagio que se producía a distancia no debía relacionarse con propiedades ocultas sino con una serie de cualidades materiales y espirituales. Las cualidades materiales eran el calor, el frío, lo húmedo, lo seco, la luz, el olor, el sabor y el sonido. Las cualidades espirituales eran la representación y las imágenes de las cualidades materiales, entre las que cabían señalar la claridad y la luz. El olor, la luz o el sonido eran cualidades de segunda clase que tenían la capacidad de conmover los sentidos pero a través de las cualidades espirituales.

Las formas de propagación del contagio a distancia eran el aire y la evaporación. Los primeros gérmenes que penetraban por propagación engendraban otros parecidos por analogía con capacidad de infectar los humores. Otro medio de penetración era la atracción que se producía interiormente en la inspiración por el aliento y la dilatación de las venas. Para Fracastori estos gérmenes eran infinitamente pequeños, resistentes, tenaces, y capaces, cómo no, de ser transportados por el aire.

En la *Relación* de Masdevall se combina la tradición hipocrático-galénica de la corrupción del aire y la teoría del contagio de Fracastori. Como ejemplo transcribimos esta larga cita de su *Relación* (Masdevall 1786: 109-110):

“De esto se sigue, que quando en una Poblacion, Fortaleza ó Navio se encuentra uno ó muchos enfermos acometidos de estas calenturas, queda el ambiente y atmósfera de los quartos que habitan, cargada de los vapores y exhalaciones corrompidas que despiden sus cuerpos, y por consiguiente los que respiran aquel ayre, los que sirven á los enfermos, y los que permanecen en sus quartos reciben un ayre corrompido con los vapores, no solo por el pulmon, sino también por el estómago, y por el hábito del cuerpo, por cuyos médios las exhalaciones sépticas se introducen en la masa de la sangre, la corrompen, la quaxan y la disuelve, é inducen en los asistentes la misma calentura, á que contribuye tambien la mayor ó menor disposicion que tienen á ella, y la mayor ó menor malignidad y cantidad de los humores, el mayor ó menor número de enfermos en las salas y habitaciones, y la mayor o menor crasitud, densidad y corrupcion del ambiente, y este es el modo de hacerse contagiosas las calenturas”.

Este medio de transmisión constituye la dimensión contagiosa de los miasmas, que tan largamente será repetida en las definiciones de los diccionarios y enciclopedias de medicina, tal como podremos analizar más adelante en este mismo capítulo.

Ehrard (1957) y Nutton (1983) consideran que existen precedentes del contagio antes del tratado sobre el contagio de Fracastori. Para Ehrard la idea de que gérmenes o semillas eran las que contagiaban la peste, rechazada como una doctrina ridícula e inimaginable por la mayoría de médicos hasta la segunda mitad del siglo XIX, contó con algunos precedentes antes del siglo XIV. Nutton, siguiendo la hipótesis formulada por Karl Sudhoff en las conclusiones de un artículo publicado en 1915 donde argumentó que Galeno prefiguró la célebre teoría de las semillas de Fracastor, propone desarrollar estas observaciones y mostrar cómo Galeno²⁷ reflexionó sobre las semillas en el contexto del contagio y las enfermedades comunicables.

Lo más interesante del artículo de Nutton es la hipótesis que plantea: antes de la teoría del contagio de Fracastori existieron precedentes en la antigüedad de la idea que las semillas transmitían ciertas enfermedades epidémicas, contrastando con las tendencias de algunos historiadores de la medicina que admiten por lo general que la idea de contagio se extendió a partir del Renacimiento.

Aunque la teoría de las semillas nunca llegó a ser totalmente demostrada por Galeno, lo interesante es analizar en qué circunstancias Galeno se preocupó por explicar la existencia de semillas en ciertas enfermedades. Se trataba de analizar lo invisible, pues los médicos de la antigüedad no llegaron nunca a ver las semillas. Pero la explicación de lo invisible se argumentaba a través de analogías metafóricas y lógicas. Esta hipótesis de las semillas tenía el inconveniente de perder importancia en la práctica médica con el paciente.

Para Nutton (1983) la analogía de las semillas le permitía explicar a Galeno que el objeto sugerido era una entidad viva, que era muy pequeño y que contenía en sí mismo la potencialidad de su crecimiento. Además encajaba perfectamente con la cosmología epicurea y metodista donde el mundo natural se consideraba formado por un constante flujo de átomos que se movían en el vacío, y en el cual el cambio y la innovación estaban siempre presentes. Sin embargo, Nutton señaló que hasta el Renacimiento no se volvió a formular la hipótesis de las semillas, cuando los escritores renacentistas escri-

bieron sobre la plaga o la epilepsia incluyendo el contagio en sus explicaciones y deteniéndose a menudo en el examen del modo de acción y de transmisión epidémica.

En un principio, la hipótesis de las semillas era complementaria a la teoría del mal aire o corrupción del aire. A pesar de que Galeno defendiera la existencia de semillas en ciertas enfermedades epidémicas defendió la idea de la incidencia del aire corrupto en el origen de las enfermedades. Este principio hipocrático no fue jamás abandonado, a pesar de proponerse otro tipo de explicaciones. Incluso esta argumentación, que se basaba en un fondo experimental incipiente, fue ampliamente reconocida por los médicos árabes, entre ellos Avicena, que preferían ese tipo de explicación a la de las semillas. Con la formulación teórica del contagio por parte de Girolamo Fracastori, las dos posiciones llegaron a complementarse, sobre todo cuando se trataba de explicar el contagio a distancia, en el cual el aire jugaba un papel fundamental como medio de transmisión.

Pero si la hipótesis de las semillas presentada por Galeno perdía importancia en la práctica médica con el paciente, más adelante esta hipótesis se utilizó para modificar la práctica clínica que el médico ejercía con sus pacientes. Como señala Rodríguez Méndez (1888: 68) en su discurso sobre el *Concepto de infección y de la desinfección* :

“(…) todo enfermo que sufra un padecimiento infectivo, por lo mismo que es un foco de donde brotarán semillas, debe ser visto por el médico clínico, no como un paciente individual, aislado (defecto harto común), sino como un ser que vive en relación permanente con diversidad de sustancias y sujetos aptos para ser contagiados”.

El cambio fundamental en la orientación de la hipótesis de las semillas se debe a la influencia del paradigma ambientalista.

La corrupción del aire podía explicarse a través de las semillas o de los miasmas. En el primer caso se insistía en la existencia de un ser vivo o animal invisible, en el segundo se defendía la idea de la formación de vapores o exhalaciones procedentes de materia en descomposición. ¿Qué ocurre cuando se admite la existencia de corpúsculos en las exhalaciones miasmáticas? ¿Qué

diferencias hay entre los miasmas propiamente dichos (exhalaciones, vapores) y los miasmas líquidos y sólidos que arrastran la materia en descomposición diluida en la atmósfera? ¿Qué afinidades tienen los corpúsculos y las semillas? ¿Cuándo se comienza a incluir, por parte de algunos autores, la existencia de corpúsculos en las exhalaciones miasmáticas que corrompen el aire? ¿Se puede aceptar que la teoría miasmática se encuentra a caballo entre la teoría contagionista y la anticontagionista, permitiendo el desarrollo de un paradigma ambientalista, porque asume el principio contagioso e infeccioso de las enfermedades?

La aceptación de la hipótesis de las semillas no siempre excluye la constatación de vapores y exhalaciones miasmáticas. La adopción de esta hipótesis permite explicar el modo en cómo se produce el contagio a partir de la existencia de un ser vivo invisible que tiene la fuerza para reproducir la enfermedad. Constituye una forma de saber cómo se regeneran los venenos, es decir el agente infeccioso. Por ejemplo, en la *Relación de las epidemias de calenturas pútridas y Malignas* de Masdevall (1786), donde se admite la existencia de semillas en la ropa y los cuerpos de los soldados “(...) las cuales después por el concurso de varias causas y circunstancias, llegan á adquirir la venenosidad y actividad necesarias para poder producir semejantes enfermedades” (Masdevall 1786: 24), se observa esta cuestión.

Pero Masdevall (1786: 49) también está de acuerdo en que las calenturas pútridas y malignas son :

“(...) efecto de la putrefaccion de nuestros humores y de la masa de la sangre, cuya diversidad y diferente modo de producirse, debe solo tenerse por un distincion individual á la que contribuyen el diferente estado de la atmósfera, la disposicion peculiar y temperamental de cada uno de los enfermos, y la mayor ó menor venenosidad y corrosión de los vapores sépticos y malignos, que introducidos en nuestros cuerpos nos causan las expresadas enfermedades”.

La contagiosidad de las enfermedades, tal como se observa, pasa siempre por un principio que se desarrolla y se regenera en el cuerpo humano.

La aceptación de ambas explicaciones causales por parte de Masdevall, la de las semillas y la de las exhalaciones pútridas o miasmas a la hora de ex-

plicar la causa de esta calentura, se hace más evidente cuando se trata de recomendar qué tipo de medio debe utilizarse para cortar el mal, combinando la cuarentena con la purificación del aire a través de sahumeros. Es interesante resaltar que Masdevall consideraba que los miasmas también se llevaban en los vestidos²⁸ y las alhajas, haciéndose todavía más difícil la distinción entre miasmas y semillas.

A raíz de los análisis de la documentación médica, podemos afirmar que los miasmas se encuentran a caballo entre los postulados contagionistas y anticontagionistas, precisamente porque explican el contagio a distancia asociado a la corrupción del aire. Por un lado, se adecuan al tercer tipo de contagio que Fracastori propone en su teoría contagionista, donde el contagio se establece a distancia, y por el otro, reconocen la corrupción atmosférica de las epidemias. ¿Por qué entonces el miasma aglutinó las nociones de contagio y de infección cuando la mayor parte de los médicos aceptaban el carácter infeccioso del miasma?

Se pueden barajar varias hipótesis al respecto. En primer lugar, que los miasmas introducían una nueva interpretación de la noción de contagio a través de la dimensión infecciosa. Se aceptaba la contagiosidad de ciertas enfermedades para explicar la regeneración del elemento infeccioso. Otra hipótesis parte de Herzlich y Pierret (1984: 139) en la que plantean que en el lenguaje popular contagio era sinónimo de peste, y por ello la elección del término de miasma permitía eliminar en él la carga peyorativa de peste, a través de un lenguaje especializado centrado en marcar las distancias entre un saber profano y un saber docto. Una tercera hipótesis responde a la idea que la difusión de los miasmas sirvió para soslayar el miedo colectivo que se avecinaba con la simple evocación de la palabra peste²⁹. Una cuarta hipótesis es que los miasmas se empleaban para explicar la existencia de otro tipo de enfermedades epidémicas como la fiebre amarilla, el tifus o el cólera³⁰ cuando la peste comenzaba a ser erradicada de Europa.

A raíz de un análisis más minucioso, no se puede admitir que los miasmas pertenezcan únicamente al discurso de las tesis anticontagionistas, porque conservan la contagiosidad en su propagación, y porque legitiman un análisis ambiental de los fenómenos permitiéndoles a los médicos barajar factores múltiples para explicar la formación de las epidemias. Los miasmas, que son vapores y efluvios volátiles procedentes de materia en descomposición o

de emanaciones de enfermos, son el resultado de las alteraciones atmosféricas y cósmicas³¹. En un principio, el italiano Lancisi (1654-1720), influido por las ideas de los iatroquímicos³² sobre la fermentación, consideró que los vapores exhalados de los pantanos, una vez en la atmósfera podían trasladarse y originar diversos estados de morbilidad (véase Urteaga 1980b).

Los miasmas gozaron de una gran aceptación durante todo el siglo XVIII y la segunda mitad del siglo XIX. Luis Urteaga (1980a) señala que, gracias a los avances de la química a finales del siglo XVIII, los médicos se preocuparon por determinar de qué tipo de naturaleza eran los miasmas. Gracias a estas observaciones y a una experimentación incipiente, se trató de precisar qué eran los miasmas más allá de una explicación fundamentada en la analogía entre el ambiente y la enfermedad. Ya no era suficiente explicar por qué, cómo, dónde y cuándo se formaban los miasmas, sino de qué naturaleza estaban formados. Fruto de estas teorizaciones se desarrollaron prácticas fumigatorias con el objetivo de eliminar los miasmas de la atmósfera (Carrillo, Riera y Gago 1977).

En suma, los miasmas permitían relacionar el estado de las condiciones sociales y las variables ambientales, preocupación que ya comenzó a emerger con los médicos “*novatores*”³³ de finales del siglo XVI y siglo XVII. López Piñero (1989) sitúa los orígenes de los estudios de salud pública en España en el último tercio del siglo XVI. La introducción de nuevos descubrimientos científicos enfrentó la tradición galénica y la corriente renovadora de la medicina renacentista. Este hecho, sumado al creciente papel del poder Real en el terreno sanitario (estudios demográficos, organización de la asistencia médica, prevención de las enfermedades), estimuló la vinculación entre los problemas sanitarios y las condiciones sociales. Esta vinculación tendió a asumir la tradición del ambientalismo hipocrático, y a aplicar un modelo de medicina preventiva.

Los enfrentamientos que se produjeron entre los tradicionalistas y los renovadores fueron el resultado de la acumulación de nuevas observaciones y descripciones, que según López Piñero (1989), desbordaban la interpretación galénica, la crisis del galenismo, y las rectificaciones médicas incapaces de romper con las doctrinas clásicas.

El galenismo humanista, surgido de la nueva corriente del humanismo renacentista, derivó en el movimiento vesaliano y el galenismo hipocratista.

El movimiento vesaliano se vio impulsado por los nuevos conocimientos de la investigación anatómica y la incorporación de la disección de cadáveres, mientras que el galenismo hipocratista convirtió a Hipócrates en el modelo de la ciencia y de la práctica médica, especialmente en la clínica y en el ambientalismo hipocratista. En la última mitad del siglo XVI se produjo una vuelta a argumentaciones escolásticas en el nombre del “galenismo contrarreformista” que se mantuvo hasta la primera mitad del siglo XVII.

La corriente que más nos interesa destacar aquí es la tradición del ambientalismo hipocrático. Según López Piñero (1989), el modelo hipocrático se configuró desde un punto de vista astrológico. La influencia de las conjunciones astrológicas permitían alterar el aire en forma de veneno. En esta corriente cabrían destacar a Miguel Serveto y Pedro Jaume Esteve.

El modelo hipocrático también se vio influido por la experiencia clínica y la aproximación de un enfoque epidemiológico, especialmente posibilitando un interés por el análisis de la contaminación del aire. Al respecto, Miguel Juan Pascual en un tratado escrito en 1555 (López Piñero 1989: 24) apunta que:

“(…) la causa de estas afecciones no puede ser atribuido a las balsas en las que se macera el cáñamo”, sino que en su opinión lo que debe preocupar más son las aguas estancadas que rodean la comarca y los vapores malolientes de las cloacas de la ciudad, “que siempre están abiertas”.

Una buena manera de analizar las diferencias entre el contagio y la infección es a través de la conceptualización que se lleva a cabo en los diccionarios de medicina redactados en los siglos XVIII y XIX a la luz de la teoría miasmática.

En los diccionarios que hemos consultado observamos que el *contagio* es definido como un *acto* (Jaccoud (1864-1886), Dechambre y Lerenboullet (1864-1889), *principio* (Mérat y Lens (1829-1832) o *propiedad* (Bouchut y Despres (1878), o bien una *forma de transmisión* (Nacquart (Dechambre y Lerenboullet 1864-1889) o la *transmisión propiamente dicha* (Littré (1889), Nysten, Bricheateau, Henry, Briand (1848) y Duglison (1865)), característico de una enfermedad determinada que se transmite de un individuo afectado a otro sano a través de un contacto inmediato o mediato, indirecto o di-

recto. El contacto directo se realiza a través del contacto propiamente dicho y de la inoculación, en cambio el indirecto suele darse a través de aquellas personas u objetos que hayan estado en contacto con el enfermo (Jaccoud 1864-1886, Nysten et al. 1848). Cuando el contacto indirecto se produce a distancia el tipo de contagio se considera miasmático. En ese caso las enfermedades miasmáticas se califican de contagiosas. En ese sentido, las diferencias entre los tipos de contagio siguen la teoría sistematizada por Fracastori en la que se distingue el contacto entre personas, el contagio a través de los objetos, y el contagio a distancia.

Existe un acuerdo general en afirmar que las diferencias entre el contagio y la infección o el contagio y el miasma se sitúan en las formas de propagación de la enfermedad. Así por ejemplo, Dechambre y Lerenboullet (1864-1889) señalan que estas diferencias se perciben cuando los miasmas se transmiten a través de la tierra, el aire o el agua, medios incapaces de reproducirse y multiplicarse de manera que sea transmitida a un nuevo organismo, y en cambio el contagio, al reproducirse y multiplicarse en el propio organismo, permite que el primer sujeto afectado pueda emanar el mismo principio y lo contagie a un segundo individuo sano. Cuando los miasmas que infectan un organismo pasan a ser un origen de infección se les denomina contagio.

La forma de propagación característica del contagio continuaba siendo admitida por la mayor parte de los médicos, tal como queda demostrado tras el análisis de las definiciones de los diccionarios de medicina del siglo XIX. Ya Dechambre y Lerenboullet (1864-1889) y Dunglison (1865) advirtieron un cambio en el principio contagioso cuando éste fue absorbido por la infección pasando a ser un modo de acción específica.

Así mismo, la idea que comparten Nysten et al. (1848) y Littré (1889) para diferenciar el contagio de la infección depende también más de su modo de propagación que del principio etiológico. Tal como señala Littré (1889:123):

“la infección difiere del contagio en que la afección contagiosa, una vez producida, no necesita para propagarse, la intervención de las causas que le han dado origen; se reproduce en cierto modo por sí misma, por contacto, é independientemente (hasta cierto punto) de las condiciones atmosféricas; mientras que la infección, debida á la acción que las sustancias animales y vegetales ejercen sobre el aire ambiente, no obra más que en la esfera del foco de donde emanan los miasmas morbíficos”.

Por otro lado, Jaccoud (1864-1886) sitúa las diferencias entre contagio e infección en la especificidad de los focos morbíficos: en el caso de que las emanaciones provengan de los enfermos y lo comuniquen a uno sano se habla de contagio. Si por el contrario la contracción de la enfermedad no se da necesariamente de un individuo enfermo a uno sano, sino que se produce por las emanaciones pantanosas (fiebres intermitentes) o por la aglomeración de individuos sanos (escorbuto) se habla de infección.

Las diferencias entre el contagio e infección también han sido debatidas en algunas memorias y discursos. Nos referimos especialmente al discurso de Rafael Rodríguez Méndez (1888) sobre el *Concepto de la infección y de la desinfección* y la memoria de Josef Antonio Balcells y Camps (1832) sobre *La infección en general y el contagio en particular, y sobre los varios desinfectantes que debe haber*. En ambos escritos se señalan las dificultades que existen para distinguir el contagio de la infección.

Para Balcells y Camps la confusión entre infección y contagio ha repercutido en considerar la infección como el modo de transmisión de una enfermedad por contagio o por miasmas. No obstante, para él la infección es "(...) el daño que causan las sustancias desprendidas ya sea del cuerpo de los enfermos, ya sea de cualesquiera otras materias animales ó vegetales que se descomponen" (Balcells y Camps 1832: 5). Se considera esta sustancia activa una materia gaseosa, líquida o sólida, que en el caso que sea imperceptible se la conoce con el nombre de miasmas, y en el caso de que sea una materia líquida, perceptible y contagiosa es reconocida como un virus. Que los miasmas sean o no contagiosos dependerá de dos factores: de la acción de descomposición de la materia, que tiene que ser electroquímica, y del lugar de procedencia de la infección. En el caso de que los miasmas sean el resultado de emanaciones que no provengan del cuerpo humano entonces no se puede hablar verdaderamente de una infección contagiosa.

Pero lo más interesante a destacar es que Balcells y Camps (1832) admite sin reservas las tesis contagionistas. Reconoce sin lugar a dudas la especificidad contagiosa del cólera y critica las posturas adoptadas por los anti-contagionistas. Los efectos tan terribles que produce la introducción de algo tan pequeño se deben, a su parecer, a la acción electroquímica a la que se ven sometidos los contagios. Por eso, los miasmas que no reciban una electricidad accesoria perderán su fuerza, sobre todo si recorren largas distancias.

Rodríguez Méndez (1888) lejos ya de las influencias cósmicas que causan la infección, rechaza el valor etiológico de la medicina y acepta las verdades reveladas por la experimentación. Con ello quiere decir, que se interesa más por la medicina como una ciencia empírica que como una ciencia especulativa. Sin embargo, precisamente en este discurso, Rodríguez Méndez se ocupa de la infección como metáfora de la corrupción moral. Por ello señala que “(...) por extensión del significado: alterar, corromper, viciar, envenenar, lo mismo en el concepto material (aqua infecta), que en el moral, intelectual, sociológico (a more infecta)” (p.38). Y esta correlación entre la corrupción orgánica y la moral se acompaña de un paralelismo entre la invasión que se lleva a cabo en la guerra y la de los parásitos: “el proceso guerrero sigue paralelo, entre esta infección sociológica y la morbosa, puede ser muy largo y detallado” (p.38).

Pero dejemos ahora a un lado las metáforas de la guerra en torno a las epidemias y volvamos a lo expuesto más arriba donde señalábamos que los médicos se preocuparon por descubrir de qué naturaleza estaban formados los miasmas. El fracaso de la teoría miasmática tiene una estrecha relación con el avance de la experimentación en el terreno de las ciencias médicas. Para Rodríguez Méndez (1888) la experimentación supera a la “tímida y pasiva observación”. Los éxitos de la química no consiguieron determinar la naturaleza de los miasmas porque el dominio olfativo de sus exhalaciones impedían romper el determinismo perceptivo que lo definía. No fue hasta la consolidación del paradigma bacteriológico, incipiente en el contagionismo que dominaba a los miasmas, que la doctrina miasmática llegó a su fin. Encontraremos más respuestas a la hora de analizar el paradigma de la medicina ambiental.

La medicina ambiental surgida a finales del siglo XVII se interesó en analizar los agentes meteorológicos y los factores ambientales responsables de las enfermedades epidémicas. Riley (1987) ha investigado cómo la medicina ambiental generó mecanismos de control sobre el espacio público para mejorar la salud de la población: en Europa se impulsaron construcciones hidráulicas de drenaje, obras de saneamiento, etc., controladas y financiadas por el monarca o por entidades privadas. Por eso, para analizar el desarrollo de la urbanización y de la industrialización, Riley (1987) nos ha propuesto seguir de cerca las influencias de los médicos ambientalistas.

El ambientalismo, al introducir el estudio de varios factores en el análisis de la constitución epidémica, tuvo en cuenta observar cómo la atmósfera influía en el individuo así como el individuo en sociedad influía en el ambiente. Esta nueva concepción que ponía en consonancia las implicaciones sociales y atmosféricas permitió el nacimiento de los estudios de salud pública (López Piñero 1989), y los primeros estudios epidemiológicos (Biraben 1984).

El pensamiento médico ambiental³⁴ estuvo representado por Sydenham (1624-1689), cuya aportación más significativa fue la recuperación de los postulados hipocráticos donde se consideraban las variaciones ambientales las responsables del nacimiento de las enfermedades. El neohipocratismo de finales del siglo XVII incorporaba a los postulados hipocráticos la observación y la contabilización de los elementos que configuraban el hábitat humano, la adquisición de las matemáticas en la medición de la correlación entre los factores ambientales y la enfermedad, la innovación de la meteorología, y el antropocentrismo como movimiento que transfería al hombre la capacidad de control sobre la naturaleza.

Riley (1987) analizó las hipótesis formuladas por los historiadores que explicaban las causas del descenso de la mortalidad durante el siglo XVIII, reconsiderando la hipótesis barajada por McKeown y Brown, aunque rectificándola en parte. En esta nueva hipótesis introdujo la idea de que las medidas preventivas aplicadas en beneficio de la salud pública produjeron un mejoramiento del medio ambiente que contribuyó a una disminución de la mortalidad. Riley (1987) analizó los supuestos causales del parangón ambiente/enfermedad basados en analogías materiales fundamentadas en la observación empírica.

La utilización de los términos “correlación” y “correlativo”, por parte de los médicos ambientalistas, sugirieron la búsqueda de algún grado de causalidad entre el fenómeno ambiental y la enfermedad epidémica. La analogía, la observación y la acumulación de datos fueron los instrumentos de las ciencias empíricas donde la matemática jugó un papel muy importante tanto en la medicina como en otras ciencias del saber centradas en la recopilación y almacenamiento de datos sobre los hechos. Esta corriente favoreció la acumulación y recogida de datos³⁵ de las variaciones ambientales y atmosféricas para analizar cuáles eran sus efectos en el estado de salud de la población.

4.5. Las ciencias “médicas” auxiliares de la medicina ambiental: la geografía médica, la sociología y la antropología

Las ciencias auxiliares ocupan un lugar destacado en el desarrollo de la medicina ambiental, sobre todo la geografía médica, la antropología y la sociología. En especial nos fijamos en la importancia que han significado estas ciencias en la producción de las topografías médicas. Hemos decidido escoger de entre las topografías médicas consultadas, la topografía médica³⁶ del pueblo de García (Tarragona) porque sistematiza este interés por las ciencias auxiliares en el contexto de la medicina ambiental. Su autor es el médico barcelonés Enrique Raduá y Oriol, que en 1892 fue elegido socio corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona a raíz de su presentación de esta topografía con la que obtuvo el premio en el certamen del mismo año.

La introducción al manuscrito, donde justifica la exposición de las topografías médicas y la importancia de la ciencia geográfico-médica para el desarrollo de la higiene, es lo suficientemente representativa como para considerarlo un ejemplo capaz de sintetizar el pensamiento médico ambiental. No insistiremos más en la importancia de la corriente de producción literaria médica de las topografías médicas en el paradigma ambiental, que tan bien ha sido analizado en la tesis de licenciatura de Luis Urteaga (1980b).

El punto de partida de la topografía de Enrique Raduá constituye una reflexión sobre el lugar que ocupan la ciencia universal (higiene) y la ciencia particular (geografía médica). Para él las ciencias particulares forman parte de la ciencia universal y son más apreciables cuando el enciclopedismo se vuelve cada vez más difícil. Así el enciclopedismo como medio de acumulación de conocimientos es salvable gracias a la constitución de las ciencias particulares que constituyen el conocimiento parcial de lo que es la ciencia universal³⁷.

Para Raduá “la higiene en su sentido más amplio, comprende el universo entero, en tanto que diversas partes de este son capaces, directa ó indirectamente, de obrar sobre los seres vivos”³⁸. No obstante, el autor enfatiza que es desde una ciencia particular como la geografía médica desde donde se obtiene un mejor conocimiento orgánico. Además esta ciencia, aunque sea particular, persigue el mismo objetivo que la higiene.

Las ciencias las divide en: lógica y matemáticas (ciencias fundamentales a priori de Schopenhauer), geográfico-médica, físico-naturales, antropológicas, biológicas (patología, terapéutica...), históricas, morales, políticas y sociológicas.

La utilidad de la ciencia geográfico-médica está por encima de las demás y hace que éstas guarden una relación de dependencia. Precisamente destaca que el higienista “dominando los conocimientos geográfico-médicos puede dar cuenta de las grandes evoluciones de los pueblos...” (p.53), y sobre todo puede resolver el problema de la producción y el consumo. Es al higienista a quien se le atribuye la capacidad de comprender todos los actos humanos y resolver sus problemas.

Es evidente la influencia del determinismo geográfico en el pensamiento médico de Raduá. Las topografías médicas constituyen un ejemplo de esta corriente médica que relaciona las variables ambientales y el estado de morbilidad de los individuos. Pero el pensamiento ambiental no descuida la incidencia de los factores sociales y antropológicos en la constitución epidémica. Por ello, se preocupan por aspectos como el análisis de las condiciones sociales, la demografía, el matrimonio, el suicidio, las costumbres, las razas, entre otros.

En sus reflexiones antropológicas parte de la idea de que el hombre es uno, y a pesar de que muchos autores (que no nombra) defiendan la idea del origen múltiple, el autor admite los estudios de los antropólogos³⁹ que deducen que el hombre es uno, a pesar de sus diferencias. Estas diferencias no se manifiestan en su origen⁴⁰ sino en su distribución, así se puede hablar de la condición geográfica del hombre, que como señala el autor al comparar la vida de los hombres de los polos y el de los trópicos dice que “donde mayor se demuestra el choque de las condiciones cósmicas se verán los mejores ejemplos de una completa y acabada distinción en la vida de sus moradores” (p.14). No obstante, estas diferencias, marcadas por la condición geográfica, y a su vez climática, y ultimadas por la diferenciación étnica tienen en común su salvajismo. Razón por la cual el autor confiere mayor atención a las semejanzas que a las diferencias.

Al considerar la particularidad del hombre⁴¹ frente al resto de los animales en el “reino humano” que analizan los biólogos naturalistas, el hombre forma una entidad específica que, a pesar de su funcionalidad orgánica, se

distingue por su capacidad de “limar las asperezas propias del estado natural” (p.27) a través de la civilización⁴². De ahí que el estudio del hombre atienda los aspectos psicológicos así como los funcionales. Por eso,

“desconocidos la anatomía, la fisiología y la psicología, desaparece de nuestra vida el sujeto de estudio siendo inútil por tanto buscarle una perfectibilidad que no habíamos de encontrar por falta de guía en tan intrincado dédalo” (p.50).

El dominio del hombre a través de la civilización, instrumentalizado por el progreso de la educación y el cultivo de los hombres con un fin concreto, escapa ante la influencia del clima, de los agentes meteorológicos que inciden en el temperamento, de las pasiones, como también de su estado patológico.

El clima es por antonomasia el agente que se debe vigilar para medir la capacidad que tiene para influir en las enfermedades del hombre. Y para tener un mejor conocimiento de cómo el clima influye en el hombre el autor recurre a la ciencia geográfico-médica, que a pesar de que como él dice “se halla en su periodo de formación”, es la que tiene mayor capacidad de proporcionar un mejor conocimiento orgánico.

El determinismo geográfico del hombre lo analiza a través del clima, que según él, reúne las siguientes condiciones: temperatura, humedad, presión atmosférica, suelo, alimentos, etc. Adopta la definición de Claude Bernard⁴³ de que “la vida resulta de un conflicto, de una relación estrecha y armónica entre la condiciones exteriores y la constitución preestablecida del organismo” (p.11).

La determinación geográfica en la constitución epidémica es mayor que el factor de raza y la condición social. Esta dependencia geográfica y ambiental no explica por qué los miasmas atacan con mayor virulencia en ciertos sectores sociales o ciertos pueblos. Por ello se interesa en considerar la variable de la raza, que aunque no condiciona de la misma manera que el clima, es necesaria tenerla en cuenta para explicar las diferencias de receptividad individual hacia ciertas enfermedades epidémicas y endémicas. El clima constituye el condicionante por excelencia que prevalece sobre cualquier otro, así por ejemplo Raduá expone que dos razas bajo las mismas condiciones climá-

ticas tienen las mismas enfermedades. Otros factores que Raduá tiene en cuenta para describir la variedad de enfermedades endémicas y epidémicas son la condición del país, y la latitud, siendo la latitud inversa a la mortalidad.

Lo novedoso de la topografía de Raduá es la presentación detallada de las diversas aportaciones de la antropología, de la sociología y de la geografía médica en el campo de la medicina, con el fin de obtener un conocimiento integral del estado de salud de la población. En las demás topografías médicas analizadas no se han encontrado sistematizadas de forma tan precisa las aportaciones de estas denominadas “ciencias particulares”. El reconocimiento de estas ciencias se ha puesto de manifiesto a la hora de realizar las topografías médicas, pues éstas no son más que investigaciones empíricas de tipo sociológico, antropológico y geográfico.

Analizar la estructura interna que los médicos adoptan para redactar estos informes nos revela sus aportaciones en el campo del conocimiento social, antropológico y geográfico de una población concreta a través del estudio de sus condiciones atmosféricas, geográficas, históricas y sociales⁴⁴. Como consecuencia del impulso tomado por el desarrollo de la higiene, rama de la ciencia médica enfocada a preservar la salud pública, las topografías médicas se convirtieron en un material empírico fundamental para conocer las incidencias de las condiciones socio-ambientales en el estado de morbilidad de la población.

4.6. El condicionamiento atmosférico en la constitución epidémica

El determinismo climático, en particular, y atmosférico, en general, es evidente en las topografías médicas y en los tratados de higiene. Especialmente el aire, tal como hemos señalado al principio de este capítulo, ha sido reconocido como la causa y el medio de transmisión de las enfermedades: “(...) toda enfermedad depende siempre de la influencia mal dirigida del aire (...)” (Monlau 1857: 3).

Si atendemos por un momento la estructura interna que siguen los tratados de higiene, en el apartado dedicado a la “atmosferología” (Monlau 1857: 13) o a la “mesología pública” (Giné y Partagás 1880, 1882), el aire ocupa un lugar tan destacado en el análisis de las condiciones que afectan el estado de salud como el clima.

Giné y Partagás (1880, 1882) describió los grandes avances en el estudio del aire, desde Torricelli hasta Mayow, Boyle, Halles y Salton. Para él los descubrimientos que se llevaron a cabo a principios del siglo XVIII en la teoría física del aire confirieron un impulso renovador a la higiene que se perfeccionó durante el siglo XIX⁴⁵. Gracias a :

“la noción más precisa de la composición del aire, la perfección de los medios eudiométricos, el descubrimiento de las leyes de los fluidos imponderables: electricidad, calórico y lumínico, y los adelantos de la Química analítica, he aquí otros tantos puntos de partida del perfeccionamiento de la Higiene de nuestros días” (Giné y Partagás 1880: 52).

El aire es inodoro (Monlau 1857: 13) en su estado puro, pasando a ser un aire viciado (Giné y Partagás 1880: 64) o confinado cuando se altera. Estas alteraciones se deben al hidrógeno sulfurado de las aguas pantanosas, los ríos o las lagunas, las modificaciones de la respiración de los animales o la combustión, y el óxido de carbono (Giné y Partagás 1880: 64). Como ejemplo, Giné y Partagás 1880: 65-66) nos demuestra que en un recinto donde respiran muchas personas :

“(…) unido al tufo que se percibe al penetrar en la estancia, prueba que el cuerpo despiden principios orgánicos capaces de insalubrir la atmósfera y de ocasionar el desarrollo de diferentes afecciones de carácter tífico”.

Para Monlau (1857) el aire se vicia o altera por la sustracción de oxígeno, la incorporación de gases, vapores o emanaciones deletéreas y por “la adición de cuerpillos irritantes que obran mecánicamente”. Y por ello “...el aire no renovado ó que ya ha sido respirado, pierde su oxígeno, quedando en él azoe y ácido carbónico en gran copia, gases que son impropios para la respiración” (Monlau 1857: 34).

Las propiedades perjudiciales del azoe y del ácido carbónico quedan paliadas con la ventilación, la purificación del aire y la existencia de ozono en la atmósfera, cuyas propiedades desinfectantes actúan como purificador del aire neutralizando “el hidrógeno sulfurado y los miasmas orgánicos” (Giné y Partagás 1880: 116).

Giné y Partagás y Monlau no comparten la misma opinión sobre las propiedades odoríferas del ozono, calificándolo el primero de “gas inodoro” y el segundo de “oliente”. Sin embargo, las dudas se disipan al reconocer el carácter maloliente de los miasmas.

Al comparar los miasmas y la peste advertimos que ambos elementos comparten la misma facilidad para ser detectados olfativamente⁴⁶ y la misma capacidad para propagarse por el aire. Estas características juegan un papel primordial, tanto en las posturas defendidas por los médicos que aceptan que la corrupción del aire es la responsable de la constitución epidémica, como en el origen de las creencias relativas a la formación de las enfermedades colectivas.

Como categorías culturales miasma y peste difieren en el orden que construyen dentro de las relaciones sociales, según se establezcan durante o fuera del periodo de epidemia. En la peste se advierte el terror colectivo⁴⁷ de sus devastadores efectos. La peste evoca los mecanismos de aislamiento de los apestados, así como los cambios necesarios que aseguran la erradicación de la enfermedad. Sus efectos, reconocidos por las altas tasas de mortalidad, se comparan a los de otras epidemias, extendiéndose el calificativo de peste a todas aquellas epidemias cuyas consecuencias se asemejen a ella.

Existen los apestados, los pestíferos. Por el contrario, no existen los enfermos miasmáticos. Los miasmas avisan de la presencia de un foco infeccioso. Las exhalaciones que resultan de los vapores mefíticos permiten demarcar geográficamente los lugares susceptibles de aislamiento y de limpieza.

El hedor que caracteriza a los miasmas y a la peste configura un mapa olfativo de las ciudades y de los pueblos. La localización geográfica de los miasmas en cementerios, pantanos, hospitales, cárceles y calles influye en la construcción de un nuevo orden espacial que pretende no sólo eliminar la exhalación de estos vapores sino la constitución de los mismos.

A medida que avanzan los resultados de las investigaciones experimentales sobre la naturaleza química de los miasmas, y aumenta la aceptación de la naturaleza orgánica de los mismos, el sentido olfativo comienza a perder fuerza en el dominio científico. Sin embargo, el mal olor de los miasmas continúa siendo un signo de vigilancia médica para determinar el diagnóstico de ciertas enfermedades⁴⁸. La particularidad hedionda de los miasmas se deja de lado con mayor frecuencia a medida que la especificidad orgánica de la ma-

teria que constituye su naturaleza gana terreno como explicación científica en la inconsistencia teórica de sus exhalaciones.

Una de las facetas más interesantes a la hora de estudiar el miasma es hacer hincapié en su capacidad nociva de infectar el aire, y en concreto en su propiedad mefítica y hedionda que lo caracteriza. Atender a la fetidez del aire es enfrentarse a una evidencia práctica que vinculaba la fetidez a la enfermedad y la muerte.

Para finalizar este apartado queremos recordar que Giné y Partagás (1880: 158) distingue tres tendencias a la hora de definir a los miasmas. La primera tendencia considera que los miasmas son:

“moléculas tenuísimas desprendidas de los seres orgánicos, en estado de salud o de enfermedad, las cuales suspendidas en el aire, son capaces de dar lugar al desarrollo de estados patológicos de índole más o menos determinada”.

La segunda corriente expresa que los miasmas son “emanaciones moleculares, no gaseosas, del cuerpo de los animales, sanos ó enfermos”. Y para finalizar, la tercera tendencia reconoce a los miasmas como “emanaciones de hombres ó de animales enfermos, susceptibles de ocasionar un estado patológico análogo”.

Estudiar los miasmas pone en consonancia una larga tradición que vincula el ambiente y la enfermedad, estimulando un conocimiento práctico que apuntaba a la búsqueda de explicaciones racionales. Pero pasemos a analizar más detalladamente qué es lo que los médicos entienden por miasmas a partir del análisis de los diccionarios y enciclopedias de medicina de los siglos XVIII y XIX.

NOTAS

- 1 Se ha utilizado la traducción de Littré porque presenta la versión original en griego, y además ofrece un índice de los términos más destacados. En el volumen 10 de las obras de Hipócrates se señala que el término de miasma aparece en el tratado de los vientos en dos ocasiones: la primera, en el apartado cinco dedicado al aire como causa de las enfermedades, y la segunda, en el apartado seis centrado en el aire como responsable de las fiebres epidémicas y pestilenciales.

A continuación transcribimos los dos párrafos donde aparece *miasma*:

“5. (*L'air est la cause des maladies*). Ainsi donc il est dit que tous les animaux participent grandement à l'air; maintenant il faut exposer sans délai que, selon toute vraisemblance, la source des maladies ne doit pas être placée ailleurs, alors qu'il entre dans le corps, soit en excès, soit en défaut, ou trop à la fois ou souillé de miasmas morbifiques. Les remarques me suffisent pour la chose en général; maintenant, arrivant aux faits mêmes dans la suite de ce discours, je vais montrer que toutes les maladies en naissent et en procèdent” (Littré 1849: 97).

6. (*L'air est la cause de la fièvre*. Il est la cause de la fièvre épidémique ou pestilentielle). (...). Lors donc que l'air est infecté des miasmes qui sont ennemis de la nature humaine, les hommes sont malades; quand, au contraire, l'air devient sin propre à quelque autre espèce humaine, les hommes sont malades; quand, au contraire, l'air devient impropre à quelque autre espèce animale, c'est celle-là qui est frappée” (Littré 1849: 99).

- 2 Fundamentalmente Parker se basa para llevar a cabo este análisis en el noveno libro de las leyes de Platon y las Tetralogías escritas por Antífonas.
- 3 Parker recomienda los estudios de Frazer (1969), Douglas (1991), especialmente el de Evans Pritchard (1977).
- 4 Parker distinguen dos tipos de purificaciones: una *purificación espontánea* que corresponde a las expulsiones del cuerpo (excreciones y menstruación), y una *purificación artificial* que se aplica cuando el desequilibrio de los humores induce a una enfermedad.
- 5 Temkin (1977: 458) nos presenta el siguiente ejemplo: “*Apollo sent the plague upon Thebes because Oedipus, the King, had killed his father and married his mother, so that a pollution, a miasma, infested the land. The ideas of a disease caused by a foul deed, and of a disease defiling the sufferer, were almost interchangeable*”.
- 6 Pigeaud señala la resistencia que los médicos griegos demostraron a la hora de admitir la propagación de las enfermedades en el espacio geográfico. Por ello, admite que “*D'Hippocrate à Galien, en passant par Asclépiade, on trouve la même conviction et la même répugnance à admettre la circulation*” (Pigeaud 1981: 226-7).
- 7 Una descripción general del aire como la encontramos en *El libro primero de las epidemias* de Hipócrates (Piquer 1987: 78): “Por ayre entendemos un cuerpo fluido, y sutil, que ocupa el espacio que hay desde la superficie de la Tierra, hasta los Astros”.
- 8 Para Anick Le Guérer (1988) los términos de *loimos* y *pestis* designan una plaga. Siendo la peste la epidemia más mortífera y larga en la historia de Europa, pervive en el inconsciente colectivo el miedo a la peste.
- 9 Consúltense las traducciones de José Alsina en catalán (Hipócrates 1972-1976), y en una versión más reciente la española de García Novo (Hipócrates 1986). También es de gran interés la reinterpretación de Andrés Piquer (1987).
- 10 Prefiero utilizar el término de secularización en vez del de medicalización porque trato de abordar el concepto de miasma más desde el campo de la epistemología que desde el de la política. Consciente de la limitación del concepto de secularización he considerado más relevante en este apartado utilizarlo para enfocar la culminación de un proceso de racionalización del origen de la enfermedad por parte del conocimiento

médico. Ello no significa ni mucho menos que soslaye el tema de la medicalización en este trabajo.

- 11 La medicina se convierte en el saber experto que aconseja al gobernante cómo manejar el cuerpo social y mantener las políticas de salud. A este proceso Foucault lo denomina “medicalización”. Foucault (1979) había advertido ya que el siglo XVIII fue un periodo importante en el desarrollo de las políticas de salud, sobre todo de 1720 a 1800. En la lucha contra las epidemias se distinguían las siguientes políticas de salud: 1) el desplazamiento y la prevención; 2) el desdoblamiento de la noción de salud (el antinomio de enfermedad por un lado, y el conjunto de datos observables por el otro); 3) la determinación de variables que caracterizan a un grupo, como son las tasas de mortalidad, la esperanza de vida, etc.; 4) el desarrollo de intervenciones terapéuticas en el sentido más amplio del término, como son la alimentación, el hábitat, etc.; y 5) la medicina como instrumento de gestión económica y política, imprescindible para mantener el desarrollo de la colectividad.
- El historiador de la medicina Jon Arrizabalaga (1995) parte de la tesis de que el proceso de medicalización comenzó en el siglo XIII. Desde finales del siglo XII y principios del siglo XIII la medicina escolástica, originada en el sur de Europa, se desarrolló en las universidades y se extendió al resto de Europa. El médico escolástico poseía un conocimiento teórico y realizaba una práctica lucrativa legitimada por su dominio técnico y el apoyo político de las autoridades civiles y eclesiásticas.
- 12 El proceso de secularización de miasma está muy relacionado con la secularización del término infección. Para analizar en profundidad cómo se ha llevado a cabo dicho proceso es fundamental remitirse al estudio de Temkin (1977).
- Sólo hemos escogido analizar aquellos términos que son colindantes con el término miasma: emanación, exhalación, efluvio, mefitismo, contagio, infección, virus y epidemia.
- 13 A pesar de que hayamos escogido los diccionarios de la medicina para analizar la culminación de un proceso de secularización del término miasma no podemos olvidar que un análisis holístico del fenómeno debe integrar otras variables que hayan intervenido en dicho proceso. Ese es el caso de considerar la influencia que la política y la economía tuvieron en el desarrollo y la implantación de las tesis anticontagionistas, tal como señala Erwin H. Ackerknecht (1948a). Sobre la política: *“It is typical that the ascendancy of anticontagionism coincides with the rise of liberalism, its decline with the victory of the reaction”* (p.589). Y sobre la economía: *“Economic factors did not only determine the stand of many in the anticontagionism discussion. Economic factors were consciously used by many to give a causal explanation of epidemics in our period (see Maclean above, Villermé, Magendie, etc.)”* (p.593).
- 14 El aumento del poder de los liberales trata de reducir al mínimo la intervención de la burocracia de Estado que se traduce en la aplicación de las cuarentenas que mermban el tráfico comercial. Como señala Ackerknecht (1948a: 567) *“Anticontagionists were thus not simply scientists, they were reformers, fighting for the freedom of the individual*

- and commerce against the shackles of despotism and reaction. This second aspect of anti-contagionism contributed probably no less than its scientific aspects to its gaining over the majority of those parts of the medical profession that were independent of the state”.*
- 15 Para Elias (1988: 9) “la cuestión que éstas plantean entre otras es la de saber cómo y por qué en el curso de tales transformaciones generales a largo plazo y en una dirección (para la que hemos aceptado el concepto de “evolución” como término técnico) ha cambiado en un sentido determinado la emotividad del comportamiento y de la experiencia de los seres humanos, la regulación de las emociones individuales por medio de coerciones internas o externas y, con ellas, en cierta medida también la estructura de todas las manifestaciones humanas”.
- 16 Es interesante señalar el catecismo como forma de transmisión de saberes en el siglo XIX: catecismo agrícola, familiar, médico, etc..
- 17 En la secularización de las causas epidémicas juega un papel fundamental el neohipocratismo. A nivel general consúltese Riley (1987). Para quien esté interesado en el hipocratismo en España y en la introducción de los tratados hipocráticos es necesario recurrir a la introducción de José M. López Piñero (1987) en la reedición de la traducción del Dr. Andrés Picquer (1711-1772).
- 18 En relación a las explicaciones médicas sobre el origen de las causas de la muerte puede consultarse a Arrizabalaga (1995). Pocos fueron los tratados sobre este tema hasta el siglo XIX.
- 19 Arrizabalaga (1994) analiza la noción de pestilencia en varios textos médicos escritos durante la epidemia de peste que asoló Europa a mitad del siglo XIV. Entre ellos destaca el trabajo del médico catalán Jacme d’Agramont *Regiment de preservació de pestilència* (Lérida, 24 de abril de 1348). Agramont sitúa la pestilencia en el aire y la caracteriza por cambiar y alterar sus propiedades, es decir, destaca su capacidad para corromper el aire.
- 20 Las diferencias entre el contagionismo y el anticontagionismo son más precisas fuera de las reflexiones teóricas propias del estudio sobre las causas, como lo es por ejemplo en el terreno de la terapéutica. En este campo, donde la práctica médica se ocupa de aplicar medidas generales de erradicación y de prevención de las epidemias, la preferencia terapéutica viene determinada en mayor medida por la tesis defendida. Así, el anticontagionismo de la doctrina miasmática insiste en utilizar fumigaciones y purificaciones del aire, en vez de los aislamientos adoptados por los seguidores del contagionismo.
- 21 Según Ackerknecht (1948a: 564) *“the notion of contagion, almost unknown to classic antiquity, had become firmly entrenched in Western culture after the acceptance of the (contagionist) Jewish Old Testament as a holy book in Christianity. After the introduction of quarantines in most Christian countries in the 15th and following centuries the notion of contagion had in addition the official backing of the state, the wordly authority”.*
- 22 Según Ackerknecht (1948a: 565) *“the idea of the contagium animatum had been formulated first in the 16th century by Cardanus, Paracelsus, and above all, by Fracastorius (1546). It had been further developed by V. de Bonagens, Fallopius, Mattioli and many*

others. It had not fared too well under the hands of Montanus, Valeriola, Sanctorius, and particularly Facio. But it had victoriously returned in the 17th century with the microscopic "worms" of A. Hauptmann, Father Kircher (1659), Chr. Lange, etc. Around the turn of the 17th century it had reached perhaps its highest elaboration with Lancisi, Adry, Vallisnieri, and after the Marseilles plague of 1721 with Bradley, Goiffon, and Lebègue. The satirical *Système d'un médecin Anglois* (by M.A.C.D. Paris, 1726) had almost ruined it through ridicule. But though now undergoing progressive degeneration, according to Singer, it had still inspired a Linné (1757), Planciz, Lorry, etc., and in the 19th century Rasori, H. Holland, and Henle. With Ag. Bassi (1838), Davaine (1850), Villemin it started on a new experimental basis; but how was one to differentiate at that moment solid acquisitions from the uncritical productions of Donnè or Hallier? The day belonged to Woehler and Liebig's cruel anticontagionist jokes (1839), fashioned after the Parisian "M.A.C.D." of 1726".

- 23 Ackerknecht (1948a) examina la polémica entre las tesis contagionistas y las anticontagionistas, y en concreto se centra en el éxito conseguido por las teorías anticontagionistas entre 1821 y 1867.
- 24 El anticontagionismo ganó fuerza a la hora de explicar las causas que produjeron las epidemias de fiebre amarilla que asolaron España durante los siglos XVIII y XIX. En el artículo de Carrillo, Riera y Gago (1977) se demuestra que uno de los precedentes en la introducción de las hipótesis miasmáticas en España fue la difusión de epidemias de fiebre amarilla.
Como ejemplo de la polémica entre los contagionistas y los anticontagionistas para explicar el origen de la epidemia de fiebre amarilla en Barcelona en 1821 (Anónimo 1870: 7).
Sobre la controversia entre el Colegio de Cirugía-médica y la Academia, en cuanto a la fuerza contagiosa de la calentura amarilla acaecida en Barcelona en 1803, véase el "Informe sobre la calentura amarilla del puerto de Barcelona en 1803" publicada en la revista *La Abeja Médica*, en 1850.
En la relación presentada por Audouard (1822) se responsabiliza la propagación de la epidemia de fiebre amarilla que acaeció en Barcelona en 1821 a los miasmas contagiosos que contenía la atmósfera, el contagio por los objetos y la influencia del clima. Estos miasmas pútridos constituyen un elemento contagioso "(...) *qu'il se présente sans la forme d'un fluide élastique invisible, mais odorant, et qu'il est transmissible auprès des malades, par l'atmosphère qui les entoure, par les effets et par l'intermédiaire de l'air*" (Audouard 1822: 410).
- 25 Para Ackerknecht (1948a), tal como hemos señalado anteriormente, el éxito de las tesis anticontagionistas, correspondió al éxito de un a un movimiento liberal que luchaba en contra de la aplicación de las cuarentenas, ya que ponían en peligro sus intereses económicos.
- 26 La obra que se ha consultado de Girolamo Fracastori es la traducción en francés titulada *Les trois livres de Jerome Fracastori*, publicada en París en 1893, y que se encuentra depositada en la Biblioteca Nacional de París.

- 27 Galeno utilizó la analogía de las semillas a la hora de explicar las enfermedades en tres ocasiones: 1) en su tratado escrito en el 175 A.C., *On initial causes*, 2) *On the different types of fever* y 3) en el primer libro de *Epidemics* (Nutton 1983).
- 28 Sobre la confirmación de miasmas impregnados en las ropas véase también Audouard (1822: 442).
- 29 Cabe recordar que una de las hipótesis que barajaban los anticontagionistas eran que las epidemias sobrevenían a causa del terror colectivo que convertía en más susceptible el advenimiento de las enfermedades.
- 30 Sobre la polémica entre la doctrina miasmática y la doctrina telúrica formulada por Pettenkofer para explicar las causas del cólera consúltese el artículo de Urteaga (1980a). En él explica cuáles fueron los debates en España para explicar los orígenes de la epidemia colérica de 1884, y las medidas de prevención que se tomaron al respecto.
- 31 Paracelso estableció cinco causas distintas en la consitución de las enfermedades: la *ens astrorum*, la *ens veneni*, la *ens naturale*, la *ens spirituales* y la *ens deale*. La primera es un “conjunto de acciones favorables o nocivas que el cosmos ejerce sobre el organismo humano: “es una cosa que no vemos, que nos mantiene en vida a nosotros y a todo lo que tiene sensibilidad, y viene de los astros”” (Lain Entralgo 1963: 88). La segunda causa reside en los alimentos, la tercera es una predestinación natural hacia la enfermedad, la cuarta constituye una contribución del espíritu humano en las enfermedades y la última se refiere al castigo divino.
- 32 La iatroquímica fue una escuela de medicina fundada por Paracelso y desarrollada en el siglo XVII donde se explicaban los fenómenos patológicos por acciones químicas. Constituía un sistema terapéutico basado en la teoría de que todas las enfermedades eran debidas a procesos químicos acaecidos en la intimidad del organismo.
- 33 El inicio del movimiento “novator” en España se inicia en 1687 con la ruptura definitiva del galenismo a través de la obra de Juan Bautista Juanini *Discurso político y physico* (1679) (López Piñero 1989). Constituye la corriente renovadora de la medicina renacentista.
- 34 Tal como señala Urteaga (1980a: 9-10), en este párrafo: “En cualquier caso, desde Sydenham la medicina europea del siglo XVIII renovará la tradición de Hipócrates, inaugurada en el libro Sobre los aires, las aguas y los lugares, dando origen a una corriente higienista que prestará una singular atención al medio natural y su posible relación con los problemas patológicos”.
- 35 Estos datos se sistematizaron a través de informes médicos conocidos bajo el nombre de topografías médicas, siguiendo de cerca el modelo hipocrático de análisis presentado en el tratado *Del aire, las aguas y los lugares*. El precedente que López Piñero (1989) señala en la difusión de las topografías médicas en España es la obra de San Juan y Domingo *De morbis endemis Caesar-Augustae* (1686) inspirada en el tratado hipocrático *Del aire, las aguas y los lugares*. Balaguer y Ballester (1980) analizan esta topografía en su artículo “La primera “topo-

- grafía médica moderna” en España: *De morbis endemiis Caesar-Augustae*” (1686) de Nicolás Francisco San Juan y Domingo”.
- 36 Se encuentra depositada en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Es un manuscrito presentado para el premio convocado en 1892 en esta misma Academia con el título “Datos para el estudio médico-topográfico de García (Tarragona)”.
- 37 Uno de los aspectos que nos gustaría resaltar es la definición de Francisco de Paula sobre qué es la ciencia, y recogida por Raduá en la introducción a su topografía médica: “(son una) serie de conocimientos ligados entre sí por el doble vínculo del principio en que se fundan, y del fin que se proponen, con tal de que de ellos resulten consecuencias prácticas aplicables al bienestar del hombre y a la perfección de la sociedad”. En esta definición, como podemos observar, la causalidad científica tiene en sí misma un objetivo de aplicación práctica con el fin de mejorar el bienestar humano. ¿No se deduce de ahí que un mejor conocimiento científico permite el progreso? Comparando esta afirmación con la propuesta por José de Letamendi (1874) en un discurso que leyó en la Academia de Medicina de Barcelona, observamos un paralelismo en resaltar el bienestar implícito que se desprende de los progresos de la ciencia.
- Otra de las definiciones que toma Raduá es la de Tait, donde la ciencia es la “interrogación de la naturaleza, observación atenta y experimentación delicada”. En esta definición se refiere al método y no al fin de la ciencia como objetivo aplicable al bienestar del hombre. Se ciñe al fundamento principal de la ciencia cuya especificidad se encuentra en la observación y la experimentación, añadiendo el conocimiento de los efectos por sus causas y el conocimiento de la verdad.
- 38 Cita tomada de Rodríguez Méndez (1871: 46) de su “Memoria presentada al tribunal de oposición a las cátedras de Higiene Pública”, septiembre de 1873.
- 39 Para saber cuáles fueron las tendencias antropológicas en España durante el siglo XIX, así como para adquirir un conocimiento crítico de las distintas escuelas de antropología que se desarrollaron en este período, es imprescindible consultar la obra de Elena Ronzón (1991).
- 40 Este tipo de reflexiones fueron llevadas a cabo por médicos y biólogos. Sobre este punto consultar la obra de Ronzón (1991), en especial en los capítulos 7 y 8.
- 41 Ronzón (1991) analiza los aspectos ideológicos de los médicos en los que se demuestra ostensiblemente la negación de la animalidad del hombre. A diferencia de los biólogos, los médicos realizan constantes alusiones de separación entre los hombres y los animales. Ronzón se interesa en investigar el concepto de antropología de algunos médicos, y el recurso de la idea de reino humano, centrando su interés en el problema de la separación entre hombres y animales y el antidarwinismo.
- 42 Es ilustrativa la definición que da Giné y Partagás (1880: 21) de la higiene para reforzar esta idea: “La higiene forma, pues una verdadera Enciclopedia antropológica, encaminada á mejorar el bienestar físico y moral del hombre, en su existencia individual y en sus relaciones sociales”.
- 43 Sobre Claude Bernard y la invención del paradigma biológico asociado al desarrollo del método experimental consultar Mirko Grmek (1991).

- 44 En el anexo 1 se observa la clave que los médicos deben seguir cuando deciden llevar a cabo una topografía médica.
- 45 Sobre los avances de la química en el siglo XIX desde una perspectiva antropológica de la ciencia consultar el artículo de Bruno Latour (1991) en el que analiza la polémica entre la concepción teórica de Pouchet sobre la generación espontánea y los experimentos de Pasteur sobre el microbio.
- 46 En relación al olor de la peste y del miasma pueden consultarse las obras Corbin (1987) y Le Guéer (1984, 1988).
- 47 Para tener un mayor conocimiento de las consecuencias que se derivaban del terror de la peste se puede consultar la obra de Nohl (1986).
- 48 En el capítulo 7 se configura un mapa olfativo de las enfermedades.

V

LOS MIASMAS

5.1. La causalidad epidémica

En el campo de la historia de la medicina López Piñero (1985) distingue entre la etiología, explicación causal que se extiende a raíz de la tendencia del conocimiento médico a la investigación experimental, y la argumentación causal de la patología galénico-tradicional, cuyo concepto ontológico de causa procede del pensamiento aristotélico. En este viraje epistemológico las obras de los filósofos racionalistas y empiristas, en especial las de David Hume¹ e Immanuel Kant, ejercieron gran influencia en el campo del conocimiento de las relaciones causales.

En la historia de la medicina se han reconocido varias argumentaciones a la hora de explicar cuáles han sido las causas que producían las enfermedades (Retel-Laurentin (1987), Riese (1950) y Herzlich y Pierret (1984)). Para López Piñero (1985) una primera explicación ha residido en la simple observación, donde se han relacionado los trastornos patológicos con determinadas condiciones, como por ejemplo, la ingestión de un veneno o el contacto con un enfermo, entre otras. Y una segunda forma de argumentación donde se pone en relación la incidencia que los factores ambientales ejercían sobre los individuos. Esta argumentación constituyó el periodo inicial de la medicina racionalista, cuyo punto de partida arrancaba del Corpus Hipocraticum (siglo V-IV a.c.), en especial del tratado *De los aires, aguas y lugares*.

En tercer lugar, con el desarrollo de la medicina racionalista en el siglo XIX, los médicos trataron de explicar científicamente las relaciones observadas, tanto en los “saberes experimentales” (biológicos, químicos y físicos), así como en las ciencias humanas y sociales. En la topografía médica de Lérica redactada por Luis de Marlés y de Cusá (1879: 31) se critica el retraso científico de algunos médicos que pensaban que en la niebla residía la causa, “ (...) pero a nadie se le ocurrió en aquel entonces hacer el análisis químico-

microscópico de la atmósfera”. Sin embargo, una de las primeras causas patológicas que intentaron explicarse científicamente fueron los venenos², a pesar de que como apuntara López Piñero (1985), se consideraran hasta el siglo XIX el prototipo de lo “misterioso” y lo “oculto”. ¿No constituye el análisis de los virus y los miasmas un claro ejemplo del estudio de una polémica entre la pervivencia del saber médico tradicional y la incipiente medicina científica basada en la experimentación? ¿Se consigue eliminar el conocimiento analógico cuando triunfa la etiología? En este apartado, donde se analizan las distintas definiciones que los médicos establecen de los términos de *miasma* y sus homónimos, se reflexiona sobre esta cuestión.

En el último tercio del siglo XIX se establece la teoría microbiana del contagio y de la infección, que fija como causa externa de las enfermedades infecto-contagiosas los microorganismos específicos conocidos con el nombre de *microbios*. Para López Piñero (1985) las consecuencias de este descubrimiento estrecharon el horizonte etiológico relegando el interés por el enfermo concreto a un segundo plano. La separación entre la causa de la enfermedad y la enfermedad misma suponía desviar la atención del enfermo al foco “morbífico”³ (principio de la enfermedad). No obstante, es significativo señalar que este proceso fue duramente criticado por la medicina homeopática en la primera mitad del siglo XIX (Hahneman 1987), antes del descubrimiento de la teoría microbiana.

Lo que a menudo sucede, cuando nos detenemos a observar el largo proceso de la historia de la enfermedad, es que los médicos se han interesado en las relaciones causales en la medida que han tenido que tomar soluciones prácticas para curar a los enfermos. Soluciones que han consistido en aplicar medidas de curación y de prevención, siendo estas últimas las medidas que el Estado asumió entre los siglos XVI y XVII, cuando tomó conciencia de las vinculaciones entre los problemas sanitarios y las condiciones sociales (López Piñero 1989).

Estas relaciones causales se han fundamentado en argumentaciones analógicas, uncausales o multicausales. Diferencias que han quedado superadas en el momento en que la medicina racionalista triunfó tras el reconocimiento científico de los microorganismos, es decir en el período de desarrollo de la teoría microbiana. Lo que nos interesa analizar son los miasmas, estudiando las relaciones causales que se establecen, y la dimensión sociológica a partir del estudio de sus definiciones.

Las atribuciones causales han estado influidas por las condiciones sociales, políticas y económicas⁴. Desde un punto de vista histórico se observa que los médicos han atribuido distintas causas para explicar la formación de las enfermedades epidémicas: los vibriones, los gérmenes, las bacterias, los microbios, los bichitos, etc., no basándose únicamente en el resultado de un conocimiento empírico sino también en otros factores, entre los que destaca la ideología.

A diferencia de las causas nombradas anteriormente los miasmas permanecen fuera de una concepción vitalista, existiendo a partir de la fuerza que adquieren los elementos químicos para explicar el origen de las enfermedades. En un principio, el acento deja de ponerse en los microorganismos, en los gérmenes o en las bacterias, para centrarse en los gases que corrompen la pureza del aire. Admitir su existencia es aceptar el dominio de la química para explicar el origen de las enfermedades y el medio de actuación sobre ellas.

La teoría microbiana garantiza el resultado del triunfo de la microbiología, de la biología como saber científico. Los miasmas son vulnerables a la rigidez del método médico-científico que se construye. Basado en la experiencia analógica entre el medio atmosférico y las enfermedades, conserva una mayor fuerza de convencimiento popular para explicar cuáles son las relaciones causales que producen las enfermedades, que a través de un saber médico que se avicina cada vez más especializado, gracias al desarrollo de la metodología de la investigación clínica.

Se refuerza la creencia, que pervive más allá de la historicidad, entre el hedor, la enfermedad y la muerte. Los miasmas se contruyen cuando el aire se fragmenta, dejando de ser un elemento puro para pasar a convertirse en un compuesto químico. Explican la expansión devastadora de las exhalaciones hediondas, pero no sin antes permitir la esperanza de que ese hedor pueda ser combatido por otro elemento que devuelva al aire su equilibrio, como son los perfumes y las fumigaciones.

En un principio, pertenecen a un pensamiento limitado por el sensualismo, en el que el conocimiento de los hechos se encuentra sometido al dominio de las sensaciones (Condillac 1984). Pero los miasmas escapan muchas veces a las sensaciones, más cuando son imposibles de observar por sus efectos, e incluso algunas veces difíciles de detectar por el olfato, que es en general la sensación que los localiza. Son difíciles de apreciar a partir de una ra-

cionalidad positivista en la que la razón se domina a través de la observación. A su vez, caen fuera del dominio del sensualismo más inmediato del olfato, cuando éstos no pueden detectarse.

Los miasmas se encuentran en el punto medio en el que se pasa de la observación general más absoluta a la focalización más precisa. En la topografía médica de Castelltersol (Carreras y Piñana 1892: 74-75) se destacan cuáles son las causas mórbidas que residen en la atmósfera y se reconocen sus limitaciones técnicas en el plano de la observación:

“Nocivos unos é inofensivos otros, todos, empero en amigable consorcio, flotan y revolotean por el aire que respiramos vibriones, algas, espirilos, frutos de diversos hongos, esporas de murcedíneas, bacilos, micrococos, semillas de producciones criptogámicas, bacterias, rizopodos, polen, mónadas, etc. quienes en union con los que todavía escapan á la potencia de los más perfeccionados instrumentos de óptica, forman una inmensa población invisible de gérmenes ó semillas aéreas...”.

Desde un enfoque empírico, los miasmas se encuentran en la encrucijada que va de la mirada a tientas al foco del microscopio. Se gira de la pluralidad indeterminada a la fijación precisa de la materia.

Los miasmas producen miasmas (efecto multiplicador y cíclico), son de origen espontáneo (concentración de aire confinado, exhalación cadavérica), se desplazan a gran velocidad y recorren grandes distancias (permite romper la dependencia del contagio inmediato, no están circunscritos, se extiende en el aire) y son invisibles pero tangibles (en las ropas, los muebles, la piel) en su adherencia. Todas estas características responden mejor a una concepción multicausal. Tal como su pluralidad indica, no es causa, porque varios son los factores que contribuyen a su formación. Pero lo más interesante es que los miasmas se utilizan en el lenguaje médico para describir las epidemias, para explicar los orígenes no circunscritos de las mismas. Los médicos franceses y españoles no publicaron tratados específicos sobre los miasmas. Sin embargo, existen obras escritas en latín y publicadas en ciudades alemanas, o en alemán, entre las que destacan: *Von den Miasmen und von den Miasmatischcontagiösen Krankheiten* de Jakob Henle (1840), *Programma de miasmate morbooso in corpore errante* de Ernestus-Gottlob Rose (1775) publicada

en Lipsiae, *Dissertatio sistens miasmatalogiam generalem* de Gerike (1775) publicada en Goetingen, *Dissertatio de miasmate contagioso de Ackermann* (1773) publicada en Coloniae⁵.

Las polémicas entre el contagionismo y el anticontagionismo son terapéuticas -entre la cuarentena y las fumigaciones- y no tanto conceptuales -lo que se da en el caso del contagio y de la infección (Balcells 1832, Rodríguez Méndez 1888). Los miasmas se sustentan en la creencia en la generación espontánea. A través de ellos sólo atendemos al estado gaseoso y olvidamos la materia que los configura⁶. La descomposición material subdetermina su conformación, en el sentido de que su efecto exhalador da origen a los miasmas.

Crear que existen es asumir los procesos de transmisión, el contagio y la infección, confiriendo así un mayor poder al conocimiento empírico basado en las analogías, de lo cual se resuelve la unicausalidad. Los miasmas, más allá de su denominación, son el resultado del interés por resolver el cómo se producen las epidemias. Son las analogías, y sobre todo las del mal olor y la enfermedad, el resultado de las exhalaciones cadavéricas y los miasmas, las que permiten más que una explicación una disposición de los medios necesarios para actuar contra las epidemias.

Con ellos es imposible construir un laboratorio. Sólo es posible localizarlos a través del olfato. Las limitaciones de su naturaleza material son señaladas por Giné y Partagás (1882: 163, vol.II) en este pasaje:

“el órgano del olfato acusa la presencia de los miasmas mucho mejor que los reactivos químicos y que la investigación microscópica. Nada notan los ojos en el aire viciado por estas exhalaciones perniciosas, pues, aun cuando el ambiente de un hospital, ó de la cámara de un enfermo, ofrezca á veces cierta opacidad ó falta de transparencia, depende esta circunstancia del vapor acuoso que le sirve de vehículo. Solo el olfato se siente de esos seres microscópicos para especificar el hecho concreto de un padecimiento microscópico”.

¿Qué se vigilan, los miasmas, la materia que produce los miasmas, o quienes acumulan esa materia? La atención varía en función de cómo se construyan las relaciones de poder en el discurso médico.

5.1.1 La tipología miasmática

En el campo de la historia de la medicina de nuestro país investigadores como Carrillo, Riera, Gago (1977); Carreras Panchón (1991) y Rodríguez Ocaña (1980) han tratado de explicar qué son los miasmas, y qué papel han desempeñado en el conocimiento médico de los siglos XVIII y XIX.

En el estudio sobre “La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias”, Carrillo, Riera y Gago (1977) demostraron que entre 1782 y 1800 se formularon en este país diversas hipótesis miasmáticas, cuyas consecuencias más inmediatas y efectivas en la práctica médica fueron aceptar las fumigaciones como el medio más eficaz para prevenir y atajar las epidemias, en especial, de fiebre amarilla. Este hecho tuvo sus precedentes en la traducción de la obra de Jean Janin *L'antiméphitique* de 1782, el gran impacto de la obra de Guyton de Morveau de 1801 *Traité des moyens de désinfecter l'air, de prévenir la contagion, et d'en arrêter les progrès*, y la introducción de las fumigaciones de ácido nítrico en España por parte de Carlos Gimbernat (1765-1834).

Sin embargo, ninguno de ellos se ha entretenido en describir detalladamente qué son los miasmas, cuáles son las condiciones en las que se producen, ni tampoco han atendido a un análisis exhaustivo de las diferentes definiciones que los médicos han llevado a cabo. Se han ocupado de los miasmas para explicar las diferencias entre las tesis contagionistas y las posturas anticontagionistas, o bien para describir cuáles eran las medidas de aplicación que se efectuaban para combatir las epidemias.

Los miasmas constituyen, por definición, el principio que origina las epidemias. En particular, se refieren a las enfermedades infecciosas y contagiosas. Ambas tienen en común la capacidad de afectar rápidamente a gran número de individuos, y de conducirlos casi irremisiblemente a la muerte.

Mientras que los médicos utilizan los miasmas para describir las causas de las epidemias infecto-contagiosas, Hahneman (1987) reconoce, desde la homeopatía, los miasmas crónicos. Estas diferencias, de las cuales vamos a hablar más adelante, tienen que ver con las distintas formas de explicar la enfermedad y de asistir al enfermo.

5.1.1.1 En busca de una definición

Hasta finales del siglo XVII no volvemos a encontrar documentado el término de *miasma*⁷. No pretendemos decir con ello que pongamos en duda la pervivencia de la idea⁸ de lo que son en realidad los miasmas, aunque sí corroboramos la inexistencia documental de este término antes del siglo XVII, al menos en lo que se refiere a la terminología médica. Estos son algunos de los inconvenientes de trabajar exclusivamente con fuentes documentales.

Un instrumento de fijación, como es el diccionario, que pretende limitar semánticamente las ideas y objetos que renombra, y atribuir un valor fijo e invariable a los significados, a través de un principio de autoridad, tiene ciertas limitaciones. El diccionario no es siempre fiel a un pretendido consenso marcado por sus autores. En él se descubren las paradojas y las contradicciones de su uso, sobre todo cuando se trata de diccionarios especializados.

El miasma, un cultismo (Parker 1983), recuperado por el saber médico neohipocrático, se define “científicamente” como una serie de emanaciones, exhalaciones o efluvios causantes de las enfermedades infecciosas, contagiosas y epidémicas⁹, a partir de los siglos XVIII¹⁰ y XIX. El resultado de la experiencia popular que asocia la hediondez a la enfermedad permanece, pero ahora se reviste de una supuesta legitimidad científica.

Valmont-Bomare (1731-1807) define miasma como una exhalación (vapores de ciertos cuerpos y sustancias) de líquidos en fermentación, vapores de volcanes, letrinas, emanaciones cadavéricas, etc. Entre estas exhalaciones se encuentran: los vapores pútridos o miasmas cadavéricos; las mofetas, animales, vegetales o exhalaciones atmosféricas; las exhalaciones minerales procedentes de grutas, filones minerales (metales), galerías subterráneas, cavernas, etc. Todas ellas se encuentran caracterizadas por una naturaleza invisible que produce la muerte a quienes las respiran.

Para James (1746-1748) miasma es contagio (análogo al término infección) y veneno. Cuando define *effluvia* se acerca mucho a la definición que otros autores, como Diderot (1779), hacen sobre el término miasma. Lo considera la exhalación de partículas sutiles que se escapan de los cuerpos odoríferos (humores que se evaporan a través de la transpiración de la piel que propagan el contagio) y que afectan a los órganos de olfacción.

La difusión del concepto de miasma se legitimó después de la discusión sobre la peste en la Academia de París:

“Rappelons enfin que, dans ces dernières années, et surtout depuis la fameuse discussion sur la peste à l’Académie de médecine de Paris, le mot miasme a été vulgairement usité pour exprimer l’influence nocive, à distance, des individus atteints d’une affection pestilentielle (peste, choléra, typhus, fièvre jaune), ou des objets que avaient été en contact avec ces individus” (Colin (Dechambre y Lereboullet 1864-1889: 512).

Desde ese momento se legitima la utilización del término¹¹. Pero lo más interesante es señalar que la noción entre la relación preexistente entre la putrefacción del aire y las enfermedades que recoge el reconocimiento de la existencia de los miasmas fue anterior a su legitimación científica. Sin embargo, no hubo un acuerdo científico sobre este principio hasta el desarrollo de las tesis anticontagionistas¹².

En los diccionarios médicos del siglo XIX observamos que los miasmas adquieren una significación más detallada y exhaustiva. Se admitía por lo general que se originaban en zonas pantanosas y aguas estancadas, en los cadáveres en descomposición, en las exhalaciones procedentes del suelo y en las emanaciones humanas. De ahí el interés por los cementerios, hospitales, cárceles o lugares donde hubieran grandes aglomeraciones humanas.

Colin recogía la definición de miasma del professor Robin:

“les miasmes sont des particules des substances organiques altérées, volatiles ou emportées par les liquides volatils lors de leur évaporation, qui proviennent des tissus animaux ou végétaux en voie de décomposition, des déjections, des exhalations pulmonaires ou sudorales d’animaux sans et malades, et déterminent alors des accidents différents” (Dechambre y Lereboullet 1864-1889: 521).

Colin recordaba que en un principio miasma se empleaba para designar todas las emanaciones nocivas producidas por el hombre o los animales, pero que poco a poco el término fue extendiéndose hasta llegar a incluir: 1) las exhalaciones morbíficas procedentes del suelo y especialmente la de los pantanos, conocidas también como efluvios y 2) las emanaciones pútridas procedentes de materias animales en descomposición.

También autores como Fabre (1857-1866), Littré (1889) y Nysten et al. (1848) compartían una definición general en la que se referían a cualquier tipo de emanación sin especificar de qué tipo se trataba. Littré (1889: 121) lo definía como:

“el agente que, aunque inapreciable en su mayor parte por los procedimientos de la física y la química se extiende por el aire, se adhiere a ciertos cuerpos con más o menos tenacidad y ejerce sobre la economía animal una influencia más o menos perniciosa”.

Dunglison (1865) y Diderot & D’Alambert (1821), aunque también realizaban una definición de carácter general, distinguían las emanaciones de los enfermos, las emanaciones de los animales y las de los vegetales.

Bouchut y Despres (1878) diferenciaban las emanaciones de animales de las de vegetales, siendo las primeras denominadas miasmas y las segundas efluvios. En la misma línea, Nacquart insistía en diferenciar miasma de emanaciones pútridas, efluvios y virus de carácter específico: los miasmas eran exhalaciones procedentes de enfermos, las emanaciones pútridas provenían de las materias en descomposición, y los efluvios de las materias en descomposición procedentes de los pantanos. Y para finalizar el recorrido por los diccionarios, señalamos que Jaccoud (1864-1886) definía miasma como un principio contagioso que se extendía a través del aire atmosférico.

En resumen, observamos que a pesar de algunas diferencias a la hora de definir la naturaleza de los miasmas, podemos llegar al acuerdo de que todos ellos los definían como emanaciones, exhalaciones o efluvios que se propagaban por el aire y que eran responsables de las enfermedades epidémicas. Una definición más especializada que la ofrecida por sus predecesores.

Por otro lado, una lectura minuciosa de la definición del término miasma nos ha llevado a la conclusión de que para comprender la dimensión científica de dicha noción hay que consultar los términos colindantes que sustituyen algunas veces al término u otras veces añaden nuevos elementos al mismo. El hecho de buscar términos homónimos a miasma nos permite romper el límite semántico y profundizar más en su campo semántico. En este caso se han tomado los siguientes términos relacionados con la noción de miasma: mefitismo, efluviu, exhalación y emanación¹³. No obstante, pasaremos antes a describir cuáles son las características que definen el miasma.

5.1.1.2. No se olvidan los detalles

Nacquart (*Dictionnaire* 1812-1822 :356-361) describe minuciosamente las características principales que identifican a los miasmas, en particular, y la irregularidad a la hora de su incubación, en el tiempo, y la manera de actuar, sea súbita o instantánea¹⁴. Al no ser detectado visualmente, el olfato se erige en el sentido que nos advierte de su presencia. Por eso se localizan, en general, por su olor agrio, ácido, y en otros casos alcalino y picante. Distingue los gases de los fluidos en estado gaseoso, por lo que los miasmas corresponden a la segunda condición en vez de a la primera. También pueden ser corpúsculos que se disipan en la atmósfera, que se encuentran en el aire y que alteran su diafanidad porque, aunque sea incoloro, actúa como un fluido acuoso no disuelto sino suspendido en el aire. Más adelante recuerda que la disolubilidad de los miasmas en el agua de la atmósfera, no sólo en el espacio abierto del aire que los contiene, sino a través de esta disolución, les permite adherirse a las superficies que el aire contacta, como por ejemplo los muebles o vestimentas que guarnecen la habitación del enfermo. No obstante, todos los objetos no tienen el mismo grado ni la misma propiedad para impregnarse y conservar su impregnación. Los miasmas actúan preferentemente sobre las lanas, algodones y ropas blancas, así como también en los muros y los revestimientos de madera (Corbin 1987).

Las condiciones atmosféricas influyen en el medio de transmisión, como son el calor, el frío y la humedad. El calor y la humedad tienen la capacidad de aumentar la acción de los miasmas. Estos están muy influenciados por las condiciones topográficas y por las condiciones de receptividad individual. En primer lugar, desde un punto de vista geográfico se llega a conocer la endemicidad de la mayor parte de las enfermedades infecciosas. Las enfermedades miasmáticas, en contraposición con las virulentas, son definidas por Nacquart como más “cosmopolitas”. Dada la importancia de la geografía para el estudio de la endemicidad y las influencias atmosféricas de las enfermedades infecciosas, se desarrolló la geografía médica, inaugurada en Francia por Boudin (Littré 1889: 130, t.2). En segundo lugar, la receptividad individual es imprescindible para saber el grado de inmunidad que tiene el individuo para contraer la enfermedad. Ese grado viene determinado por la experiencia endémica anterior y otros factores sociales, geográficos y raciales.

En cuanto a los factores geográficos, los hombres del norte son propensos a contraer la fiebre amarilla, los jóvenes que llegan a las grandes ciudades la fiebre tifoidea y los hombres que van de un país sano a uno con malaria contraen con mayor facilidad las fiebres intermitentes. En las enfermedades miasmáticas la inmunidad racial es considerable, lo que no se da en el caso de las enfermedades víricas. Aunque, dependiendo de las razas la predisposición a ciertas enfermedades está asegurada: así la raza blanca contrae en mayor medida el vómito, la negra la peste y los pueblos del norte el tifus. La profesión de soldado es en la que los focos miasmáticos ejercen sus mayores efectos, dado que estos grupos contravienen las reglas antes descritas, pues se dirigen a grandes ciudades donde hay fiebre tifoidea, se desplazan a los campos infectados de malaria y recorren lugares con fiebre amarilla y cólera. Sin embargo, existen otras profesiones que son afectadas por los miasmas tal como se observa en el CUADRO 1 (véase al final de este capítulo).

La predisposición morbosa depende de la debilidad general del individuo y de la delicada estructura de su epidermis, siendo mayor la posibilidad de que enferme cuanto mayor sea la cantidad de agente infeccioso. Otros factores que deben tenerse en cuenta son el estado anímico y la alimentación, así como el hecho de vivir en ciertos países, barrios y regiones. Entre estos últimos Naquart advierte que son de gran importancia la disposición de las habitaciones, de las alcantarillas, de las calles, del subsuelo, de las casas, la altitud de la localidad, la geología del terreno, la calidad del agua, las costumbres alimenticias de los habitantes, así como el modo de vivir, la estación y las influencias meteorológicas.

A partir de este mapa detallado donde se señalan meticulosamente los lugares donde los miasmas se esconden, Nacquart propone vigilar no sólo las influencias atmosféricas, sino también las condiciones sociales que provocan las enfermedades. Por eso se observa una mayor tendencia a desplazar semánticamente a los miasmas a constituir emanaciones humanas en vez de restringirse a los agentes atmosféricos. Configurar una topografía médica es un asunto de responsabilidad civil, porque detectar lo que se reconoce como insalubre es localizar la epidemia en sus orígenes para permitir precipitarse sobre su erradicación.

Los miasmas no se producen solos. Tienen que ver con los desechos y las basuras, inmundicias que se concentran en los hacinaientos de las ciu-

dades, y en las aglomeraciones humanas, especialmente en los hospitales, los baños, las prisiones, los navíos o el ejército, donde ha habido una concentración de exhalaciones pulmonares y cutáneas, como resultado de una corrupción humoral. De esa fragmentación odorífera del espacio y del cuerpo pasaremos a hablar más adelante.

5.1.1.3. El mefitismo

*Mefitis o mefitismo*¹⁵ se utilizó para designar la exhalación venenosa que se elevaba de las minas. En la mitología romana era una divinidad femenina que simbolizaba la peste causada por las emanaciones de aguas sulfurosas (Bartra 1982, Grimal 1965). Para Valmont-Bomare (1731-1807) estas partículas minerales que se desprenden penetran dentro de los pulmones provocando, en primer lugar una irritación, y en segundo lugar una inutilización del órgano. Todos los autores consultados están de acuerdo en afirmar que el mefitismo se refiere al aire viciado por un agente cualquiera.

Para Littré (1889) y Dechambre y Lerenboullet (1864-1889) mefitis era el ácido carbónico y, además para estos últimos era también la combustión del azufre. Para Fabre (1857-1866) la diferencia fundamental entre miasma y mefitismo era que el primero procedía de lugares no circunscritos y el segundo de lugares concretos como las letrinas, minas, cementerios, albañales y el gas del alumbrado. Según Fabre el mefitismo de las minas se caracteriza por la propagación de gases deletéreos como el ácido sulfhídrico y el sulfhidrato; el de los cementerios por la emanación de cadáveres que producía asfixia mortal; el de las minas por la respiración de los mineros, la combustión de las lámparas, la descomposición de los troncos, la explosión de pólvora, las aguas estancadas, el hidrógeno, y la pérdida de oxígeno; y en los albañales o cloacas se producían gases como el azoe, ácido carbónico o ácido sulfhídrico.

En un sentido más general para Giné y Partagás (1882) el mefitismo era cualquier tipo de variación en la atmósfera que la convirtiera en irrespirable, por lo cual el miasma pasaba a ser una clase de mefitismo. Este higienista lleva a cabo una curiosa clasificación para describir los gases según el olor que desprenden (Véase CUADRO 2, al final de este capítulo).

5.1.1.4. Los efluvios

Bouchut y Despres (1878) especifican que los *efluvios*¹⁶ son emanaciones vegetales y animales procedentes de pantanos y aguas estancadas (en el caso de que estas emanaciones no provengan de los pantanos serán clasificadas como miasmas). Littré (1889) comparte con Bouchut y Despres su preferencia por considerar los efluvios sólo emanaciones vegetales descompuestas en aguas estancadas. Por el contrario, Dechambre y Lerenboullet (1864-1889) no especifica que procedan de emanaciones vegetales en descomposición sino de emanaciones procedentes del suelo en general. Merat (1829-1832), Nysten et al. (1848) y Dunglison (1865) no atribuyen a las emanaciones vegetales el nombre de efluvios: en el caso de Merat y de Lens (1829-1832) los consideran simplemente exhalaciones del cuerpo; Nysten et al., como fluidos ponderables que se desprenden tanto de animales como de vegetales o minerales; y Dunglison simplemente como un miasma o emanación resultante de una descomposición pútrida.

5.1.1.5. Las exhalaciones

El término *exhalación*¹⁷ está más relacionado con emanación que con miasma. No está tan extendido y se utiliza menos que emanación y efluvio. Dechambre y Lerenboullet (1864-1889) lo relaciona con respiración, Littré (1889) y Nysten et al. (1848) con el vapor que se expulsa de los cuerpos como el sudor, el agua o el ácido carbónico, o los que son transportados o reabsorbidos por la circulación como los “fluidos serosos”.

Así mismo, tras haber realizado un estudio minucioso de la definición de miasma y sus términos colindantes podemos afirmar que hay un consenso general por considerar al miasma el origen de las enfermedades epidémicas. Su naturaleza volátil y deletérea, que caracteriza el que sea propagado por el aire, configura que “el olfato se (afirme) como el sentido privilegiado de la observación de los fenómenos de la fermentación y la putrefacción” (Corbin 1987: 22). Por eso el medio más seguro para localizarlo es agudizando el olfato, aunque para Littré (1889: 122) no siempre se da el caso:

“los tiempos calientes y húmedos son los más favorables para la presencia de estas sustancias orgánicas en el aire, y entonces los miasmas pueden ser apreciables á nuestros sentidos; en efecto, en medio de los calores del verano, llama la atención ese olor nauseabundo especial que se eleva en las poblaciones y junto a los pantanos cuando, después de una larga sequía, sobreviene una lluvia algo abundante; pero las más veces, la presencia de los miasmas en el aire no se revela por ningún olor especial”.

En cambio, Colin (1865-1886) señala que el olfato es el sentido que nos advierte de la presencia de los miasmas, los cuales se caracterizan por un “olor dulzón”, “nauseabundo”, “soso”, “hediondo”, “fétido” y “pútrido”, aunque normalmente se detectan por su “olor agrio”, “ácido”, y en otros casos, “alcalino” y “picante”. Y en el enfermo las emanaciones miasmáticas se detectan por el “aliento infecto”, el “sudor graso” o “hediondo”, la “orina olorosa y negruzca”, las “heces fecales”, primero con un “olor natural”, junto a una fetidez nueva y específica. La obsesión por realizar una descripción odorífera de las enfermedades, o más bien de los distintos estados de putrefacción, es señalado por Alain Corbin en su estudio sobre los miasmas¹⁸.

5.1.1.6. Las emanaciones

El término *emanación*¹⁹ remite la mayoría de las veces a *efluvio* y a *miasma*. En Dunglison (1865), Littré (1889), Merat y Lens (1829-1832) y Nysten et al. (1848) *miasma* no es más que un sinónimo de *efluvio*. Para Nysten son los fluidos que se desprenden por la acción simultánea del agua y del aire sin descomposición aparente del cuerpo que lo produce. Por otro lado, Hahn (1865-1886), que ofrece una definición mucho más amplia, entiende por *emanación* una serie de partículas invisibles que se escapan de los cuerpos y se propagan por la atmósfera. Estas emanaciones nocivas (cuando provienen del suelo se las denominan *efluvios*) son producidas por el hombre o los animales vivos, acepción que se extiende también a las emanaciones cadavéricas.

5.2. Los límites del miasma: los efectos y las causas. La especificidad del virus y el contagio

La otra causa mórbida, que recibe el nombre de *virus*, se define también como “agente morbífico, sólido, líquido o volátil” (Bouchut y Despres 1878); “agente deletéreo, constituido por elementos figurados microscópicos, unicelulares, que tienen por vehículo una substancia sólida, líquida, hasta gaseosa” (Littré 1889); “germen morbífico” (Merat et al. 1829-1832); o “germen” (Nacquart 1865-1886) y también “microbio” específico de las enfermedades contagiosas (Littré 1889, Monfalcon 1865-1886, Nacquart 1865-1886, Bouchut y Despres 1878, y Merat y Lens 1829-1832) porque tiene la propiedad de transmitirse por contacto o inoculación, y de diferenciarse del miasma en que es una “causa mórbida más limpia” (Colin 1865-1886). En cuanto el virus pasa al estado gaseoso su especificidad mórbida se califica de miasmática: “¿de dónde procede que los virus vacuno, rabífico y sifilítico, reducidos á polvo, no formen miasmas sifilíticos ú otros capaces de reproducir el contagio á larga distancia?” (Bouchut y Despres 1878: 349). A pesar de que esté planteado en forma de pregunta no se duda de la proximidad entre el virus “deletéreo” y el miasma. La comparación entre el olor del virus y del miasma es un factor más que contribuye a afirmar este hecho. Jaccoud (1864-1886) señala las diferencias de intensidad odorífera según sea el tipo de enfermedad contagiosa, tal como es el caso, por ejemplo del olor de la fiebre tifoidea que generalmente es más fuerte que el de las viruelas o escarlatinas.

La localización y especificidad etiológica del virus “no volátil” permite una mejor probabilidad de que éste sea aislado para proceder a su experimentación. Sin embargo, en 1878 todavía existían ciertas dudas sobre su naturaleza: “el agente de los virus se desconoce aún, y no puede sin hipótesis considerarse que su modo de acción sea otro que granulaciones moleculares” (Bouchut y Despres 1878: 1618). Estas dudas empiezan a disiparse con el desarrollo de las inoculaciones de virus en animales, en las cuales se observa su capacidad de multiplicación e inmunización. Littré separa así los virus de los miasmas, cuando rechaza como inadmisibles “las hipótesis que consideran los venenos morbosos como simples compuestos químicos” (Littré 1889: 123), aunque considera que hay ciertos procesos químicos comparables a los “procesos vitales”, como son la fermentación y la putrefacción, que son hipótesis

admisibles, en tanto en cuanto son producidas por la reproducción y multiplicación de microorganismos. En ese sentido se empiezan a perfilar las diferencias entre las enfermedades infecciosas y contagiosas analizadas en el marco de un nuevo paradigma.

Litré rechaza en un principio la doctrina miasmática o virulenta tras los hallazgos científicos del microbio específico. Afirma que “los trabajos de Pasteur han colocado fuera de duda la existencia del vibrión piogénico (en la enfermedad de la piohemia)”, tal como se demuestra que hay:

“muchas enfermedades (que) son debidas á la existencia de organismos infinitamente pequeños, designados con los nombres de micrococos, bacterias, esquizofitos, esquizomicetos, que son en otros términos, funciones de dichos organismos” (Litré 1889: 121).

Sin embargo, a pesar del éxito de este descubrimiento no llega a excluir las enfermedades miasmáticas porque para él el microbio no sustituye al miasma. Por ello cree que la forma más racional de clasificar las enfermedades es siguiendo el modelo de Liebermeister fundado en el origen y modo de propagación de las enfermedades infecciosas, subdivididas en miasmáticas y contagiosas. Así en “las enfermedades miasmáticas se pueden incluir todas las enfermedades, en una palabra, que no procedan de microbios ubicuitarios” (Litré 1889: 126).

La polémica que gira en torno a las diferencias entre el virus y los miasmas es el reflejo de la lucha entre los postulados contagionistas y anticontagionistas. La revolución bacteriológica caracterizada por el hallazgo de gérmenes patógenos y el desarrollo de las técnicas experimentales de laboratorio desplazan la noción de enfermedad:

“(Para) el paradigma bacteriológico es puramente biológica, quedando totalmente marginadas aquellas consideraciones sobre la influencia del medio ambiental o del marco social, que eran características del enfoque ecológico” (Urteaga 1980a: 32).

Por otro lado, el éxito del paradigma bacteriológico es la eliminación de la espontaneidad de las enfermedades epidémicas. El desarrollo de la patología se centra en el análisis etiológico y elimina el pensamiento analógico de los médicos ambientalistas:

“lo mismo que en todas las ciencias experimentales se llega cada vez más al convencimiento de que la investigación de las causas debe ser el objeto principal de la ciencia, que un método de clasificación verdaderamente natural debe tomar en consideración sobre todo la causa de los fenómenos; en una palabra, que ha de ser etiológica” (Littré 1889: 125).

Estos dos éxitos -una nueva concepción de la enfermedad y una nueva metodología y técnica de investigación científicas, fundamentadas en una nueva forma de analizar la realidad-, aceleran la caída de un viejo paradigma que enraizado en el discurso hipocrático de la relación ambiente/enfermedad no fue capaz de determinar las causas sólo a partir de un razonamiento análogo. Una ciencia empírica que, tras la acumulación de datos y la contabilización de los fenómenos, buscaba erradicar y prevenir las enfermedades epidémicas, fue incapaz de definir con exactitud el agente morbífico. En este contexto científico, y tras la analogía ambiente/enfermedad, se localizaba el origen de las enfermedades epidémicas en el aire y se determinaban como causas primeras a los miasmas. La unicausalidad miasmática, la indeterminación de su naturaleza y la incapacidad por utilizar un método científico adecuado para definirlo fueron elementos que contribuyeron al declive científico de los miasmas, que fue agravado a su vez por las consideraciones ante el sentido que lo definía: el olfato.

El sentido olfativo se erige en la percepción que vigila el estado de putridéz y que alerta de la presencia de los miasmas, en fin que localiza el peligro de las enfermedades epidémicas. A pesar de su imprecisión existe un interés por parte de los científicos en:

“(…) proceder al inventario, y por ende, a la denominación de los mixtos, a la vez que esforzarse en crear un lenguaje olfativo que permita definirlos; 2) localizar las etapas, los ritmos de la corrupción, y situarlos en una escala esencialmente olfativa...” (Corbin 1987: 22).

Pero, ¿puede un sentido como el olfativo convertirse en el responsable del análisis de la naturaleza de los miasmas sin proceder ni a la observación ni a la experimentación de los mismos, porque no pueden ser aislados, medidos, contabilizados, “desmenuzados” ni comprendidos dentro de un paradigma científico fundamentado principalmente en la observación, la acumulación de datos, la contabilización, y finalmente en la experimentación?

5.3. Control y medición de los miasmas: una técnica poco desarrollada

La tecnología que se desarrolla para investigar los miasmas está directamente relacionada con el avance del estudio químico del aire y la caída de la teoría del flogístico. Con los descubrimientos químicos de Hales, Black, Priestley, y en especial Lavoisier, se consigue demostrar que el fluido atmosférico no es una sustancia elemental homogénea sino una mezcla de gas compuesto. Esta “revolución química” (Bensaude-Vincent: 1991) protagonizada por Lavoisier incide sobre la caída de la teoría del flogístico²⁰, y conmociona no sólo el mundo de la química sino también el de la medicina.

Los médicos no construyen aparatos para medir los miasmas, sino más bien para combatirlos y destruirlos. Los instrumentos para analizarlos proceden de la química, interesada en investigar el aire y las sustancias que se desprenden de las fermentaciones²¹. Bouchut recomienda el empleo de ciertos aparatos para combatir la influencia de los miasmas. Entre ellos se encuentran ciertos aparatos de calefacción que tienen la facultad de quemar los miasmas, pues:

“se debería en consecuencia dar al aparato de combustion la forma de una reja de anillos concéntricos provistos de agujeros lateral y suficientemente separados para que las llamas de dos círculos próximos puedan juntarse” (Bouchut 1878: 1054).

Según Bouchut (1878: 1055), siguiendo la recomendación de Woestyn, “los aparatos de calefacción y ventilacion en los hospitales debían instalarse absolutamente con la condicion fundamental de quemar los germenos orgánicos que existen en el aire”.

La instalación de estos “medios físicos”, tal como los denomina Colin, no son tan eficaces y tienen la limitación de ser colocados en lugares cerrados donde la probabilidad de que se generen miasmas es mayor, tal como se produce en los hospitales y las cárceles.

5.4. La nosología miasmática: “confusiones” clasificatorias de las enfermedades

Las enfermedades miasmáticas han sido consideradas normalmente como enfermedades espontáneas de tipo infeccioso que dependen del aire tanto en su origen como en su propagación: por un lado, por la alteración del aire mediante emanaciones pútridas o miasmáticas; por el otro, a través de los gérmenes que se desprenden de los enfermos y que se transmiten por el aire a individuos sanos (Bouchut 1878). A este tipo de enfermedades producidas por los gérmenes se las conoce con el nombre de infecto-contagiosas, porque es una enfermedad contagiosa producida por el organismo enfermo, pero que proviene de la atmósfera (contagio a distancia). La clasificación entre enfermedades infecciosas, contagiosas, miasmáticas y víricas no está demasiado clara, lo cual es un ejemplo que ilustra muy bien la falta de acuerdo científico al respecto.

Como puede observarse en el CUADRO 3 (véase al final del capítulo), algunas enfermedades tanto se incluyen en una como en otra categoría. Las enfermedades infecciosas y contagiosas pueden dividirse en miasmáticas y virulentas, siendo en mayor medida incluídas las miasmáticas en la categoría de las infecciosas y las virulentas en las contagiosas. Las delimitaciones entre una y otra categoría han sido más controvertidas cuando se ha tratado de clasificar las enfermedades contagiosas producidas por agentes miasmáticos. Tal como podemos observar en el mismo cuadro, las fiebres intermitentes son consideradas específicamente miasmáticas, mientras que las clasificaciones de la viruela, la escarlatina y el tifus no están tan claras.

5.5. Medidas de prevención y erradicación

Los medios para combatir el desarrollo y la acción de los miasmas se conocen con el nombre de *terapéutica*. Esta dependía de las epidemias, y en concreto de la aceptación del contagio vivo a través de gérmenes o de los miasmas volátiles. En el primer caso, los contagionistas preferían la reclusión en los lazaretos y la aplicación de cordones sanitarios y cuarentenas. En el segundo caso, se era más partidario de las fumigaciones. Por eso, para combatir las enfermedades contagiosas los médicos preferían aplicar las cuarentenas,

los cordones sanitarios y los lazaretos, en cambio cuando se trataba de las enfermedades infecciosas se utilizaban preferentemente las fumigaciones.

A pesar de estas diferencias no siempre se seguían a rajatabla las recomendaciones. Podían utilizarse sin creer en ellas o combinarse. Por ejemplo, Bouchut (1878) no creía demasiado en la eficacia de las medidas preventivas como eran los cordones sanitarios para aislar los países, los lazaretos para aislar los individuos, ni las cuarentenas, aunque para él debían emplearse por el “efecto moral” que producían. No por ello dejaba de recomendar las fumigaciones, pero las consideraba prácticamente inútiles para combatir las enfermedades contagiosas. Por eso, el único remedio eficaz era “la salida del punto infectado en tiempo oportuno, yendo á vivir á países donde no reine la enfermedad...” (Bouchut y Despres 1878: 349). En cambio, Bernheim (Dechambre y Lerenboullet: 1864-1889) aconsejaba la desinfección para prevenir las enfermedades contagiosas no miasmáticas con los siguientes productos: ácido fénico, hiposulfatos, sulfato ferroso de oxidulo, hipermanganato de potasa, cloruro de cal y ácido fénico.

Las controversias a la hora de decidir cuál era el método más adecuado para luchar eficazmente sobre las epidemias eran mayores con las epidemias contagiosas que con las miasmáticas. Para las enfermedades miasmáticas los medios de prevención más empleados, aparte de la higiene, eran las fumigaciones. En general, Bouchut (1878: 349) aconsejaba:

“(...) encender grandes hogueras en las plazas públicas, hacer en el interior fumigaciones de ácido sulfuroso por medio de azufre quemado sobre una plancha de hierro enrojado, cerrando entonces todas las puertas y no dejando a nadie en el interior de las habitaciones; fumigaciones de vapor de ácido fénico, que todos pueden respirar sin inconveniente alguno (...)”.

Pero la práctica fumigatoria que se había extendido era la del vinagre o ácido acético, que más adelante fueron sustituyéndose por los ácidos minerales. Entre ellas Bouchut recomendó la fumigación de ácido nítrico (fumigaciones de Smith), la fumigación Guytoniana (fumigación de cloro), las fumigaciones con ácido hiponítrico²², las fumigaciones con ácido fénico (poco eficaces) y las fumigaciones cloradas²³.

Aparte de las fumigaciones, otro método para combatir la influencia de los miasmas eran los que Colin (Dechambre y Lerenboullet 1864-1889:

546) denominaba medios físicos, como eran los enterramientos de materias animales en descomposición, el empedrado de las calles en las ciudades, y del suelo en el campo para evitar las exhalaciones telúricas, el empleo de aparatos de ventilación y calefacción, las hogueras y las fumigaciones.

En cuanto a las medidas de higiene generales para prevenir el origen de los miasmas, Pedro Felipe Monlau (1857) propuso las siguientes medidas: facilitar la circulación del aire; destruir la humedad del terreno por medio de talas controladas de bosques; secar pantanos y cercar ciertos lagos y estanques con un cordón de árboles altos y frondosos que absorbieran la humedad y los efluvios pantanosos; establecer una buena distribución de los hospitales; aplicar grandes fumigaciones clóricas (Guyton de Morveau) o nítricas (James Carmichel Smith), y por último huir de la atmósfera infectada. Y para el control de la formación de miasmas en las habitaciones de los obreros sólo se recomendaba la ventilación y una mejor distribución del espacio para evitar la aglomeración de individuos. Todas ellas fueron prescripciones difíciles de aplicar.

Cuadro 1
Emanaciones que afectan a las profesiones según Monlau²⁴

EMANACIONES QUE AFECTAN A LAS PROFESIONES

* EMANACIONES PULVERULENTAS MINERALES, VEGETALES, ANIMALES, ETC.

- *Profesiones afectadas:*

molineros, panaderos, medidores de grano, canteros, yeseros, marmolistas, los que tratan el carbón, los aserradores de madera, etc.

- *Profesiones afectadas por otras materias:*

el tabaco, el beleó acónito, y las cantáridas son: los trabajadores de fábricas de tabaco, los practicantes de farmacia, los almacenes de drogas, los hortelanos.

- *Medidas preservativas:*

“conviene el uso de un velo ó de una muselina que tamiza el aire que se respira, y de unas esponjas empapadas en agua y puestas delante de la nariz y de la boca” (p.43).

EMANACIONES QUE AFECTAN A LAS PROFESIONES

* EMANACIONES METÁLICAS: mercurio, plomo, arsénico, cobre antimonio, zinc.

- *Profesiones afectadas:*

trabajadores de minas de mercurio, de cobre y de cobalto, los que azogan espejos, los fundidores de letra de imprenta, los fabricantes de óxidos de plomo, los doradores, los fabricantes de colores para la pintura, etc.

- *Medidas preservativas:*

evitar la inspiración de las emanaciones metálicas, y hacer circular el aire por medio de los tubos llamadores o de atracción de Mr. Darcet.

Cuadro 2
Clasificación de los gases según Giné y Partagás²⁵

CLASIFICACIÓN DE LOS GASES	
<i>Irrespirables</i>	
- Nitrógeno =	inodoro [se desprende de los cuerpos en putrefacción, de las letrinas, de algunas aguas minerales y se halla en abundancia en ciertas minas por la oxidación del sulfuro de hierro y el sulfuro de cobre]
- Hidrógeno =	inodoro [se exhala de las minas, de las excavaciones volcánicas y de algunas aguas minerales]
- Anhídrido carbónico =	olor ligeramente picante y un sabor agrillo [se desprende de los braseros y demás focos en combustion]
<i>Irritantes</i>	
- Amoniaco =	de olor muy penetrante , de sabor muy cáustico e irrita los ojos [letrinas, emanaciones de los excrementos humanos]
- Anhídrido carbónico =	de olor picante y sofocante , excita el lagrimeo, la tos y el estornudo [combustion de azufre, volcanes]
- Acido clorhídrico =	humo de olor y sabor picantes [volcanes, aguas minerales]
<i>Tóxicos</i>	
<i>Gases deletéreos que pueden viciar la atmósfera</i>	
- Acido sulfhídrico =	inodoro
- Oxido de carbono =	olor a huevos podridos [letrinas, materias animales en putrefaccion, minas de hulla, bocas volcánica...]
- Arseniuro hídrico =	olor aliáceo fuerte y desagradable y altamente venenoso [minas de estaño, plata, y otros metales, asociado con el arsénico]

Cuadro 3
Clasificaciones de las enfermedades según los diccionarios
y enciclopedias médicas

ENFERMEDADES MIASMÁTICAS	
1) Fabre:	calenturas intermitentes, calenturas continuas o tifus.
2) Jaccoud:	fiebre amarilla, cólera (contagiosidad dudosa), fiebre intermitente, rabia, sífilis, vacuna, viruela, escarlatina, rubeola, coqueluche (enfermedades contagiosas).
3) Littré:	reumatismo articular agudo, malaria, pulmonía, micosis malignas (endocarditis ulcerosa y ostiomielitis), micosis simple, etc.(infecciosas).Procedentes de los efluvios: fiebres intermitentes, continuas, fiebre amarilla, caquexia, peste, cólera asiático.
4) Bouchut:	viruela, escarlatina, anginas simples y gangrenosas, croup, carbunco, sarampión, tifus, fiebre puerperal, peste, cólera, fiebre miliar, neurosis, enfermedades infecto-contagiosas, fiebre tifoideas, epizootias.
5) Colin:	fiebres telúricas, fiebres intermitentes (efluvios). Cólera, fiebre amarilla, tifus recurrente, dengue, meningitis cerebro-espinal, coqueluche, difteria, paperas, ciertas disenterias.
ENFERMEDADES VIRULENTAS	
1) Littré:	viruela, sarampión, escarlatina, tifus exantemático, sífilis, chancre.
2) Dechambre:	vacuna, viruela, escarlatina, rubeola, sudor miliar, varicela, septicemia, pioemia, gangrena séptica, erisipela séptica, fiebre puerperal, morbo, carbunco, rabia, blenorragia, oftalmía blenorragica, sífilis, tuberculosis, oftalmía catarral, oftalmía purulenta.

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

- 1) *Littré:* sarampión, escarlatina, viruela, tifus exantemático, fiebre recurrente, difteria, erisipela, muermo, sangre del bazo, rabia, actinomicosis, sífilis, infección purulenta, blenorragia, coqueluche y otros catarros, piemia, fiebre puerperal y tuberculosis.
- 2) *Dunglison:* tifus, sarampión, escarlatina.
- 3) *Jaccoud:* viruela, vacuna, chancro, pústula maligna, sífilis (virulentas).
- 4) *Mérat:* viruela, vacuna.
- 5) *Dechambre:* sífilis, vacuna, viruela, rubeola, difteria.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- 1) *Littré:* infecciones locales: blenorragia, oftalmía purulenta, coqueluche, chacro simple. Infecciones generales: sífilis, tifus exantemático, fiebre recurrente, peste, tifus abdominal, afecciones palúdicas, reumatismo articular agudo. No trasmisibles: efluvios-enfermedades palustres. Transmisibles: miasmáticas, virulentas.
- 2) *Dictionnaire:* fiebre amarilla, disenteria, peste, pústula maligna.

NOTAS

- 1 Mary Douglas (1975) también reconoce la influencia del pensamiento empírico de David Hume en la epistemología de la causalidad. Sobre todo en el hecho de asegurar los límites de nuestro conocimiento en la experiencia, entendida a partir de la parte sensible de nuestra naturaleza, es decir de nuestras sensaciones. “En otras palabras, insistió en que el conocimiento instintivo; la causalidad no es sino una “interpretación de la experiencia pasada”; se debe a la “fuerza de la costumbre”, sector de la naturaleza humana cuyo estudio, afirmaba, está demasiado abandonado” (p.36). Desde la reflexión antropológica Mary Douglas establece dos clases de teorías causales: las que coinciden con la nuestra, y que no necesitarían una explicación especial, y las que son mágicas. Estas últimas pueden estar basadas en asociaciones subjetivas (Frazer) o en conveniencias más afectivas que cognoscitivas (Lévy-Bruhl).
- 2 En la medicina racionalista las primeras causas que se pretendieron explicar científicamente estaban sujetas a la observación directa de los trastornos patológicos, como podían ser los efectos que la enfermedad producía sobre los enfermos: los bubones, los tumores y los sarpullidos. La diferencia radicaba en pretender demostrar científicamente cómo actuaban estos venenos en el organismo enfermo con el fin de eliminarlos.
- 3 El foco morbífico, vital (germen) o volátil (miasma), entre otros, está determinado subjetivamente por las relaciones de poder que se construyen entre el enfermo y el sanador.
- 4 Ackerknecht (1948a) analiza cuáles fueron los factores externalistas que contribuyeron a la extensión de la tesis anticontagionista.
Enfocar como objeto de análisis las condiciones externas que legitiman el pensamiento científico ha supuesto un viraje analítico que la historia de la ciencia ha venido desarrollando desde la propuesta externalista del estudio de la ciencia por parte de Tomas Kuhn (1990).
Francisco Fernández Buey (1991) lleva a cabo un estudio minucioso de los cambios de tema de los historiadores y filósofos de la ciencia, y de su influencia en el campo de las ciencias sociales.
- 5 Todas las referencias de las obras publicadas en latín se han extraído de una bibliografía presentada en la definición de “miasma” en el *Dictionnaire des Sciences Medicales* (1812-1822). Las otras obras reseñadas son las siguientes: Carl Echartshausen “*Ueber die Verderbniss der Luft*” en *V. Journal des Médecine*, t. LXXXIV, p.137, Munich 1788; De la Guerenne *De aere et ipsius a carceribus, nosocomiis et coemeteriis insalubritate*, Paris 1777; Johannes-Fridericus Cartheuser *Dissertatio de virulentis aeris putridi in corpus humanum effectibus*, Francofurti ad Viadrum 1763; Joannes Zacharias Platner *Dissertatio de pestiferis aquarum putrescentium exspinationibus*, Lipsiae 1747, V oper, t. 11, p. 288; Joannes-Henicricus Schulze *Dissertatio de noxiis inundationum effec-*

- tibus*, Erfordiae 1729; Joannes-Maria Lancisi *De noxiis paludum effluviis*, Romae 1717; Johannes-Baptista Donius *De resituenda salubritate agri romani*, Florentiae 1667; Joannes-Adrianns Slevogt *Dissertatio de effluviis efficaciam in corpus humanum*, Ienae 1704; Ehmsen *Dissertatio de aere corrupto ejusque remediis*, Goetingen 1789.
- 6 En general, se reconocen dos grandes divisiones de opiniones a la hora de definir que son los miasmas. Algunos los reconocen simplemente como emanaciones en estado gaseoso, y otros admiten la existencia de corpúsculos que permanecen en el aire. En referencia a este último caso, Giné y Partagás (1882) diferencia a quienes defienden la hipótesis del origen espontáneo de los miasmas (Onimus, Seroel, Bastian), y a quienes reconocen la hipótesis de la panspermia (Pasteur, Tyndall, Miquel, Maddo, Cohn, Cunningham, Lemaire, Ehrenberg, Claurby, Tissandier, etc.).
- 7 Alain Corbin (1987) analiza minuciosamente los miasmas en el pensamiento científico y social de una época marcada por la vigilancia olfativa. Cipolla (1989) parte de una lectura detallada del “Archivio di Stato di Firenze” y señala en que condiciones ecológicas y sanitarias se encontraba este país en el siglo XVII. Tras un estudio exhaustivo en los diccionarios etimológicos del CNRS (1985), Corominas (1954, 1985), Alcover y Moll (1968) y el *Diccionario de la Real Academia* podemos observar que la primera vez que aparece documentado dicho término en lengua francesa es en 1695 en Fr. Raynaud, *Traité des Fièvres malignes et pourprés*, Carpentra, (CNRS 1985: 18). En lengua catalana el primer documento del cual tenemos constancia de dicho término es en 1840 en el dialecto vasco del Labort, parte oeste del pirineo vasco francés (Corominas 1985). Para lengua castellana la primera aparición documentada no aparece hasta 1786-1793 en el *Diccionario castellano con las Voces de Ciencia y artes y sus correspondientes en las 3 lenguas francesa, latina e italiana* (4 tomos) de Esteban de Terreros (Corominas 1954).
- 8 Para analizar la idea de que las emanaciones y las exhalaciones son causas epidémicas se puede recurrir al concepto de peste. La diferencia estriba en que la peste es un tipo de epidemia, y a veces es la representación metafórica de cualquier tipo de epidemia, y en cambio el miasma constituye la causa de las epidemias.
- 9 La clasificación que hacen los médicos de las enfermedades viene relacionada en el CUADRO 3, pág.153-154. En él se clasifican las enfermedades infecciosas, miasmáticas, contagiosas y víricas según los distintos médicos.
- 10 En los diccionarios médicos, de historia natural, y de química del siglo XVIII podemos observar que aparece miasma en cuatro de los cinco consultados.
- 11 Hemos de tener en cuenta que la legitimación de un término es posterior a su utilización. A un nivel general, la preocupación por el aire en materia de enfermedades se observa, por ejemplo, en aquellas prácticas en las que se quemaban hierbas aromáticas para combatir la “putridez” del aire. Por eso, la idea, la noción analógica entre la putrefacción del aire (miasma) y las enfermedades es anterior al siglo XIX. Por otro lado, dentro de la historia de la medicina se observan algunos ejemplos en

- los que se difundieron las ideas sobre el parangón ambiente/enfermedad. Para M.Cipolla (1989) el paradigma médico miasmático desarrollado durante el siglo XIX fue modelado por los uffici de la sanidad italiana en los siglos XV, XVI y XVII: “*E un vero peccato che in tale glorificazione ci si dimentichi sempre di menzionare che in tale glorificazione che quanto venne fatto in Inghilterra nel secolo XIX non fu che la quasi identica replica di quanto era stato fatto precedentemente nell’Italia settentrionale nei secoli XV, XVI, XVII*” (1989: 17).
- 12 Los anticontagionistas “followed a more modern and localized “miasma” theory (poison arising from decaying animal or vegetable matter, “flth”). From the miasmatic or “flth” theory to a purely social concept was but a short step” (Ackerknecht 1948a: 568).
- 13 Los términos epidemia, infección, contagio y virus, aunque directa o indirectamente están relacionados con miasma se han tenido en cuenta más adelante porque señalan otros elementos más significativos.
- 14 Para Littré esta incubación se da en el medio exterior, es decir en la atmósfera.
- 15 En lengua castellana encontramos por primera vez documentado en 1843 el término mefítico tomado del latín mefiticus, derivado de mefitis, “exhalación pestilente”. *Mefitis* era una palabra dialectal itálica procedente de *méfete* “exhalación pestilente palúdica o volcánica (Coromines 1954). En la Real Academia está registrado por primera vez en 1869 el término mefítico y aplicado al “aire viciado, dañoso al que lo respira”. En lengua catalana aparece por primera vez mefítico en 1868 en el *Diccionari Suplement de tots els diccionaris publicats fins ara de la llengua catalana* per una societat de literats, revisat per Costa, Barcelona (Coromines 1985). En el diccionario de Costa (1868) *mephitic* es definido como “corrumput, infectat, parlant del ayre ó de la atmósfera”. En lengua francesa (CNRS 1985) *mephitique* lo tenemos en Rabelais, *Cinquiesme Livre*, éd. Marty-Laveaux, chap. 29, p.120 en 1564. En cambio, *mephitisme* no aparece hasta 1782 en *Tableau de Paris*, I, 85 ds.Gohin, p.268, de Mercier.
- 16 Efluvio procede del latín *effluvium* que significaba “acto de manar”. Documentado por primera vez en lengua castellana en Nieremberg, 1658 (Coromines 1954). En lengua catalana *efflivi* se registra por primera vez en el *Diccionario catalán-castellano-latino* de Joaquin Esteve, Josep Bellvitges y Antoni Juglà i Font, en Barcelona 1803-1805 (1ª reedición en 1830) (Coromines 1985). En Alcover (1968) no está definido como “acto de manar” sino como “emissio de particules petitísimes; exhalació molt subtil”. En lengua francesa en 1755 aparece en *Encyclopedie* con el significado de “emanation” (CNRS 1985).
- 17 El término exhalación proviene del latín *halitus* que significaba “vapor”, “aliento”, “respiración” derivado a su vez de “halare”, “exhalar” y documentado por primera vez en lengua castellana en 1587 por Sabuco (Coromines 1954). En lengua catalana *exhalació* se utilizó antes que el verbo. Lo encontramos documentado en 1575 en la obra *Thesaurius Puerilis* de Onofre Pou, Valencia (Coromines 1985). En lengua francesa *exhalaison* definido como “gaz, odeur se dégagent d’un corps, d’un lieu” se escribió en 1561 en el *Sommaire philosophique* de pseudo Nicolas Famel, ds. Rose, éd. Meón,

- t.IV, p.211, 147. *Exhalation* apareció en 1361 en *Le Livre su ciel et du monde*, de Oresme, en és A.D. Menut, 117 a, p.450, definido com “vapeurs ou exhalacions qui son entre nous et le seileil”. En el campo semántico de la fisiología lo encontramos en 1560 en Paré, éd. Malgaigne, introd. VI, p.46
- 18 A continuación transcribimos un pasaje del libro de Alain Corbin (1987: 27) que hace referencia a los diferentes gradientes odoríferos de la putrefacción: “En una tesis sostenida en 1760 en Montpellier, Féou afina su análisis. En los primeros instantes del fallecimiento aparece un “olor dulzón”, que algunos consideran como de “fermentación vinosa”. Después se desarrolla un olor ácido más fuerte “a menudo semejante a del queso que se pudre”; Gardane lo califica de “acidocaseoso”. “En fin, el olor de la podredumbre se manifiesta: al principio es insípido, sin acritud, pero ese desabrimiento asquea (...) insensiblemente el olor se vuelve penetrante, entonces es acre, abominable. Al olor pútrido siguen una herbáceo y el de ámbar...”. El autor concluye : “Esto debe llevar a los médicos a determinar con más exactitud los olores en las enfermedades” (p.27).
- 19 El término *emanación* que deriva del verbo latín *emanare* apareció a finales del siglo XV documentado por primera vez en lengua castellana en el año 1430 por Juan de Mena (Coromines 1954). En lengua catalana lo encontramos a finales del siglo XV en el *Vita Christi* compost por Sor Isabel de Vilena, “Abadesa de la Trinitat de Valencia, ara novament publicat segons l’edició de l’any 1497 per R. Miques y Planas, 1916” (Alcolver 1968). Fontseré lo definió como un “conjunto de gases que se desprenden de un cuerpo”. También nos dijo que estaba formado por “el aliento de las personas y de los animales, las emanaciones del suelo y las plantas, los gases exhalados por los volcanes; en una palabra, todo lo que está en nuestro planeta se convierte en gas ó en vapor, todo va á parar á la atmósfera”(p.97). Y en lengua francesa aparece con un significado teológico en 1579, en el dominio de la física en 1755 en la *Encyclopédie* (t.5) y en la química en 1900 con Mm.Curie (CNRS 1985).
- 20 La teoría del flogístico fue introducida en la doctrina química por Georg Ernst Stahl (1660-1734). Esta teoría explica cómo se produce el cambio de las propiedades de los cuerpos combustibles. El flogístico es un principio que contienen los cuerpos combustibles y que se libera durante la combustión. Además de ser considerado el agente de la combustibilidad, el flogístico formaba parte de las principales propiedades químicas y físicas como el olor y el color (Bauer et al. 1988).
- 21 A título de ejemplo, en una reproducción de un libro de planchas editado en París se encuentran los siguientes aparatos: un aparato para medir la cantidad de aire que se escapa de los cuerpos en fermentación (plancha número 18), y un aparato para evaluar la suerte de las sustancias en fermentación (plancha XII (172) de Rouelle).
- 22 Eran consideradas las fumigaciones más importantes para la destrucción miasmática, pero a la vez las más nocivas y peligrosas para el hombre.
- 23 Para aplicar sobre los colchones, las sábanas, etc.
- 24 Véase Pedro Felipe Monlau (1857: 42).
- 25 Extraído del tratado de higiene de Giné y Partagás (1882: 149-150).

VI

LA FRAGMENTACION ODORIFERA DEL ESPACIO URBANO

6.1. El control odorífero del espacio habitado

A partir de la noción de miasmas se construyó una geografía¹ de la insalubridad. Lejos de las controversias conceptuales reflejadas en los diccionarios y enciclopedias de la medicina analizadas en el capítulo anterior, los médicos que trabajan en el ámbito rural y urbano describen en las topografías médicas los lugares donde se encuentran los focos infecciosos. A la hora de descubrir los espacios donde se esconden los miasmas reconocemos las condiciones sociales en las que vivían distintas poblaciones de Cataluña durante el siglo XIX.

En las topografías médicas se observa cómo el médico describe olfativamente² los espacios donde se hacinan los individuos, así como las inmundicias que se multiplican a partir de su confinamiento. Con la legitimación científica de los miasmas y las reconocidas vinculaciones empíricas entre el hedor y la enfermedad la vigilancia olfativa se agudiza³ con el hacinamiento de las poblaciones, en general, y de los centros urbanos, en particular.

El saber médico, interesado entonces en la prevención, se adelanta a la constitución epidémica eliminando cualquier tipo de foco infeccioso a través de la fumigación y de la higiene. Estas prácticas se aplican con diferentes objetivos: la fumigación, con el fin de erradicar los miasmas que preceden a las pestes y, la higiene, con la intención de adelantarse a la constitución miasmática, a través de un modelo de prevención que incida directamente sobre un cambio de hábitos y costumbres seguidas por la población.

A medida que el conocimiento higiénico se afianza en la práctica médica, el olfato comienza a ganar terreno a la hora de perfilar cuáles son los espacios susceptibles de aislamiento. La insalubridad, y la “sobresaturación” olfativa de las emanaciones hediondas procedentes de los hacinamientos, y en

especial las de las urbes, influyen a la hora de concebir una nueva imagen de ciudad sana. Esta fragmentación que se establece entre espacios insalubres y espacios higiénicos se reconoce por el hacinamiento y se representa por la insoportabilidad de su hedor.

Pero que el hedor sea o no insoportable, no sólo responde a criterios patológicos sino también a condicionamientos morales. Por eso “(...) es preciso que se arregle el desastroso estado de los lugares comunes, algunos de ellos á la intemperie, es decir aislados, y poco consonante con la moral heddiendo continuamente y sucios por excelencia” (Martorelles: Anónimo 1904: 1). La nocividad del hedor no siempre puede medirse por su agudeza, dado que, como hemos señalado en el anterior apartado, los médicos reconocen que precisamente los miasmas menos apuestosos son a veces los más violentos. El hedor recibe una nueva dimensión que va más allá de su nocividad, “molesta”, “incomoda” y “asquea” (Lérida (b): Marlés 1879).

La insoportabilidad del hedor se convierte en el signo insalubre que hay que atajar. Siempre se reducen las emanaciones hediondas a la suciedad, es decir, a la acumulación de inmundicias. La denuncia que los médicos llevan a cabo sobre las condiciones anti-higiénicas de las urbes debe resolverse a través de una moralización de las costumbres, y de una intervención higienista del Estado (policía sanitaria, autoridades municipales), sobretudo en época de epidemias.

La delicadeza y la sensibilidad de los sentidos constituyen formalmente el motivo por el cual los malos olores deben evitarse. Tal como señala Aluja, el hecho de guardar los animales de labranza en la planta baja de las casas es la causa:

“(...) del insoportable hedor de las calles que causan náuseas á los forasteros y repugnancia a los vecinos de la misma. Desgraciadamente la salud pública no es atendida y nada se hace en pro de la higiene de esta poblacion en la cual, dada su riqueza de aguas podría hacerse diariamente un verdadero lavado de todas ellas convirtiéndolas en modelos de limpieza, pero hoy día, como hemos dicho, hay que taparse las narices al pasar por sus calles, pues la pituitaria menos sensible no puede resistir la hediondez que despiden la mayor parte de ellas” (Seo de Urgel: Aluja 1886: 8).

Se pretende que la sensación olfativa deje de actuar de vigía para convertirse en una percepción estética. En realidad, al medicalizar la atención hacia la suciedad, confiriendo un nuevo modelo de limpieza, el higienista está legitimando una nueva idea sobre la salubridad sustentada en la cualidad de las propiedades que el agua tiene para el lavado de las calles.

El agua⁴ siempre ha sido un elemento sospechoso, porque de su estancamiento han surgido los peores olores y también las peores enfermedades. Las marismas, el estancamiento de aguas por la falta de un buen sistema de alcantarillado, el encharcamiento en las calles por falta de un pavimento adecuado o sistema de empedrado, al igual que el agua sucia de los lavaderos públicos han representado para los higienistas los principales focos de atención. Marlés (1879: 61) tacha el alcantarillado de Lérida de deplorable, con lo cual “(...) basta una nariz medianamente educada para comprender que puede esperar la población de un sistema tan anti-higiénico de cloacas(...)”.

Es el cultivo y la educación la que permite, según médicos e higienistas, sensibilizar a la población de la presencia de la suciedad, con lo cual se reduce a la incultura la responsabilidad de una anosmia colectiva extendida en ciertos sectores sociales. Estos son los mismos que acuden a las tabernas “(...) para respirar una atmósfera impura y alterar sus conversaciones políticas, sus calumnias y sus injurias con las copas de vino y de aguardiente” (Lérida (b): Marlés 1879: 8). La atmósfera impura, cargada de miasmas y de malos olores se convierte en la metáfora del desorden social. El paralelismo que se establece entre la suciedad y el desorden social se refuerza cuando la higiene enarbola la bandera moral que asegura el progreso de la civilización⁵. La suciedad, no sólo se domina desde la limpieza sino que se somete al cumplimiento de los preceptos de la higiene.

Con el fin de no quedarnos en el orden del discurso de los higienistas, cuya ideología queda bien representada en las introducciones de los manuales, y que los médicos que elaboran las topografías recogen en los lemas⁶ y en los agradecimientos, analicemos las topografías médicas como material etnográfico fecundo que describe detalladamente las condiciones de insalubridad de la población. Detengámonos por un momento en observar cuáles son los lugares que los médicos vigilan y responsabilizan de la formación de miasmas⁷. Lugares que ilustran el hacinamiento humano y sus efectos. Porque los olores nocivos son aquellos que se reproducen en la colectividad y se caracte-

rizan por su confinamiento. Por ello, es conveniente atender por un momento a los olores que emanan de la ciudad, representados públicamente a través del olfato (véase CUADRO 5, al final de este capítulo) del médico-higienista.

6.1.1. El campo y los abonos

Los médicos Casellas (1849) y Sau (1927), que elaboraron las topografías médicas de Olot y Camprodón, cualificaron de más puro el trabajo en el campo que en la ciudad, porque el agricultor tenía un mayor contacto con el aire puro de la atmósfera. Al trabajar bajo el influjo directo de la atmósfera recibía la suficiente circulación de aire que aseguraba su burla a una posible concentración de miasmas. Pero, a su vez, tenía la desventaja de someterse a las incondicionables influencias de las variaciones climáticas y atmosféricas.

En ese sentido, trabajar al aire libre desprovisto de las nefastas adversidades del confinamiento de la fábrica en la que se veía reducido el obrero, le proporcionaba una mejor predisposición a evitar las enfermedades y una menor responsabilidad social en la constitución epidémica. De ahí, que en las topografías de Olot (Casellas 1849) y Camprodón (Sau 1927), se alabara la agricultura, además de las condiciones de trabajo de los agricultores, como una labor en mejor armonía con la naturaleza: “La de la agricultura sobre ser la más útil y natural al hombre, es al mismo tiempo la mas sana tanto para el espíritu como para el cuerpo; pues da tranquilidad é independencia al uno, robustez y actividad al otro” (Olot (b): Casellas 1849).

Otras de las ventajas que resaltaban los médicos de los habitantes del campo eran su dispersión y aislamiento. Las viviendas de los agricultores tenían la capacidad de ventilarse mejor porque permanecían abiertas por sus cuatro costados a la renovación directa del aire. Estas ventajas⁸ eran insuficientes para explicar el porqué los agricultores se hallaban también susceptibles de contraer las enfermedades miasmáticas. Las desventajas debían buscarse en el interior de sus casas, principalmente en la existencia de estercoleros y de comunas, y en sus costumbres. En definitiva, se debía “(...) extirpar la insana costumbre que los labriegos tienen de poner estercoleros inmundos al rededor y a veces al lado de las moradas (...)” (Espluga de Francolí (c): March 1906). Por eso, estas costumbres demuestran que “(...) en los pueblos todo es abandono, desidia, descuido, no se toman precauciones de ninguna

clase, y cuando se toman, es tan mal y tan tarde, que para nada valen” (Alco-ver: Anónimo 1912: 30-32).

No obstante, la permanencia de los estercoleros y las comunas no era ni mucho menos tan perjudicial en el campo como en la ciudad, gracias a la ventilación. Las recomendaciones para que los estercoleros fueran eliminados en el campo no tuvieron mucho éxito, pues constituían la principal fuente de fertilización de los campos. Y la excreta humana que se extraía del depósito de las comunas se valoraba como un abono eficiente⁹, sumándose al excremento animal procedente del estercolero.

Uno de los remedios que los higienistas habían puesto en práctica para evitar las emanaciones de la fosa había sido la construcción de un sifón en el tubo de la caída. Pero,

“aquesta disposició requereix despesa de certa quantitat d'aigua que es barreja amb les matèries fecals, la qual cosa obliga a l'evacuació més freqüent de les letrines. No sols per això no s'han generalitzat del tot els sifons, sinó que els pagesos se'n mostren molt refractaris perquè l'adob resulta de menys valor per l'excés d'aigua” (Esparraguera: Valls 1933: 105)¹⁰.

Por un lado, para conservar una mayor calidad del excremento humano y rentabilizar la calidad de los abonos, el sistema inodoro de extracción de letrinas impulsado por los higienistas¹¹ era inadecuado, por lo cual los agricultores se resistieron a llevar a cabo esta práctica. Por el otro lado, a pesar de las molestias, que según el Dr. Rius (Sabadell (b): Rius 1914: 491), se recibían por el tradicional sistema de barral y portadora empleado por los agricultores, las familias lo preferían al inodoro porque les retribuía un beneficio de 50 céntimos por barral.

La actividad económica que se generaba a partir de la recogida de los excrementos, a través de la compra a las familias y la venta a los agricultores, era difícil de desestimar. Lo único que a los higienistas les quedaba por hacer era impedir que se escaparan las emanaciones en el tránsito de los carros que circulaban de las poblaciones a los campos, así como evitar las exhalaciones constantes de los estercoleros en las casas de campo. Era en las emanaciones donde solía persistir el peligro de la violencia miasmática.

Las ventajas económicas que conseguían las familias por la venta de excrementos en barrales favorecieron una mayor resistencia colectiva a cambiar

el sistema de extracción. Por ejemplo, el sistema inodoro empleado por el ayuntamiento, y encargado a dos empresas establecidas en Sabadell(b) (Rius 1914: 491), no reportaba ningún beneficio a las familias, y entraba en competencia directa con la compra de excrementos que llevaba a cabo el agricultor, sobre todo en la época de siembra del trigo y la patata.

Para asegurar el cumplimiento de este nuevo sistema de extracción de letrinas, en Sabadell se dictaron órdenes en las que se favorecía un horario mayor de extracción cuando se empleaba el sistema inodoro, frente a un horario más restringido que cubría de la noche hasta las 6 de la mañana cuando se trataba del sistema de barrales. El control de la venta de excrementos, por parte de ambas empresas que trabajaban para el ayuntamiento de Sabadell, aseguraba su beneficio a través de la recogida gratuita en las casas y su posterior venta al agricultor. El ayuntamiento favorecía este negocio basándose en dos condiciones morales: por un lado, la necesidad de que Sabadell alcanzara la condición de ciudad culta, difícil de conseguir con el “primitivo” sistema de extracción de letrinas, y por el otro que afianzara su condición de ciudad higiénica mediante la eliminación del mal olor.

Los higienistas justificaron la salud de los campesinos, que labraban sus campos acompañados constantemente de la influencia de las emanaciones hediondas procedentes de los abonos, a través de la capacidad que los miasmas tenían para dispersarse gracias a la renovación constante del aire. Incluso algunos, como el médico de Bañolas (Mascaró 1912: 23), reconocían la influencia favorable de las labores agrícolas, ya que,

“(…) hoy en día no solo se consideran inofensivos los campos cultivados, sino que se utilizan para destruir por su mediación los múltiples desperdicios infectos de las poblaciones (...); el suelo interurbano el hombre lo ha desnaturalizado por completo”.

Como la naturalidad del excremento no se ponía en duda, aunque sí su perniciosidad, lo más aconsejable era evitar la exhalación directa de su hedor. Para ello sí que se dieron ciertos consejos a la población que no siempre tuvieron la suficiente resonancia, pues nunca se podía escapar del olor del estercolero.

Cuando se consiguió romper científicamente la analogía entre el hedor y la enfermedad se reconoció que:

“(…) el uso del estiércol para el abono tampoco tendría la importancia que en realidad reviste para nuestros campesinos, si tuvieran la precaución de lavarse a conciencia las manos cuando verifican sus comidas, sobre todo si las verifican en pleno campo, que es precisamente lo ordinario y corriente, cuando se dedican al cultivo o preparación para el mismo de las tierras de labor” (Camprodón (a): Sau 1927: 10).

El hedor dejaba de ser importante en el reconocimiento del principio de la enfermedad y la atención se desviaba hacia la materia, es decir, hacia el excremento.

La controversia higiénica sobre la viabilidad de continuar con la práctica de abonar los campos con excrementos se fue agudizando hasta que los fertilizantes químicos y los abonos minerales comenzaron a sustituir en parte esa práctica.

¿Por qué dejó de ser rentable el excremento humano? La higiene que denunciaba la insalubridad, por un lado, y la aplicación de sus preceptos mediante la gradual implantación de las letrinas con sifón, la construcción de las cloacas y alcantarillado, por el otro, impidieron la continuidad de ese negocio. Los poceros y los recogedores de excrementos desaparecieron para conferir una nueva imagen de una ciudad libre de inmundicias. En el camino de la intolerancia olfativa a la desodorización el nuevo ordenamiento urbano marcó la culminación del proceso.

6.1.2. El hacinamiento de los pueblos, las villas y las urbes

En Cataluña los médicos dejaron impresa en las topografías médicas la huella de una imagen urbana¹² que tendía a la desaparición. Representaron la hediondez intolerable de las poblaciones que, en nombre de los principios higiénicos, aguardaban celosamente una profunda limpieza que comenzaría con una canalización de las aguas y una mayor amplitud de las calles, abiertas a la frugalidad de los vientos.

El sueño de una ciudad desodorizada fue durante el siglo XIX algo más que una quimera. Con la expansión de los humos de las fábricas, las exhalaciones de los curtidos y los tintes de los tejidos, las emanaciones de los ester-

coleros y el mefitismo de las calles, el cambio en los centros urbanos y rurales fue para los higienistas algo más que un sueño obsesivo. Fue un hecho que sólo llegaron a alcanzar a partir del momento en que los urbanistas emprendieron sus reformas. “Ceñir una población con fuertes murallas es querer oponer á su desarrollo físico y á su progreso en todos ramos, es aprisionar á todos sus moradores (...)”, es en definitiva, en palabras de Monlau (1840: 8), arremeter contra la necesidad civilizatoria de la expansión y del desarrollo.

Desde un punto de vista higiénico, se aconsejaba vivir con holgura, y se veía en la aglomeración no sólo los efectos perniciosos que el aire y las aguas ejercían sobre la salud de los cuerpos, sino también los efectos que el bullicio y la multitud realizaban sobre el vicio de las almas. Porque, en última instancia, “el aliento del hombre es mortal para su semejante; y esta proposición la considero tan verdadera en el sentido propio como en el figurado” (Monlau 1840: 11-12).

En un principio, los médicos albergaron la esperanza de reducir las costumbres insalubres a la mínima expresión, a través de responsabilizar a los confinados de la expansión epidémica. Sin embargo, no siempre alcanzaron sus objetivos. La pervivencia de las costumbres, cuyas dificultades de ser eliminadas a corto plazo eran tan evidentes, requerían una mayor labor educativa¹³ del higienista.

La suciedad en la ciudad obligaba al médico-higienista distinguir entre los espacios salubres y los insalubres, aconsejar la apertura de centros urbanos higiénicos aislados de los centros hacinados. En fin, recluir el centro y abrir en la periferia, ensanchar las calles y achatar las esquinas (Cerdá 1968). Las dificultades de las reformas urbanísticas en el centro histórico obligaban al aislamiento y a la emigración hacia la periferia. Las fábricas, los hospitales, las cárceles, y los cuarteles, que todavía no se habían trasladado, necesitaban ser desplazados urgentemente.

En la Cataluña del siglo XIX la saturación olfativa de la hediondez de las calles, que el médico criticaba, había llegado a su límite. Se anunciaba un cambio que ya comenzaba a perfilarse en las grandes urbes. Los efectos de la densidad demográfica en las ciudades industriales empezaban a notarse. La ciudad, el lugar donde el obrero se hacinaba, requería un nuevo orden. En las topografías médicas los médicos dejaron impresa la huella del cambio.

El olfato era el centinela de las concentraciones humanas: el mercado, el hospital, la cárcel, el teatro, la taberna, el puerto y la fábrica. Todos esos lugares se caracterizaban por un hedor que se exhalaba y adhería a los objetos y a las mercancías. La perniciosidad del hedor guardaba una relación directa con el tipo de confinamiento.

En el hospital, el lugar más nocivo, las emanaciones hediondas procedían de los enfermos. En la cárcel, las emanaciones putrefactas de los criminales e indeseables transgredían las barreras de los muros. La taberna y el teatro hedían a hombres. La iglesia, a pesar de considerarse protegida en cierta medida por el olor de los santos sepulcros, estaba atenta al sudor y al aliento de los feligreses. Los feligreses apiñados tenían el inconveniente de emanar hedores, sobre todo si entre ellos se encontraba algún enfermo, con el agravante de sumarse a las exhalaciones cadavéricas que se expelían a través de las losas. En ese caso una epidemia estaba asegurada.

Pero veamos cuáles son los espacios más insalubres que los médicos describen siguiendo un itinerario que va desde la circulación (las calles, las cloacas, el alcantarillado) hasta el estancamiento (las instituciones públicas, las viviendas). Del desplazamiento confinado al hedor de las inmundicias en las calles, al hacinamiento de los espacios públicos de las instituciones y privados de las viviendas.

6.2. La vigilancia olfativa del hacinamiento

6.2.1. Las calles y las inmundicias

En las topografías médicas analizadas las calles representan el hedor y la imagen de un retrete público. En ellas se arrojan las inmundicias, las basuras, las aguas sucias, las deyecciones, los cadáveres de animales, los restos vegetales y animales de los mercados, los orines y los despojos. Entonces, las calles se habían convertido en el retrete que muchas de las viviendas no poseían y, por ello, en el lugar de atención de los médicos e higienistas. En la topografía médica de García (Raduá 1891: 336) se ilustra muy bien este hecho:

“La higiene de la población exige no sea convertida en retrete la vía pública al cual vayan a parar aparte de otras cosas aguas de todos los calibres: en

García pero la razón de no tener retretes la mayoría de casas, por carecer de corral algunos y por exceso de limpieza interior por parte de algunos vecinos, lo que durante el día se ha recogido convenientemente se esparra por la noche tornando la vía pública en pozo sucio de la vecindad”.

Se denunció la costumbre en Calaf (Llorens 1903) de matar a los cerdos en la calle, a pesar de la existencia de un matadero, de vertir en la plaza de Palacio de Olot (Casellas 1849: 29) los restos de pieles de una fábrica de curtido, y la de prensar la vid en Lérida (Marles 1879: 88), lo que obligaba al transeúnte no sólo a “(...) pasar por los montones de uva prensada, sino también a recibir los olores del vino y los productos de la fermentación”.

La permanencia de basuras e inmundicias, además de ser nocivas molestaban a la vista y al olfato, sin olvidar la ofensa al buen gusto. Tal como se reflejó en la topografía médica de Agramunt (Casanovas 1920: 21):

“otras de las deficiencias en materia de higiene, y las más subsanables sin duda, son la de consentirse depósitos o montones de fiemo o basuras en la proximidad de la villa, así como que dentro de ella se viertan aguas, a veces de pureza muy dudosa, y el autorizar, en sus calles y plazas la presencia de varios objetos, si bien no mal olientes, ni productores de miasmas en sí, que sirven como imán para diversas porquerías, pueden ser ocasión a veces de algunos accidentes y siempre están reñidos con la estética y buen gusto”.

Sin embargo, la nocividad de los miasmas y sus efectos eran generalmente los que recibían una mayor atención médica e higiénica, aunque algunas veces se producían ciertas excepciones. El médico de Gerona (Gelabert 1841) destaca en su topografía la indiferencia con que los médicos han tratado los efectos miasmáticos.

La mayor parte de todas las inmundicias se arrojaban desde las ventanas de las viviendas a las calles, al parecer porque la limpieza de las casas se verificaba vertiendo las basuras al exterior, que sumadas a las deyecciones y a las basuras de los caminantes convertían las calles en insoportables lugares rodeados de inmundicias hediondas¹⁴. A pesar de prohibirse esta costumbre, se continuaban echando basuras y aguas sucias por las ventanas de las casas en las poblaciones de Esparraguera (Valls 1933), Agramunt (Casanovas 1920), Castelltersol (Carreras 1892), Seo de Urgel (Aluja 1886), Lérida (Marlés

1879), Martorelles (Anónimo 1904), Manresa (1888), La Escala (Pi 1884), Prat del Llobregat (Anónimo 1904) y Reus (Aluja 1887).

Debido a las dificultades que existían para hacer cumplir esta medida se comenzó a insistir en el barrido de las calles, con el fin de eliminar el polvo, el barro y las inmundicias. En un principio, el barrido corría a cargo de los vecinos (Bañolas: Mascaró 1912, García: Raduá 1891, Esplugas de Francolí (c,d): March 1906, Castelltersol: Carreras 1892, Prat de Ll.: Anónimo 1904 y Tortosa (a): Santiago 1891). Pero la falta de atención y el descuido de los vecinos era tan obvio que las autoridades de algunos municipios decidieron organizar su propia brigada de barrenderos (Lérida (a): Marlés 1879). El sistema municipal no obvió la obligación que los vecinos tenían de barrer las calles, pero sí aseguró y reforzó el servicio que en muchos casos era desatendido, como en el caso de Bañolas (Mascaró 1912), donde “(...) la limpieza de las calles queda encomendada a los mismos vecinos (...) [pero] el Municipio enrola de la limpieza de las plazas y además de recoger las basuras”. Aunque, la combinación de ambas prácticas conllevaba en ciertas ocasiones más inconvenientes que ventajas:

“Los barrenderos por una parte, los vecinos por otra van dejando montones de basuras que si los chiquillos no los esparraman por la calle pasan á recogerlos por medio de caballerías que van sembrando, permítesenos la expresion, por unas callas las basuras que han recogido en otras, dando como resultado práctico que la limpieza es nula” (Lérida (a): Marlés 1879: 89).

Así la suciedad también se asociaba con el desorden.

El único lugar donde se señaló que las calles y las plazas se barrían dos veces al día fue en Gerona (Gelabert 1841)¹⁵. Pero generalmente, el médico no siempre se mostraba satisfecho con el barrido que se encomendaba a la iniciativa particular porque:

“(...) resulta muchas veces ilusoria ó deja de ser tal si no se convina con alguna multa y la tutoridad no ejerce la debida vigilancia, y además, que los restos vegetales y animales de los mercados, del barrido de las calles, de las cocinas, etc. constituyen una gran cantidad de sustancias fermentibles, mal sanas por lo tanto, que exigen las atenciones¹⁶ de la policía sanitaria” (Castelltersol: Carreras 1892: 39).

Otra de las medidas que se aplicaron para la limpieza de las calles fue el sistema de riego. Todos los médicos no compartían la misma opinión sobre los beneficios del riego para asegurar la limpieza, pues veían en esta práctica el peligro nocivo del encharcamiento (Mataró: Anónimo 1880, Manresa (c): Anónimo 1905: 247). Por el contrario, en las poblaciones de Tortosa (Suárez de Figueroa 1913) y Alcover (Anónimo 1912) se observaba en la falta de riego el riesgo a la formación de nubes de polvo que enrarecían la atmósfera.

El riego solía ser efectuado también por los vecinos. Los médicos, que estaban de acuerdo con este sistema de limpieza, reconocían que era el único método adecuado para lavar las calles y conseguir así eliminarlas de la concentración de aguas sucias y de inmundicias que desprendieran emanaciones pútridas (Reus (b): Aluja 1887). Se obligaba a los vecinos a que regaran las calles todo el año y “(...) á practicarlo en el trozo comprendido en sus respectivas casas” (Espluga de Francolí (c,d): March 1906). El riego, al igual que el barrido, se incumplía constantemente, por lo cual los médicos solicitaron una intervención más directa de las autoridades para que esta práctica se verificara (Castelltersol: Carreras 1892: 35).

Fuera del barrido y el riego, el medio más eficaz para terminar con el mefitismo del suelo era el empedrado de las calles “(...) porque facilita la extracción de las inmundicias y porque evita el barro y la humedad” (Castelltersol: Carreras 1892: 37). La mayor parte de las poblaciones (Alcover: Anónimo 1912, Reus (b): Aluja 1887 y Tortosa (c): Suárez de Figueroa 1913)) no estaban empedradas. Además del empedrado también se recomendaba la colocación de pavimento impermeable (Sabadell (a): Puig 1891) para conseguir una eliminación total del mefitismo del suelo.

Pero el mefitismo no sólo se producía por la falta de empedrado sino también por la estrechez y la ausencia de aceras en las calles. Que las calles fueran estrechas impedían la entrada de luz y aseguraban la permanencia de la humedad, haciendo que la ventilación fuera también más difícil. Por eso, se analizaban las condiciones en las que se encontraban las calles, llegando incluso, como en Sabadell (Puig: 1891) a clasificarlas según su anchura y extensión, y a aconsejar “achaflanar las esquinas” para permitir el acceso del sol y del aire. La necesidad de establecer reformas urbanísticas para hacer nuevas calles más anchas, achatar las esquinas, y construir las aceras se hicieron patentes en ciudades industriales como Sabadell y Manresa. En esta última ciudad el médico¹⁷ aconsejaba dejar una manzana vacía, pues

“(…) las ventajas de ser vacía como en los últimos sitios son; que la circulación del aire purifica la atmósfera de las casas, al igual que el foco natural de vida (sol) puede enviar sus emisarios (rayos de luz) con más intensidad y todo reunido coopera á la esterilización” (Manresa (c): Anónimo 1905: 243).

Además de las emanaciones nocivas que resultaban de la acumulación de inmundicias en las calles, por causa de la práctica tan frecuente de arrojarlas por las ventanas de las casas, se encontraban aquellas que procedían de las deyecciones y orinas que los transeúntes dejaban a su paso. Se tomaron algunas medidas al respecto, como la construcción de “meaderos públicos”, que no tuvieron el éxito higiénico esperado. Por ejemplo, en Lérida el “meadero público” de la plaza de la Constitución

“(…) por sus malas condiciones higiénicas no tiene otro objeto que servir á los chicos que deponer sus deyecciones constituyendo un foco de mefitismo pútrido, que aparte de su incomodidad puede ser de fatales consecuencias para aquellas personas que se ven condenadas con una vecindad de tal naturaleza” (Lérida (a): Marlés 1879: 89).

La nocividad y la molestia del hedor, como consecuencia de arrojar las basuras a las calles, convertía a las poblaciones en lugares poco higiénicos, y por lo tanto en “no civilizados” (Manresa (a): Melcior 1888, Lérida (b): Rabasa 1916). El estado de civilización de una población se medía según fuera el tipo de costumbres y prácticas relacionadas con la contención de basuras y la ausencia de hedor. A la hora de descalificar a los pueblos, a causa de la falta de condiciones higiénicas, los médicos utilizaban en su discurso representaciones como las que siguen: en el caso del Prat de Llobregat (Anónimo 1904: 83) “... en cuanto a la higiene hallanse á la altura de cualquier lugarejo del Magreb”, o en el caso de Tremp (Roure 1889), cuando los conductos de las cloacas revientan en las calles

“(…) es cosa de ver a los buenos trempenses desplegados en guerrilla por aquellas calles á manera de indios salvajes por lo asquerosos que se ponen, estrayendo con palas, azadores y calderos aquella melaza negra formada por el excreta de la poblacion salpicando y puritando al fresco fachadas, aceras y transeúntes descuidados”.

Las costumbres y las prácticas que estaban relacionadas con el ejercicio de la suciedad eran reprobadas por los médicos de salvajes y no civilizadas. ¿Por qué se legitima la higiene a partir de un discurso sustentado en la civilización y el progreso? ¿Cuál es el papel que juega la suciedad de la urbe a la hora de configurar un nuevo modelo de ciudad?

6.2.2. *Cloacas, alcantarillados, sumideros y letrinas*

La inexistencia de un sistema de alcantarillado adecuado pone en alerta a los higienistas. Las cloacas, los depósitos de letrinas, los sumideros públicos son anti-higiénicos y deplorables, causando multitud de emanaciones pestilenciales.

Las cloacas son tachadas de pequeñas (Manresa (c): Anónimo 1905), antihigiénicas (Mataró: Anónimo 1880, Lérida (b): Rabasá 1916: 225) o prácticamente inexistentes (Prat del Llobregat: Anónimo 1904, Calaf: Llorens 1903). La razón por la cual las cloacas no se ajustan a la recomendaciones médicas es, desde un punto de vista médico, la poca atención que la población concede cuando ésta no se ve asolada por una epidemia. En el caso de Calaf (Llorens 1903: 119), el médico afirma que la red de cloacas se construyó durante la epidemia de peste de mediados del siglo XVIII:

“(…) como en este país nadie se acuerda de Santa Bárbara hasta que true-
na, es verosímil que para atajar la peste construyeran la red de cloacas, y que
pasada la tormenta las dejaran obstruir y las abandonaran por completo”.

El estado deplorable en el que se encuentran todas las cloacas, hace que algunos médicos, como el del Prat de Llobregat (Anónimo 1904: 96-97), prefiera que no existan. Pero es habitual encontrar las cloacas en muy malas condiciones, sobre todo cuando al afinar el olfato uno se encuentra que “(…) son pestilentes e insalubres” (Calaf: Llorens 1903: 119), o bien se demuestra por “(…) las emanaciones gaseosas que de las mismas se desprenden en abundancia (…)” (Mataró: Anónimo 1880: 162) el riesgo nocivo de contraer una enfermedad. Por ejemplo, tal como resalta Marlés (1879: 94) la mala conducción de las inmundicias produce “un gran foco de mefitismo pútrido que hace a veces insupportable el olor”, con lo cual se convierte en una causa que favorece la constitución de las enfermedades intermitentes.

Pero peor que las cloacas se encuentran los depósitos de letrinas. En primer lugar, porque la forma de conducir las heces fecales al estercolero suele hacerse a través de simples cañerías sin utilizar el sifón (Calaf: Llorens 1903: 119), o bien simplemente porque se dejan acumular los excrementos en depósitos. Lo más polémico, desde un punto de vista higiénico, es la forma mediante la cual se extraen los depósitos de letrinas. El sistema más adecuado fijado por los higienistas es el inodoro. Este método está muy poco extendido, por lo que se continúa utilizando el tradicional sistema de barral, en el que los excrementos son conducidos por los carros directamente a los campos.

En algunas poblaciones las heces fecales y las aguas sucias se depositan en el mismo lugar, llegándose a producir un mayor mefitismo. Se recomienda que las aguas sucias se canalicen directamente al río a través de una red de cloacas o un sistema de alcantarillado adecuado, y se separen de los excrementos. Las aguas sucias son más nocivas que el excremento, el cual tiene todavía un papel importante como fertilizante agrícola.

La restricción del horario de recogida de las inmundicias y de traslado de los depósitos de letrinas al campo no se cumplía en el mayor de los casos. Por ejemplo, en La Escala (Pi 1884: 55) había “(...) un abuso tolerado aunque no permitido de proceder á su extraccion á horas en que hay bastante circulacion por las calles, y en que muchas cosas estan abiertas todavía”. Quejas que también se recogen en Esparraguera (Valls 1933: 105):

“No s’hauria de permetre l’evacuació i transport de letrines només que a les primeres hores del dia, com ho ordena el Reglament de Sanitat Municipal. Ademés, no podent-se obtenir l’evacuació pel sistema inodor, almenys s’hauria d’exigir com a mínim que el transport es fes per mitjà de botes hermèticament tancades”.

La insistencia en mejorar las condiciones en las que se encuentran las cloacas, también pasa por resaltar el mal funcionamiento del sistema de alcantarillado (Lérida (a): Marles 1879, Palma de Mallorca: Anónimo 1886), que no sólo produce un aumento de la impureza del aire debido a las emanaciones hediondas que se desprenden, sino que molesta y ofende a las personas educadas. Por eso en Reus (Aluja 1887: 48) también se recomiendan seguir las reglas higiénicas porque

“(…) otra de las más apremiantes mejoras que reclama la cultura é higiene de esta ciudad es la modificacion en la manera de estraer las materia fecales, pues todavía se verifica por el antiguo é indecoroso sistema de los barrales que apesar de ser de noche su estraccion, es insoportable la fetidez que se percibe desde larga distancia; por lo tanto, hora seria ya de sustituir este repugnante procedimiento por el nuevo sistema inodoro como se practica en la mayoría de las poblaciones amantes del progreso. También es de primera necesidad la instalación de letrinas y sumideros públicos en los sitios más concurridos de la ciudad, mejora que agradecerían de un modo especial el gran número de forasteros que diariamente nos visitan”.

Estos “cambios culturales” que el higienista pretende conseguir mediante la erradicación de prácticas y costumbres anti-higiénicas, ¿reciben la aceptación esperada? ¿Existen algún tipo de resistencias en eliminar estas prácticas?

6.3. Las instituciones públicas: el hospital, la cárcel, el cuartel, el hospicio, el teatro y la iglesia.

¿Cuáles son los inconvenientes que los médicos ven en la permanencia de las instituciones públicas tal y como existían hasta el momento? Detengámonos un momento en analizar esta cita:

“Una grande reunion de hombres necesita varios establecimientos que producen algun perjuicio á la salubridad; como son ciertas manufacturas, o fábricas o mataderos, asilo de pobres enfermos, y espositos, etc. Estos son focos de los cuales se exhalan incesantemente emanaciones dañosas. Por esta razón se prescribe colocarlas fuera los muros, y darles una situacion expuesta a los vientos que comúnmente soplan en dichas poblaciones para que no introduzcan los vapores que desgraciadamente no faltan en la sociedad, algunas veces impiden el que se pongan vigentes estas reglas” (Gerona (a): Gelabert 1841: 8).

Los miasmas que resultan del confinamiento en instituciones públicas son más peligrosos que los que se encuentran en el campo. Ninguna de estas instituciones se escapa de la constitución miasmática, porque los miasmas se producen en condiciones de hacinamiento, bien sea a partir de individuos sanos o de enfermos.

En un principio, las instituciones que requieren una mayor vigilancia son los hospitales, los manicomios y la casa de maternidad. Se obliga el traslado de estos edificios extramuros de la ciudad, aunque como puede observarse en las topografías médicas consultadas la mayoría ya estaban fuera del centro urbano¹⁸. El traslado, más urgente en el caso del hospital, se justifica necesario para prevenir a la población sana del contagio de las emanaciones hediondas y de los miasmas que exhalan los enfermos y los objetos que han estado en contacto con ellos, como son los colchones, las sábanas y las ropas¹⁹. Las medidas para asegurar la higiene, es decir la inexistencia de miasmas, son la limpieza, la ventilación y la ausencia de humedad.

Pero en las topografías se recoge algo más que la simple descripción de las condiciones de insalubridad en las que se encuentran los hospitales. Es el miedo y la aversión que demuestran los habitantes a la hora de ingresar en un hospital²⁰. Miedo que no sólo se manifiesta por la virulencia contagiosa de los miasmas de los enfermos sino de los miasmas que se adhieren a las sábanas y a los colchones. Como en el caso de la casa de caridad de Reus (Aluja 1887) en la que la costumbre de alquilar la cama para depositar el cadáver del difunto implica que después de retirado los niños se contagien al entrar en contacto con las sábanas y colchones u otro tipo de utensilios que estuvieron en contacto con la putrefacción.

Una de las misiones que corren a cargo del médico es la desinfección de las habitaciones de los enfermos y sus ropas a través de “soluciones fenicadas”, y las habitaciones por vapores de gas sulfuroso nitroso” (Mataró: Anónimo 1880). Pero no todos los olores son peligrosos. Algunos más que asustar incomodan, como es el caso de las emanaciones de la cocina que estaba situada junto a la sala de enfermería en el hospital de Reus (Aluja 1887: 22), ya que “(...) especiales olorosas emanaciones incomodaban continuamente a los enfermos, ha sido recientemente trasladada a un cuerpo de edificio aislado y separado de las enfermerías”.

Además de los miasmas de los hospitales, también son peligrosos los que proceden de las cárceles (Tortosa (a): Santiago 1891). Los problemas de ventilación, la excesiva humedad los miasmas que emanan de los presos y sus pertenencias, y la capacidad que éstos tienen de atravesar las paredes (Bañolas (Mascaró 1912) y Mataró (Anónimo 1880), provocan diversas enfermedades.

Fuera de las cárceles encontramos condiciones higiénicas deplorables en los manicomios (Sabadell (a): Puig 1891, Reus (b): Aluja 1887). Y una atmósfera enrarecida en las tabernas (Lérida (a): Marlés 1879, Sabadell (a): Puig 1891) y en los teatros (Sabadell (a): Puig 1891 y Reus (a): Aluja 1887). Aunque es mayor el mefitismo en los cuarteles, sobre todo en la sección de caballería porque el aislamiento y los dormitorios de

“(…) techo bajo y poco ventilado dan cabida á gran número de camas, las cuadras donde tan grande es el mefitismo a pesar de la limpieza no tiene mas ventilacion que la de una simple ventana siendo un techo muy poco elevado; carece de patios interiores, de manera que la ciencia reclama un poco más de bienestar para el soldado y aun para su cuadrúpedo” (Lérida (a): Marlés 1879: 46).

Condiciones que pueden controlarse a través de la limpieza (véase Reus (a): Aluja 1887).

La única alusión que se hace a la insalubridad de la iglesia, que se lleva a cabo en la topografía médica de Mataró (Anónimo 1880: 213), se refiere a

“(…) la costumbre de entrar los cadáveres en las iglesias [que] quedó suspendido hace algunos años, pero todavía queda otra que es preciso desaparecer para evitar los peligros de contaminación directa; nos referimos a la costumbre de reunir los deudos y amigos en la casa mortuoria para rezar el rosario en presencia del cadáver”.

Las descripciones detalladas sobre la insalubridad de las iglesias se encuentran fundamentalmente en los tratados de epidemias de peste, sobre todo en relación a las prácticas del entierro de los cadáveres en las mismas.

6.4. El lugar de los muertos y la putrefacción que afecta a los vivos: el cementerio, el muladar y el matadero

Los miasmas más nocivos han sido siempre aquellos que han procedido de la materia en descomposición de cadáveres humanos y animales. Los cementerios y los muladares son los lugares que requieren una mayor vigilancia higiénica.

La prohibición de enterrar los cadáveres dentro de las iglesias se dictó en el concilio de Braga en el año 563 (Ariés 1987: 47). Sin embargo, se continuaron este tipo de enterramientos hasta finales del siglo XVIII. Para Ariés, al principio, los motivos fueron eclesiásticos, pero a finales del siglo XVIII las razones fueron médicas. La secularización del conocimiento de la enfermedad, inseparable de la muerte, (Ariés 1987: 296) que los médicos transmitían en su práctica, convirtió el problema del cementerio en un asunto higiénico.

La insalubridad del cementerio siempre estaba relacionada con el hedor de los muertos. Esta indicación prevenía a los vivos y los mantenía alejados del cadáver. Ariés considera que a partir del siglo XVIII los individuos comienzan a distinguir los olores nocivos e insalubres que surgen de la manipulación del cadáver (inhumación/exhumación), que hasta aquel entonces sólo habían sido peligrosos durante las epidemias de peste²¹.

Los cementerios nunca reunían las condiciones higiénicas adecuadas, sobre todo porque “(...) hay muchos miasmas en la admosfera, hay materia orgánica, con gases mortíferos, que por las grietas de los materiales viejos de los nichos, son un continua transpiracion” (Martorelles: Anónimo 1904: 2). Por eso la única solución favorable para prevenir a la población de los miasmas que se escapan de entre las lápidas, es trasladar el cementerio a las afueras de la ciudad.

En las topografías médicas analizadas la mayor parte de los cementerios se encuentran edificados fuera del centro urbano, aunque algunos son más recientes que otros, como por ejemplo el cementerio de Sabadell, inaugurado en 1864. Y algunos todavía se encuentran en el centro urbano, como el de Caldas de Malavella (Arrió 1876), Castellar del Vallés (Vergés 1894-5), Esplugas de Francolí (March 1906), Tremp (Roure 1889)²², y Badalona (Tui-xans 1903).

Los cementerios que se edifican fuera del centro urbano deben guardar una distancia prudencial que aleje su nocividad de la población. Los médicos de Lérida (Marlés 1879), Sabadell (Puig 1891), y Reus (Aluja 1887) alaban las distancias de 1986 metros, 1700 metros y 1500 metros respectivamente. Otras condiciones que deben guardar los cementerios, para considerarse en armonía con la higiene, son: 1) su emplazamiento alejado y su construcción opuesta a los vientos; 2) la edificación de un muro que circunde el cementerio; y 3) la colocación de cipreses para que absorban la humedad y la descomposición:

“De manera que siendo los vientos del Nordeste los menos que aquí reinan, la interposicion del cerro, el hallarse sobre un terreno de subsuelo bastante seco y además cercado de sólidas y elevadas paredes y plantado de numerosos árboles; aleja y pone a cubierto a la villa de sus miasmas” (Casanovas 1920: 16).

La reciente construcción de nichos adosados a los muros está mal vista por los médicos y son tachados de “antihigiénicos”, “verdaderas botellas de gases sépticos” (Calaf: Llorens 1903: 125), y “condiciones a reprobar” (Lérida (a): Marlés 1879: 25). Se sigue prefiriendo el entierro bajo tierra, en vez del nuevo sistema de nichos.

Y en cuanto a los tipos de enterramiento se refiere los médicos están más de acuerdo en practicar la inhumación, a pesar de que se haya demostrado en el extranjero que la incineración sea más higiénica. El médico de Sabadell (Rius 1914) considera que el inconveniente mayor de la incineración es el “hedor de carne quemada”, pero en realidad a lo que se alude es a la falta de respeto a los muertos que esta práctica conlleva (Puig 1891).

Conseguido el traslado del cementerio y asegurada la ventilación lo único que queda por modificar es la costumbre de llevar el difunto a hombros a la hora de trasladarlo al cementerio. Este sistema de conducción de cadáveres (Lérida (a): Marlés 1879, Sabadell (a): Puig 1891, Reus (b): Aluja 1887)

“(…) está en absoluto prohibida la antigua costumbre de ser llevados en hombros ya que es harto evidente el peligro que corren los sujetos en ser cargados de tal conducción por los gases y líquidos ofensivos siempre, y a veces deletéreos que es comun el desprenderse de las rendijas de los ataúdes” (Sabadell (a): Puig 1891: 52).

Por ello, los cadáveres deben llevarse en coches fúnebres.

Los cadáveres animales se arrojan a los muladares y en el peor de los casos al río y a la calle. En los mataderos las condiciones higiénicas son deplorables (Agramunt (b): Casanovas 1920). En las topografías médicas encontramos pocos datos sobre la existencia de mataderos, por lo que nos hace pensar que no deberían estar muy extendidos, o quizás que no fueran centro de aten-

ción de los médicos. Es curioso que en Calaf, a pesar de la existencia de un matadero todavía se continuaran matando cerdos en medio de las calles.

6.5. Las viviendas y las habitaciones: los estercoleros, la cocina y la comuna

Las habitaciones donde se hacinan los obreros y los jornaleros son lugares de donde emanan miasmas y efluvios mefíticos a raíz de la combinación de hacinamiento, olores de las cocinas, las comunas, las letrinas, los corrales, los establos, que junto a una falta de ventilación y de luz, así como tras un exceso de humedad, convierten este espacio en un peligro público.

Las descripciones que los médicos llevan a cabo sobre el aire confinado de las habitaciones nos dan una cierta idea de cuáles eran las condiciones de vida de la clase obrera y jornalera. Nos arrojan luz sobre la compartimentación del espacio privado, en el que las letrinas, los excusados, las comunas y las cocinas son por antonomasia los lugares de atención higiénica. En las topografías médicas se distinguen tres tipos de viviendas: las que ocupan la *clase obrera* (Tortosa (c): Suárez de Figueroa 1913, Sabadell (b): Rius 1914, Manresa (a): Melcior 1888), y Alcover (Anónimo 1912), la *clase jornalera* (Caldas de Malavella: Arrió 1876), Prat de Llobregat: Anónimo 1904, y Tortosa (b): Vilà 1901), y los *agricultores* (Manresa (a): Melcior 1888, Calaf: Llorens 1903, Seo de Urgel: Aluja 1886, Prat de Llobregat: Anónimo 1904 y Esplugas de Francolí (c.d): March 1906).

En centros urbanos de mayor densidad de población y hacinamiento las viviendas que se encuentran en calles estrechas tienen el agravante de estar sometidas a la falta de luz, de ventilación y de exceso de humedad. Cuando se trata de la clase obrera es mayor el hacinamiento, pero peor es el confinamiento en el caso de los jornaleros y los agricultores por convivir con animales domésticos y de labranza.

Las condiciones que dominan las viviendas de los obreros son las siguientes: 1) viviendas estrechas con escasa cubicación atmosférica, mal ventiladas, y húmedas; 2) cocinas mal ventiladas e iluminadas, próximas a los excusados; 3) depósito común de las letrinas situado en la planta baja de las viviendas; 4) mala canalización de las aguas sucias; 5) retretes en malas condiciones (en algunos casos los desagües están mal acondicionados); y 6) hacina-

miento superior a la cubicación atmosférica óptima recomendada por habitación²³.

En las casas de los agricultores (casas de campo), 1) la suciedad es mayor en relación al hacinamiento; 2) conviven con animales domésticos: perros y gatos; 3) tienen corrales, animales de labranza en la planta baja; 4) los estercoleros están llenos de excrementos de cerdos, gallinas y otros animales para convertirse en abono; 5) proliferan los ratones, las cucarachas y otras alimañas; y 6) hay una ausencia de letrinas.

Los jornaleros suelen vivir en viviendas de tres plantas. En la planta baja sitúan el estercolero (en el patio) y los corrales (aves, cerdos, cabras), y en la tercera planta, justo bajo el tejado, tienen las conejeras y los palomares. Las casas suelen estar mal ventiladas, y contar con una luz escasa.

En general, todas las habitaciones representan espacios insalubres, anti-higiénicos, nocivos y ofensivos al olfato, cuyas soluciones apuntan a la limpieza, que incluye la ventilación, la aplicación de sustancias antisépticas, y una mejor disposición de las cocinas, los estercoleros, las pocilgas, los conejares, las letrinas y los excusados.

En cuanto a las descripciones olfativas de los espacios insalubres caben resaltar “(...) las emanaciones pútridas procedentes de las letrinas (...)”, la insalubridad de las cocinas a causa de “(...) el tufo de carbon y olor de los restos alimenticios, como por las relaciones de vecindad que guarda con los excusados”, así como es “(...) insoportable el hedor del aire confinado (...) que resulta de la suma de los moradores, los animales domésticos, el gallinero y la conejera” (Manresa (a): Melcior 1888: 31). Todas estas descripciones olfativas de los lugares insalubres alertan a sus moradores de la posibilidad de contraer enfermedades infecciosas y epidemias (Sabadell (b): Rius 1914), Alcover: Anónimo 1912, Prat de Llobregat: Anónimo 1904 y Esplugas de Francolí (c): March 1906). Audouard (1822) recomienda que las personas que no puedan abandonar la ciudad cuando se produzca una epidemia de fiebre amarilla deben trasladarse al lugar más elevado de la vivienda. Se admite por lo general que los pisos más próximos al nivel de la calle tienen mayor humedad y por lo tanto están más expuestos a recibir los efectos funestos de una epidemia.

Aparte de la nocividad que transmiten los miasmas, las emanaciones hediondas son desagradables al olfato y constituyen el colofón de las ciuda-

des sucias e incultas. Los hedores son insoportables (Melcior 1888, Aluja 1886), llegando incluso a producir “(...) náuseas á los forasteros y repugnancia a los vecinos de la misma”, teniendo que “(...) taparse las narices al pasar por sus calles, pues la pituitaria menos sensible no puede resistir la hediondez que despiden la mayor parte de ellas” (Seo de Urgel: Aluja 1886: 8). Son también “desagradables” (Caldas de Malavella: Arrió 1876) y “molestos” (Tortosa (a): Santiago: 1891).

Toda esta falta de limpieza que se descubre por el olfato, principalmente, pone a la población en uno de los escalafones más bajos de la civilización: “Respecto á su limpieza, ya que nadie será osado a negar que estamos á la altura de los pueblos más incultos y sucios (...)” (Castelltersol: Carreras 1892: 38). Es en la limpieza donde se percibe la superación de las desigualdades: “Mal alojado, mal vestido, sin limpieza en su persona, el jornalero pierde todo respecto a si mismo”. Por lo que “un jornalero cuidado de su persona es un buen trabajador y tiene sus útiles y muebles en buen orden y estado. No se ve el lujo en su aposento, pero nada afecta a la vista y al olfato” (Caldas de Malavella: Arrió 1876).

6.6. El puerto de Barcelona

La información más interesante que proporciona datos sobre el estado del puerto de Barcelona es la “Topografía médica del Puerto de Barcelona acompañada de un juicio de las causas de las enfermedades que se observaron en él, en los meses de octubre y noviembre del corriente año de 1803, y medios de precaverlas en lo sucesivo, presentada á la Real Academia de Medicina Práctica de Barcelona por los socios debajo firmados, en 21 de diciembre del mismo año”, publicada en *La Abeja Médica* en 1850. Además, en un documento hallado en la Real Academia de Medicina de Barcelona se ha encontrado un legajo en el que varios facultativos se quejan de la hediondez que sufre el puerto de Barcelona (Anónimo 1820-1821).

El primer dato que se ofrece sobre el estado del puerto es su estrechez e insalubridad:

“Por el primer lado que forma la muralla del mar desaguan al Puerto las seis bocas de albañales de la ciudad manifestadas en el mapa, las que vomitan

dentro del Puerto, las aguas llovedizas, gran parte del polvo, lodo y estiércol del ganado de conducción que estas encuentran por las calles, todas las aguas del fregado, las que se desechan de los tintes y otras operaciones de fábricas, y gran parte de inmundicias de las casa particulares” (Anónimo 1850: 83).

A esta situación había que añadir la existencia de inmundicias en el mar (comida, excrementos humanos, aguas de fregar, etc.) que se arrojaban desde las andanas o desde los buques atracados en el puerto. Por ello ,

“el mal olor que despedían las aguas del muelle en la parte en que estaban formadas las seis andanas sobredichas, incomodaba mucho á los que pasaban por entre ellas con las lanchas; y en el mayor espacio que suele dejarse entre la andana 3a y 4a a fin de que los buques puedan pasar y arrimarse á la máquina para cargar y descargar, en donde el hedor se hacia mas preceptible y menos soportable. Y algunas personas de olfato fino aseguraron que se notaba desde la muralla del mar” (Anónimo 1850: 85).

A fin de evitar la infección procedente de los navíos, se retiraron los buques sospechosos, a los cuales se les aplicaron las correspondientes fumigaciones, las mangueras de ventilación, las rociadas de vinagre, y se trasladaron los enfermos a un lazareto bien ventilado.

Los médicos que redactaron esta topografía llegaron a la conclusión:

“(…) que el mal olor que despedían las aguas del Puerto principalmente en las andanas de cerca la máquina, y el que notaban las gentes delicadas en las murallas del mar eran evidentes indicios de la infección de sus aguas (p. 86)”.

Esta concepción olfativa sobre la naturaleza de los miasmas, y en especial la estrecha vinculación entre la hediondez y la enfermedad llevó a concluir lo siguiente:

“Atendidos estos antecedentes debe pensarse que los enfermos de á bordo perdieron la salud por la concurrencia de dos distintas causas, por la infección respectiva de sus propios barcos, y por la elevación de los vapores de las aguas corrompidas del Puerto, que se desprendían principalmente de

aquella parte en que estaban ancladas, según se manifestaba por el mal olor que allí se percibía” (p. 86).

A causa de las condiciones insalubres del Puerto, y enfatizando en los hedores, presentaron como medidas preventivas: 1) “evitarse que se amontone el lodo y estiércol frente a las barracas de aceite, mandando empedrar todo aquel trecho que sea necesario, y tenerlo bien limpio” (p. 87). 2) Tener limpias las calles y plazas de Barcelona para no dejar que,

“se pudran en ellas perros, gatos, ratones, aves y otros animales muertos. Que toda tierra, escombros de obras, arena, cenizas, y otros materiales semejantes, no se conduzcan en carros con solas esteras sino en cajas bastante altas de tablonés bien ajustados y sin rendijas, procurando que nada caiga por las calles de las materias que conducen” (p. 87).

3) Solucionar los problemas con los desagües que llevan el agua de las alcantarillas y los albañales de la ciudad. Para lograrlo, se aconseja que los ciudadanos no tengan letrinas que vayan a parar a los albañales sino a pozos que se construyan para este efecto. Las letrinas deberán tener,

“(…) su respiradero ó conducto que suba mas alto que los tejados de la casa, al modo que lo aconsejó esta Academia en el expresado dictamen. Con esta providencia á mas de procurarse mayor cantidad de abonos á la agricultura, se evitará que entren las inmundicias en el Puerto, que se vea por las calles salir entre losa y losa la parte más ligera de las inmundicias, y que el olfato perciba el mal olor que exhalan por las rendijas que sirven de respiraderos en perjuicio de la salud del vecindario, y que los pozos encierren mucho menos gas mefítico, atendiendo á que ya tendrán el conducto de respiración para evaporarse. Corriendo así por los albañales únicamente las aguas del fregado y otros líquidos no serán tan frecuentes en ellos los atas-caderos ni tanta la entrada de materiales nocivos en el Puerto” (Anónimo 1850: 88).

Estas condiciones agravaban la situación del puerto y facilitaban la propagación de una epidemia. Favorecían la corrupción atmosférica que los médicos consideraban suficiente para asegurar el origen de una enfermedad.

Pero llegar a determinar si las enfermedades eran importadas de ultramar o locales era fundamental para decidir sobre las medidas a tomar.

Al ser el puerto de Barcelona uno de los puntos más castigados por las epidemias los médicos recomendaron que se extremaran las medidas higiénicas para evitar los efectos nocivos sobre los edificios próximos (Anónimo 1850). Carlos Ronquillo (1871) resumió las medidas que la Autoridad y la Junta Provincial de Sanidad debían tomar cuando detectaban una epidemia. Estas medidas son las siguientes:

“1) Anunciar el peligro. 2) Emplear medidas prontas y seguras. 3) Invitar a la población a que emigre a lugar seguro. 4) Fumigar los buques infectados y sospechosos con ácido hipazóico y carbonizarles con llama de gas de alumbrado. 5) Practicar la descarga sanitaria de los buques sospechosos con todas las precauciones que exige la ciencia. 6) Ventilar y lavar con ácido fénico todos los buques. 7) Desinfectar y quemar, si es posible los focos de infección contiguos al Puerto. 8) Procurar la emigración desde los primeros momentos (tratándose de Fiebre amarilla) de los habitantes del barrio contiguo al puerto” (Ronquillo 1871: 10).

Las epidemias de fiebre amarilla más relevantes en el puerto de Barcelona fueron las de 1803 y 1821²⁴. En el “Informe sobre la calentura amarilla del puerto de Barcelona en 1803”, publicado en *La Abeja Médica* (Nadal et al. 1850), se criticaba la falta de medidas que se tomaron para prevenir que se extendiera, pues se limitaron exclusivamente “á las embarcaciones surtas en el puerto y á las casas en que hubo enfermos” (Nadal et al. 1850: 49). Para Nadal, a pesar de conocerse con antelación los brotes de la epidemia de fiebre amarilla en 1821, las consecuencias fueron peores. Las razones se atribuían a las elevadas temperaturas en vez de las agitaciones políticas o la insurrección del pueblo de la Barceloneta, tal como otros médicos pretendieron demostrar²⁵.

Audouard (1822) compartía la misma opinión y confirmaba, tras el examen realizado sobre la atmósfera de Barcelona, que la fiebre amarilla de 1821 había sido importada a través de los navíos comerciales. En un *Manifiesto acerca el origen y propagación de la calentura que ha reinado en Barcelona en el año 1821, presentado al Augusto Congreso Nacional por una reunión libre*

de médicos extranjeros y nacionales, publicado en Barcelona en 1822, se concluyó que dicha epidemia era “exótica, habiendo sido transportados los miasmas productores de esta fiebre de la Habana a este puerto” (p.1).

La polémica sobre el origen de las enfermedades del puerto consistía en determinar si la epidemia procedía de los barcos de ultramar o del mismo puerto²⁶. Audouard (1822) y Nadal (1850) compartían la misma opinión sobre el carácter contagioso de la enfermedad, aunque Nadal insistía en que esta característica se adquiriría una vez la epidemia era trasladada a Europa.

Cuadro 4
Espacios insalubres²⁷

Abono	Calles	Calles	Hospital	Carcel	Cuartel
Bañolas	Agramunt	Manresa c	Caldas M.	Gerona b	Lérida a
Calaf	Alcover	Manresa b	Gerona a	Lérida a	Manresa c
Camprodón	Bañolas	Martorele	Gerona b	Reus b	Reus b
Castellf.	Blanes	Mataró	Lérida a	Sabadell a	
Esparrag.	Calaf	Olot c	Mahón b	Tortosa a	
Espluga F.	Caldas M.	Prat Llob.	Manresa a		
Garcia	Castellf.	Reus b	Mataró		
Lerida a	Castell.	Sabadell b	Reus b		
Olot c	Esparrag.	Sabadell a	Sabadell a		
Sabadell a	Espluga F	Sallent			
Reus b	Garcia	Tortosa a			
	Gerona	Tortosa c			
	La Escala	Tremp			
	Lérida a				
	Lérida b				

	Manicomio	Tabernas	Teatro	Iglesia	H.Pobres
Reus b	Lérida a Reus b	Lérida a Sabadell a	Sabadell a Reus b	Mataró Reus b	Lérida a

Maternidad	Escuelas	Asilo pobres	Expósitos	Meadero	Baños
Lérida a	Badalona	Gerona a	Gerona a	Lérida a	Manresa c

Fábrica	Fábrica
Calaf	Olot c
Gerona a	Reus a
Gerona a	Sabadell a
Manresa b	Sabadell b

Cloacas	Sumidero	Alcantarilla	Letrina	Estercolero	Muladar
Agramunt Calaf Espluga F Manresa c Manresa a Mataró Prat Llob Sallent	Lérida b Sabadell b	Castellf. Esparrag. Lérida a Palma M.	Calaf Castellt. Espluga F La Escala Gerona a Sabadell b Seo Urgel	Bañolas Caldas M. Camprodón Castellt. Esparrag. La Escala Prat Llob. Reus b Tortosa a	Bañolas

Lavadero	Matadero	Cementerio	Cementerio	Habitación	Habitación
Calaf Manresa c Sabadell a	Agramunt Calaf Gerona c Sabadell a	Agramunt Alcover Badalona Blanes Calaf Caldas M. Castellar Esparrag. Espluga F	Gerona a Lérida a Lérida b Manresa c Manresa b Reus b Tresp Sabadell b	Alcover Badalona Bañolas Calaf Caldas M. Castellt. Espluga F Garcia Manresa a	Sabadell a Seo Urgel Olot c Tortosa a Tortosa c Viladrau

Cuadro 5 Descripciones olfativas

ABONO	Sabadell a, Olot b, Reus b,
ALCANTARILLADO	Palma de Mallorca
ALUMBRADO	Calaf
ATMOSFERA	Badalona, Calaf, Olot c,
BASURAS	Calaf, Sabadell a
CALLES	Caldas de Malavella, Lérida b, Manresa c, Manresa b, Martorelles, Tortosa b
CAÑAMO	Seo de Urgel
CEMENTERIO	Calaf, Espluga de Francolí c, Sabadell a, Sabadell b
CLOACAS,	Calaf, Lérida a, Manresa c, Mataró, Palma de Mallorca,
LETRINAS	Sabadell b,, Sallent.
CUARTEL	Lérida a
ESTERCOLERO	Tortosa a, Lérida b
EXCRETA	Camprodón b, Esparraguera
FUMIGACIONES	Calaf, Castelltersol, Mataró
HABITACIONES	Calaf, Caldas de Malavella, Esparraguera, Manresa a, Mataró, Reus b, Seo Urgel,
HOSPITAL	Reus b
INMUNDICIAS	Lérida a
INSTITUCIONES	Gerona a
PÚBLICAS	
MATADERO	Calaf, Sabadell a
MINAS	Calaf
MOLESTIA OLOR	Agramunt, Sallent, Lérida a
OLFATO	Caldas de Malavella, Lérida b , Sabadell a
SUELO	Martorelles
SUMIDERO	Lérida a y b

NOTAS

- 1 Luis Urteaga (1980a, 1980b) llevó a cabo un estudio exhaustivo sobre el desarrollo de la geografía médica y el paradigma ambientalista en la España del siglo XIX, a través del análisis de las topografías médicas.
- 2 En el CUADRO 4, pág. 206-207, se registran los lugares insalubres que el médico considera responsables de la constitución epidémica. En el CUADRO 5, pág. 208 aparecen las descripciones olfativas que se extraen de las topografías médicas.
- 3 La vigilancia olfativa se incrementa cuando el hedor deja de ser desagradable para convertirse en intolerable. Este hecho representa una ruptura entre la intolerancia olfativa que se manifiesta a través de la huida y el enmascaramiento olfativo (perfumar), y la desodorización, cuya máxima aspiración es conseguir la desaparición de cualquier tipo de olor. Esta idea se encuentra más desarrollada en el capítulo dedicado a “El triunfo moral de la desodorización”.
- 4 Sobre el lavado de calles existen diversas opiniones que expondremos más adelante en el apartado dedicado a “Las calles y las inmundicias”. Esta controversia responde a la supuesta capacidad nociva que tiene el agua cuando se encharca en las calles. La conferencia de Ivan Illich (1989) es un ensayo que expone los cambios que la percepción del agua ha sufrido a través de la historia. Otro libro que se puede consultar sobre el tema del agua es el de Jean-Pierre Goubert (1986).
- 5 Sobre el proceso a largo plazo que la civilización ha ejercido en el cambio de la estructura emotiva humana, que responde a un mayor grado de refinamiento de las costumbres y de dominio de las miasmas, consúltese la obra de Norbert Elias (1988), en especial la introducción.
- 6 Son ilustrativos lemas como éstos: “Higienizar la urbe y moralizar la población es uno de los deberes de la autoridad municipal” (Lérida (b): Marlés 1879), “La higiene y la virtud se inspiran en un mismo sentimiento: el bien moral (Dr. Giné y Partagás)” (Seo de Urgel: Aluja 1886), “La salud pública es el fundamento del bienestar de los pueblos y la fuerza del Estado (Disraeli)” (Tortosa (b): Vilà 1901) y “*Salus populi suprema lex est*” (Palma de Mallorca: Anónimo 1886).
- 7 A pesar del triunfo de la teoría microbiana, algunas de las topografías médicas escritas en el siglo XX, admitieron la existencia de miasmas y de enfermedades miasmáticas.
- 8 A pesar de que los médicos no olvidan las influencias que los agricultores reciben de las emanaciones telúricas procedentes del contacto directo con la tierra a la hora de arar el campo, así como de las emanaciones hediondas de los excrementos humanos y animales que abonan la tierra, concentran su vigilancia en los estercoleros de las viviendas porque se enfrentan al confinamiento del espacio privado. Las emanaciones telúricas y los abonos no dejan de expandirse directamente a la atmósfera gracias a la fuerza de los vientos. Además, no olvidemos que los excrementos constituyen la principal fuente de riqueza cuando se trata de fertilizar los campos.

- 9 El valor que se le confiere al excremento humano frente al excremento animal a la hora de fertilizar los campos ha sido analizado por Dominique Laporte (1988).
- 10 Cuando la excreta humana resulta muy aguada, hecho muy corriente cuando se practica el sistema inodoro en la extracción de letrinas, el propietario debe satisfacer, en el caso referido a Sabadell (Rius 1914: 491), la cantidad de 5 pesetas por cada cuba que se extrae.
- 11 En última instancia la voluntad expresa del médico-higienista consistía en la misma eliminación del excremento como abono. Inconvenientes, de los cuales el médico era plenamente consciente, pues “aconsellar la destrucció total de tals matèries seria congriar la revolta de tot l'estament agrícola sense excepció” (Esparraguera: Valls 1933: 104).
- 12 Sobre todo Pedro Felipe Monlau (1840: 8) veía a Barcelona una ciudad próspera que en un futuro rivalizaría con París y Londres.
La imagen de una ciudad limpia inspiró, según Walter Benjamin (1991), a los poetas y a los artistas del París del siglo XIX, más que los trabajos urbanísticos que se realizaron. Y es que era imprescindible dejar constancia del legado de la ciudad que desaparecía, en definitiva, siguiendo las palabras de Benjamin (1991: 105) “se hace imagen eso de lo cual se sabe que pronto no estará ante nosotros”. Por eso, los cambios urbanísticos de Haussmann en la ciudad de París del siglo XIX eran un reflejo de la “revolución” que se fraguó previamente como necesidad de conferir una nueva imagen a la ciudad que se extinguía. Pero como no, la huella se imprimió mucho antes de que los planes urbanísticos aseguraran el renacimiento de un nuevo orden urbano.
- 13 Los preceptos higiénicos se divulgaron entre la población gracias a la confección de cartillas higiénicas.
- 14 En la topografía médica de Esparraguera (Valls 1933: 95-96) el médico deja constancia de esta práctica: *“Además de les excrecions que hi deixen les persones i els animals que hi passen, de les cases s’hi llancen escombreries, per mitjà de les catifes i llençols, bruts per l’expectoració dels veïns i espolsats des dels balcons i finestres”*.
En la topografía médica de Castelltersol (Carreras 1892: 38), además de dejarse constancia de esta práctica, se denuncia: “En el primer concepto debe prohibirse con la mayor severidad que los vecinos echen basura en las calles; que los carros de transporte viertan objetos inmundos; que permanezcan en la vía pública los cadáveres de animales y, en fin, que los habitantes verifiquen en ella sus deyecciones”.
- 15 En el resto de las topografías médicas consultadas no se encuentra referenciada el número de veces que se barrían las calles, de lo cual se deduce que no era una práctica muy frecuente.
- 16 Sobre la atención que debería conferir la autoridad a la insalubridad consúltese la topografía médica de Gerona (Gelabert 1841: 13).
- 17 Como el médico de Manresa (Anónimo 1905) conocía el proyecto urbanístico de Cerdá en Barcelona lo tomó como modelo a la hora de proponer reformas en la ciudad.
- 18 En el caso del hospital de Mahón se aconseja este traslado. Consúltese la topografía del hospital militar de Mahón (Hernández 1806).

- 19 Para la virulencia de las emanaciones que exhalan las ropas, colchones y sábanas consúltese la topografía médica de Mahón (Hernández 1806).
- 20 En el caso de la topografía de Manresa (Melcior 1888: 34) el miedo es injustificado, porque el médico apunta que “(...) el celo de las buenas hermanas evita la presentación de los focos de emanaciones putrescibles que producen las ropas, trapos mojados, cataplasmas, impuraciones etc. pues la notoria limpieza y asiduidad, no dá lugar al acúmulo de productos en descomposicion”.
- 21 Para profundizar sobre este apartado es aconsejable consultar la obra de Ariés (1987). Considérese esta cita con el fin de plantear el cambio en el control del cadáver: “El hombre actual comprende inmediatamente qué olores, qué emanaciones, qué insalubridad debían entrañar tales manipulaciones. Sí, el hombre actual. Hemos de reconocer forzosamente que el hombre de otro tiempo se adecuó perfectamente a ellas” (pág.396).
- 22 En vez de estar situado junto a la iglesia se encontraba instalado dentro del recinto de un hospital.
- 23 En el caso de Tortosa (Santiago 1891) se recomienda una ventilación de 40m³ por hora y se permite una cubicación de 15m por persona, condiciones que no se dan en la parte vieja de la ciudad.
- 24 Las observaciones sobre las condiciones del puerto, y en especial la topografía, responden a la necesidad de dar una explicación al origen de las epidemias de fiebre amarilla. Recordemos que todos los médicos aceptan sin reservas la intervención de los miasmas en la propagación de esta enfermedad. Las controversias giran en torno a la determinación de saber si la fiebre amarilla es de tipo espontáneo o importada.
- 25 La epidemia azotó particularmente a los soldados del cuartel de la Barceloneta, a causa de la edificación de un muro que limitaba la ventilación. “Los soldados se hallaban muy apiñados; los corredores y sobretudo los calabozos despedían muy mal olor; por cuya razon el que los zahumó aun despues de haber salido y acompañándose la tropa, tuvo dos fuertes desmayos en uno de los últimos” (Nadal 1850: 54). Sin embargo, la nocividad de la epidemia se correlaciona con los problemas políticos sobre el control de la Barceloneta.
- 26 La fiebre amarilla es descrita como una epidemia transportable por los buques y de origen espontánea (Griesinger 1883).
- 27 Las siguientes localidades incluidas en este cuadro están abreviadas: Caldas M.: Caldas de Malavella; Castellar: Castellar del Vallés; Castellf.: Castellfollit de la Roca; Castellt.: Castelltersol; Esparrag.: Esparraguera; Espluga F.: Espluga de Francolí; Martorele: Martorelles; Palma M.: Palma de Mallorca; Prat Llob.: Prat del Llobregat.

VII

EL SENSUALISMO EN LA TEORIA MIASMATICA

7.1. Los miasmas contagiosos emanan de los cuerpos

En la práctica médica el olfato se convierte en el instrumento-centinela que advierte al médico de la presencia de la enfermedad. Este sentido es óptimo para establecer un primer diagnóstico, tras descifrar los signos olfativos que emanan del cuerpo del enfermo, y apropiado para localizar los miasmas que se encuentran en el aire. Los hedores que exhalan los enfermos siempre son percibidos por los médicos como el resultado de la corrupción humoral.

El ámbito de los olores también interesa a los naturalistas (Collet 1904) y psicólogos (Largier Des Bancel 1912), aunque son los médicos e higienistas quienes reivindican el sentido olfativo a la hora de localizar los focos infecciosos, vigilar los miasmas y distinguir las enfermedades. Pero el olfato, como sentido del instinto y la reproducción, advierte además del estado en el que se encuentran los alimentos y acerca a los sexos a la copulación. Por eso,

“la importancia higiénica del sentido del olfato estriba principalmente en los avisos anticipados que nos dá acerca de las cualidades del aire y de los alimentos, por lo cual se ha llamado centinela avanzado de la nutrición. Es además en muchos individuos, y particularmente en los irracionales, el indicador de los impulsos del instinto generador” (Giné y Partagás 1880: 485-6).

Los miasmas que siempre son infecciosos sólo pasan a ser contagiosos cuando se manifiesta su capacidad de reproducción mórbida después de adherirse a las ropas, a los objetos y de penetrar en los cuerpos, pasando así a

ser denominados miasmas contagiosos. Pero no todos los olores que el cuerpo del enfermo exhala reproducen miasmas. Sólo aquellos con la nocividad suficiente para corromper el aire y convertirse en causa pasarán a ser considerados miasmas contagiosos.

Pérez de Escobar (1776:3) considera que el contagio se

“(…) engendra en un cuerpo enfermo, y de él sale unas veces sensiblemente entre algún humor, como la linfa salival en la hydrophobia, y la genital en el mal venéreo: otras veces sale insensiblemente en forma de vapor; como en la peste, viruelas, sarampion, y disenteria; y haciendo tránsito á otro cuerpo, constituye lo que se llama contagio”.

Estos vapores que se exhalan de los cuerpos, denominados sudores, consituyen el medio idóneo de propagación contagiosa:

“En otras ocasiones, este fluido conserva el olor natural ó propio peculiar á qualquier persona; o exhala un olor específico, acídulo, orinoso y cadaveroso que es el principal vehículo de los contagios” (Peter Frank, en Bosch y Cardellach 1804: tomo V).

Por ejemplo, para Frank, la lepra se caracteriza por un sudor fétido. Todas las enfermedades contagiosas emanan una sustancia particular de contagio (Pérez de Escobar 1776: 4). Esta varía de naturaleza, pudiendo ser materia serosa, salina, pestilencial, mucosa-salino-oleosa y miasmas epidémicos.

Una vez el contagio es evidente, se deja de hacer referencia a los miasmas, a no ser que se pretenda explicar de dónde procede la causa de la enfermedad. Los miasmas constituyen la causa exterior (Raspail 1851) que ha corrompido el aire y que ha penetrado en los cuerpos. Estos “(…) perniciosos efluvios surgiendo de la tierra o de los cuerpos enfermos serían la más plausible explicación de las pestes”, según manifiesta el Padre Feijoo (Talenti 1969: 58). Pero no vamos a insistir de nuevo sobre las consideraciones etiológicas que los médicos conceden a los miasmas, pues ya se han debatido en los capítulos 4 y 5 de esta tesis. En este apartado trataremos de adentrarnos en el papel que los médicos conceden al sentido olfativo, a los olores del cuerpo, signos mórbidos que propagan la infección miasmática, y a la distinción olfativa de las enfermedades.

7.2. El olfato del médico

Monlau (1857) asegura que los seres humanos tienen un nivel sensorial superior a los animales, en cuanto al conjunto de los sentidos se refiere. Generalmente los sentidos forman parte de los métodos del diagnóstico médico¹, pero para Raciborski (1841: 44) son insuficientes para descubrir la naturaleza de la enfermedad. Según él,

“pueden resolverse un gran número de problemas del diagnóstico por medio de los sentidos aislados, y particularmente por la acción combinada de muchos de ellos; pero en bastantes ocasiones los mismos sentidos no pueden dar resultados satisfactorios, y para proceder de un modo exacto es preciso recurrir a la inteligencia. Entonces se ejercen alternativamente la memoria, el juicio, la analogía y la inducción”.

La división que establece entre “métodos sensuales” y “métodos intelectuales” supone dos niveles distintos de interpretación en el proceso de diagnosticar una enfermedad. Se deduce de estas explicaciones que los “métodos sensuales” son primarios y limitados (primitivos), y los “métodos intelectuales” son los apropiados para el razonamiento y la interpretación.

La observación² de los síntomas y los signos es fundamental para establecer un primer diagnóstico. Tomando la definición de Raciborski (1841: 22):

“El síntoma es pues todo efecto, todo cambio aislado que sobreviene en la organización, efecto que se separa más o menos del estado natural, y que puede ser apreciado por los sentidos del médico o del enfermo (...)”. Y “el signo es el resultado del trabajo intelectual, y no se halla bajo la jurisdicción de los sentidos. Es una inducción que hace el entendimiento con arreglo a los hechos observados por los sentidos” (Raciborski 1841: 22).

Como puede observarse a partir de ambas definiciones, el síntoma y el signo ocupan dos niveles distintos en el proceso de elaboración del diagnóstico. En un primer nivel, el síntoma se reduce al sistema sensorial, y en un segundo nivel, el signo requiere el razonamiento intelectual.

El proceso intelectual que conlleva la interpretación de estos síntomas sigue un orden lineal que va de la memoria al juicio, del juicio a la analogía, y de la analogía a la inducción³. Así,

“la memoria os presentará las lesiones de los órganos que hayais hallado despues de síntomas semejantes a los que observais, y por otra parte os ofrecerá los resultados de las esperiencias fisiológicas. Por último, aproximando unas á otras todas las circunstancias que se hallan en un caso determinado o con la que hayais observado analogías en otra parte formareis el juicio sobre la naturaleza de la afeccion actual” (Raciborski 1841: 44).

En este proceso intelectual los sentidos son indispensables en el primer ejercicio intelectual, la memoria, cuando se efectúa en el reconocimiento médico para elaborar el primer diagnóstico. Teniendo en cuenta la capacidad evocativa de los olores, y las conexiones que los olores guardan con la memoria, ¿cuál es el lugar que el olfato ocupaba en la práctica médica?

Las influencias que reciben los médicos para resaltar la importancia del sentido olfativo suele proceder de dos fuentes. La primera, del pensamiento filosófico de Locke y Condillac y de los médicos Cabanis y Lecat, y de su influencia en los osfresólogos. La segunda, de la tradición médica clásica de exploración clínica (auscultación, percusión, palpación, observación), en la que el olfato es un sentido más que descifra los signos de las enfermedades.

De esa primera fuente, a título de ejemplo, destacamos el tratado de Cloquet (1821), que publicó en 1815 bajo el título *Dissertation sur les odeurs, sur le sens et les organes de l'olfaction*. En su primer capítulo cita el ensayo de Locke *Essai philosophique concernant a l'Entendement humain*, el de Cabanis *Rapport de physique et du moral de l'homme*, y por último, el del médico Lecat *Traité des Sensations*.

De esa segunda fuente, Landré-Beauvais (1813) destaca a los médicos griegos como los más preocupados en observar los signos de las enfermedades para establecer sus pronósticos. En el libro del Dr Monin (1903), publicado en 1885 bajo el título *Un nouveau chapitre de séméiologie* y traducido al inglés y al italiano, corrobora esta idea, atendiendo en el prolegómeno la recuperación de la “observación olfativa”⁴, la cual había sido objeto del “más injusto descrédito”. Señala que los antiguos clínicos habían utilizado los sen-

tidos atendiendo a la observación de todos los síntomas, pero reservándole al olfato un lugar primordial en el diagnóstico y pronóstico (Monin 1903: 7). Recuperada esa tradición, Monin resalta la aplicación del sentido del olfato en la clínica y la práctica médica. Sin embargo, fuera de estos osfresólogos preocupados en profundizar en el sentido olfativo, hemos podido comprobar la poca atención que se concede al olfato en los manuales de diagnóstico y semiología⁵.

Es interesante destacar que mientras los filósofos se deshacen del olfato en el campo del entendimiento humano y en el de la razón para relegarlo al ámbito de la intuición, algunos médicos como Monin no sólo reconocen en el olfato un sentido apropiado para detectar las enfermedades, sino un instrumento adecuado para contribuir al desarrollo científico⁶. Por ello admite que *“bien exercée, cependant, l'olfaction devient un sens de délicat, de raffiné, une source précieuse de satisfactions mentales et de connaissances scientifiques”* (Monin 1903: 9).

Landré-Beauvais (1813: 419) recomienda a todos los que se ocupan del arte de curar que observen los diferentes olores que exhalan los cuerpos, sean en estado de salud o de enfermedad. Sobre todo, destaca la superioridad olfativa de los “prácticos” que habitan en el campo y de aquellos que se dedican a cuidar los enfermos porque observan los olores escrupulosamente y determinan gran parte de sus juicios sobre las enfermedades. Especialmente aconseja fijarse en los cambios que surgen en el olor del sudor, los sobacos, la orina, los esputos, los humores de las úlceras y las excreciones. Según Le Cat (1767: 758), fue Lancisi quien situó el modo de penetración del principio contagioso en la absorción pulmonar, la absorción por la mucosa del aparato digestivo y la absorción por la piel.

Mientras los filósofos consideran el olfato un sentido próximo a la animalidad, y alejado de los principios que gobiernan la inteligencia⁷, todavía conserva una gran importancia en el conocimiento empírico (Le Guérer 1990: 37). Sentido de la intimidad, la delicadeza y la subjetividad es objeto de creaciones literarias. Para Monin (1903) son los novelistas que siguen paso a paso los descubrimientos médicos los que comprenden mejor la importancia del sentido olfativo.

Pero no sólo los filósofos, sino también los psicólogos relegan el olfato a un nivel inferior dentro del orden perceptivo (Larguier 1912: 43). Sin

embargo, no todos están de acuerdo. Monin vincula el olfato a la inteligencia cuando éste se afina.

Por ello, la

“(...) finesse d’odorat et acuité d’intelligence se trouvent fréquemment réunies et je ne une lasse pas d’observer combien la gamme des ondes odorantes est plus aisément déchiffrée par ceux dont le jugement semble le plus délié. Bien plus, la nez possède une certaine influence psychologique” (Monin 1903: 18).

La vinculación entre el olfato y la inteligencia se demuestra cuando éste se agudiza y se afina. ¿Esta agudeza olfativa se consigue con la educación olfativa o con el desarrollo instintivo? Esta pregunta plantea una paradoja. O la agudeza se fundamenta en la funcionalidad instintiva del olfato, siendo considerado el sentido más animal de todos (Monin 1903: 19), o en la idea que la agudeza se consigue a través de una educación olfativa refinada. ¿Se admitiría entonces que el olfato se afina para facilitar el desarrollo de la civilización o para incrementar la supervivencia de la especie?

La educación de los sentidos es fundamental en la práctica médica, tal como reconoce Corvisart, pues “de todas las ciencias físicas en general, dice, no hay tal vez una en la que interese más preguntar á los sentidos, que en la medicina práctica propiamente dicha” (Raciborski 1841: 46). Aún reconociendo la superioridad de los métodos intelectuales a la hora de interpretar los signos del diagnóstico, Raciborski reconoce la dependencia sensorial. Esta dependencia es efectiva siempre y cuando los sentidos cumplan dos requisitos indispensables: “la buena organización de los sentidos”, y la “esquisita sensibilidad” (Raciborski 1841: 46). En el primer caso, la capacidad es innata, en el segundo caso depende de la educación. Esta educación va destinada en mayor medida a la vista, el oído y el tacto, siendo fundamental la auscultación, la percusión, y la palpación, mientras que “la olfación y gustación apenas se ejercen en la actualidad como medios de diagnóstico (...)” (Raciborski 1841: 51).

Esta inferioridad olfativa se fundamenta vinculada al instinto (sexual, caza, alimentación). Un médico como el Dr. Cloquet (1821) considera que el olfato está ligado al instinto, sobre todo porque permite distinguir en la

función nutritiva el alimento del veneno. Y por esta razón es inverso a la inteligencia. Estas características, entre otras, llevaron a filósofos como Condillac (1803) y Locke a mostrar que el olfato era un sentido imprescindible para explicar cómo había comenzado el entendimiento humano.

Esta dependencia sensorial del entendimiento no fue secundada por todos los médicos. Por ejemplo, Giné y Partagás no acepta de Condillac la idea que las facultades intelectuales dependan en sí mismas de las sensaciones. Para él la inteligencia es una facultad (potencia, aptitud) y las sensaciones son su “excitante”, estableciéndose así la independencia de la inteligencia frente a la sensibilidad. A pesar de que reconoce una influencia de las sensaciones sobre la inteligencia, defiende la idea que :

“(…) los móviles de la inteligencia no son únicamente las impresiones que transmiten al sensorio los sentidos externos, sino que á estas hay que agregar los estímulos interiores que provocan las manifestaciones del instinto, y de las cuales especialmente derivan las pasiones” (Giné y Partagás 1880: 489).

Observamos que Giné y Partagás añade a la influencia externa de las sensaciones las pasiones, que como mostraremos más adelante, juegan un papel importante en la transformación de los olores del cuerpo.

El olfato es considerado por Monin (1903) un sentido anarquista, refractario a las impresiones del otro. Su principal limitación es la dificultad para evocar las sensaciones olfativas, aunque guarda una gran capacidad mnemónica para grabarse en los recuerdos. La dimensión funcional del olfato se reduce, según Le Cat (1767), a que el hombre sienta que existe y a la búsqueda del alimento. A pesar de que el olfato no pueda desprenderse del gusto, depende más del sentimiento, convirtiéndose por ello en un sentido de la intimidad (Le Cat 1767).

La superioridad olfativa depende del lugar donde se habita, siendo mayor la de los habitantes del campo que los de la ciudad, de la idiosincrasia individual y del grado de civilización. Para Le Cat el olfato también depende del género de vida.

Virey-du-Val-de Grâce (1800) destaca la capacidad olfativa que algunas personas tienen para identificar el olor de los otros. El Dr. Monin insiste en que el olfato está más desarrollado entre los salvajes que entre los civilizados:

“De même les sauvages, les indiens, les aveugles (Wardrop), les sourds-muets, ont le sens olfactif très développé, parce qu'ils sont, pour ainsi dire, forcés d'exercer particulièrement ce sens. Au contraire, l'homme moderne, le “médecin contemporain”, perdent toute acuité, toute finesse nasale; ils deviennent anosmotiques, parce qu'ils réservent tous les efforts de l'éducation pour leurs autres sens, négligeant à dessein l'éducation de l'odorat, sacrifié à la vue, ce roi des sens, sacrifié à l'ouïr, dont on sait portant les défaillances, sacrifié au toucher, fréquemment aussi infidèle! (...)” (Monin 1903: 8).

Precisamente, al admitir que el olfato es un sentido más animal:

“les races inférieures, indiens, négres, etc. sont fameuses à cet égard, sentant leur homme à une grande distance, absolument comme le chien sent son maître. Les juifs présentent une odeur spéciale de la peau, odeur dont Marc Aurèle se plaignait déjà” (Monin 1903: 49).

Pero la limitación olfativa del hombre moderno puede ser salvada a través de la educación olfativa, que según Monin, podría transformar el olfato en un instrumento de percepción lo suficientemente preciso y útil:

“Que ne donnerait pas l'éducation olfactive, si elle faisait, un jour, partie des études médicales, au même titre que l'auscultation? Elle a, autant qu'elle, ses nuances et ses finesse” (Monin 1903: 10).

La educación de la nariz es delicada, siendo incluso penosa, pues se especializa en mayor medida en los olores más desagradables que en los buenos olores, y se convierte así en un “centinela avanzado” (Monin 1903: 13). Y estos olores que delatan la presencia de las enfermedades permiten establecer los primeros diagnósticos:

“L'odeur est l'âme subtile de la clinique: son langage éveille, obscurément, dans l'esprit du praticien, la première idée du diagnostic et fouette, en quelque sorte, l'intérêt de l'observation intime” (Monin 1903: 16).

Como ya hemos apuntado más arriba, los médicos diferencian el olfato de los salvajes y el de los civilizados. Los primeros utilizan el sentido olfati-

vo como un instinto, y los civilizados, a pesar de la anosmia que los caracteriza, pueden llegar a desarrollar mejores condiciones de refinamiento y de sensibilidad. Debreyne (1856: 30) constata que en “el Diario de los sabios, año 1684, [se] habla de un religioso de Praga todavía mas admirable, pues que con el solo olfato distinguía una muchacha ó una mujer casta de aquellas que no lo eran”. La idiosincrasia individual también viene determinada por las habilidades que se desarrollan en las distintas profesiones y en las labores que se realizan habitualmente. Debreyne señala esta determinación socio-cultural e individual del sentido olfativo en este ilustrativo párrafo que sigue:

“Dícese que los guías que acompañan desde Esmirna ó Alepo á Babilonia, conocen a la distancia á que se hallan de esta última ciudad, solo con oler la arena del desierto. Preténdese que la isla de Ceylan se hace sentir desde ocho leguas á la mar, y que el olor de las costas de España puede ser percibido á mas de doce leguas de distancia. En las Antillas, los negros marrones distinguen, por la finura de su sentido olfativo, la huella de un blanco de la de un negro. Es sabido que ciertos negros persiguen á otros guiándose por solo el olfato. Cítanse mujeres que han reconocido la presencia de ciertas personas sin haberlas percibido y creyéndolas ausentes. Una señora joven, dotada de gran sensibilidad, á consecuencia e amargos disgustos y de varios accidentes nerviosos, conservó una exaltacion olfativa del todo extraordinaria; todos los olores de cualquiera especie que fuesen le eran desagradables, y particularmente las emanaciones humanas: no podía soportar el olor de sus sábanas, cuando ella no era quien se arreglaba la cama” (Debreyne 1856: 29-30).

Sobre la superioridad olfativa de la raza negra y de la mujer volveremos a insistir más adelante. Pasemos a continuación a comparar las distintas clasificaciones que los médicos llevan a cabo sobre los olores.

7.3. La naturaleza de los olores y el reconocimiento de los olores mór-bidos: husmear, otear y olfatear

Debreyne atribuye dos capacidades distintas al sentido olfativo. Para él, es una sensación pasiva cuando simplemente recibe los olores, y una sensación activa en el caso de aplicarse la voluntad. Así el acto de otear, oler, hus-

mear y olfatear corresponde a la capacidad activa del olfato, mientras que recibir las sensaciones odoríferas sin voluntad tiene que ver con la pasividad del sentido olfativo⁸. Giné y Partagás también hace esta distinción, tal como se ilustra en esta cita:

“Del mero hecho de entrar las partículas odoríferas en las fosas nasales, resulta la impresión olfativa; mas esto, que constituye la pasividad del sentido, debe distinguirse del acto de olfatear, en que, por medio de repetidas y cortas inspiraciones, atraemos á las fosas nasales el aire cargado de emanaciones olorosas: en este último caso es, pues cuando actúa la atención, ó sea la actividad del sentido” (Giné y Partagás 1880: 485).

Los médicos disponen activamente del olfato porque se preocupan por distinguir la naturaleza de las enfermedades a través de la agudeza olfativa. Rengade considera que:

“en cierto número de profesiones, además, es indispensable poseer en el mayor grado posible la aptitud para percibir los olores: el médico, el químico, el cocinero, el perfumista, etc., se hallarían á veces muy apurados si careciesen del sentido del olfato; el minero, el albañero que sabe reconocer por el olor el desprendimiento de un gas inflamable ó tóxico, pueden deber su salvación á su fino olfato” (Rengade 1886: 155).

Esta especialidad profesional le permite al médico desarrollar una mayor capacidad olfativa. Pero antes de pasar a explicar cuáles son las propiedades mórbidas que los médicos atribuyen a los olores, pasamos a describir qué características tienen los olores en general.

Larguier des Bancel (1912) tacha de estériles las hipótesis que hasta entonces existían sobre los olores. En la primera hipótesis se consideraban los olores partículas materiales que excitaban el aparato olfativo; y en la segunda hipótesis, se aceptaba que el olor era una forma particular de movimiento que se transmitía a través de otro medio como podía ser la luz. No obstante, Larguier des Bancel prefiere fijarse en otras propiedades como son la adherencia y la solubilidad.

El olor varía según la naturaleza de la sustancia, el grado de alteración orgánica, las condiciones de temperatura y la humedad (Monin 1903: 10).

Es decir, “los grandes agentes físicos, el calor, la humedad, y hasta la luz, ejercen una influencia considerable en el desarrollo y la intensidad de los olores” (Rengade 1886: 154). Pero en 1821 todavía se comparaba la propagación del olor en el aire a la de la luz, caracterizada por comportarse como un fluido:

“Les odeurs semblent en effet se propager dans les airs comme un fluide qui se répandait et se mêlerait dans un autre; elle ne se compartent pas du tout dans l’atmosphère à la manière de la lumière; leur mouvement n’est ni direct, ni rapide, ni susceptible de réflexion, ou de réfraction: en sorte que chacune d’elles paraît due à une substance particulière qui flotte dans l’atmosphère et en suit toutes les impulsions” (Cloquet 1821: 47).

Virey (1812) niega la existencia de olores primitivos, de los cuales hayan derivado los otros, aunque reconoce que los olores más fuertes son más primitivos que los débiles. Según él, los distintos olores dependen de la subjetividad y de la cultura de cada individuo.

“De plus, telle odeur est pour une personne, bien différente de ce qu’elle paraît à une autre; ainsi, le citron qui déplaisait à plusieurs anciens, l’odeur putride du garum, si prisée des Romains, l’assa foetida, si suave à l’odorat des Persans, les oeufs couvés que les Siamois recherchent de préférence, sont tout autrement jugés en Europe aujourd’hui. L’ail, le fromage passé, le hareng saur, opèrent bien diversement sur l’odorat de chaque individu, suivant ses goûts et son idiosyncrasie particulière, ainsi, on voit le Groenlandais boire avec délices l’huile rance des baleins” (Virey 1812: 198).

Los olores, que “son unas emanaciones que se desprenden de todos los cuerpos volatizables”, son invisibles e intangibles, y perceptibles a larga distancia (Debreyne 1856: 28-29). Para Virey (1812: 206) los olores más violentos proceden de los miasmas morbíficos, los efluvios pútridos de los cadáveres en descomposición, los vapores contagiosos de los enfermos pestilenciales, sobre todo los atacados por las fiebres de las prisiones, el sudor fétido del que se le practica una operación dolorosa, las exhalaciones minerales, y los efectos del humo de tabaco. Y son estos olores los que ocupan la atención olfativa de los médicos.

Landré-Beauvais mide olfativamente las emanaciones de los cuerpos. Tal como se aprecia en esta cita,

“pour mesurer exactement la santé d’un individu par l’odorat, il ne suffit point d’avoir bien distingué chaque espece d’odeur qui est le résultat de toutes les modifications que nous venons de parcourir il faut encore s’être fait une habitude de toutes celles qui sont locales chez lui” (Landré-Beauvais 1813: 423).

Según él, en la práctica médica uno debe fijarse en la transpiración de los pies, los cabellos, el sexo, además del sudor y el aliento. Debreyne (1856: 153-4) distingue entre las exhalaciones cutáneas el humor sebáceo, la transpiración insensible y el sudor: el humor sebáceo lo define como una “(...) materia [que] como todos saben, exhala con frecuencia un olor fuerte y especial”, la transpiración insensible “es conocida por su olor y por su peso” y el sudor lo considera una “escrecion eventual”.

La experiencia clínica es la que enseña a juzgar cuáles son los olores excesivos. Como es difícil formarse una idea clara y distinta de cada olor, Landré Beauvais recomienda memorizar una tabla exacta de todos los olores que emanan de los enfermos. Las dificultades para diferenciar los olores de la salud y de la enfermedad tiene que ver con las subdivisiones y combinaciones infinitas que se generan. Solamente es fácil distinguir los dos extremos fijos e invariables: 1) el olor agrio y 2) la infección pútrida. Todos los estados intermedios dependen de los olores más o menos fuertes de ácidos y alcalinos, o de ambas combinaciones.

Para Landré-Beauvais el olor de los humores durante el periodo de salud más característicos son: en el nacimiento un olor más agrio, en la pubertad uno más fétido especialmente en el hombre y en la vejez se transforma el olor alcalino en el olor agrio de la infancia. Durante la enfermedad los olores que se desarrollan en los humores son los pútridos en vez de los ácidos. La fermentación pútrida se encuentra en el olor cadavérico de las deyecciones en las disenterías malignas, en los últimos periodos del escorbuto y, sobre todo, en las supuraciones cancerosas (Landré-Beauvais 1813: 425).

Virey (1812) atiende a los efectos de la putrefacción en los olores, admitiendo que todos los cuerpos en putrefacción hieden. Distingue las exhala-

ciones que proceden de sustancias animales de las de sustancias vegetales, porque las primeras son más fétidas que las segundas. Para este médico las emanaciones que resultan de individuos en estado sano son más desagradables que las que resultan de la putrefacción. Esta afirmación la fundamenta mostrando que los olores más fuertes se destruyen en parte por la putrefacción.

La condición odorífera de los cuerpos no es exclusiva del estado de putrefacción. “De todos los seres organizados se desprenden olores ó efluvios especiales” (Debreyne 1856: 29).

Pero las exhalaciones olfativas que son más importantes para los médicos son:

“les émanations odorantes qu’il est le plus utile de reconnaître et d’apprécier en pathologie sont produites par des sels volatils à acides gras, dont les bases sont constituées par la potasse et la soude (Bissauge)” (Monin 1903: 30).

Consciente de las dificultades médicas que existen al depender de los olores, Monin resalta que:

“de plus, l’odeur présente, en médecine, les particularités les plus étranges et les moins explicables. Nous avons essayé, toutes les fois que nous l’avons pu, de faire intervenir dans notre étude les explication les plus rationnelles de la chimie organique: nous n’avons pas la prétention d’avoir toujours atteint la vérité...Des maladies, en apparence les plus analogues, différent, du tout au tout, ou point de vue osphrésologique” (Monin 1903: 14).

Esta dimensión osfresológica permite, por ejemplo, corroborar que el hedor de los enfermos de fiebre tifoidea es mayor que el de los coléricos.

7.4. Varias clasificaciones odoríferas. Por una especialización médica de los olores fétidos

La clasificación odorífera⁹ más ampliamente aceptada por los médicos es la propuesta por el naturalista Linneo. Rengade (1886) distingue los seis grupos odoríferos ofrecidos por Linneo: 1) olores aromáticos: laurel, tomillo, clavel, etc., 2) olores fragantes: rosa, azucena, jazmín, etc., 3) olores ambrosiacos; ámbar, almizcle, etc., 4) olores aliáceos: ajo, asafétida, etc., 5) olores

pestilentes: clavel de la India, cicuta, etc., y 6) olores nauseabundos: curga, cohombro, ipecacuana, etc.

Larguier des Bancel (1912) asume la propuesta clasificatoria de Linneo sumada a la de Zwaardemaker, dado que los psicólogos no habían conseguido una clasificación olfativa satisfactoria. Presenta la clasificación de Linneo en siete grupos¹⁰ de olores completado por los dos tipos de Zwaardemaker, tomados prestados, el uno de Haller y el otro de Lorry, como se puede observar en el cuadro 6 (véase al final del capítulo).

El Dr. Collet (1904) toma como ejemplo la clasificación de los olores presentada por Haller agrupados en agradables, intermedios y fétidos, y la presentada por Lorry en 1785, en la que distingue entre olores alcanforados, olores narcóticos, olores etéreos, ácidos fugaces y alcalinos.

Virey (1812)¹¹, que no se entretiene en analizar la influencia de los efectos de las emanaciones suaves o fétidas en el cerebro, el estómago y los órganos sexuales, así como tampoco en el olor de los miasmas, se interesa sólo por clasificar los olores agradables o fétidos, según sean sus efectos medicamentosos¹². Los aromas más reconocidos que actúan como medicamentos son las flores de naranjo, las flores de tilo, la mayor parte de las flores labiales, los aromas, los antiescorbúticos, el almizcle, los cuales abandonan su virtud curativa si pierden su olor. Para profundizar en relación al olor de los miasmas recomienda el tratado de Gressinger sobre la fiebre miliar, el tratado de Pringle sobre las enfermedades del ejército, y sobre los efluvios del cuerpo cita *De natur determin effluviior* y la *History of air* de Boyle.

En medicina Virey (1812)¹³ clasifica los aromas con efectos medicamentosos en dos grupos: los olores fétidos y los aromas no fétidos. Los olores fétidos que son más característicos que se utilizan en el ámbito de la medicina son pueden observarse en el cuadro 7 (véase al final de este capítulo).

Pero los sistemas de clasificación propuestos por Linneo, y las variantes ofrecidas por Zwaardemaker, Lorry y Haller se amplian con la práctica clínica. Estos olores proceden de las emanaciones de los cuerpos, en las que se incluyen el sudor, el aliento, los esputos, las supuraciones, y la transpiración de pies, cabellos, axilas y genitales.

Landré Beauvais demuestra que las diferencias odoríferas dependen del clima, la alimentación, el sexo, la edad, las pasiones, la profesión y el aire. Estas variables tienen la capacidad de influir sobre la naturaleza de los hu-

mores. Hippolyte Cloquet (1821), que reconoce los mismos factores, insiste en el olor que desprende una persona colérica y aterrorizada, y las exhalaciones que emanan de las razas. En concreto se refiere al fuerte olor de los negros, y al aumento de fetidez, sobre todo en los sobacos, de quienes se ven sometidos a las influencias del terror y el cólera.

7.5. Las variaciones odoríferas de las emanaciones corporales de los sanos

Siguiendo las descripciones elaboradas por Landré Beauvais en relación a las variaciones odoríferas según el clima, la alimentación, el sexo, la edad, las pasiones, la profesión, el aire, sumado a la raza y a otras características corporales, describimos detalladamente cuáles son estas consideraciones.

7.5.1. El olor y el clima

Las diferencias climáticas influyen directamente sobre el olor que exhalan los cuerpos. Aunque el calor y la humedad son los mejores agentes que estimulan las emanaciones odoríferas, no siempre se reconocen aisladamente estas variaciones. Pueden intervenir otros factores como el grado de civilización. Este hecho se constata en esta cita:

“sous la zone torride, la sueur des nègres a toujours une odeur si infecte qu'un peut à peine s'arrêter quelques momens auprès d'eux. Le Fimois et les Eskimaux qui habitent près des poles répandent autour d'eux une puanteur insoutenable” (Landré Beauvais 1813: 423).

7.5.2. El olor y los alimentos

Los olores que emanan de los cuerpos se modifican por los alimentos. A través de la orina se percibe el olor particular de los alimentos y las bebidas (Landré Beauvais 1813), tal como Hipócrates mostró en sus tratados (Cloquet 1821: 65). Antes de que se comenzaran a perfeccionar los medios de investigación médica a partir del siglo XVIII, y gracias al impacto que el neohipocratismo ejerció al potenciar el contacto directo con el enfermo para con-

tar con casos clínicos directos, el análisis de la orina era el medio más empleado en el diagnóstico.

7.5.3. *El olor, el sexo y la edad*

En el periodo de lactancia es normal el olor agrio de los excrementos y los cuerpos de los bebés (Landré Beauvais 1813, Cloquet 1821), pero si ese olor es demasiado agrio o alcalino entonces se reconoce como signo de enfermedad.

En la pubertad el olor del hombre comienza a ser más fuerte que el de la mujer. Para Monin, el olor es característico al del animal en celo, que se debe a la fiebre seminal. La mujer es nula al olfato cuya fibra, débil y poco ejercitada, debilita el agrio de su infancia, y da a su transpiración un olorroso y dulce que no cambia jamás, incluso en su vejez, a menos que no sea de una constitución biliosa (Landré Beauvais 1813). En cambio, el hombre, una vez llega a la vejez, el olor de su cuerpo es similar al de las hojas secas (Monin 1903).

La capacidad olfativa también se transforma con la edad, siendo menor la superioridad de este sentido cuanto mayor edad tiene el individuo:

“La perception olfactive ou différenciation des odeurs devient avec l’âge, de plus en plus fine et sûre, surtout lorsque l’éducation de l’odorat vient augmenter les souvenirs, c’est-à-dire les comparaisons, jugements, réflexions et associations d’idées” (Monin 1903: 17).

La superioridad olfativa reside, según Monin, en las mujeres. Así, *“la femme, d’après Toulouse et Vaschilde, possède un sens olfactif meilleur que l’homme: avis aux doctresses qui voudraient contrôler et continuer nos études dans l’avenir!”* (Monin 1903: 17).

Las diferencias sexuales en las exhalaciones corporales ha llevado a distinguir entre el *aura seminalis* y el *odor di femina*. El *aura seminalis* resulta de la secreción del esperma, sobre todo entre los jóvenes en estado de pubertad. Los eunucos y los animales castrados no emanan este olor. Monin (1903: 52) lo define así:

“(...) c’est le sperme qui donne, après l’accouplement, à la chair et au lait des femmes, ce goût désagréable qu’on leur reconnaît, que c’est cet esprit fetide vital, comme il le désigne, ou l’aura seminalis, exhalé du sperme, qui détermine tous les changements qu’on observe dans l’homme à l’époque de la puberté (...)”.

Monin reconoce que los olores de los genitales estimulan la reproducción sexual en los animales. En el caso de los seres humanos, este estímulo ha sido objeto de reflexión literaria, tal como, según el dice, se refleja en la Eneida de Virgilio o en La Dama de Las Camelias de Alejandro Dumas. Para Monin, el olor del sudor de la mujer excita a ciertos hombres a la sexualidad, así como el olor del hombre provoca a ciertas mujeres a estimular ardientes deseos amorosos. Conscientes las mujeres de los poderes olfativos en el estímulo sexual, utilizan *“les parfums, surtout le musc, mêlés aux relets cutanés da la femme, constituent de puissants excitants de la lutte amoureuse et les prostituées le savent bien”* (Monin 1903: 271).

Aparte de los perfumes que contienen el olor a almizcle, las mujeres exhalan un *odor di femina* capaz de estimular a los hombres a las relaciones sexuales. Monin (1903: 272) define el *odor di femina* como:

“(...) l’odeur caractéristique du mucus vaginal, exaltée au moment des règles, qui constitue les plus grand facteur de l’amour on de l’accouplement. Les femmes aménorrhéiques ou simplement dysménorrhéiques, n’excitent pas d’amour violent chez l’homme: le rut est fonction de menstrues”.

Estas exhalaciones huelen a celo. No obstante, el olor a celo desaparece con la edad, reconociéndose que el olor de la menstruación de las mujeres adultas de más de 45 años es nauseabundo. Algunas veces, incluso, este olor nauseabundo puede ser un signo que denota la presencia de un cáncer (Monin 1903).

7.5.4. El olor y las pasiones

La acción del sistema nervioso influye sobre el olor cutáneo (Monin 1903). Las pasiones¹⁴, como la tristeza, el cólera, el terror y el enfado, son responsables del cambio de los olores que emanan de los cuerpos. Landré

Beauvais (1813: 423) observa en las personas que se caracterizan por una tristeza profunda la pérdida del olor saludable, el aumento de la fetidez en los sobacos de los coléricos y aterrorizados, y la exhalación de un hedor insoponible entre los enfadados.

7.5.5. El olor de las razas

Los médicos diferencian el olor que exhalan los individuos de raza blanca y los individuos de raza negra. Monin (1903) reconoce un olor amoniacal y rancio entre los negros, especialmente entre los cafres y los negros de Madagascar que además es comparable al hedor que exhala el macho cabrío. El higienista Pedro Felipe Monlau apunta que la raza de Cham, negra o etiópica se caracteriza porque “la piel de las familias negras segrega un humor ó sudor untuoso, negro y fétido” (Monlau 1862: 461). Estas diferencias pueden depender también de la variable climática, tal como hemos apuntado más arriba, por eso Monin considera que los olores más fuertes proceden de los habitantes de los países cálidos. Pero existen algunas excepciones, como el olor fétido de los groenlandeses y los cosacos, habitantes de países fríos.

La agudeza olfativa está más desarrollada entre los animales, y especialmente entre los perros. Por esta razón, Monin (1904) explica el porqué se empleaban perros en América a la hora de distinguir entre los negros y los indios.

7.5.6. Diferencias olfativas culturales e individuales

La idiosincrasia individual que se traduce en una mayor o menor tolerancia hacia ciertos olores, responde a experiencias personales que hacen que algunos olores sean reconocidos como más desagradables que otros. Estas preferencias, pueden también depender del refinamiento estético del olfato de algunas personas, que agudizan el sentido olfativo en la dirección de evitar cualquier tipo de olor fuerte. Rengade ofrece información detallada de experiencias personales de cortesanos que se impresionaban por ciertos olores.

Las preferencias individuales se ven influidas por el lugar donde se vive y la cultura dominante:

“Así según los individuos, y hasta según los países, lo cual parecerá más ex-

traño, un olor se considera agradable ó malo; el almizcle, insoportable para muchas personas, es el perfume preferido de aquellas que buscan en todo las cosas excesiva; el asafétida, que nos parece horrible, constituye las delicias de los Orientales; pero hay olores, algunos de ellos muy inofensivos en realidad, tan antipáticos á ciertos organismos, que pueden ocasionarles verdaderos accidentes” (Rengade 1886: 154).

7.5.7. Características de los olores corporales

Monin (1903) asegura que raramente el olor cutáneo es agradable. Para él los morenos tienen un olor ciánico, los rubios un olor menos fuerte con un débil olor almizclado, y los obesos un olor cutáneo oleaginoso. Sin embargo, Virey du Val-de Grâce (1800), convencido de que el perfume más extendido entre las diversas clases de animales es el almizcle, afirma que las exhalaciones corporales de los seres humanos son almizcladas.

7.6. Los signos olfativos de las exhalaciones corporales de los enfermos

Las emanaciones que se desprenden de los enfermos, procedan del aliento, de las fiebres, del sudor de las axilas, de los pies, de los cabellos, o de los esputos y las supuraciones cutáneas de las infecciones, anuncian la corrupción humoral característica de la enfermedad que se está desarrollando en el organismo del enfermo. Los médicos tratan de analizar los hedores con el fin de elaborar un primer diagnóstico. Landré Beauvais (1813) recomienda que se memoricen estos hedores y que se lleve a cabo una tabla olfativa de las enfermedades.

Landré-Beauvais reconoce que la fetidez del aliento es uno de los signos del empacho. Pero es en la elephantiasis cuando el aliento deviene más infecto. En la erupción de la pequeña viruela destaca el olor a cebolla del aliento, siendo más fétido en la época de la supuración.

Las exhalaciones corporales se transmiten a través de la transpiración cutánea, el sudor y las fiebres. Landré-Beauvais (1813: 427) observa que en las fiebres intermitentes el olor se parece al pan de payés fresco, y en las fiebres remitentes mucosas el olor esroso y ácido. Los enfermos atacados de

erupción miliar y ruveola exhalan un olor más ácido, y la mayor parte de los maniacos, melancólicos y epilépticos se caracterizan por un olor fétido, al igual que los afectados por enfermedades cutáneas crónicas. Monin recuerda que el olor de los enfermos mentales ha sido estudiado por Dagonet en 1862 y por Fèvre en 1876.

Landré Beauvais considera que el olor más infecto que el cuerpo humano puede exhalar es el afectado por cualquier tipo de cáncer. En las fiebres gastro-adinámicas¹⁵ y las gastro-atáxicas destaca un primer periodo en el que el sudor es inodoro, luego un segundo periodo donde el olor es más fuerte, y por último un sudor de olor más dulce y un poco agrio. Curiosamente este médico compara el olor que emanan los afectados de tiña a la orina de gato, y en el caso de verse afectados por otro tipo de tiña el olor será a mantequilla rancia.

El olor de las deposiciones influye en el pronóstico de las fiebres gastro-adinámicas y las gastro-atáxicas (Landré Beauvais 1813: 426). Este olor lo compara al de los ratones, y a su vez lo considera fétido, terroso y cadavérico. En las enfermedades de pecho observa también los cambios en el olor de las excreciones.

La tisis se caracteriza por un primer periodo donde los esputos son más inodoros, un segundo periodo en el que el sudor agrio adquiere mayor fetidez a medida que avanza la enfermedad, y un tercer periodo donde se manifiesta en las deposiciones un olor cadavérico, conservándose en los esputos el olor agrio. En la fiebre tifoidea el olor es más fuerte que el que emana de los enfermos de viruela o escarlatina (Jaccoud 1864-1886), aunque en todos los casos es un resultado de la volatización del virus.

El olor agrio se acentúa en el catarro uterino, sobre todo en los “jugos lechosos o linfáticos” que salen de la vagina y la matriz. Estas supuraciones internas emanan un olor agrio característico. A medida que la fiebre acompaña estas supuraciones el olor se convierte en más fétido.

Pero la peor fetidez constituye en sí misma una enfermedad conocida con el nombre de bromidrosis. Según Monin, la bromidrosis es una enfermedad que consiste en un mal olor de la piel a consecuencia de una condición anómala de la materia perspiratoria. La *bromidrosis pedum* es una enfermedad cutánea frecuentemente causada por un microbio particular. En esta enfermedad se desarrolla un sudor de pies con un olor a gruñero rancio, y un he-

dor particular de los sobacos a “caproates” alcalinos. Este sudor depende de la alimentación y la profesión.

En este apartado hemos recogido en una tabla las descripciones odoríferas que Monin (1903) destaca para cada enfermedad. En el CUADRO 8 (véase al final del capítulo), se pretende mostrar un mapa olfativo, que a diferencia del presentado en el capítulo dedicado a los miasmas y a las enfermedades, se centra en los olores del cuerpo.

7.7. Los miasmas y los microbios

Cuando se muestra experimentalmente la existencia de microbios en la propagación de las enfermedades infecto-contagiosas, los miasmas pasan a ser una noción obsoleta y atávica incapaz de explicar la naturaleza de dichas enfermedades ¿Eliminar los miasmas suponía vencer las limitaciones sensoriales del conocimiento práctico que se aplicaban una y otra vez a las argumentaciones de tipo causal? Esta vez los microbios huelen mal al mezclarse con el ozono en las fosas nasales:

“Les cultures du microbe donnent donc avec les milieux ordinaires usités en bacteriologie, des senteurs nettement caractérisées et agréables, tandis que, dans les fosses nasales des malheureux atteints d’ozène, il produit une des puanteurs les plus répugnantes” (Monin 1903: 108).

Aún admitiéndose la caída de la percepción olfativa a partir del desarrollo de la higiene (Corbin 1987), en el ámbito de la medicina, y a pesar de demostrarse la ruptura entre la relación causal hedor/miasma y enfermedad, el hedor continúa vinculándose al microbio, porque la materia infecciosa suele oler mal. Pero esta vez con una diferencia, el hedor ya no es una causa sino el efecto circunstancial de la presencia de ciertos microorganismos procedentes de la materia en putrefacción. Entonces, los malos olores continúan ejerciendo su papel en el dominio de la vigilancia higiénica, pero son de interés secundario para la investigación médica.

7.8. Algunos problemas olfativos

En 1888 apareció el primer olfactómetro de Zwaardemaker en Utrecht. Siendo los mejores olfactómetros los de Jacques Passy y Zwaardemaker, el inconveniente principal era la incapacidad de aplicación en la clínica, precisamente porque se dedicaban a medir la sutilidad del olfato humano. En cambio, Gérardin y Niclouc ensayaron en un laboratorio la manera de dosificar con precisión los olores del aire (Monin 1903).

El desarrollo de la osfresología no resolvió el problema de la clasificación de los olores, así como tampoco fue capaz de profundizar en los problemas de la disminución olfativa conocida con el nombre de anosmia. El Dr. Collet (1904: 40) destacó la anosmia congénita, la anosmia senil, la anosmia de la menopáusica, y otras anosmias relacionadas con algunas enfermedades de las fosas nasales. Distinguyó entre la parosmia, que era la perversión del olfato, cuyo mayor problema era la cacosmia, que correspondía a una alucinación del olfato, y la hiperosmia, que era la exaltación de la sensibilidad olfativa. ¿Cuándo la sensibilidad olfativa es considerada una enfermedad o una condición apta para detectar los olores fuertes? ¿Por qué la sensibilidad olfativa femenina se la reconoce como una predisposición estética en vez de una enfermedad?

Los médicos e higienistas reconocen que el exceso de impresiones olfativas puede producir accidentes, sobre todo el abuso de perfumes. El Dr. Collet atribuye a este exceso las migrañas, los vértigos, las náuseas, las palpitaciones y las convulsiones. Y como también muestra el higienista Giné y Partagás (1880: 487),

“el aroma de las flores y las emanaciones de los aceites esenciales perjudican á las personas de temperamento nervioso, y en especial á las mujeres, en quienes los olores penetrantes provocan á menudo vahidos ó ataques de histerismo. No se tendrán, pues, flores en los aposentos en donde más habitualmente se permanezca, y mucho menos en los dormitorios, y se usará con mucha parsimonia de los cosméticos muy odoríferos”.

Los ejemplos expuestos en los tratados de higiene siempre están relacionados con el abuso femenino de los perfumes, sobre todo en la cosmética. En las topografías médicas, se alude principalmente a la mayor sensibilidad

de las mujeres a las impresiones de los olores fuertes. Por eso, “la mujer embarazada se procurará una atmósfera muy pura; por lo cual no concurrirá á reuniones numerosas, ni habitará lugares en donde haya desprendimientos miasmáticos” (Giné y Partagás 1880: 571).

Más que los perfumes, los olores más peligrosos son los miasmáticos, sobre todos los que proceden de lugares cerrados como las cárceles, las sepulturas y las letrinas (Tissot 1776). Estos olores provocan asfixias y muertes repentinas, y en el menor de los casos, Tissot (1776: 285) asegura que ciegan. Para precaver las exhalaciones miasmáticas Tissot (1776: 283) recomienda “(...) al llegar à estos parages, enebro ó vinagre, fumar tabaco, y tener en la boca alguna sustancia aromática; sobre todo el hacer neutras las emanaciones corrompidas (...)”. Aunque el mejor remedio para devolver al aire su pureza es accediendo a la ventilación, que promueve la circulación frente al estancamiento del aire en lugares cerrados.

7.9. El sensualismo en medicina

En la práctica clínica el olfato interviene en el diagnóstico en menor medida que la vista, el oído y el tacto. A pesar de la relevancia que confirieron los osfresólogos al sentido olfativo preferentemente en los siglos XVIII y XIX, no se han encontrado traducciones al español de Monin, Cloquet¹⁶ y Landré-Beauvais, por ejemplo, que confirmen que esta especialidad estuviera ampliamente extendida, así como tampoco se han destacado estos intereses en los manuales de diagnóstico y semiología hasta ahora consultados.

Como se ha podido comprobar en estos manuales de diagnóstico médico el sentido olfativo ha sido el que menos líneas ocupa en detrimento de la auscultación y la observación. Obviamente, para los médicos el olfato no es un sentido que tenga la misma importancia que la vista, el oído y el tacto en la formulación del primer diagnóstico, pero no por ello se puede negar el interés que guarda el sentido olfativo en el primer contacto entre el médico y el paciente. Desde que el médico entra en la habitación del enfermo, hasta que se acerca a él para proceder a la exploración, el olfato se afina ante las primeras impresiones olorosas. ¿Se puede deducir que los olores juegan un papel secundario en el diagnóstico porque se reducen más inmediatamente a la práctica médica personal de exploración?

Tal como se demuestra en este apartado, el desarrollo de la osfresología corresponde a un período histórico en el que la medicina se encuentra dominada por el paradigma ambiental, donde el análisis de la corrupción y las alteraciones del aire son fundamentales para comprender cómo y cuándo se producen las enfermedades. El interés teórico por los miasmas conduce a considerar el olfato como el primer sentido capaz de descubrir su localización. ¿Qué ocurre cuando se trata de averiguar de qué naturaleza son los miasmas? Agravado por el desarrollo experimental de la putrefacción y la fermentaciones, así como por las dificultades de aislamiento de la causa miasmática, el olfato, instrumento-centinela de localización y vigilancia, pierde fiabilidad frente a una medicina que se preocupa cada vez más en la especulación teórica basada en la experimentación para responder al origen de las epidemias. Los olores dejarán de ser pronto complementarios y fiables a medida que avance el desarrollo etiológico, así como cuando comience a especializarse y tecnificarse la práctica diagnóstica.

Cuadro 6

Clasificación de Linneo y Zwaardemaker según Larguier des Bancel

- 1º clase : Olores etéreos (Lorry)
- 2ª clase : Olores aromáticos (Linneo)
- 3ª clase : Olores fragantes¹⁷ (perfumados) (Linneo)
- 4ª clase : Olores ambrosiacos (Linneo)
- 5ª clase : Olores aliáceos (Linneo)
- 6ª clase : Olores empireumáticos (Haller)
- 7ª clase : Olores turcinianos (turciniennes) (Linneo)
- 8ª clase : Olores repelentes (Linneo)
- 9ª clase : Olores nauseabundos (Linneo)
- I. Tipos químicamente definidos: éteres compuestos, éter de frutas, acetato de etilo, butirato de etilo, etc, éter oficial, cloroformo; u olores etéreos encontrados en las frutas maduras, los vinos, la cera de abejas, etc.
- II. 1) tipo definido: bornéol-alcanforado, eucaliptus, romero, terebenteno, etc.
2) (según Zwaardemaker) tipo definido: eugenol-clavo, pimienta, canela, etc.
3) (según Zwaardemaker) tipos definidos: anethol, mentol, timol-anis, hinojo, comino, menta, salvia, tomillo, lavanda.
4) Tipo definido: citral-madera de palisandro, limón, esencia de bergamota, madera de sándalo, madera de cedro.
5) tipos definido : aldeído benzoico, nitrobenzol, ácido ciándrico- esencias de almendras amargas, de laurel, cereza, etc.
- III. (según Zwaardemaker= olores balsámicos)
- 1) tipo definido: terpinol-jazmín, muguette, ilang-ilang, etc.
2) tipo definido: ionona - violeta, reseda, iris, azucena, narciso, etc.
3) tipo definido: vainilla, heliotropo, haba, benjuí, bálsamo de Tolou, etc.
- IV. Tipo definido: almizcle, ámbar.
- VI. Tipos definidos: benzol, fenol, etc. Café torrefacto, pan asado, alquitrán, etc. etilo.
- VII. Olores caprículos (Zwaardemaker), olores fétidos (Cloquet)
- (1) Tipos definidos: ácidos grasos saturados, sudor, etc.

- VIII. Olores “tetri” (Linneo), olores narcóticos (Lorry)
 (1) Tipo definido: piridina, opio, solanáceas, chinche, etc.
- IX. Escatol, heces, cadáver en descomposición, eleboráceo, etc.
- (1) Ciertas categorías de olores son convertidas en objeto de monografías. Resaltamos las de Hagen y las de Charabot et Gatin. La primera se titula *Die sexuelle Oosphresiologicals*, y la segunda *Le parfum chez la plante*.

Cuadro 7 Olores en medicina

OLORES FÉTIDOS EN MEDICINA

- 1) Nauseabundos: para purgantes y eméticos (plantas que tienen estas propiedades y son así mismo venenosos).
- 2) Venenosos o narcóticos: estupefacientes (opio).
- 3) Acres o corrosivos: romero de Bohemia.
- 4) Olor cabruno: olores histéricos producidos por la mofeta, la hiena.
- 5) Afrodisiaco: el esperma de los mamíferos, los árboles mentolados.
- 6) Emenagogo (camomila, milflores...).
- 7) Podrido: insectos.
- 8) Carminativo: fétidos (olor de goma de resina).
- 9) Bituminoso (petróleo, nafta).
- 10) Fuertes o penetrantes: valeriana, alcanfor.
- 11) Labiados o verticilado: buen olor (lavanda, menta)
- 12) Aromáticos: canela, azafrán, laurel...
- 13) Balsámicos (se reconoce por el ácido benzoico): benjui, estoraque, vainilla, balsamo del Perú.
- 14) Resinosos: bálsamo de Copatu, Canadá, Judea, La Meca).
- 15) Gomo-resinosos (mirra).
- 16) Olor almizclado o ambrosiaco: animal almizclero, civeta, ámbar gris...).
- 17) Naranja, cítricos.
- 18) Olores del loto (loto, triforium).
- 19) Tónico y acerbo (quinina, café verde, jugo de acacia).
- 20) Almendras amargas.

Cuadro 8
Los olores corporales de los enfermos

Ictericia (Boerhaave)	Olor cutáneo almizclado
“Carreau” (Winslow)	Olor cutáneo avinagrado
Sífilis (Cullierier)	Olor cutáneo dulzón
Enfermedades urinarias, cistitis	Olor cutáneo orinoso
Escrófula (Hebra)	Olor cutáneo a cerveza agria
Fiebre intermitente (Heim)	Olor cutáneo a pan caliente
Diabetes	Olor a heno
Cólera	Olor amoniacal
Fiebre de leche	Sudores vapores ácidos
Peste	Olor dulce (Diemerbroëck)
	Olor miel (Doppner, Vettianke)
Fiebres infecciosas	Olor pútrido, en especial las virulentas: rabia, moco, fístula maligna
“Ectasie” gástrica	Olor a pan agrio (Bouchard)
Afecciones crónicas (urinarias)	Olor orinosa
Tuberculosis	Olor especial de los esputos
Fiebres puerperales	Olores tenaces
Constipados	Mal olor
Histeria	Olor fecal
Eneuresis	Olor orinoso o de ratón
Tifus	Olor especial de la piel
Disenteria	Olor de deyecciones anales
Fiebre tifoidea	Olor cutánea remarcable
	Olor de sangre
Escorbuto	Olor pútrido
Fiebre remitente biliosa	Olor pútrido
Caquexia	Olor pútrido
Cólera de Egipto	Olor pútrido
Reumatismo articular	Olor agridulce y penetrante
Dermatosis	Olor fétido.

NOTAS

- 1 Para Raspail (1851: 10) “no hay una sola enfermedad en el cuadro de los padecimientos humanos, cuya causa no sea susceptible á nuestros sentidos; de modo que, cuando no se manifiesta, es siempre posible adivinarla, y apreciar, sino su naturaleza específica, á lo menos su mecanismo y modo de obrar”.
- 2 En este caso, por observación agrupamos la exploración del enfermo a través de los sentidos.
- 3 Aranzadi (1899) distingue dos niveles de conocimiento: uno fundado en la analogía o mera asociación de ideas, y otro basado en los resultados de la experimentación. Esta idea de una frontera que separa el conocimiento primitivo del moderno ha sido sostenida por varios antropólogos, entre quienes destaca Lévi-Bruhl y Frazer.
- 4 Esta traducción es nuestra]. En un sentido general, “en clínica se llama *observación* la historia particular, exacta y detallada de un enfermo” (Lefert 1893).
- 5 En el siglo XVIII la sintomatología o semología experimentó una auténtica renovación, sobre todo en el estudio del pulso y la percusión torácica.
En el manual de Seifert y Müller (1908) no hay ningún apartado dedicado al olfato. Racle (1878: 723) se interesa principalmente en los signos suministrados por la palpación y la auscultación, dedicando menos de una página al sentido del olfato y del gusto: “Basta, por explorar estos sentidos, gustar cuerpos sápidos ó esparcir sustancias olorosas. Pero es un error el que se comete con mucha frecuencia: esparcen cuerpos que exhalan vapores cáusticos (amoníaco, ácido acético) y despiertan, no la sensación gustativa ú olfativa, sino la sensación dolor”.
Para Lefert (1893) los métodos de exploración son la medición, la palpación, el tacto, la percusión, la auscultación, la percusión y la auscultación combinadas, la sucusión, la termometría y el microscopio (examen de sangre y orina). No hay ningún apartado dedicado al olfato o a los olores.
En el manual de diagnóstico de Raciborski (1841) encontramos la “olfaccion” entre los métodos utilizados para el diagnóstico. Aunque se centra preferentemente en la auscultación la percusión y la palpación, dedica algunas páginas al sentido del olfato y el gusto. Y reconoce el trabajo de un osfresólogo como Landré Beauvais.
- 6 Aranzadi (1899: 382) sostiene la idea de que hay un desarrollo directamente proporcional entre el progreso científico y el perfeccionamiento de los sentidos. Esta idea queda mejor ilustrada en la siguiente cita: “Los adelantos en las ciencias se han verificado mediante la observación, cada vez más prolija y completa, y el raciocinio, cada vez más escrupuloso y severo; sin embargo, hay que tener en cuenta también, según algunos autores, el perfeccionamiento ó evolución de los mismos sentidos”.
- 7 Consúltese en el artículo de Michael Onfray (1990 a,b) el desprecio que filósofos como Kant, Buffon y Gobbineau sienten por el sentido olfativo.

- 8 Luria (1984) distingue dos teorías contrapuestas en el estudio de las sensaciones: la teoría receptora y la teoría reflectora. La primera teoría arguye que la sensación es un proceso pasivo contrapuesto al movimiento, mientras que la segunda teoría parte del supuesto que la sensación es un proceso activo, determinando por su carácter activo y selectivo.
- 9 Monlau (1857) advierte en el apartado de perceptología las dificultades que existen para clasificar exactamente los olores.
Busslinger (1983) atribuye a Aristóteles la primera propuesta en clasificar los olores en seis grupos esenciales: dulces, ácidos, austeros, grasos, acerbos y fétidos. Linneo propuso otra lista: olores fragantes, ambrosíacos, fétidos, nauseabundos, aromáticos, alióceos y repulsivos. A diferencia de la medicina, la perfumería se interesa por la clasificación de los olores agradables. Eugene Rimmel distingue dieciocho tipos de olores, entre los cuales figuran los rodados, ajazminados, balsámicos, canforados, cítricos y mentolados.
- 10 Recordemos que en la clasificación anterior Rengade sólo nombraba seis grupos.
- 11 Para analizar el desarrollo médico en la investigación de los olores, Virey propone consultar a Cigarini (*Novae de odoribus theoriae trutiria*, Sienna 1749), a J. Carvin (*De organo, sensu et objecto olfactus*, Prag 1749, in.4, a Tralles (*De limitandis laudibus, et abusu moschi*), a Linné (*Odores mediõmentorum, ambrosiaca, medicamenta graveolentia*, etc., tom. 3, 5 et 9), a Bourdeu (*Analyse médicale du sang*), a Briuede (*Mem. soc. méd.*, an 1789), Lorry (*Mem. sur les odeurs, soc. méd.*, 1785 et de *morb. cutaneis*) y a Alibert (Haller: *Elem. physiol.* tom. V *De olfactus*, 1799).
- 12 Cita a Criton como uno de los precursores en la utilización de olores como medicamentos. Sobre las propiedades médicas de los aromas se pueden consultar los trabajos de aromaterapia, entre los que destacan los llevados a cabo por el Dr. Bach (1991) y Tisserand (1983).
- 13 Es interesante observar de Virey (1812) su agrupación olfativa de los alimentos tal como sigue: 1) Sosos (harinas, granos, cereales), 2) “oléracées” (espinacas, endivias...), 3) leguminosas, 4) umbelíferos (perejil, anís, comino, hinojo...), 5) antiescorbútico (nabos, rábanos), 6) frutas, 7) dulces (miel, dátiles...), 8) “gineuses” (avellanas, pistachos...), 9) carnes crudas y cocidas, 10) pescado, 11) condimentos (ajo, cebolla...), y 12) especias o aromas.
- 14 Como hemos señalado en el capítulo 4, las pasiones fueron consideradas como una causa morbífica entre los médicos que sostenían la tesis anticontagionista.
- 15 Según el Dr. José Vilardebó y Moret (1870) la calentura gastro-adinámica era la denominación que el Dr. Pinel dio a la fiebre amarilla.
- 16 En el tratado de higiene privada de Monlau (1857: 338) se encuentra la referencia francesa del tratado de Cloquet *Osphrésologie ou Traité des Odeurs, du sens et des organes de l'olfaction*.
- 17 Enrique L. de Vernuille lo traduce de Rengade como framático y no fragante. Nosotros lo traducimos como fragante aproximándose más al término original en francés.

VIII

LA LUCHA POR LA ELIMINACIÓN DE LOS MIASMAS

8.1. La desodorización y la desinfección

Los métodos para luchar contra la nocividad de los miasmas han sido la *purificación*, la *desodorización* y la *desinfección*, y los medios empleados para eliminarlos las hogueras, las emanaciones olorosas y perfumes, la ventilación y las fumigaciones. Todos estos medios y métodos se han utilizado para combatir la corrupción del aire, y prevenir las epidemias.

El objetivo de estos medios era corregir el vicio atmosférico y devolver al aire su pureza. La preferencia por utilizar uno o varios de estos correctores a la vez no dependía solamente de las recomendaciones terapéuticas establecidas por el paradigma médico dominante. Existían prácticas populares que continuaban a pesar de que los médicos aseguraran su ineficacia. Tal fue el caso de la insistencia en continuar con las prácticas olorosas de perfumes y sahumerios cuando ya habían comenzado a implantarse las fumigaciones de ácidos minerales¹.

La utilización de los aromas, como medio eficaz de lucha antiepidémica, comienza a decaer en el ámbito de las recomendaciones médicas cuando en el siglo XVIII los químicos descubren las propiedades desinfectantes de algunas sustancias y empiezan a practicar las fumigaciones. Sin embargo, algunos de los elementos que forman parte de estos fumigantes emanan un olor tan desagradable que se sospecha popularmente sobre su eficacia.

La población y los médicos que defienden los postulados contagionistas para explicar el modo de transmisión de las enfermedades ofrecen algunas resistencias ante las prácticas fumigatorias (véase Aréjula 1821). Los seguidores del contagionismo tachan de inútiles las prácticas fumigatorias. Consideran que el único método eficaz para erradicar las enfermedades consiste, en evitar su propagación a partir del aislamiento de los enfermos y, en establecer

cordones sanitarios. Mientras tanto, los seguidores de los postulados anticon-ta-gionistas, a pesar de defender preferentemente el uso de las fumigaciones a la reclusión de los enfermos, continúan utilizando los cordones sanitarios y los aislamientos². Un ejemplo de la combinación de ambas terapias lo encontramos en el informe sobre la fiebre amarilla en el puerto de Barcelona donde se recomiendan las siguientes precauciones:

1) “aislar á los enfermos y asistentes enviando al Lazareto ó Lazaretos los indigentes, y teniendo en su casa separados bajo la vigilancia del Gobierno á las que puedan mantenerse en ellas comodamente, y a sus asistentes. De este modo se evitan los graves inconvenientes de los lazaretos forzados, no se amontornará el contagio en una misma parte, y diseminado se hace menos activo y más fácil de sofocar”; 2) “que los aposentos de los enfermos estén ventilados con los solos muebles necesarios, con mucha limpieza y continua fumigacion del ácido nítrico, y despues que ó curen ó mueran deberán zahumarse los aposentos con el gas muriático oxigenado”; 3) aplicar el gas ácido nítrico porque destruye los miasmas contagiosos; 4) vestir ropa poco ramosa y porosa, evitar el aliento de los enfermos, no entrar en las salas con el estómago vacío ni demasiado lleno ni después de comer; y 5) purificar utensilios y ropas por medio de los gases ácido muriático y ácido sulfúrico” (Nadal et al. 1850: 67).

La polémica en torno a la utilización de uno u otro método se fundamenta en las controversias teóricas del contagionismo y el anticontagionismo. Una aproximación externalista al problema demuestra que las medidas preventivas deben analizarse en relación a las influencias políticas, económicas y sociales. La práctica fumigatoria se consolida en contra de las incidencias económicas, sociales y políticas que el cordón sanitario y el aislamiento producen (Ackerknecht 1948a). Con las fumigaciones continúa la actividad comercial y se atenúa el miedo popular contra el contagio.

Las fumigaciones cuentan a su favor con el precedente de la creencia en la eficacia de los aromas para combatir y prevenir las epidemias. Las resistencias populares frente a las fumigaciones se producen a consecuencia de los fuertes olores que los ácidos minerales desprenden. Por ello, se continúan em-

pleando en los sahumeros y los braseros las hierbas aromáticas y maderas olorosas.

Las prácticas terapéuticas que consisten en corregir el vicio atmosférico, como son las emanaciones olorosas y más adelante las fumigaciones, comienzan a formar parte del patrimonio del conocimiento médico cuando el desarrollo de la química elabora métodos más adecuados para luchar contra las epidemias, y cuando se descubre la naturaleza ácida y alcalina de los miasmas (Carrillo et al. 1977). A partir del reconocimiento de la eficacia de las fumigaciones se condenan las prácticas populares que consistían en los sahumeros y las emanaciones olorosas, por considerarlas ineficaces y creencias supersticiosas.

Vallin (1884) distingue en la historia de los desinfectantes dos grandes periodos cuya delimitación viene marcada por el desarrollo de la higiene. En la primera época, la desinfección consistía en eliminar los males olores a través de la aplicación de olores más fuertes o aromáticos. El ámbito donde se extendían estas prácticas eran los rituales religiosos y el embalsamamiento de cadáveres³. En la lucha contra las epidemias los enfrentamientos entre contagionistas y anticontagionistas confrontaban las prácticas de desinfección con las cuarentenas en los lazaretos.

El segundo periodo comienza, para Vallin, con los primeros trabajos con los desinfectantes a finales del siglo XVIII, cuyos precedentes se arraigaban en las tesis humorales, la alquimia y los descubrimientos de Priestley, Lavoisier, Schule y Gay Lussac sobre la naturaleza del aire, el oxígeno y el cloro. Estos descubrimientos permitieron continuar investigando sobre las fumigaciones de ácido nitroso, ácido clorhídrico a Carmichael, Smith, Guyton de Morveau, Foucroy, Hallé y Guickshank. Todavía en esta fase se pretendía que los desinfectantes actuaran sobre las emanaciones olorosas porque todavía se era incapaz de distinguir entre los gases de la putrefacción, los miasmas y los virus. Más adelante Kletzinsky divide los desinfectantes en dos clases: los que destruyen los miasmas y los que destruyen los contagios. En esta división que señala Vallin ya se advierte la aplicación de medios distintos, según sean las enfermedades de naturaleza infecciosa o contagiosa. El desinfectante adquiere un nuevo poder profiláctico.

Vallin (1884) amplía la función de los desinfectantes sin restringirlos a una función estrictamente olfativa, por ello dice, ampliando la definición

de Chalvet, que “son sustancias capaces de neutralizar los principios morbíficos, virus, gérmenes, miasmas ó descomponer las partículas fétidas y los gases, que se desprenden de las materias en putrefaccion” (Vallin 1884: 6).

Desde un punto de vista histórico, el método tradicional para combatir la corrupción del aire era el fuego. Encender hogueras servía para purificar el aire y para quemar los utensilios, los muebles y las ropas del apestado. Las hogueras podían ser “(...) ya simples, ya con leños, plantas, yervas y flores aromáticas, ó añadiendo gomas, y ungüentos olorosos (Pérez de Escobar 1776: 76). Se recomendaba:

“encender fuego en el aposento, y poner sobre las brasas alguna cosa odorífera, como cortezas de cidra, granos de enebro, de laurel, canela, clavillos, romero, benjui, storaque, ó laudano, y con el humo destas cosas se perfumarán los vestidos” (Francisco 1721: 77).

Más adelante se extendió el uso de braseros en las habitaciones para combatir la humedad y destruir los miasmas. La ventaja de los fuegos portátiles consistía en que el

“ayre cercano, por medio del calor se vuelve específicamente mucho mas ligero y con su ligereza se eleva y sale por las ventanas y puertas abiertas: el espacio que queda vacío se reemplaza por otro ayre frio de las cercanias que calentándose á su turno, sube y sale fuera, y es luego reemplazado por otro ayre, y de este modo teniendo dicho fuego algun tiempo en las habitaciones, se saca con facilidad de ellas el aire infecto y corrupto, y se introduce otro mas fresco, mas puro y mas elástico” (Masdevall 1786: 126).

Además de la renovación del aire por efecto del calor del fuego, la purificación se aseguraba gracias a las exhalaciones aromáticas. Por ello,

“en casa es conveniente tener leña de lentisco, de enebro, de romero, de laurel, de cipres, y vinagre fuerte, y bueno en mucha cantidad, ajos y cebollas. Estos leños encendidos hazen un fuego aromatico para purificar el ayre” (Francisco 1721: 34).

Los sahumeros se colocaban en lugares cerrados, con ventilación escasa, húmedos y hacinados. En los lazaretos y hospitales los medios utilizados

para destruir los miasmas eran los sahumeros. Sin embargo, en una carta escrita (Esteva y Balmes 1772) por el director de un lazareto a la junta de sanidad en Barcelona, se consultó sobre la eficacia del sahumero y los perfumes, de lo cual se deducía que todavía no se había generalizado la práctica de las fumigaciones (véase anexo 2).

La aplicación preventiva o preservativa de los aromas no siempre se presenta junto a las hogueras y los braseros. En las preparaciones de triacas⁴ los médicos reconocían los efectos saludables de los aromas. Por ejemplo, en el tratado de Ivan Francisco (1721: 40-1) se recomendaba llevar :

“saquillos preservativos sobre el corazón compuesto de raíces de autora lisa, y no crespa, arsenico cristalino. Raíces de gengibre. Nuez moscada una drachma de cada uno. Semilla de ruda, y clavillo un escrupulo de cada uno. Bayas de laurel, drachmas iii. Almaziga blanca. Alcanfor. Azafran. Myrram ocho granos de cada uno. Almizcle, quatro granos. Todo esto lo bolberás en polvo, ò grueso o mediano, y todo lo pondrás en un saquillo de tafetan carmesí, y lo llevaras siempre en el corazon”. Las recetas sobre estas preparaciones son variadas”.

Francisco (1721: 42) también aconsejaba al lector lo siguiente:

“lleva siempre contigo una bola concava, taladrada con muchos agujeritos, de madera de fresno, ò de cipres, con una esponja dentro, del qual este bien empapada de vinagre rosado fuerte, ò bien de agua rosada, y vinagre rosado, y malvesia, aplicandola al olfato amenudo, y con este quando te acercas à las casas sospechosas, debes mojar las cienes, y aplicarlas à las narizes”.

El mismo autor daba varias recetas sobre perfumes, entre la que destacamos una elaborada por dos enterradores de Milán, cuya eficacia viene reconocida por el hecho de haberles preservado del contagio tan inminente en su profesión:

“Azufre vivo, una onza. Arsenico cristalino, una onza. Incienso maduro, onze granos. Clavos, nueve. Una nuez moscada con la corteza. Una raíz de hierba de San Juan. Ojas de hierba de San Pedro, nueve. Una corteza de limon, agrio. Ojas de berbena, nueve. Ojas de rabano, quinze. Raíz de peo-

nia, una. Raíz de angelica, una. Cardo santo, zedoaria. Granos de lentisco, veinte granos de cada uno. Myrra, cinco granos. Semilla de rueda, treinta granos. Todo esto se reducirá a polvos, que se pondrán dentro de un saquillo bien cerrado de raso, ò de damasco, ò de tafetan carmesi, y se pondrá à la parte del coraçon, en verano sobre el jubon, y en tiempo fresco sobre la camisa. Prevenido con esto qualquiera podrá andar por qualquiera parte con seguridad, aunque en ella aya contagio” (Francisco 1721: 70).

Los perfumes⁵ se utilizaron asiduamente con fines terapéuticos⁶ hasta la difusión de las fumigaciones⁷. Con el avance químico en el siglo XVIII y la difusión de las fumigaciones de ácidos minerales (ácido nítrico, cloruro de cal, ácido clorhídrico...) los perfumes fueron condenados por parte de los médicos como simples supersticiones populares totalmente ineficaces para prevenir las epidemias. Aún y así, se continuaron empleando.

Una de las variantes, contraria a los efectos saludables de los aromas, es la creencia en la destrucción de la corrupción atmosférica a través de la aplicación de olores fuertes. En ese caso el corrector actúa anulando la nocividad de los malos olores mediante la aplicación de hedores más fuertes con el objetivo de que se neutralicen⁸. Por ello, uno de los productos más populares para prevenirse de las epidemias era el vinagre⁹. Su objetivo era corregir el aire y destruir los miasmas. Para actuar sobre el aire se presentaba en forma de vapor, mientras que para eliminar la fuerza contagiosa de algunas materias (pieles, ropas, muebles, cartas) era mejor rociarlas. Por ejemplo, para destruir los miasmas de las cartas y el papel se aconsejaba bañarlas en vinagre y luego pasarlas por el fuego (Francisco 1721). También se recomendaba utilizarlo en las habitaciones donde se encontraban los enfermos (Pérez de Escobar 1776, Pons 1790 y Masdevall 1786).

La ventilación es el método profiláctico reconocido para eliminar los efectos del hacinamiento de las habitaciones de los enfermos (Masdevall 1786). Existen algunas resistencias que se advierten en la ventilación (Hernández 1806)¹⁰ ¿debidas al cambio brusco de temperaturas o al peligro de las corrientes de aire? La circulación de los aires limpia la atmósfera de miasmas de un lugar hacinado, pero puede a su vez traer otros nuevos. Esta doble propiedad del aire se muestra muy bien en esta cita: “Aunque el aire es motor comun de las enfermedades, y el, y los vientos particular instrumento de la propagacion de los pestilentes contagios, con todo eso, del mismo ayre, y de los

vientos se puede esperar un poderoso remedio para desvanecerlas, y extinguirlas” (Pérez de Escobar 1776: 82).

El análisis del contexto teórico sobre las causas de las enfermedades y las prácticas de erradicación y de prevención permite profundizar en el desnivel de correspondencia entre el desarrollo del conocimiento médico, que se produce en el campo de la etiología, y el que se da en el campo de la terapéutica.

Desde un punto de vista etiológico, Luis Comenge distingue tres grandes procesos. El primero corresponde a un dominio del conocimiento religioso para explicar el origen de las epidemias, el segundo al proceso de racionalización de las causas y a la dependencia entre el estado del aire y la enfermedad, y el tercer proceso al dominio de la experimentación orgánica de las causas cuya culminación consolidaría el conocimiento biológico (Jacob 1986). En el último periodo se ha demostrado precisamente “(...) que las grandes epidemias no son debidas á un castigo inevitable de Dios, ni son efectos de la corrupción de la atmósfera, sino á la importación de gérmenes engendrados de enfermedades infecciosas” (Comenge 1914: 128). Las reflexiones etiológicas explican las preferencias terapéuticas pero no las aplicaciones concretas. Las confusiones, las combinaciones de varias terapias, dependen de la falta de correspondencia entre el conocimiento teórico sobre las causas y la experiencia directa para paliar los efectos de una epidemia¹¹. Todo vale cuando se tratan de reducir el número de muertos.

Antes de la secularización del conocimiento médico sobre las causas epidémicas, la reflexión etiológica se encontraba estrechamente vinculada al dominio del discurso religioso, en el que el origen de las epidemias dependía del castigo divino. A pesar del desarrollo médico en este campo durante la Ilustración, todavía subsistía la necesidad de buscar protección divina en tiempos de peste. Por ello, Francisco (1721: 8) asegura que :

“en caso de Peste, conviene rogar à Dios, que nos cubra con el manto de su Santíssima Gracia, para que no seamos envenenados (segun representa Galeno a la Peste) del veneno, que respira contra el Hombre el Dragon, cuyo cuerpo se mantiene en el ayre”.

Las prácticas eran más bien paliativas que curativas, ya que sólo era posible acabar con las epidemias en el momento que fuera superado el pecado. El dominio religioso de la enfermedad no había conseguido eliminar la tradición

hipocrática-galénica que consideraba que las epidemias eran una consecuencia de la corrupción del aire. De esa forma se explicaba porqué se utilizaron como correctores del aire los perfumes y las hogueras en tiempos de peste.

Con el Renacimiento aparecieron las primeras explicaciones cósmicas del origen de las epidemias. En el pensamiento de Paracelso se reconoce la idea sobre la influencia cósmica que determinaba los cambios necesarios en la naturaleza para que se desencadenaran las enfermedades (véase Laín Entralgo 1963). Este determinismo cósmico¹² disminuye a medida que avanzan los descubrimientos químicos sobre los elementos que componen la atmósfera. Aunque a veces hay algunas excepciones, como es el caso de la Topografía médica de Olot en la que Bassols (1879: 2) asegura que “en el hombre no solo influyen las condiciones cosmicas en que vive, sino las morales á que su alma está sujeta (...)”.

La pestilencia, el veneno que se propaga durante las pestes comienza a depender de las variaciones atmosféricas que guardan una estrecha relación con los cambios de los astros. Por eso,

“asi como nacen en la tierra los venenos, ó algunas hiervas venenosas, assi alguna vez naze en el ayre, de las constelaciones malignas, singularmente de la conjuncion de Marte y Saturno en el Signo humano, algun venenoso vapor” (Francisco 1721: 5-6).

En este contexto nacen los miasmas, de esta dependencia entre el mundo cósmico y la naturaleza. Cuando se consolida el proceso de racionalización de las causas epidémicas y la observación directa de los cambios naturales, sin hacer referencia a las influencias cósmicas, los miasmas comienzan a formar parte de las reflexiones médico-químicas.

A pesar de los avances que la química logra en el siglo XVIII, y la introducción en España de las prácticas fumigatorias a finales del siglo XVIII y a principios del siglo XIX, las emanaciones olorosas continúan siendo aceptadas como purificadores del aire (Calaf: Llorens 1903, Reus (b): Aluja 1887, Reus (a): Ardevol 1820). Los aromas protegen la atmósfera de los efectos nocivos de los miasmas.

En las topografías médicas y los tratados de higiene consultados, se constata que el aire constituye el primer elemento a analizar porque es el que

determina la salud y la enfermedad. La composición de oxígeno y nitrógeno¹³ :

“(…) se hallan distribuidos por igual en la atmósfera libre de todos los países, y solo sufren alteracion por causas locales, como el hacinamiento, la exagerada densidad de poblacion en algunos barrios de las grandes ciudades, la pequeña cubicación atmosférica de algunas habitaciones, etc., etc.” (Calaf: Llorens 1903:46).

La regularidad de composición de los elementos que configuran la atmósfera asegura la salud de los individuos, mientras que la alteración propicia el principio de la enfermedad. En la topografía médica de Manresa el médico se pregunta cuáles pueden ser los factores que contribuyen a la alteración de la atmósfera, a lo cual responde que “las causas anti-higiénicas citadas en la urbe” (Anónimo 1905: 226).

Para combatir los miasmas que alteran el equilibrio de la atmósfera la utilización de perfumes y emanaciones olorosas son insuficientes. La química busca algunas alternativas a partir del estudio de los efectos químicos de elementos minerales. Se extienden las prácticas fumigatorias con el fin de mejorar la terapéutica de los perfumes. Las fumigaciones son gases que sirven para desinfectar, eliminar los malos olores y neutralizar los miasmas. Según Aréjula (1821) la difusión de las prácticas fumigatorias tiene su precedente en el éxito que Guyton de Morveau obtuvo al destruir el mal olor de la iglesia de Dijon. Analizando este suceso Aréjula (1821: 19-20) conviene que :

“Morveau destruyó el olor fétido de la iglesia de Dijon con su gas ácido muriático (1) casi como las mugeres quitan cualquier olor hediondo del aposento de un enfermo ó sano con solo quemar azucar y alhucema, y otra materia adecuada”.

Explicación que razona en esta nota a pie de página:

“¿Pero que supone que desapareciera un olor fétido con otro que es tambien muy desagradable é irrita mas que el primero el órgano del olfato? Diremos en buena lógica que el gas ácido muriático se convino con los miasmas pútridos, y desapareció por este olor fétido? no: luego nada prueba, ni

de esto se debe, ni puede sacar consecuencia alguna. ¿Por analogía? continuamente nos engaña en la práctica, los hechos son las razones de peso, y la teoría solo debe servir para sugerirnos especies que confirmará de buenas ó inútiles la experiencia” (Aréjula 1821: 20).

Comienzan a revelarse las contradicciones que existen entre la aceptación de estas prácticas y su eficacia empírica. Los combates olfativos empiezan a perder credibilidad ante médicos como Aréjula:

“La palabra purificacion, desinfeccion, y semejantes las contemplo en el dia segun lo poco que sabemos en esta parte iguales á las de Duendes, Brujas, y otras á este tenor con las que se pretende designar cosas que no existen y en las que creen solo las viejas, y tontos” (Aréjula 1821: 22).

Los únicos descontagiantes que acepta son la ventilación y el lavado de ropas y muebles. Audouard (1822) consideraba que el mejor elemento para eliminar los miasmas era el agua, puesto que el aire lo único que conseguía era disiparlos.

Aréjula no descarta completamente la práctica fumigatoria, aunque la condena como incesaria e incómoda. Por si acaso, argumenta que “no es mi ánimo el condenar absolutamente las fumigaciones de los ácidos minerales; si yo no las creo provechosas tampoco opino que sean nocivas” (Aréjula 1821: 19). Aunque más adelante se desdice de esta opinión cuando como punto final añade que:

“nadie podía desear mas que yo, el que tocáramos unos bellos y decididos efectos saludables de las fumigaciones por haber sido el primero que puse en prácticas el gas muriático arxicayado; pero también soy el primero a desdecirme de lo que he escrito cuando me ha desengañado la práctica; y que conozco importa divulgar un punto tan interesante, que mira á la salud pública, y al adelantamiento de las ciencias” (Aréjula 1821: 25).

Por otro lado algunos médicos como Serrano (1833: 8) alaban las ventajas de los vapores muriáticos porque destruyen los miasmas, pero asume que “muchos profesores se oponen al gas muriático oxigenado ó cloro considerandolo ofensivo a la respiracion; pero esta oposicion me parece infunda-

da en vista de lo que he observado”. ¿La molestia olfativa de las fumigaciones constituye una barrera que pone en peligro su eficacia?

Las emanaciones olorosas por sí solas pierden importancia para luchar a favor de la eliminación de los miasmas. Los perfumes comienzan a considerarse elementos que enrarecen todavía más la atmósfera, por ello se sustituyen por las fumigaciones. Sin embargo, las fumigaciones son incapaces de resolver las mismas acusaciones que realizan contra los perfumes. Las resistencias populares por sustituir las hierbas aromáticas por los ácidos fumigantes en los sahumeros tienen su origen en la molestia olfativa. Este hecho dificulta la total implantación de las fumigaciones, a pesar de la insistencia médica por demostrar que sólo así se consiguen destruir los miasmas. Algunos médicos desconfiados en estas prácticas, como Aréjula, destacan las desventajas, pues:

“sabemos además que la presencia de dichos gases causa incomodidades á muchos, y principalmente al bello sexo, y sugetos atacados del pecho (4) á quienes suelen ocasionar indisposiciones no leves por su olor desagradable é impresion fuerte, que ocasionan en el órgano del olfato, y la respiracion” (Aréjula 1821: 10-11).

A finales del siglo XIX ya no se habla de fumigaciones sino de desinfectantes. Vallin (1884) recomienda en su obra los siguientes desinfectantes: los medios mecánicos como la ventilación y el lavado; los absorbentes y desodorantes; y por último los antisépticos y los antivirulentos. Distingue entre eliminar los malos olores y los miasmas, de los virus y los protoorganismos. Sin embargo, a pesar de hacer una advertencia en este sentido explica las distintas propiedades de los desinfectantes siguiendo un discurso olfativo¹⁴. Ofrece una distinción importante entre los antisépticos¹⁵ y los desinfectantes, destacando en los primeros la capacidad para evitar “la descomposición de una materia susceptible de pudrirse” (Vallin 1884: 80). Mientras que un buen desinfectante es aquel que debe “destruir o evitar los males olores y no desprender por sí misma olor desagradable” (Vallin 1884:81).

Entre los desinfectantes más poderosos se encuentra el ozono, pues

“es indudable, que por la ozonización directa, es decir desprendiéndose insensiblemente el ozono, como el éter nitroso ó nitrito de etilo, podrá pro-

ducir la desinfección y la purificación de los locales atestados y mal olientes” (Vallin 1884: 437).

También se encuentran las bujías azufradas formadas por flores de azufre y estearina fundida. Pero para impedir realmente que los miasmas procedentes de un enfermo salgan de las habitaciones considera fundamental contar con chimeneas de ventilación y la desinfección de los vestidos.

El poder olfativo de los desinfectantes asegura su eficacia. Por ello Vallin alaba el sulfato de zinc porque no desprende ningún olor y no deja ningún rastro, mientras que el cloro como “no consigue hacer desaparecer la fetidez del aire, se reemplaza un mal olor con otro que no es menos” (Vallin 1884: 443), es uno de los peores desinfectantes. Otro ejemplo lo encontramos en el ácido fénico, del cual alaba su capacidad antifermentativa pero critica sus efectos odorantes, razón por la cual Vallin no lo considera un desinfectante como tal.

Con el desarrollo de los desinfectantes (ácido clorhídrico, cloruro de calcio) la propuesta antiséptica que significa atender a la putrefacción permite perfeccionar las fumigaciones, y ya deja de ser de interés corregir el aire para pasar a eliminar la sustancia material putrefacta. Los antisépticos consiguen una mejor aceptación cuando se demuestra la existencia de microorganismos como vectores que contagian las enfermedades. Entonces los antisépticos se aplican a las sustancias donde viven estos microorganismos.

¿Se produce la desodorización independientemente de la desinfección? A juicio de los datos proporcionados por los tratados analizados, la desodorización y la desinfección¹⁶ constituyen un mismo proceso que se separa definitivamente cuando la materia infecciosa gana mayor credibilidad que el efecto olfativo. En palabras de Vallin (1884: 3):

“bajo el punto de vista científico, puede existir algún inconveniente de abarcar bajo la idea de desinfección la supresión de los olores que afectan al olfato. El mal olor no es perjudicial por sí mismo, es un epifenómeno que no da necesariamente la medida de las propiedades nocivas del aire ó de una sustancia cualquiera. El público extraño á la medicina tiene precisamente tendencia á juzgar de la insalubridad por el mal olor; la falta de éste le da una seguridad engañosa; ocultándola por diversos artificios, cree ordinariamente haber hecho desaparecer todo peligro. No obstante, es preciso

evitar aquí el violentar el sentido ordinario de estas palabras. Una atmósfera que en nada afecta al olfato puede seguramente ser insalubre y engendrar graves enfermedades; pero los olores fétidos ó desagradables son un testimonio revelador que indica la presencia de principios nocivos, de gases tóxicos ó de materias orgánicas en descomposición. Es preciso no disminuir su importancia á los ojos del público, para el que, con justa razón, todo lo que huele mal es sospechoso”.

La separación entre la nocividad y la fetidez comienza a perder fuerza, según Le Guérér (1988), a partir del descubrimiento del vibrion del cólera por Koch en 1883 y el bacilo del tifus por Gaffky en 1884, sin embargo, la concepción olfativa de la epidemia persiste en el imaginario colectivo a pesar del esfuerzo médico por erradicar esta creencia una vez se consolida la teoría microbiana¹⁷.

8.2. La higiene y la medicalización de la suciedad

Aréjula (1821) había apuntado su desconfianza ante las fumigaciones. La eliminación de los miasmas comienza a verse amenazada por la ineficacia de la aromatización de los perfumes y la neutralización de las fumigaciones. El interés médico por la lucha miasmática se intensifica con la ventilación y el lavado. No obstante, la introducción del agua en la limpieza pública es más tardía, dado que la utilización del agua como desinfectante genera varias polémicas terapéuticas¹⁸.

Como se observa en algunas topografías médicas, así como en algunos informes médicos, el agua tiene varios inconvenientes para eliminar los miasmas. El agua es más bien sospechosa de reproducirlos. Se acusa la presencia de encharcamientos en las calles, a raíz de las aguas sucias que se acumulan con las lluvias y las que se arrojan de las casas. El riego de calles y el lavado de ropas tiene la desventaja de absorber miasmas, retenerlos y reproducirlos.

Asegurar su eficacia es contener la acumulación y retención de las aguas desplegando obras de alcantarillado y de canalización¹⁹.

La ventilación es la medida preventiva que está relacionada más estrechamente con la desodorización y la desinfección. La importancia de esta medida se refleja en el interés que ha despertado la renovación del aire en la pri-

mera parte de los tratados de higiene pública (atmosferología) y las topografías médicas (atmósfera y clima).

Si con la difusión de las prácticas perfumísticas y las fumigaciones la ventilación era una medida secundaria, y más bien complementaria, con el declive de las fumigaciones se convierte en el mejor método para prevenir la acumulación de emanaciones miasmáticas, sobre todo en lugares donde el hacinamiento es notable.

En cuanto a la introducción del agua en la lucha contra los miasmas, la incorporación es tardía, y genera una polémica mayor que en el caso de la ventilación. El discurso higienista del siglo XVIII, a diferencia del siglo XIX, atribuía mejores cualidades de limpieza al aire que al agua (Csergo 1988). En el higienismo español del siglo XIX el aire todavía era el elemento dominante en la limpieza pública. En la higiene privada la introducción del agua tenía sus reservas²⁰.

La confianza en ambas medidas, sobre todo cuando se trataba de aplicarlas a las ropas, era más bien inusual, aunque en el caso de Aréjula estas recomendaciones se ofrecían en contraposición a las fumigaciones:

“Los verdaderos descontagiantes de ropas, muebles etc. son el aire y el agua: aireéense pues, y lavense las ropas etc. y no hay que temer de sus uso..., y piénsese en la separacion repito; y no durmamos confiados en el poder de los gases ácidos, para cortar los vuelos, y destruir las raíces a estas enfermedades” (Aréjula 1821:11).

Una vez se estrechan analíticamente los vínculos entre la miseria y las enfermedades la suciedad comienza a ocupar un objetivo médico primordial. El peligro deja de situarse en la corrupción del aire y comienza a desplazarse a las condiciones de vida de quienes viven entre la miseria y la pobreza. La suciedad, que se hace ostensible con el hacinamiento, necesita ser vigilada, regulada y controlada.

Los médicos observan la dimensión insalubre de la sociedad que responde a una concepción ambiental de la enfermedad. El estiércol, los cadáveres animales y el encharcamiento de las calles son rápidamente considerados elementos nocivos a la salud pública. Todo lo relacionado con la suciedad es sospechoso de vigilancia. La molestia olfativa se hace insoportable, y

la noción de suciedad se extiende a cualquier foco que hiede. Ya no es suficiente eliminar la suciedad con una aromatización pública de las viviendas y una protección individual que exima a los individuos de las emanaciones olfativas en las calles. Es necesario poner remedio a este problema a través de reformas concretas y de planes eficaces.

La limpieza pública gana en el siglo XIX, con la difusión del movimiento higienista²¹, una batalla moral. Con el fin de asegurar una mejor implantación de los principios higienistas se parte de la tesis de que la humanidad gozaba de una mejor salud en el pasado²² (Rodríguez Méndez 1874, Giné y Partagás 1882). Para los higienistas la evolución hacia una salud deplorable tiene sus raíces en dos tipos de influencias. Un conjunto de influencias exteriores que tienen que ver con los cambios climáticos, los terremotos, y los vientos, y un grupo de influencias sociales cuya base se fundamenta en el antihigienismo implícito en los usos y las costumbres. Las enfermedades se deben al mal de la vida moderna cuyos “estragos son visibles y su carácter es social” (Letamendi 1874: 14).

La consolidación del movimiento higienista durante el siglo XIX está estrechamente vinculada al desarrollo de las normas burguesas de comportamiento y a la relación causal entre la miseria y la enfermedad. Julia Csergo (1988) considera que la limpieza pasa a ser una obligación social cuando las ciencias y el progreso de la medicalización revelan el mundo de los gérmenes.

A la luz de los datos, en el caso de la limpieza corporal, la higiene se refuerza con el descubrimiento de los microbios. La limpieza pública estaba garantizada por el paradigma ambientalista de la enfermedad, cuya solidez teórica se consiguió al correlacionar la suciedad y la enfermedad. Es fundamental recordar que la higiene comenzó a desarrollarse antes de la consolidación de la teoría microbiana, pues el movimiento higienista como tal tuvo sus precedentes en la concepción ambientalista de la enfermedad.

Los tratados de higiene españoles reconocían dos grandes temas: la higiene pública y la higiene privada. Esta diferenciación comenzó a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Giné y Partagás (1880) alude a la división llevada a cabo por Boerhaave y Halle en: *circumfusa* (localidades, aire, agua, habitaciones), *ingesta* (alimentos, condimentos y bebidas), excreta (productos eliminados, baños y abluciones), *aplicata* (vestidos y cosméticos), *percepta* (sentidos externos, sentimientos, pasiones e inteligencia). Y posteriormente se

refiere a la distinción que Felipe Monlau hace entre higiene pública y privada, dividiendo la higiene privada en: atmosferología (aire y habitaciones), cosmetología (vestidos y limpieza del cuerpo), bromatología (alimentos, condimentos, bebidas y régimen), gimnástica (ejercicio y reposo), perceptología (sensaciones externas e internas, pasiones y facultades intelectuales), y añadiendo un apartado de higiene privada especial: circunstancias temporarias y topográficas, circunstancias del organismo (sexo, edad, temperamento), y circunstancias adquiridas (hábitos, profesiones y Estado).

Los médicos comparten la opinión que la higiene mejora los pueblos (Melcior 1888, Vallin 1884), estableciendo una dependencia entre el grado de civilización y el nivel del estado de la higiene. Por ello “desde que bajo el punto de vista higiénico, Sabadell quiere entrar en el concierto de las poblaciones civilizadas, algo ha hecho para dotar a la urbe de alcantarillas y desagües” (Sabadell (b): Rius 1914: 204). Y para lograr este grado de civilización los higienistas consideran que es fundamental la moralidad e inteligencia de los pueblos que sólo es posible conseguir mediante la instrucción (véase Sabadell (b): Rius 1914).

Esta instrucción regulada por la divulgación de los principios higiénicos por parte de médicos y párrocos (véase Perdiguero 1990) es considerada de raíz cristiana: “el médico higienista no puede admitir otra religión que la cristiana, pues como bien dice Berard “el cristianismo es la higiene canonizada por Dios” (Treppe: Roure 1889). La transformación higiénica de las costumbres es un proceso en el que colaboran maestros, instructores, higienistas, médicos y clérigos²³. ¿Se asegura el éxito de la higiene por las bases morales asentadas en el cristianismo?²⁴

Para Csergo (1988) el triunfo de la higiene en el siglo XIX se fraguó gracias al éxito que obtuvo al introducirse en los hogares y su capacidad para reordenar las vidas privadas. Csergo concede una mayor relevancia a la higiene privada y al papel que los tratados higienistas franceses concedieron al cuerpo. Sin embargo, en los tratados de higienistas españoles, la limpieza corporal no constituye una parte fundamental. En las topografías médicas las constataciones higiénicas se remarcaban en la vía pública y en las habitaciones. Sólo hemos encontrado una referencia a la higiene corporal en la topografía médica de Caldas de Malavella (Arrió 1876).

Esto nos lleva a constatar la influencia que el cristianismo tiene en la divulgación de la higiene a la hora de obviar la limpieza corporal cuando no se trata de una persona enferma. El agua era considerado un elemento que reblandecía las carnes, abría los poros y preparaba el cuerpo a la nocividad miasmática (Vigarello 1991, Corbin 1987). El cuerpo era objeto médico en la enfermedad. Que la limpieza del cuerpo se asegurara por el agua remitía a ciertas dudas, porque continuaba todavía la creencia en la que el abuso del agua sobre el cuerpo lo debilitaba.

Los baños eran medidas terapéuticas para curar al enfermo. La frecuencia de los baños era una cuestión que atañía a los médicos. Los enfermos eran los que debían tomar estas medidas, pero no para conseguir eliminar los miasmas sino para recibir los beneficios del contraste de las temperaturas. Para los sanos eran mejores las aspersiones y lavados de cara y manos, que en definitiva eran las partes que estaban en contacto con la atmósfera. El resto del cuerpo conseguía estar limpio mientras se cambiara la ropa interior.

En los tratados higiénicos se concede una especial atención a la limpieza²⁵ del aire y a la de las calles. La suciedad constituye un peligro, una ofensa, una molestia, una impertinencia. La ausencia de limpieza remite a la incultura, a la suciedad. Por ejemplo, en *Castelltersol* (Carreras 1892: 78) en su topografía médica se dice que “respecto a su limpieza, ya nadie será osado á negar que estamos á la altura de los pueblos más incultos y sucios”. La atención hacia la suciedad del cuerpo es posterior. Pero tendremos que esperar a finales del siglo XIX para observar que la limpieza personal ya no se preocupa por eliminar las emanaciones miasmáticas de los enfermos y evitar el aliento y el sudor del hacinamiento sino la de erradicar la suciedad que se impregna en los cuerpos mediante la desinfección. Antes del descubrimiento orgánico de la suciedad, la limpieza del cuerpo constituye un apartado de interés higiénico que se contempla en la higiene personal y en la cosmetología. “El objeto de la limpieza es purificar la superficie del cuerpo de todas las emanaciones segregadas del interior, preservarla de toda maculación exterior, y librarle de todo contacto nocivo” (Monlau 1857: 75). Esta limpieza del cuerpo incluye la sobriedad, el ejercicio y la limpieza. Sin embargo, la limpieza del cuerpo no está directamente relacionada con el baño. “Desde que se usa lencería y la ropa blanca interior, los baños son menos indispensables que en-

tre los antiguos (...)” (Monlau 1857: 75), por ello es recomendable un baño de todo el cuerpo cada semana en invierno y dos en verano, y a falta del baño,

“se puede suplir este por medio de una locion general de agua tibia que contribuya á mantener la suavidad de la piel, á abrir los poros, y á disipar el mal olor que da siempre el residuo de la transpiracion” (Monlau 1857: 100-101).

A pesar de los consejos médicos del uso de agua y jabón, la limpieza se reconoce popularmente a través de la utilización de cosméticos. Para Monlau estas prácticas se ven sujetas a los avatares de la moda, y a las adulaciones terapéuticas de algunos cosméticos, por lo cual “para conservar los cabellos se usan con mucha fe las pomadas y los aceites de olor” (Monlau 1857: 108). La campaña contra los efectos terapéuticos de los perfumes llega a su máximo esplendor en la *Real Orden, de 30 de junio de 1851, dictando varias disposiciones para evitar la intrusion en la venta de substancias medicamentosas, como artículos de tocador, por los perfumistas, dictada por el Ministerio de la Gobernacion-Direccion de Sanidad*:

“Teniendo presente S.M. diferentes reclamaciones á que han dado lugar algunos perfumistas, á consecuencia de anunciar la venta, en sus respectivos establecimientos, de substancias que consideran eficaces para la curacion de ciertas enfermedades; considerando que en tal concepto, y conforme á las disposiciones vigentes, solo se hallan autorizados para su expedicion los farmacéuticos con botica abierta; a fin de evitar aquel abuso, y conformándose S.M. con lo que sobre el particular le ha expuesto el Consejo de Sanidad en 30 de abril último se ha servido dictar las reglas siguientes: [Denuncia siempre que] “...se expanden ó anuncien polvos ó cualquiera otra preparacion dentifrica, pomadas, elixires, aguas, esencias, jabones y demás artículos de perfumería, en el concepto de útiles para la curacion, tratamiento, o preservacion, de alguna dolencia interna ó externa.

Harán iguales reclamaciones cuando en las etiquetas de los frascos, botes y cajas, en los papeles destinados á envolver los articulos de perfumeria, ó, en las Instrucciones o Avisos repartidos separadamente, se recomienden aquellos como provechosos para combatir, mitigar ó precaver, las enfermedades internas ó externas” (Monlau 1857: 1641).

Al analizar esta orden entra en cuestión el problema de la delimitación de la competencia profesional de los perfumistas y la consolidación de la autoridad médica en el asunto sanitario que atañe a la venta de productos preventivos. Se pretende separar definitivamente la función del perfumista de la del boticario. La responsabilidad higiénica es la única capaz de revelar las sustancias venenosas que algunos perfumes contienen (Giné y Partagás 1880)²⁶.

8.3. La molestia olfativa: una transformación higiénica de las costumbres

En las topografías médicas las costumbres antihigiénicas, que se denuncian constantemente, están relacionadas con el tratamiento que se le da a los muertos. El velatorio en la casa del fallecido, junto al cadáver expone a los familiares y amigos de los funestos a los efectos de las emanaciones del muerto. El peligro aumenta en función de la causa que le ha producido la muerte, siendo peor en el caso de una enfermedad contagiosa. La segunda costumbre que se considera antihigiénica es la de llevar a hombros el féretro hasta el cementerio. La posibilidad de que las emanaciones, así como los fluidos del cadáver, afecten a quienes trasladen a hombros el féretro alerta a los médicos para prohibir esta costumbre. Otra de las costumbres arraigadas consiste en colocar junto al enfermo animales muertos. Esta práctica corresponde a la creencia en el valor terapéutico de los olores fuertes, y en concreto al olor a la putrefacción (Corbin 1987).

En el ámbito de la limpieza pública los médicos denuncian en las topografías médicas la costumbre de arrojar las aguas sucias, las basuras y abandonar los animales muertos en la calle, así como de la negligencia particular a la hora de barrer las calles. En cuanto a las habitaciones y a la vivienda se alerta de la costumbre de convivir con animales domésticos, perfumar el ambiente en vez de ventilar y acumular la suciedad.

La molestia olfativa no sólo responde a un cambio perceptivo apuntado por el refinamiento de las costumbres, que como bien ha analizado Norbert Elias (1988) se sedimenta en el proceso civilizatorio de la Ilustración. La intolerancia olfativa se convierte en un problema médico a partir de la creciente secularización de las prácticas de prevención de las epidemias (introducción de las fumigaciones) y al desarrollo científico en el campo de la etiología (teoría miasmática).

La molestia olfativa es una consecuencia de una mayor intolerancia hacia los olores de la putrefacción, de la suciedad, y del confinamiento. A partir de la segunda mitad del siglo XIX esta molestia olfativa se contextualiza en contra de la miseria social de los obreros, sirviendo de instrumento de protección de las condiciones de vida burguesa.

A raíz del análisis de la teoría miasmática, nos parece que la razón de la desodorización debe buscarse en los avances científicos de la teoría de las fermentaciones y en una mayor delimitación empírica del fenómeno de la putrefacción. También el desarrollo científico de la higienización se encuentra justificado por su necesidad y utilidad práctica en la moralización y dominación de ese nuevo sujeto social, la “población”, de un determinado Estado-nación, el cual debe estudiarlo, estratificarlo y delimitarlo mediante la limpieza, la vestimenta, el comportamiento social en público o privado (buenas costumbres), etc.

Cuando se habla de molestia olfativa en las topografías médicas y en los tratados de higiene se hace alusión a la idiosincrasia individual, a la intolerancia cultural y a los problemas que los olores fuertes ocasionan en la salud. Quienes toleran peor los olores son las mujeres. Estas referencias a la finura del olfato femenino se recogen en las topografías, así como en los tratados de higiene. En los manuales de higiene se añade la intolerancia olfativa de los nobles.

La dependencia geográfica, individual y cultural²⁷ hacia la tolerancia ante ciertos olores se pone de manifiesto en esta cita de Rengade (1886: 154-155) :

“Según los individuos, y hasta según los países, lo cual parecerá más extraño, un olor se considera agradable ó malo; el almizcle, insoportable para muchas personas, es el perfume preferido de aquellas que buscan en todo las cosas excesivas; el asafétida, que nos parece horrible, constituye las delicias de los Orientales; pero hay olores, algunos de ellos muy inofensivos en realidad, tan antipáticos á ciertos organismos, que pueden ocasionarles verdaderos accidentes. Los anales científicos nos dan á conocer sobre este punto un considerable número de hechos bien averiguados, algunos de los cuales son, en efecto, muy singulares”.

Los ejemplos que ilustran las molestias responden a un refinamiento de las costumbres cuyo centro lo sitúan en los nobles²⁸:

“Así, por ejemplo, Luis XIV no podía sufrir el olor de la ruberosa, ó vara de José; Enrique III huía al ver un gato; el duque de Epernon perdía el conocimiento al percibir el olor de un lebrato; al mariscal de Brezé le sucedía lo mismo al ver un conejo; y el mariscal de Albret se desmayaba al ver servir á la mesa un lechón” (Rengade 1886: 154-155).

Para profundizar sobre esta intolerancia olfativa debe uno adentrarse en el proceso de refinamiento de las costumbres (Elias 1988) y en el análisis del desarrollo de descalificación estética llevada a cabo por parte de algunos filósofos, entre los cuales destacan Kant, Buffon o el conde de Gobineau, entre otros (Le Guéer 1988, Corbin 1987, Onfray 1990 a,b).

Sin embargo, la molestia olfativa es un asunto de responsabilidad social porque todos pueden oler:

“(…) los estercoleros, los muladares, los mataderos, los cementerios, las salas de disección, los hospitales, las cárceles, las letrinas, las alcantarillas, los productos de ciertas fábricas, etc., [y en definitiva]²⁹ son los establecimientos ó focos que pueden ofender el olfato” (Monlau 1862: 715).

Pero los higienistas no son demasiado claros, en cuanto a la molestia olfativa se refiere. Es evidente que constituye un problema de salud pública, pero además se la reconoce como una ofensa, por lo cual se la está convirtiendo en un problema moral.

La molestia olfativa también se percibe cuando se trata de:

“lisonjear el olfato, ó para disfrazar emanaciones incómodas, etc., suelen llevar pomitos ó frascos de esencias, echar algunas gotas de estas en el pañuelo ó en los bolsillos, ó en la caja del tabajo, etc. Sobre el uso de estos cosméticos, que ejercitan inutilmente el sentido olfatorio, que lo pervierten en los que los usan y que ofenden no pocas veces el olfato de los demás, el higienista dirá únicamente que *bené olet qui nihil olet*; ó recordará aquella linda antítesis de Marcial: *...non béne olet, qui bené sempre olet*; es decir, que el que siempre huele bien apesta” (Monlau 1857: 110).

El cultivo del refinamiento olfativo supone una forma de resguardarse de la enfermedad, de los enfermos y de los pobres.

Con ello se trata de construir los límites que configuran las diferencias sociales. Este refinamiento pretende alejar el recuerdo de la dependencia animal del hombre a la naturaleza. Los higienistas ven la culminación de este éxito en el progreso de la civilización.

El ideal higiénico *per se* adula que el hombre sea aséptico, anósmico, y que esté libre del hedor que lo revela. Otear la presencia del otro es reconocer la necesidad de esconder la propia. Pero uno se desprende de su olor para ser impregnado por el que se acepta como óptimo (aromas, fragancias, perfumes). Es imposible escapar de la emanación, y la corruptibilidad es siempre posible, por lo tanto debe uno precaverse ante el peligro de esta manifestación.

8.4. El triunfo moral de la desodorización

La higiene de finales del siglo XIX descubre que la desodorización es independiente de la desinfección. Vallin (1884: 3) asegura que:

“sin duda bajo el punto de vista de la higiene la desinfección no es realmente necesaria sino cuando las emanaciones más olientes, infectas, son capaces de poner en peligro la salud de los seres vivos; pero dígame lo que se quiera, es raro que un olor verdaderamente fétido hiera largo tiempo el olfato, sin que por ello exista á la par algún peligro para la salud del hombre. El Sr. Chreueul, que ha hecho importantes estudios para tratar de reducir los olores á elementos químicos perceptibles, cree poder referirlos al amoniaco, al ácido butírico, caproico, etc. sustancias todas que son en su mayor parte verdaderos venenos para el organismo. Puede decirse con razón que todo mal olor hace necesaria la desinfección, pero de ningún modo se deduce de aquí que ésta sea inútil cuando no existe emanación alguna apreciable por el olfato. Por esta razón nos es imposible aceptar la definición dada por Littré en su Diccionario de la lengua francesa, “Desinfectantes”, sustancias que destruyen químicamente los malos olores”.

Al aproximarnos al análisis de qué es lo que significa la desodorización nos enfrentamos a varios niveles de abstracción. Un nivel ideológico, en el que desodorización es la utopía higienista por excelencia; un nivel sanitario,

donde la lucha contra los hedores es una actividad práctica para eliminar los miasmas y más tarde la suciedad; un nivel político, en el que el éxito de la desodorización influye en un nuevo orden urbanístico.

La idea de desodorizar las ciudades tiene su razón de ser en la idea de progreso, así como en las implicaciones políticas que tienen la emersión de nuevos movimientos sociales en el siglo XIX. En un principio, la realidad cotidiana nos enfrenta con un hecho contradictorio que refleja que en el progreso, sujeto al desarrollo de la industrialización, las acumulaciones de inmundicias se multiplican por doquier. Pero este acontecimiento inherente a la industrialización debe ser subsanado con el desplazamiento de las inmundicias fuera de la ciudades³⁰.

La desodorización es un proyecto, una ilusión higienista asociada a la nueva concepción de ciudad y arraigada a una voluntad de transformación de la realidad urbana. Más adelante este mismo proyecto se traslada a la higiene de los cuerpos, precisamente cuando el agua entra definitivamente en la limpieza corporal. Pero en la evolución de la desodorización de los cuerpos la utopía se alcanza cuando se rompe la argumentación higienista de la limpieza. La desodorización de los cuerpos consigue su razón estética. Superar la dependencia aromatizadora de los perfumes constituye desvelar sin reservas la limpieza al prójimo. Dejar de incordiar el olfato del otro es asegurar el lenguaje de las ausencias.

Aromatizar y desodorizar constituyen dos prácticas distintas. La primera consiste en aplicar emanaciones olorosas (hierbas aromáticas, perfumes) en lugares y objetos que desprenden un mal olor con el objeto de eliminarlo. La segunda trata de conseguir la neutralización de todos los olores, sobre todo a partir de la eliminación de los hedores.

En conclusión, en un principio puede parecer una contradicción el hecho que la utopía higienista tienda hacia el desarrollo de hábitos y prácticas desodorantes y, en cambio, en la actualidad se atienda a un mayor desarrollo de la sobrearomatización. Cuanto más se vulgariza el discurso higienista y los efectos de aplicación son más persistentes, el perfume refuerza una nueva dimensión estética y social.

NOTAS

- 1 En el análisis de Carrillo et al.(1977) sobre la introducción de las prácticas fumigatorias en España considera que las terapias tradicionales entran en desuso cuando las fumigaciones de ácidos minerales se generalizan. Esta conclusión parte de la base de los análisis de la documentación médica oficial sin tener en cuenta otro tipo de documentación como los avisos populares, cartillas de desinfección, etc. En ellas se combinan las recomendaciones oficiales y las terapias tradicionales.
- 2 A pesar de las polémicas teóricas sobre el contagionismo y el anticontagionismo las aplicaciones terapéuticas no están tan claras.
- 3 La utilización de perfumes en los ritos religiosos y en los embalsamientos está explicada por parte de Rimmel (1990) y Albert (1990).
- 4 Las triacas son remedios aromáticos que se emplean como antídoto del veneno de la peste. Incluyen multitud de componentes de dudosa eficacia.
- 5 En un sentido más amplio utilizo el término de perfume para referirme a cualquier tipo de preparación aromática con efectos olfativos. La diferencia entre perfumes con fines terapéuticos y fines estéticos es confusa hasta que la medicina hegemónica consigue romper con la creencia sobre los efectos terapéuticos del perfume. En ese sentido me refiero al perfume en un sentido terapéutico.
- 6 Critón, Hipócrates y Plinio atribuían propiedades terapéuticas a ciertas sustancias aromáticas (Rimmel 1990). Esta práctica venía determinada por la constante preocupación por combatir la putridéz del aire, y por una concepción heredada del antiguo Egipto en el principio de incorruptibilidad de los aromas (Le Guérier 1990). En resumen, los griegos y los médicos árabes aseguraban la salubridad del aire a través de las propiedades que tenían los distintos aromas.
- 7 En el anexo 3 se ofrece uno de los métodos de fumigación como ejemplo.
- 8 El principio de neutralización se empleó en las fumigaciones. Por ese motivo, al descubrir la naturaleza ácida de los miasmas las sustancias que se emplearon para destruirlos eran de base ácida. La neutralización también se conseguía mediante la aplicación de olores fuertes, generalmente procedentes de la putrefacción: “Era costumbre entre los Sármatas para apaciguar la peste matar perros, y gatos, y desearlos por las plazas, y las calles hasta que se podreciesen, intentando con el hedor de la podredumbre aplicar un antídoto al veneno de ella (Pérez de Escobar 1776: 81).
- 9 El poder preventivo del vinagre era tan popular que incluso dio pie a fábulas milagrosas gracias a sus efectos sobre la peste. A título de ejemplo se transcribe esta historia contada por Rimmel (1990: 13) en una nota a pie de página: “Se cuenta que durante la gran peste que asoló Marsella, a cuatro ladrones inventaron un vinagre aromático gracias al cual pudieron desvalijar a los muertos y agonizantes sin temor al contagio. Este vinagre fue conocido durante mucho tiempo como el “Vinagre de los cuatro ladrones” y de él procede el vinagre aromático del tocador”.
- 10 Tal como se muestra en la topografía médica de Mahón (Hernández 1806: 9) “Aun-

- que el ayre del Hospital sea puro como emos dicho, siendo las salas tan pequeñas, y frías, los enfermos se resisten para ventilarlas, si se condescendiese á su resistencia, se cargan de una atmosfera fetida, y en las mañanas especialmente sofocantes si se han alumbrado de noche con Azeyte malo o de linaza quando es con éste como ahora sucede, parece hay una niebla densa...”.
- 11 Depende también del tipo de epidemia con la que se enfrente. Las preferencias terapéuticas venían en cierto modo determinadas por el tipo de enfermedad (infecciosa, contagiosa, miasmática, vírica, etc.).
- 12 La dependencia astrológica del hombre en contraer la enfermedad es determinante. Una vez se desprende este vapor venenoso se introduce en los espíritus y humores del cuerpo. Para que este vapor pueda transformar un individuo sano en uno enfermo es necesario que el cuerpo del individuo se encuentre en disposición, influyendo en aquellos cuyos corazones se encuentran enflaquecidos por los excesos venéreos o aquellos cuyas pasiones son más ardientes y húmedas (Francisco 1721).
- 13 En la topografía médica de Manresa (Anónimo 1905) y la de Calaf (Llorens 1903) la proporción de oxígeno y nitrógeno en la atmósfera es del 20,99% en el primero, y del 78,98% en el segundo.
- 14 Es significativo el experimento que Vallin (1884) nos explica sobre la observación de 6 gallinas envenenadas accidentalmente por el fósforo, las cuales se colocaron en 6 cajas iguales rodeadas por una capa espesa de los siguientes polvos: caja núm.1: carbón de madera, caja núm.2: yeso con coaltar, caja núm.3: yeso embreado, caja núm.4: carbón animal, caja núm.5: polvo de tamino y caja núm.6 cloruro de cal. Este experimento, realizado el 22 de julio de 1860, siguió distintas fases: en la primera se enterraron las cajas y al cabo de quince días se advirtieron los siguientes resultados. De las cajas se desprendían los siguientes olores: núm.1: ningún vestigio de corrupción, núm.2: olor de coaltar puro, núm.3: olor de brea pura, núm.4: olor pútrido pronunciado, núm.5: olor pútrido muy pronunciado, núm.6: olor de cloro, con ligero olor pútrido. En la segunda fase, el 15 de septiembre se volvieron a abrir las cajas y se percibió que en las cajas del núm.1 y núm.2 no se desprendía ningún olor, la núm.3: olor de brea con ligero olor pútrido, la núm.4 y 5: olor pútrido ligero, la núm.6: ligero olor de cloro y olor pútrido. En la tercera fase, el 20 de octubre, en todas las cajas habían larvas excepto en la núm.6. En la núm.1: no había ningún olor porque “los gases y los líquidos pútridos fueron absorbidos por el carbón, lo que explica la carencia completa del olor), en la núm.2: ligero olor pútrido, en la núm.3: olor de brea desaparecido pronunciándose el olor pútrido, en la núm.4: olor pútrido muy marcado, en la núm.5: olor pútrido muy pronunciado, y en la núm.6: olor del cloro muy debilitado y olor pútrido de los intestinos muy sensible. A raíz de este experimento se deduce que el desarrollo de la putrefacción tiene dos niveles de explicación, uno visual y otro olfativo. El primer nivel se hace evidente ante la presencia de larvas en la tercera fase del experimento, y en cambio el segundo nivel está presente en todo el proceso del experimento.

- 15 Vallin (1884: 81) reconoce la utilización de antisépticos en otras culturas gracias al hallazgo de momias blancas completamente imputrescibles, dejando constancia de que “los cuerpos no tiene ningún olor pútrido”. Estos ejemplos los extrae del Perú, desiertos de Africa y Arabia.
- 16 Giné y Partagás (1882: 196) considera que la “desinfeccion es la operacion que tiene por objeto quitar al aire, libre ó confinado, ó á culaquier otro cuerpo, los gases meffiticos ó los miasmas de que pueden estar infectados”. En cambio, para Comenge (1905: 9) la desinfección tiene como objetivo “extinguir los gérmenes infectivos o microbios patógenos”.
- 17 Anick Le Guéer (1988) afirma la “*quasi*-universalidad” de las concepciones olfativas de la epidemia.
- 18 Goubert (1986) analiza el protagonismo del agua en el siglo de las luces y el siglo XIX. Explora la conquista reciente del agua. Profundiza en el papel desempeñado por la ciencia y la técnica para culminar este proceso. Se detiene en la dimensión religiosa del agua como elemento purificador, el rol higiénico y terapéutico de los baños con recomendación médica, la comercialización e industrialización del agua, y su popularización en la vida cotidiana. Illich (1989) también lleva a cabo un ensayo sobre la historia del agua. En cambio Vigarello (1991) atiende al agua cuando ésta conquista la limpieza corporal.
- 19 Para Goubert (1986) sólo se consigue una verdadera conquista del agua durante el siglo XIX cuando se convierte en un producto industrial y comercial.
- 20 ¿Tiene que ver este retroceso con la moralización cristiana de la higiene? Tengamos en cuenta que la moral higiénica en Francia es de origen laico (Csergo 1988) y el impulso por las prácticas de limpieza del cuerpo con el agua tienen su influencia en el avance del protestantismo. En el higienismo español la moral higiénica se arraiga profundamente en el cristianismo, por lo cual el cuerpo se observa sólo en caso de enfermedad.
- 21 El higienismo constituyó una corriente dominante en el pensamiento médico del siglo XIX. Urteaga (1985-1986) distingue tres periodos: a) las primeras décadas del siglo XIX, b) a partir de 1840 y c) hacia 1880. En el primer periodo, se desarrolló una perspectiva ambientalista heredada de la Ilustración, en la que se insistió en observar el medio físico. En el segundo periodo, los higienistas se preocuparon por analizar a la clase obrera tras descubrir que las condiciones sociales incidían sobre los procesos morbosos. En el tercer periodo, el darwinismo social y las ideas biológicas transformaron la concepción etiológica de la enfermedad, sobre todo al imponerse el éxito de la teoría microbiana en las ciencias médicas.
- 22 Sin embargo, esta tesis se sustenta en principios ideológicos. Los higienistas propagan la constatación de una responsabilidad social ante el estado de salud de los individuos que es inversamente proporcional al aumento demográfico que comenzó a despuntarse en el siglo XVIII. Es decir, la rigidez que justifica sus principios no se corresponde con el descenso de la mortalidad.

- 23 El papel de la iglesia es fundamental para saber cuáles fueron los mecanismos de difusión de los preceptos higiénicos. El discurso médico que reivindica su práctica frente a las curaciones de curanderos y charlatanes se vehicula a través de los párrocos de las iglesias. Esta relación entre los clérigos y los médicos es fundamental en poblaciones donde la atención médica es prácticamente nula y la autoatención es la única vía posible. Véase tesis de Enrique Perdiguero (1990).
- 24 Para responder a esta pregunta es fundamental conocer por qué razones se mantiene el horizonte ideológico cristiano como paradigma de comportamiento insistiendo en el análisis de la coyuntura socioeconómica de la España del XIX. Esta cuestión apunta hacia un estudio más profundo, que por motivos de delimitación del objeto de esta investigación, no podemos desarrollar.
- 25 No es lo mismo hablar de higiene que de limpieza, aunque en la sociedad contemporánea ambos términos se confunden y asimilan. A medida que se vulgariza la higiene la limpieza constituye el objeto fundamental a partir del cual se canalizan los demás preceptos higiénicos.
- 26 “Reveill, citado por Levy, señala en el Manual del Perfumista, 65 fórmulas que contienen sustancias venenosas; no contando entre estas, ni éter, ni el cloroformo, ni el alumbre calcinado, ni otros varios cuerpos menos dañinos. Entre las citadas por Reveill, 5 continen preparadas arsenicales, 6 plomo, 4 nitrato de plata, 5 mercurio, 6 ópio, 2 escila, 2 cantáridas, 3 cal viva, 4 esencia de almendras amargas, etc. Se vé, pues, la necesidad de que la Higiene haga luz en este asunto” (Giné y Partagás 1880: 279).
- 27 La contrastación cultural en cuanto a la utilización de perfumes se refiere la encontramos en el libro de Rimmel (1990) sobre la historia del perfume. La estructura de este libro sigue un discurso evolutivo de la historia de los pueblos (egipcios, judíos, orientales, pueblos salvajes, chinos), para terminar con la historia contemporánea de los perfumes en las sociedades europeas (Francia, Inglaterra, España).
- 28 Elias (1988) demuestra que el refinamiento de las costumbres se debe a la influencia de la burguesía en la sociedad cortesana.
- 29 Esta anotación acotada por los corchetes es nuestra.
- 30 Este hecho es interesante relacionarlo con el mismo desplazamiento al extrarradio de la clase obrera, y en un futuro con la construcción de las ciudades dormitorio.

IX

LOS MIASMAS “SOCIALES”

9.1. El interés higiénico hacia los obreros

La corriente higienista de la segunda mitad del siglo XIX se interesa por analizar las condiciones de vida de la clase obrera centrándose en la miseria como punto de partida del origen de las enfermedades. Por eso, a fin de complementar el análisis conceptual de los miasmas es fundamental profundizar sobre el nuevo centro de interés que despierta en la medicina las relaciones entre la miseria social y las enfermedades.

Los focos infecciosos (efluvios, exhalaciones, miasmas) procedentes de inmundicias y materia cadavérica guardan una estrecha vinculación con las condiciones sociales insalubres, especialmente entre la población que se encuentra en núcleos hacinados impedida por la circulación del aire. En este capítulo no va a ser posible profundizar en el desarrollo de los estudios acerca de los obreros, así como tampoco en la influencia política y económica en los planes de salud pública, porque ya de por sí constituye un estudio independiente de esta investigación¹. Este tema, central en el análisis de las políticas de salud pública, se pretende abordar desde el discurso científico-naturalista de la teoría miasmática teniendo en cuenta cuáles son las dimensiones ideológicas, políticas y económicas inherentes a este discurso.

En los tratados e informes de epidemias anteriores a la producción de las topografías médicas, y sobre todo antes de la segunda mitad del siglo XIX, las descripciones sobre los efectos perniciosos de las influencias miasmáticas se observaban en los ejércitos. Gracias a un descenso de la mortalidad, el mayor control de intervención durante las epidemias, la práctica erradicación de la peste bubónica en Europa durante el siglo XVIII², así como la consolidación de una corriente neohipocrática caracterizada por un pensamiento médico ambientalista, los miasmas constituyeron el concepto más adecuado para explicar tanto la relación causal como los medios de prevención epidémi-

ca. Sobre todo, la teoría miasmática explicaba la propagación de las epidemias de fiebre amarilla y de cólera.

La práctica médica estaba especializada en la curación de heridas de guerra y en el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas entre las tropas. Más adelante los médicos comenzaron a preocuparse por las influencias que el estado de salud de los ejércitos ejercían sobre el resto de la población. La observación y la experiencia demostraban que las guerras y las epidemias venían siempre juntas. Por ello, las epidemias fueron a su vez reconocidas como metonimias y metáforas de la guerra³. En Villalba encontramos varias alusiones sobre la coincidencia entre las guerras y las epidemias: en 1700 “las guerras que se suscitaron no podían traer sino ruinas capaces de empecer la salubridad del ayre español, que empezó a corromperse, causando una epidemias que casi dio principio con las guerras y con el siglo” (Villalba 1801: 93).

Para los médicos del siglo XVIII la profesión de soldado era la más expuesta a las consecuencias de las exhalaciones miasmáticas de los cadáveres y de las inmundicias. El reguero de desolación y muerte que sembraban los ejércitos los convirtió en el grupo social más numeroso y susceptible de contraer muchas enfermedades, así como de generarlas y propagarlas. Generalmente las descripciones médicas sobre las enfermedades que afectaban a los ejércitos se referían a la influencia de los miasmas telúricos o de los efluvios que inspiraban a su paso. El principal problema del ejército era la carencia de un cobijo permanente capaz de protegerle de las inclemencias del tiempo, de las variaciones climáticas, del exceso de humedad y de los peligros de las exhalaciones cadavéricas de los muertos. Las condiciones de vida de los soldados en campaña eran óptimas para convertirlos en el objetivo de las influencias miasmáticas, siendo una vez infectados más fácil que los ejércitos acompañaran y sembraran las epidemias.

Las exhalaciones cadavéricas se adherían a las ropas de los soldados, y gracias a la circulación de los ejércitos, el contagio estaba asegurado. En los barcos los miasmas eran fácilmente transportables entre las ropas de los marineros y las mercancías. Por esa razón las fumigaciones en los barcos eran consideradas desde un punto de vista sanitario fundamentales para evitar los funestos efectos de estos miasmas. Los soldados y los marineros tenían la misma capacidad de conducir los miasmas a largas distancias, bien fuera a través del avance de la tropa o a mediante la navegación. Ambas profesiones tenían

en común recorrer largas distancias, por mar y por tierra, y mantenerse hacinados, en la tropa o en el barco. Convivían sujetos a las influencias atmosféricas con mayor asiduidad y se caracterizaban por contagiarse de forma más violenta. La muerte, el hacinamiento y la insalubridad estaban siempre presentes.

El segundo foco de interés médico fueron las personas que permanecían en cautividad temporal como los enfermos y los presos. Durante la cautividad, que también podía ser permanente, se observaba la disposición de los confinados a recibir las influencias perniciosas de las influencias miasmáticas, que aumentaban gracias al hacinamiento prolongado y espacialmente delimitado. Los enfermos y los presos, reducidos a espacios aislados dominados por la humedad y la falta de ventilación, tenían el inconveniente de contagiar más fácilmente a los que se encontraban fuera de los hospitales y de las cárceles. De ahí, que se insistiera en el traslado de los hospitales y de las prisiones fuera de los núcleos urbanos.

En el caso de los enfermos, Monlau (1847) reconoce que “una sociedad bien organizada no debiera haber pobres” pero como para él era real y necesaria su existencia la única posibilidad de controlar y paliar esta miseria era manteniendo a los enfermos y desvalidos en establecimientos de beneficencia. Estos edificios tenían la particularidad de alterar la pureza del aire. Entre ellos destacaban los hospicios, los depósitos de mendicidad, las casas de misericordia, las inclusas, los refugios, las casas de caridad, etc.

Giné y Partagás (1882) llegó a clasificar los establecimientos públicos en función del grado de influencia miasmática: 1) los de foco periódico de mefitismo miasmático (escuelas, teatros y templos), 2) los de foco permanente de mefitismo miasmático, 2a) destinados a personas sanas (casas-cunas, salas de asilo, inclusas, hospicios, cuarteles y cárceles), 2b) destinados a personas en estado de inminencia morbosa (lazaretos y hospitales generales), 2c) destinados a personas enfermas (hospitales generales, hospitales especiales, hospitales militares y ambulancias, hospitales para niños, hospitales para ancianos, hospitales de maternidad y manicomios), 3) los de foco periódico de mefitismo pútrido (salas de disección y anfiteatros), y 4) los de foco permanente de mefitismo pútrido (cementeros, mataderos y desolladeros).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX el interés médico-higiénico comienza a interesarse por estudiar las condiciones sociales de la clase obre-

ra⁴. Los higienistas analizaron la relación entre las tasas de morbi-mortalidad, la falta de salubridad y de higiene de las habitaciones, las aglomeraciones urbanas⁵, y las condiciones de trabajo en las fábricas. Dos hechos significativos de las críticas higienistas se observaban en el derribo de las murallas de Barcelona en 1854⁶ y la aprobación del plan urbanístico de Idelfons Cerdà en 1859⁷.

Los médicos se enfrentan con un nuevo fenómeno como es la industrialización. Las profesiones ya se habían tenido en cuenta como factor susceptible de incidencia morbosa, sin embargo, las consecuencias de la industrialización y el aumento de mano de obra en las fábricas y talleres convirtió a los obreros en un grupo numeroso con una salud deplorable. En fin,

“(...) saturados de aires impuros y agentes deletéreos; tales son los que se ven obligados á respirar los industriales, que por la índole de su trabajo están junto á los depósitos y fermentaciones de estiércol existentes en el interior de la ciudad, fábricas de extracciones de aceite y grasas por el sulfuro de carbono, de refinacion de petróleo, de hilados de algodón, etc. etc., de todo lo cual nos ocuparemos en la sección de las industrias, ya que consecuencias son altamente perjudiciales á la salud” (Reus 1887: 14).

La clase obrera, al igual que los enfermos y los obreros, se enfrentaban a los problemas del hacinamiento. La aglomeración de los obreros era comparable a la concentración en las iglesias, los hospitales o las cárceles, con la gran diferencia que los obreros constituían la fuerza de producción que aseguraba el principio del desarrollo económico.

En el peor de los casos, en los hospitales y las cárceles la única solución posible estribaba en contener muros adentro que los miasmas no salieran en el exterior. En el mejor de los casos, con el traslado de los hospitales y las cárceles a las afueras del núcleo urbano se paliaba el riesgo del peligro miasmático. Por el contrario las fábricas, exponentes de la industrialización y el progreso, se sostenían gracias al trabajo de los obreros, y por lo tanto, el aumento de las enfermedades entre los obreros comienza a ser un asunto de interés socio-económico.

La industrialización en España fue tardía con respecto a Europa, desigual y más desarrollada en Cataluña⁸. Las recomendaciones sobre el traslado

de talleres y fábricas fuera de los núcleos urbanos fueron significativos en esta región⁹. No obstante el éxito del traslado de las fábricas fuera de los núcleos urbanos fue menor que el de las cárceles, los hospitales y los cementerios. Estas tres últimas instituciones se encontraban estrechamente asociadas con la enfermedad y la muerte. Con el desarrollo de la industrialización, en las fábricas la morbilidad entre los obreros comenzaba a aumentar.

A título de ejemplo, en los informes consultados en el primer periodo del desarrollo industrial, Masdevall había recibido un encargo del Rey en el que debía comprobar si las fábricas de algodón y lana eran o no perniciosas a la salud pública de la ciudad de Barcelona para saber si era o no necesario su traslado. Masdevall concluyó su informe aludiendo a la inutilidad de trasladar las fábricas porque:

“asi como nunca se ha soñado ni pensado en desterrar los Pintores y Doradores de las ciudades y grandes poblaciones, tampoco hay razon con motivo de la salud pública, para exhar fuera de las mismas, las referidas Fábricas, pues las sustancias sospechosas que manexan éstas en mayores cantidades, las manexan aquellos; y si de los primeros no recibe la atmósfera de las grandes Poblaciones el menor daño é infeccion, menos la recibirá de los segundos; y por consiguiente no hallo ni sabria hallar el menor motivo ni la mas mínima razon para decir que los hálitos de las Fábricas de indianas sean perniciosos á la salud pública” (Masdevall 1786: 13).

Como se puede observar la negativa a este tipo de cambios tenía una fundamentación económica, llegándose incluso a admitir que gracias al desarrollo de los talleres se resolvía la miseria y la holgazanería:

“(…) las Fábricas de Barcelona de indianas, que han dado que trabajar y de comer á dichos habitantes, han sido la causa de no haberse extendido entre ellos dichas enfermedades epidémicas, con cuyo exemplo fomentando y animando las referidas Fábricas; desterramos la holgazaneria y la miseria del Principado...” (Masdevall 1786: 19).

Este tipo de aseveraciones soslayaban las condiciones de insalubridad en el trabajo y se trasladaban los problemas de salud a la miseria en que vivían las poblaciones fuera de las fábricas.

Los problemas, según Masdevall, no residían en las materias primas con las que trabajaban, sino más bien en las condiciones de vida de los obreros. La fábrica más que perjudicar la salud la fortalecía. Así,

“en Olot son muchas las fábricas de estos tintes: conozco á muchos particulares que desde niños se han criado trabaxando diariamente en las mismas, y los veo vivir sanos, robustos, contentos, ágiles y alegres” (Masdevall 1786: 14).

Setenta años más tarde, Monlau buscaba las razones de la deplorable salud de los obreros fuera de las fábricas, cuando afirmaba que “las causas directas del deterioro físico y moral de la clase obrera deben buscarse, pues, en las condiciones de la habitacion, del alimento, de los vestidos, de la fatiga y de las costumbres (Monlau 1855: 12).

La industrialización irrumpía con sus chimeneas de vapores malolientes, fábricas atestadas de obreros que acarreaban lanas y tintes mientras sudaban junto a las máquinas. Todas estas exhalaciones dificultaban la respiración, y eso junto a las malas condiciones laborales (un horario laboral excesivo, el trabajo infantil incontrolado y la falta de atención hacia las mujeres embarazadas), constituía un problema médico de primer orden. Un acontecimiento que impulsó los estudios de medicina social¹⁰.

El énfasis en el estudio de estos nuevos problemas con los que se enfrentaba la medicina impulsó el origen de estudios sobre salud pública y en especial la investigación médico-social de las condiciones higiénicas de la clase obrera (véase Rodríguez Ocaña 1987). En Barcelona se desarrolló una intensa actividad de investigación médica preocupada por este tema¹¹. Sin embargo, nos interesan destacar los estudios de Monlau y Salarich (1984), así como las observaciones que se efectuaron en algunas topografías médicas para mostrar la creciente preocupación por estrechar los lazos entre las condiciones de vida de los obreros y las enfermedades.

9.2. El hacinamiento de la clase obrera

El hacinamiento social había sido un problema médico en instituciones cerradas como la cárcel y el hospital, sobre todo de alarma social duran-

te las epidemias en las iglesias, las tabernas y los teatros, así como un problema consustancial al desarrollo de los Estados en cuanto a la magnitud de los ejércitos y el crecimiento económico se refiere. No obstante, con el aumento de la aglomeración urbana¹² durante el proceso de industrialización el problema se agudiza. La emigración hacia las ciudades convierte la cuestión del hacinamiento en un problema político y económico, agudizándose en la industria y la ciudad. Por ello, se encontraban algunas intenciones médicas en transformar lo que era una observación tangible en una causa científica de morbilidad. Jaccoud (1864-1886: 559) resume muy bien esta idea:

“Si l'on admet que le mot encombrement puisse être susceptible d'une définition scientifique, il faudrait se borner au sens suivant: insuffisance du cubage d'air; cela reviendrait à l'expression de: air confiné. Mais il n'en est pas ainsi; ce sens restreint ne peut être attribué seul au mot encombrement, lequel comprend les idées de masse d'hommes, de concentration, d'accumulation d'une même espèce morbide en un même lieu, de mauvaises conditions hygiéniques, d'insalubrité de toute sorte”.

Las constataciones empíricas entre el hacinamiento y las enfermedades despuntan el interés médico por esta temática. Sin embargo, el hacinamiento se convierte en una obsesión higiénico-médica cuando convergen los problemas de la urbanización y el desarrollo industrial (véase Rosen 1984, 1985).

La teoría miasmática permite explicar el estado de las condiciones sociales de miseria, hacinamiento y pobreza desde un punto de vista geográfico, ambiental y político. El miasma “social” se convierte en una categoría política revestida de un discurso científico-naturalista. Al naturalizarse las explicaciones causales de la miseria los miasmas “sociales” se convierten objetivamente en un factor fundamental de la morbilidad. De esa manera se asume íntegramente en el pensamiento ambientalista. El hacinamiento, la miseria y la pobreza comienzan a ser un problema en sí mismo, dejando de ser un efecto o una consecuencia. Sobre todo, porque se percibe que la miseria produce miasmas.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el desarrollo del concepto de miasma incluye la dimensión social de la enfermedad porque tiene en cuenta la miseria y la pobreza como factores desencadenantes de la enferme-

dad. El reconocimiento de miasmas que proceden del hacinamiento¹³ de individuos sanos, así como de enfermos y desvalidos, pone en consonancia el interés político-económico por mejorar las condiciones sociales y económicas de las clases bajas y el ambiente con el fin último de asegurar un aumento de la producción. El discurso higienista apunta hacia una mejora de estas condiciones insistiendo en el aumento de la producción, sin cuestionar la perpetuación de las desigualdades sociales, muy al contrario, justificando estas diferencias disfrazándolas a través de un discurso caritativo.

El peligro de las emanaciones miasmáticas que se observa en los pantanos, las minas, los cementerios, los hospitales, las iglesias o las cárceles, también se detecta en las fábricas. La concentración de obreros hacinados en los talleres y rodeados de aire enrarecido por las materias que manipulan, despierta entre los higienistas la preocupación por detener la proliferación de miasmas y evitar que dichas exhalaciones perjudiquen la salud de los obreros a través de intensificar la prevención.

El hacinamiento y las deplorables condiciones en las que se encuentran los obreros les obliga a someterse a la respiración constante de los miasmas pestilenciales (Salarich 1984) por ellos mismos exhalados, así como también les convierte en responsables de la corrupción atmosférica. En la topografía médica de Manresa se manifiesta la deplorable condición en que se encontraban los obreros, insistiendo en la observación directa de este hecho:

“Para estudiar de cerca las miserias inherentes al trabajador de fábrica, hemos pasado algunas horas junto al local á fin de poder ser lo mas veridicos posible. Encerrados por espacio de 12 y hasta 13 horas diarias en grandes cuadras cerradas herméticamente, se respira un aire confinado y saturado de pelusilla suave, que se deposita sobre los orificios mucosos y hasta es arrastrada profundamente en las vias aéreas por medio de la inspiracion, pues á causa de ser mucha flexibilidad la permite penetrar hasta las mas finas ramificaciones bronquiales, inflamando estas y el pulmon, y ocasionando bronquitis, pneumonias, y otras alteraciones en los órganos de la respiracion. La trepidacion y ruido infernal del motor de los telares, poleas y ruedas, el movimiento de todo el cuerpo que además debe permanecer en pie, el desagradable olor del aceite y grasas de motor, dan a estos trabajadores un tinte pálido amarillento indicio de la miseria física. De ahí que la mayor parte de estas jovenes trabajadoras sean cloro-anémicas, y mas tarde

tal vez tuberculosas, y que el día que llegan á concebir sus engendros esten reducidos á la mas mínima espresion humana, siendo precisas grandes palancas reconstituyentes para levantar tan decaidos organismos" (Manresa (a) Melcior 1888).

El médico-higienista considera que las consecuencias del hacinamiento de los obreros en las fábricas y las viviendas constituyen los efectos más perjudiciales del proceso de industrialización. Los talleres y las fábricas se ven expuestos al enrarecimiento de la atmósfera por las emanaciones que desprenden los obreros y los olores desagradables y perjudiciales que resultan de las materias primas con las que trabajan. Por ejemplo, la vigilancia higiénica se agudiza en las fábricas textiles donde el trabajo con el algodón y la lana produce un polvillo perjudicial para la salud de los obreros.

De puertas afuera, el humo de las fábricas, sumado a las emanaciones miasmáticas de los obreros y a las exhalaciones de las materias primas, constituye un peligro para las ciudades. Observemos esta larga cita de Monlau (1855: 15):

"El médico inspector debería atender á la influencia que ejercen los varios modificadores higiénicos, pero con singular especialidad á la pureza del aire. La impureza de este alimento de la respiracion, de este pan del pulmon, y la falta de ventilacion, son las dos grandes calamidades de las fábricas y talleres. Entrad en un filatura de algodones, por ejemplo, y, sino se han introducido en ella las últimas perfecciones de la mecánica, al punto sentiréis un olor desagradable, y en seguida cierta constriccion en la garganta. Y es que las cardas, los bastidores y demás aparatos levantan un polvillo finísimo y sutil; y es que los aceites rancios, calentados por el frote que estan destinados á suavizar, despiden ácidos grasos debidos al enranciamiento; y es que los productos de la traspiracion y de la respiracion de los operarios condensan la atmósfera del taller".

La conservación de la pureza del aire es una de las obsesiones higiénicas más inmediatas para asegurar la ausencia de las epidemias. Siendo los malos olores, y en especial los miasmas, los responsables de la constitución epidémica, cualquier medio, instrumento, mecanismo o institución que altere su diafanidad es sospechoso de vigilancia. Así los hospitales, las cárceles y las

fábricas, como los obreros, los enfermos y los presos constituyen el centro de atención de los higienistas.

El aire, que “es el alimento más indispensable para nuestra vida” (Salarich 1984: 158) purifica la sangre, y por ello los médicos reconocen que es vital para asegurar la supervivencia. Las advertencias higiénicas por la falta de ventilación, el poco respeto a la cubicación atmosférica recomendable por habitación y el hacinamiento son asuntos de denuncia constante. Tal como muestra Salarich (1984: 159) en este párrafo:

“En un aposento cerrado perfectamente, en que respirase un número considerable de personas, no tardaría el aire en ser viciado, faltaría el oxígeno, que sería reemplazado por un aire inútil y nocivo, muriendo todos asfixiados; siendo entonces una verdad la sentencia del filósofo de Ginebra “que el aliento del hombre es mortal para sus semejantes”.

Los higienistas reconocen en sus discursos que la respiración es un derecho fundamental de los individuos que el propietario de la fábrica debe respetar. Sin embargo, los discursos distan de las prácticas políticas y económicas, que se implantan con el desplazamiento de las viviendas de los obreros hacia las periferias y con los planes de intervención de salud pública, y en las cuales se evita la modificación de las desigualdades sociales que repercuten en las condiciones sociales de vida de los obreros. Por ello, en general los higienistas asumen el discurso caritativo en el que aluden una especial desidia de los propietarios hacia los derechos de los obreros. Por ejemplo en la topografía de Manresa (Melcior 1888) se advierte que existe un “(...) Reglamento que circunscribe la edad para la admision de los niños á los talleres y fábricas, que se obedece y no se cumple”. No obstante, la recomendación por mejorar la ventilación a través de “dejar al descubierto una fila de cristales (los superiores) para la circulacion y renovacion del aire” tampoco se cumplía.

Los higienistas Monlau y Salarich representaban posiciones conservadoras y protectoras de la actuación del propietario en la industria. En cambio, en algunas topografías médicas se reflejaban opiniones contrarias. Por ejemplo, en la topografía médica de Calaf (Llorens 1903: 202) se denunciaba constantemente la injusticia social que los burgueses ejercían sobre los

obreros de la mina, insistiendo en que “todas las crueldades del salario, todas las infamias é iniquidades del capital, se hallan condensadas en la explotacion de los infelices obreros de estas minas”. Aunque a veces estas “denuncias” se referían al poco caso que los propietarios de las fábricas hacían a los médicos cuando se trataba de mejorar las condiciones de salud de los obreros. Por ello, el médico de Calaf señalaba que:

“como el capital no admite consejos de matasanos (asi nos califican esos tres burgueses) me limitaré á indicar á las vecinas de Calaf que no permitan que sus hijas vayan á la mortífera fábrica á ganar un mísero salario á expensas de su salud y de su vida; y que vale más, mucho más, ir modestamente vestida y estar sana, que cubrir un cuerpo deteriorado y enclenque con vestimenta más lujosa” (Llorens 1903: 209).

Se detectan en las topografías algunas contradicciones entre la opinión que los médicos guardaban de los propietarios y las descripciones que llevaban a cabo sobre las condiciones de trabajo de los obreros. Así, en la topografía médica de Manresa opinaba que “el comportamiento de los amos es digno de elogio relativamente. Pagan los gastos de médico, farmacéutico y da el salario mientras dura el mal, y curado lo acepta de nuevo en el trabajo” (Manresa: Anónimo 1894: 31). Pero advertía más adelante que el salario del obrero era insuficiente, que las fábricas desprendían un polvo de algodón pernicioso incapaz de salir del recinto debido a que las oberturas se encontraban cerradas impidiendo la renovación del aire. Además, algunos de los obreros dormían en la misma fábrica y se levantaban a las cuatro y media de la madrugada, interrumpiendo a las ocho, entrando de nuevo a las nueve hasta el mediodía, volviendo a la una y trabajando hasta las siete de la tarde.

Salarich (1984) justifica en su memoria que respetar el derecho a la ventilación reporta beneficios a los fabricantes por mejorar la salud de los trabajadores, así recogiendo una idea de Foderé,

“(…) haciendo entrar en sus cuadras una porción de aire nuevo, alejando de sus talleres y obradores los miasmas o causas que pueden inficionar la atmósfera, perjudicar la salud de sus operarios y contribuir a la ruina de sus propios intereses, porque un obrero que, bajo las mismas condiciones de alimentación y robustez, respira un aire mejor, podrá soportar más fatiga,

redundando precisamente en provecho de sus amo, quien sacará de él más jornal” (Salarich 1984: 160).

La solución a estos problemas estriba en la prevención de la aglomeración a través de una reordenación espacial que tenga en cuenta la cubicación atmosférica y evite el enrarecimiento del aire, así como permita controlar la manipulación de ciertas materias primas, como por ejemplo la lana y el algodón. Existen algunas propuestas inmediatas como son, en primer lugar, trasladar las fábricas fuera de la ciudad. De esta forma, se evitan las molestias y los peligros de las emanaciones malolientes de los humos de las fábricas y de los miasmas que se desprenden a consecuencia del hacinamiento de los obreros.

Esta es la primera propuesta que Monlau (1855) señala en su informe sobre *¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno á favor de las clases obreras?* Las malas condiciones ambientales en las que se ven sumidos los obreros son denunciadas por los higienistas comprometidos en advertir que la insalubridad aumenta no sólo el riesgo de la salud proletaria sino la de toda la población, y en especial, aunque no lo hagan explícito, la de la burguesía. El discurso proteccionista y paternalista que higienistas como Salarich y Monlau defienden en pro de la salud de los obreros se interesa por mejorar las condiciones ambientales sin modificar las relaciones de producción que perpetúan al obrero a la fábrica. Además, como se constata más adelante en un artículo de Rafael Puig i Valls publicado en *La Vanguardia* sobre “La reforma de Barcelona y los barrios obreros” en 1890 (Massana 1991) la propuesta del desplazamiento de la clase obrera es contradictorio con la necesidad urgente de la edificación de barrios obreros próximos al lugar de trabajo para evitar los problemas de desplazamiento.

Las alabanzas higiénicas sobre el aire del campo determinan la búsqueda de soluciones ingenuas para paliar el riesgo que conlleva la contaminación de las fábricas. Consejos como los que promulga Monlau van en esta línea, proponiendo la “rurización de la industria” mediante el traslado de fábricas y talleres fuera de la ciudad, evitándose así la corrupción atmosférica.

En segundo lugar, el mantenimiento de los obreros junto a los centros de trabajo es contrario a las propuestas higiénicas ideales, pero práctico desde planteamientos productivos que son dominantes. Sin embargo, los higie-

nistas olvidan poner en cuestión este hecho. Monlau, como representante de la introducción del higienismo en España (Granjel 1983), considera a menudo a los obreros responsables directos de las condiciones sociales en las que viven. Para Monlau la corrupción moral es paralela a la corrupción atmosférica.

El discurso higienista acerca de las ventajas que reporta la superación del hacinamiento social en las ciudades cobra su mayor exponente en el informe planfeterario que publica Monlau sobre el derribo de las murallas que circundaban la ciudad de Barcelona, y que a su parecer impedían el progreso económico de la ciudad. El hacinamiento y el progreso fueron reconocidos por Monlau como incompatibles: el hacinamiento era a la miseria lo que la industria al progreso. Sin embargo, ¿qué ocurría con el aumento de mano de obra que la industria requería para que el proceso de industrialización fuera exitoso? El problema no era el aumento de la clase obrera sino la concentración, la aglomeración y la densidad.

Monlau reconocía la miseria:

“en las poblaciones sumamente numerosas [porque] el aire es infecto, las aguas corrompidas, el terreno desustanciado y exhausto hasta largas distancias, la vida es en ellas necesariamente mas corta, las dulzuras de la abundancia son poco conocidas, y los horrores de la necesidad de la miseria estremos” (Monlau 1840: 12).

La miseria, la suciedad, y el hacinamiento constituían la cara opuesta al progreso. Monlau alababa las ventajas que suponía demoler las murallas porque repercutían favorablemente sobre la higiene pública, y reportaban mayores inversiones económicas de los extranjeros en la ciudad. Según Monlau, quienes se oponían a este derribo eran sólo los militares, la administración y los propietarios urbanos.

Se apuntan algunas medidas de mejoramiento de las condiciones generales de los obreros con el fin de no perder la mano de obra, pero sin cuestionar la misma existencia de las fábricas. Recogemos a continuación las medidas que Monlau propuso en relación a la mejora de las condiciones de la clase obrera en cuanto a la pureza del aire se refiere:

- Descentralización de fábricas y talleres trasladándolos a puntos algo apartados de los centros de la población. Esta medida también se la conoce como el proceso de “rurización” de la industria.
- Construcción de los talleres y de los edificios de las fábricas siguiendo las condiciones de salubridad convenientes.
- Construcción de casas-modelos con habitaciones adecuadas para los obreros y sus familias, fomentando la construcción de casas análogas por cuenta de los particulares.

Esta medida se propone con el fin de mejorar la insalubridad de las habitaciones porque “...el aire que respira el obrero en su casa es casi tan impuro como el que respira en el taller” (Monlau 1855: 17). En consecuencia a esta evidencia Monlau alude a las leyes que se promovieron en Europa para construir nuevas habitaciones para los obreros: la ley votada en la Asamblea Nacional de Francia en abril de 1850, la creación de comisiones para informar acerca del estado de las habitaciones en Bélgica en 1838 y en Inglaterra en 1844. Sin embargo,

“en España las habitaciones de la clase proletaria son tan insalubres como en todas partes, y el gobierno no desconoce ciertamente los tristes efectos de tal insalubridad. En prueba de ello no hay mas que leer la real orden de 9 de setiembre de 1853, comunicada á los Gobernadores de las provincias de Madrid y Barcelona, sobre arbitrar medios de construir Casas para pobres...” (Monlau 1855: 22)¹⁴.

- Abrir paseos y jardines de recreo, tívolis, etc., para la clase obrera, en los cuarteles o barrios donde viven los jornaleros. La necesidad de crear jardines supone una contrapartida a los malos aires de la ciudad, porque:

“el aire de las capitales es necesariamente impuro, y el aire impuro es un veneno lento. Las calles de las ciudades son estrechas y sus edificios demasiado altos; las calles son además generalmente tortuosas; escasean las plazas, verdaderos almacenes de aire indispensables para surtirse de alimento respiratorio algo menos adulterado; faltan jardines, explanadas ó campos de desahogo; falta en fin, muchas otras condiciones de salubridad” (Monlau 1855: 40).

Los miasmas que se desprenden de los obreros hacinados en las fábricas y en las viviendas son posibles de controlar con medidas adecuadas de ventilación y de control de la concentración de obreros en espacios cerrados. De ahí que se recomienden las entradas de aire corriente, que en el caso de que sean insuficientes puedan ser complementadas con la instalación de ventiladores, y el respeto a la cubicación espacial óptima de aire por habitación. En la topografía médica de Alcover se constata que "el aire de una habitación necesita una ventilación de 40 metros cúbicos por hora. La ubicación debe ser de 15 metros por persona. Estas condiciones no se dan en la mayor parte de las casas" (Anónimo 1912: 15-16).

El enrarecimiento del aire o vicio de la atmósfera, no sólo es la consecuencia objetiva del efecto del hacinamiento, sino también constituye un ejemplo de desorden social. La aglomeración se presta, a juicio de los higienistas, a la conspiración y al vicio, siendo perjudiciales para el progreso representado por la industrialización. En definitiva, "la inmoralidad que cunde por estos lugares [fábrica] es espantosa y es que la miseria física dá de la mano á la miseria moral" (Manresa (a): Melcior 1888). Atribuir una correlación entre los malos olores y la promiscuidad o los hedores y el vicio constituye una descalificación social impulsada por la ideología burguesa, en la que se refuerza el estereotipo del obrero como sinónimo de la suciedad¹⁵. Las actitudes morales de orden y limpieza sostenidas por el movimiento higienista se elevan a una cuestión ética.

La preocupación, que el hacinamiento de la clase obrera despierta entre los higienistas, estimula el estudio de estas consecuencias en la salud de los obreros. El aire constituye el alimento de los individuos, y como tal se reivindica que sea cuidado con esmero. Sin embargo, el aire no es el mismo en todas partes, así que se establece una jerarquización de la nocividad del aire que depende del tipo de hacinamiento que se produce en un espacio concreto.

Por ello, el aire que acompaña a la taberna es tachado de más perjudicial que el de la vivienda, y éste último es peor que el de la fábrica. La vinculación que existe entre el enrarecimiento del aire y el grado de nocividad de las emanaciones guarda una estrecha relación con el estado de las pasiones. El vicio y la corrupción son peores en lugares donde no se siguen las recomendaciones higiénicas.

Los higienistas se quejan más severamente de las condiciones de vida de los obreros en las habitaciones que en la fábrica. La insalubridad, la humedad, la falta de luz y aire provocan la enfermedad y la muerte. En un legajo anónimo sobre los “Documentos relativos a las causas de insalubridad de Barcelona” (1867), hallado en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, se exponen los defectos propios de las habitaciones de los obreros, los cuales se resumen a continuación: 1) la construcción de aljibes en el interior de las escaleras; 2) la permanencia de excusados dentro de los pisos; 3) la construcción de entabacados dentro de los pisos impidiendo la circulación del aire a causa de los ángulos y esquinas que se forman; 4) la tolerancia hacia el hacinamiento de animales como perros, gatos, caballos, vacas, erizos, carneros y tortugas; 5) la costumbre de lavar casi diariamente los ladrillos contribuyendo a un estado de humedad permanente; 6) la ausencia de depósito para las letrinas; 7) la ausencia de las dimensiones adecuadas en ventanas y balcones para permitir el paso de la luz y el aire; y 8) la falta de cuidado con la humedad de los cuartos bajos, sótanos o subterráneos.

Salarich (1984: 167) admite que:

“el desaseo más completo, la falta de ventilación, que engendra la fetidez, y con ella un foco perenne de infección dentro y fuera de las habitaciones; la aglomeración tan nociva de muchas personas en un local estrecho y malsano, la lobreguez y los miasmas más deletéreos forman la corrompida atmósfera de la mayor parte de las casas en que vive el bracero, el operario, el desvalido cesante, o la mísera viuda, rodeada de tiernos niños en triste orfandad”.

Se llega a afirmar que la elevada mortalidad obrera es una consecuencia de las condiciones insalubres de la vivienda, y especialmente debido a la falta de limpieza: “Pues bien; entre las causas productoras de este exceso de mortalidad, una de las más poderosas (no lo duda el Gobierno!) es la falta de limpieza en todas las clases, y principalmente en las proletarias” (Monlau 1855: 26-27). En ellas los médicos se quejan de que la intervención higiénica es más lenta al tener que enfrentarse además con el cambio de hábitos y costumbres. Precisamente se advierte que “la falta de aseo trae consigo el vicio y la degradación” (Monlau 1855: 26).

Las habitaciones de los obreros son tachadas generalmente de deplorables, “adolecen de ser poco holgadas y de tener escasa luz y ventilación” (Sabadell: Rius 1914: 156). Desde un punto de vista higiénico se recomienda que:

“aunque la habitación del obrero no debe ser llena de comodidades, tampoco en ella debe faltar lo más preciso, sobre todo el aire; procure el artesano que no le haga falta este elemento que debe vivificar la sangre de sus venas; huya como una epidemia de esas cuevas húmedas y sombrías, cuya fetidez mohosa indica ya al inquilino la suerte que le aguarda, si se sujeta a su influjo” (Salarich 1984: 163-4).

Sin embargo, tampoco hay que olvidar que en estas observaciones higiénicas sobre la condición social de la vida de los obreros muchas veces se esconde una metáfora de la animalidad y la barbarie.

9.3. Las profesiones miasmáticas

Desde un punto de vista higiénico, algunos médicos aseguran que ciertas profesiones que ejercitan el trabajo físico reportan mejor salud que las que se dedican al trabajo intelectual. Ello se justifica gracias a que el trabajo físico efectúa un constante ejercicio del cuerpo mientras que el intelectual se ve sometido a las posiciones fijas y al sedentarismo. Los problemas de salud laboral se encuentran en el exceso del trabajo físico, y sobre todo en la repetición mecánica de algunos movimientos corporales, y en la predisposición de ciertos trabajos a las influencias miasmáticas.

Todas las profesiones que se llevan a cabo en espacios cerrados son susceptibles de verse afectadas por los miasmas. Aunque el trabajo en el campo dependa directamente de las influencias de los cambios atmosféricos, la ventaja por realizarse al aire libre atenúa los efectos de la nocividad miasmática. Por ello, esta profesión,

“la de la agricultura sobre ser la más útil y natural al hombre, es al mismo tiempo la más sana tanto para el espíritu como para el cuerpo; pues da tranquilidad é independencia al uno, robustez y actividad al otro” (Casellas 1849: 61).

Para los higienistas, los trabajadores de los talleres y fábricas son los que se ven sometidos a los problemas del confinamiento, el hacinamiento, y como consecuencia al vicio.

Antes del desarrollo de la industrialización existían profesiones que se consideraban peligrosas por su relación directa con las exhalaciones miasmáticas. Se trataban de los sepultureros, los poceros, los extractores de letrinas, los matarifes, los deshollinadores, etc.: todos los trabajos relacionados con la manipulación de los cadáveres, de las inmundicias, de las basuras. Trabajos que se fueron transformando a raíz del aumento de las aglomeraciones urbanas.

Con la industrialización de las fábricas textiles, los curtidores, manipuladores de lana y algodón, y un sin fin de profesiones vinculadas al tratamiento del tejido y las pieles aumenta la insalubridad general gracias a un mayor hacinamiento y al aumento de la producción. También estos problemas se detectan con el desarrollo de las fábricas de papel, como por ejemplo en Gerona (Oliu 1881: 47-8), donde:

“el cloro empleado para el blanqueo de papel del cual hay aquí dos fábricas que ocupan en junto unos 150 operarios...; que el polvo calcáreo de que está cargado el recinto de los molinos de cemento romano que ocupa 100 trabajadores sin contar las conocidas desventajas inherentes á la aglomeracion de obreros en los talleres de las fábricas de hilados y tejidos de los cuales hay aquí 250 juntando los de la fábrica existente en el Mercadal y los que vienen diariamente de las de la Eugenia; todas esas circunstancias son otras tantas causas que modifican el aire respirable y que aunque no son dependientes del clima de la localidad constituyen una serie de variadas modificaciones que más o menos claramente, deben manifestarse en el cuadro de enfermedades con relación á los que pasan la mayor parte del tiempo sometidos á las influencias de agentes artificiales extraños al aire normal”.

Las descripciones recogidas en algunas de las topografías médicas consultadas son muy ricas, sobre todo a la hora de describir las profesiones que se practicaban en Cataluña durante el siglo XIX.

El médico que redactó la topografía médica de Gerona (Oliu 1881) dividió las profesiones en mecánicas e intelectuales¹⁶. Calificó las primeras de higiénicas, a causa del ejercicio corporal que se incluía en el trabajo, agrupan-

do de ese modo a los agricultores, los carpinteros y los albañiles. Según Oliu, los defectos de estas profesiones respondían a un ejercicio especializado del cuerpo en función de la división del trabajo. Las profesiones intelectuales, entre las que se incluían los abogados, los sacerdotes, los escribanos, los curiales, los artistas, y los profesores de enseñanza, las consideraba antihigiénicas porque eran trabajos sedentarios.

En esta misma topografía Oliu incluía, además del factor del ejercicio corporal para determinar la calidad del trabajo, la nocividad atmosférica. Este factor era el más tenido en cuenta por los médicos que el del ejercicio corporal. Así, en la topografía médica de Gerona destacaban como profesiones vinculadas a las influencias miasmáticas los matarifes, los trabajadores en la fábrica de papel, los trabajadores de molinos harineros, hornos de cal y molinos de cemento romano, y los que trabajaban en tenerías. Estos últimos ,

“(…) conservan por largo tiempo los miasmas cuyo desenvolvimiento comenzó en el matadero, así como el veneno del carbúnculo, de la pústula maligna, esplenitis gangrenosa y otras afecciones frecuentes en el ganado vacuno y en el lanar sobre todo en verano después de la siega” (Oliu 1881: 87).

En la topografía médica de Manresa (Melcior 1888) se dividieron las profesiones en intelectuales, fabriles o artesanales, y obreros. A diferencia de los obreros de las fábricas los artesanos u:

“(…) obreros empleados en los diferentes talleres de carpintería, cerrajería, alfarería, fundición etc. están mucho mejor reglamentados que los trabajadores de fábrica y al propio tiempo que no respiran una atmósfera tan deletérea, tampoco permanecen tantas horas en la misma posición”.

En la topografía médica de Olot (Bassols 1879) se diferenciaban las clases sociales en hacendada, propietaria comercial o industrial y fabril, y proletaria o trabajadora. Las fábricas trabajaban las materias de lana, algodón y estambre, el papel y los curtidos. Las profesiones que Bassols analizó fueron las de curtidores, pelaires, medieros, tejedores, trabajadores en los talleres de cintas, papeleros, harineros y lavanderas. Todas ellas tenían en común la fatiga por conservar posiciones forzadas, el sometimiento a las influencias miasmáticas, la humedad, la falta de luz y ventilación, y el exceso de frío o calor.

En la topografía médica de Reus (Aluja 1887) la profesión antihigiénica era aquella:

“(…) que por sus ocupaciones han de pasar muchas horas seguidas encerrados en sus respectivos gabinetes respirando algunos de ellos un aire confinado, fatigando su cerebro con el constante trabajo intelectual y sin el necesario ejercicio muscular tan indispensable á los que tienen esta vida sedentaria, acostumbran padecer perturbaciones digestivas, gastrálgias, dispepsias, congestiones abdominales, almorranas, estreñimiento é hiperemias cerebrales” (Aluja 1887: 74).

Entre ellas destacaba la vida antihigiénica del médico por encontrarse “continuamente sufriendo los efectos de las diferentes perturbaciones atmosféricas y de los que producen la respiración de ambientes impuros é infecciosos” (Aluja 1887: 74).

Las dos profesiones que describió más detalladamente fueron la de los trabajadores de hilados y tejidos que manipulaban la seda y el algodón, y la de los tejedores. Ambos se encontraban en habitaciones donde escaseaba la ventilación y prevalecía la humedad. Precisamente en las fábricas de seda y algodón:

“se hallan los obreros bajo la influencia altamente perniciosa de permanecer largas horas encerrados en los talleres, con una atmósfera caliente por exigirlo así la índole del trabajo, respirando un aire viciado con el olor grasoso de la maquinaria y saturado de las emanaciones pulverulentas y filamentosas del algodón que por la ligereza, tenacidad y flexibilidad de sus elementos fibrosos, le hacen más fácilmente penetrable al profundo de las vías respiratorias...” (Aluja 1887: 75).

Sin embargo, la constatación del peligro miasmático de las profesiones que estaban en contacto con materiales como la lana, el algodón y las pieles, así como las que se mantenían en estrecha relación con los cadáveres animales, entre los que destacaban los sepultureros, matarifes, recogedores de cadáveres animales, etc., aumentó con los estudios higiénicos que estrechaban los vínculos entre la insalubridad y la enfermedad. La creencia popular en el efecto positivo de los hedores de la corrupción explicaba en algunos casos el porqué los sepultureros y poceros no siempre contraían enfermedades¹⁷.

La presencia de los miasmas era muchas veces incapaz de desarrollar una enfermedad. Las dificultades que surgían a la hora de explicar los motivos por los cuales la nocividad no dependía siempre del hedor cuestionaba la misma existencia de los miasmas. La capacidad de corromper el aire no pasaba solamente por el mal olor, pues la aceptación cada vez más firme de las posiciones contagionistas desviaban los intereses higiénicos por la materia, pasando a ser el hedor un elemento secundario.

En las descripciones de los trabajos influenciados por las exhalaciones miasmáticas observamos que se establece una división fundamental entre las profesiones anteriores al desarrollo industrial y las que contribuyen a dicho desarrollo. En los trabajos donde se manipulan constantemente los cadáveres y las inmundicias, y que no tienen una relación directa con la fábrica, entendida como el modelo de la industrialización, las alusiones miasmáticas vienen conducidas por los ejemplos del mal olor. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, y antes de la prueba experimental del microbio, los trabajos industriales en los que se manipulan materias como algodón, lana o seda las alusiones higienistas se refieren a las partículas del polvo. ¿Existe alguna relación entre la observación del polvo y una mayor predisposición a sostener la naturaleza material del miasma en vez de atender al efecto olfativo? Estas descripciones avanzan el fin del sensualismo en la teoría miasmática.

NOTAS

- 1 La idea que “la política económica y la política social constituyen factores básicos en el desarrollo de la salud pública”, planteada por Rosen (1984: 54), es muy sugerente a la hora de abordar un estudio riguroso de las implicaciones políticas y económicas en los planes de Salud Pública, situándonos más allá del campo estrictamente médico.
- 2 Para Giné y Partagás (1882) la disminución de las epidemias depende en mayor medida de los progresos de la civilización a pesar de la continuación de las guerras. El aumento de la mortalidad durante las epidemias depende de la higiene y del bienestar. Desde un punto de vista evolutivo, Giné y Partagás considera que “las epidemias verifican una especie de depuración de las poblaciones, arrebatando a las mismas los elementos que ofrecen menos probabilidades de vida y más fácil presa á las enfermedades mortales; los niños, los ancianos, los débiles y los valetudinarios son, en efecto, los

- que principalmente sucumben que, por lo mismo que la epidemia ha quitado de la población los elementos menos productivos, esta mejora en calidad, toda vez que existe un número de jóvenes y de adultos mayor que de ordinario, los cuales por más fuertes, producen más y acrecientan con su trabajo las condiciones generales de viabilidad de la misma población” (p.190).
- 3 Un ensayo completo sobre la transformación lingüística en la arena política y la utilización de metáforas bélicas en el discurso médico lo encontramos en Susan Sontag (1985). Su libro se centra preferentemente en el estudio de las metáforas que se construyen sobre la tuberculosis y el cáncer. Sontag señala que la elaboración de este tipo de metáforas permiten aplicar mecanismos de control similares a los que se utilizan durante una guerra.
 - 4 En Inglaterra ya existían estudios de este tipo desde principios del siglo XIX. Con el “*sanitary movement*” los médicos ingleses estudiaron las condiciones de salud de los obreros y sus repercusiones en la salud pública. Para mayor conocimiento sobre el tema es recomendable consultar a Rosen (1985).
 - 5 Sobre la relación entre las tasas de morbilidad y la higiene de las viviendas de los obreros es preferible consultar el estudio de Carme Massana (1991).
 - 6 En cuanto al interés higiénico por el derribo de las murallas es recomendable consultar el informe-panfleto del higienista Pedro Felipe Monlau (1855).
 - 7 Para profundizar sobre la propuesta del plan Cerdà es necesario recurrir a su obra (1968). Carme Massana (1991: 365) resume los tres procesos que la teoría general de Cerdà propone: “*les necessitats de la indústria naixent, el malestar de les classes populars i l’oposició creixent a la transformació de Barcelona en una plaça militar*”.
 - 8 Fontana (1983) analiza el fenómeno de la industrialización en el contexto de los cambios económicos que se produjeron durante el siglo XIX. Sobre el fenómeno de la industrialización en Cataluña se puede consultar el catálogo de la exposición *Catalunya, la fàbrica d’Espanya*, a cargo de Corominas, Carreras y Puigvert (1990).
 - 9 Dejando a un lado las recomendaciones higiénicas sobre el traslado de las fábricas, observamos que en Cataluña se dio, a mediados del siglo XIX, un proceso de desurbanización industrial a través de la construcción de colonias industriales en zonas rurales. Según Terradas (1979), es necesario señalar las diferencias entre las colonias industriales y las manufacturas rurales. Las primeras, constituyeron “*una forma particular d’adaptar la industrialització catalana a la situació crítica de l’Estat Espanyol, especialment pel que aquesta crisi significava en les relacions dels fabricants, treballadors, comerciants i polítics*” (pág. 55).
 - 10 Rosen (1985) demuestra que los fundamentos de la medicina social deben buscarse históricamente en la industrialización. En el siglo XVIII ya se había reconocido la necesidad de analizar los problemas médicos desde un punto de vista social, entre quienes destacaban principalmente Bernardino Ramazzini y Johann Peter Frank. En la Real Academia de Medicina de Barcelona se encuentra un manuscrito de una traducción al español de la obra de Peter Frank, *Epitome de curandis hominum morbis*, realizada por el médico Bosch y Cardellach en 1804.

- La medicina social se consolidó durante el siglo XIX en Alemania gracias a Virchow. Pero Rosen (1985) reconoce que Virchow no fue quien dio origen a los estudios de medicina social, sino una corriente médica que durante la década de los 30 y 40 se había desarrollado en Francia, interesada en estudiar la pobreza como un factor determinante de la enfermedad, entre quienes destacaban Villermé, Benoiston de Chateauneuf y Guépin. A partir del detallado estudio de Rosen (1985) sobre la génesis histórica del concepto de medicina social en países como Alemania, Gran Bretaña, Bélgica y Estados Unidos, nos preguntamos por qué no había tenido en cuenta cuál fue el nivel de desarrollo del concepto de medicina social en países como Francia, Italia y España. Precisamente, en el caso de Francia, Rosen mostraba al principio del artículo que el pensamiento liberal francés de la primera mitad del siglo XIX (década de los 30 y 40) influyó en los estudios médicos que vinculaban las condiciones sociales y económicas a los problemas médicos. Esta relación se estrechó entre la ciencia y la política e influyó en el pensamiento médico de Virchow. Para ampliar los conocimientos acerca de la influencia de Virchow, consúltese el artículo de Jacob (1984).
- 11 Sobre el análisis de las condiciones de vida en la ciudad de Barcelona consultar la *Gaceta Sanitaria* que comenzó a publicarse a partir de 1888 (Massana 1991).
 - 12 Giné y Partagás (1882) distingue entre hacinamiento y condensación de la población. Esta última no se caracteriza precisamente por su condición de insalubridad, “antes al contrario, en ciertos casos, favoreciendo el movimiento industrial, es un beneficio para los moradores, quienes no podrían cooperar fácilmente al comun bienestar hallándose separados por considerables distancias” (p.182). En el caso de epidemia, la condensación opera en el mismo sentido que el hacinamiento, “aunque en menor escala, produce idénticos resultados...” (p.182). Por ello, lo más recomendable es emigrar.
 - 13 Pedro Mata y Ripollés (1834) reconoce que los hombres sanos en estado de reunión son capaces de producir enfermedades.
 - 14 Este problema no llegó a resolverse hasta bien entrado el siglo XX. En el Primer Congreso de Higiene en Cataluña celebrado el 6 de junio de 1906 se analizan las relaciones entre las condiciones de urbanización - vivienda y las elevadas tasas de morbilidad que se producen en las aglomeraciones urbanas. Se llega a la conclusión que los problemas radican en la escasa urbanización y la falta de higiene. Por ello las reformas principales que se plantearon en el congreso fueron: a) la urbanización y la mejora de las condiciones higiénicas y laborales, b) la construcción de habitaciones obreras en los grandes centros industriales y el traslado de los cementerios interurbanos, y c) asegurar ambas propuestas a través de la educación. Sin embargo, la demora de aplicación de las reformas conduce a llevar a cabo una normativa más concreta en el Segundo Congreso Internacional de Saneamiento y Salubridad de la vivienda celebrado en 1906 en Ginebra (Massana 1991).
 - 15 “Durante un cuarto de siglo, por lo menos, hasta que los esfuerzos de moralización, de familiarización, de instrucción e integración del pueblo no comience a dar sus frutos, el mal olor del proletariado seguirá siendo estereotipado” (Corbin 1987: 47).

- 16 Sería interesante analizar cuáles han sido las implicaciones que ha tenido la visión mecanicista del cuerpo como apéndice de un determinado desarrollo de los medios de trabajo en un futuro, entre los que destacan el taylorismo, etc..
- 17 Pérez de Escobar(1776) recoge muy bien en sus recomendaciones populares la creencia en el mal olor como medida eficaz para combatir la epidemia. Asegura que “Averroes manda oler frecuentemente las orinas de macho cabrío en tiempo de peste, y lo prefiere á todos los demas preservativos” (p.81). Costumbre que se practicaba en varias partes del mundo. Así en Inglaterra los médicos mandaron abrir las cloacas y comprobaron que “cesó la peste despues de haberse llenado el ayre de olores hediondos” (p.81), y entre los sármatas “para apaciguar la peste matar perros, y gatos, y dexarlos por las plazas, y las calles hata que se podreciesen, intentando en el hedor de la podredumbre aplicar un antídoto al veneno de ella” (p.81).

X CONCLUSIONES

En esta investigación el enfoque interdisciplinar ha sido fundamental a la hora de analizar la relación dialéctica entre la teorización sobre la naturaleza de las causas mórbidas y las medidas aplicadas para su erradicación, sustentadas por la teoría miasmática durante los siglos XVIII y XIX. Mi estudio de la génesis miasmática, en particular, me ha permitido profundizar en el proceso global de secularización del conocimiento de las enfermedades colectivas llevado a cabo por los médicos, lo cual constituye uno de los aspectos analizados por el “proceso de medicalización”.

La teoría miasmática fue, durante el siglo XVIII, una corriente dominante del paradigma ambiental, que consolidó una explicación empírica de tipo multicausal. Los defensores de esta teoría, partiendo de la relación que se establecía entre el aire y la enfermedad, acumularon datos dispersos y contabilizaron fenómenos meteorológicos, porque pretendieron determinar con exactitud dónde localizar el agente mórbido, o sea el miasma. Por este motivo, el aire se convirtió en un objeto de estudio primordial por su doble vertiente: causa y agente.

Sin embargo, en el siglo XIX, a raíz de las polémicas suscitadas en torno a la teoría miasmática entre los defensores de las tesis contagionistas y los partidarios de las tesis anticontagionistas, se hizo evidente la inespecificidad mórbida de los miasmas, su naturaleza indeterminada y su incapacidad para ser analizados por un método experimental. Todos estos elementos contribuyeron al declive científico de la teoría miasmática, cuya caída fue acelerada, a su vez, por la descalificación de la percepción olfativa como instrumento fiable en la práctica médica.

La superación definitiva de la teoría miasmática, ya anunciada por los seguidores de las tesis contagionistas, se produjo a finales del siglo XIX tras el descubrimiento experimental de la existencia del microbio. La teoría microbiana transformó la concepción de la enfermedad y sistematizó un nuevo mé-

todo experimental de investigación médica, tema éste que no he desarrollado aquí por no ser el objeto de estudio de mi investigación.

En el siglo XVIII, el miasma se hallaba definido por el determinismo olfativo unívocamente asociado a la noción de pestilencia (vehículo y no causa mórbida). Al sistematizarse la teoría miasmática se suscitó el debate académico, especialmente entre los contagionistas y los anticontagionistas, puesto que estos últimos defendían los principales postulados de dicha teoría. Una de las conclusiones de mi trabajo ha sido la de constatar la evidencia de contradicciones entre ambas corrientes al comparar sus reflexiones teóricas sobre la naturaleza de las causas de las enfermedades colectivas y las medidas que aplicaron para erradicarlas o prevenirlas.

En la polémica fue de especial interés, no sólo el determinismo olfativo que limitaba la noción de miasma, sino también el tema de la contagiosidad. Los anticontagionistas y los contagionistas reconocieron el aire como elemento propagador de las enfermedades colectivas. Sin embargo, mientras que para los contagionistas el aire era solamente observado como un vehículo transmisor de las enfermedades, para los anticontagionistas era vehículo y, a la vez, generador de enfermedades. De ahí que éstos últimos se interesasen por analizar cómo influían los fenómenos atmosféricos en la transformación del aire en causa mórbida.

Dichas corrientes manifestaron contradicciones en su análisis teórico sobre las causas, y en sus prácticas, especialmente dentro del ámbito preventivo. Los contagionistas hacían del aire un elemento de contagio “quasi” físico, mientras que sus “opponentes” aceptaban la capacidad contagiosa del aire. Por tanto, mientras que los anticontagionistas introducían las prácticas fumigatorias sin dejar por ello de combinarlas, de vez en cuando, con medidas sustentadas por los principios contagionistas (como los lazaretos, los cordones sanitarios, las cuarentenas); los seguidores de las tesis contagionistas nunca aceptaron las prácticas fumigatorias como medidas eficaces. En todo caso, las prácticas de erradicación y prevención aplicadas en esa época fueron ineficaces para controlar definitivamente las enfermedades epidémicas.

A pesar de todo, he observado que la amplitud de la teoría miasmática había permitido la existencia de estas contradicciones, siendo por lo tanto difícil afirmar que sus postulados pertenecieran únicamente al ámbito anticontagionista. La miasmas conservaban la contagiosidad en la propagación, y legitimaban un análisis ambiental de los fenómenos relativos a los procesos

patológicos, permitiendo a los médicos barajar factores múltiples para explicar la formación de epidemias.

Así mismo, la teoría miasmática evolucionó, al pasar de un discurso eminentemente geográfico, sobre todo relativo a la insalubridad y obsesionado por la localización espacial de los miasmas, en el siglo XVIII, a un discurso multidisciplinar que abarcaba explicaciones de tipo histórico, sociológico y antropológico, en el siglo XIX, ampliando el ámbito de actuación de la teoría miasmática.

La percepción olfativa, relegada a un segundo término por los filósofos racionalistas, desempeñó un papel fundamental en el saber médico y en el desarrollo del discurso higienista antes del descubrimiento experimental del microbio. En la práctica médica el olfato se convirtió en el instrumento-centinela que advertía al médico de la presencia de los miasmas, a pesar de ser a su vez un sentido inapropiado para establecer un diagnóstico fiable y para distinguir la especificidad patológica. Esta importancia contrasta con la descalificación olfativa que se produjo en el siglo XVIII, en el ámbito de la moralización de las costumbres.

La percepción olfativa fue importante en la teorización de las causas mórbidas y las medidas de erradicación precisamente al ser observados los miasmas como olores patológicos y no sólo como elementos molestos a la sensibilidad. Fue durante el siglo XIX, sobre todo a partir de la segunda mitad, tras imponerse la corriente higienista en el discurso médico, cuando el hedor pasó a ser un elemento que desvelaba las condiciones sociales de vida de los obreros, de los enfermos y de los presos. Al ser apoyado mediante argumentaciones de tipo científico, el discurso naturalista en relación a la desodorización reforzó una mayor intolerancia hacia los malos olores.

Las prácticas de desodorización estuvieron vinculadas a la desinfección, en tanto en cuanto pretendían eliminar los miasmas. Sin embargo, una vez se llegó a demostrar la ruptura entre la relación causal hedor/enfermedad, a finales del siglo XIX, el mal olor continuó vinculándose al microbio, pero esta vez con una diferencia: dejaba de constituir una causa para convertirse en un epifenómeno de los microorganismos procedentes de la materia en putrefacción. Se había descubierto por fin que la desodorización era independiente de la desinfección. Los olores dejaron de ser importantes para el avance del desarrollo etiológico, así como para una práctica diagnóstica cada vez más especializada y tecnificada.

La teoría miasmática confirió a los médicos un arma eficaz para justificar su legitimación intervencionista. En esta investigación, el análisis del proceso de secularización que se produjo en el conocimiento de las enfermedades tendría que complementarse con el análisis de los mecanismos que permitieron a la medicina instituirse como saber hegemónico, tanto en el terreno teórico como en el práctico.

En la actualidad, todavía observamos la utilización en el imaginario social de metáforas olfativas referidas a la infección. La intolerancia olfativa se encuentra apoyada por el discurso naturalista del hedor, es decir, por la relación entre el mal olor y la infección. Este hecho se observa, por ejemplo, en la publicidad de detergentes o desodorantes, con la asociación que se hace entre desinfección y desodorización, o sea, entre eliminación o simulación de los malos olores.

La naturalización de los olores insiste en la búsqueda de la asepsia olfativa en el espacio, sea éste privado o público. Al demostrarse como inviable semejante tarea, pues el olor está siempre presente, se han desarrollado estrategias alternativas, reproducidas por ejemplo por el influyente discurso publicitario, destinadas por un lado a sobrearomatizar aquello que se desea resaltar (comida precocinada, cremas corporales, jarabes, refrescos) y por el otro, a disminuir la intensidad odorífera de aquello que se pretende esconder (bolsas de basura, plásticos, el propio cuerpo, entre otros). Se aromatiza para engañar, así como para vender. El perfume no sólo aromatiza sino que distingue socialmente.

También cabría añadir que, como argumento discriminatorio, las metáforas olfativas continúan manteniendo su vigencia en la actualidad. Por ejemplo, baste recordar aquí las alusiones, presentes en el habla cotidiana, sobre el “mal olor” de los grupos sociales sometidos a la marginación (mendigos, gitanos...) o el de los inmigrantes del Tercer Mundo que viven entre nosotros. El análisis del discurso olfativo nos introduce en el terreno de las desigualdades sociales y nos desvela cuáles son sus mecanismos de naturalización.

Finalmente, después de constatar la existencia de las metáforas olfativas referidas a la infección y apoyándome en mi investigación, propongo la utilización del concepto de miasma, para referirnos a la creencia social que relaciona el mal olor y la enfermedad. Esta propuesta favorecería la realización de un análisis transcultural si partieramos de este concepto.

XI

BIBLIOGRAFIA

1. CATALOGOS BIBLIOGRAFICOS

Académie de Médecine

- 1921 *Centenaire de l'Academie de Medicine 1820-1920*. Paris, Libraires de l'Académie de Médecine.

Blake, J.B. (comp),

- 1979 *A short title catalogue of eighteenth century printed books in the National Library of Medicine*. Maryland, Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health National Library of Medicine.

Corbella, J.

- 1993 *Memòries manuscrites de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*. Barcelona, Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona.

Direcció general del patrimoni escrit i documental-Servei de biblioteques i del patrimoni bibliogràfic

- 1986 *Catàleg de la biblioteca de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona*. Barcelona, Catàlegs de Biblioteques de Catalunya, Generalitat de Catalunya, sèrie Impresos segles XV a XVIII, núm.1.

Durling, R.J. (comp)

- 1967 *A catalogue of sixteenth century printed books in the National Library of Medicine*. Maryland, U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, National Library of Medicine.

López Piñero, J.M., Peset, M., García Ballester, L., Terrada, L. y Zaragoza, J.R.

- 1973 *Bibliografía histórica sobre la ciencia y la técnica en España*. Valencia-Granada, Departamento de Historia de la Medicina, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, colección Cuadernos Hispánicos de la Historia de la Medicina y de la Ciencia, núm.13.

National Library

- 1967 *Bibliography of the History of Medicine*. Maryland, National Library of Medicine Maryland.

Wellcome Institute

- 1976 *A catalogue of printed books in the wellcome historical medical library III (1641-1850 A-E; 1641-1850) F-L*. London, The Wellcome Institute for the History of Medicine, University Press Oxford.

Wellcome Institute

- 1980 *Subject catalogue of the History of Medicine and relates sciences (Subject section 5. Hygiene Military, Hospitals)*. London, The Wellcome Institute for the History of Medicine and relates Sciences and München, Kraus International Publications.

2. FUENTES

2.1. DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS

2.1.1. Obras generales

Academia Española

- 1726-1739 *Diccionario de la lengua castellana*. Madrid, Real Academia Española, tomos I-VI

Academia Española

- 1803 *Diccionario de la lengua española*. Madrid, Viuda de Don Joaquin Ibarra, impresora de la Real Academia, cuarta edición.

Academia Española

- 1822 *Diccionario de la lengua castellana por la academia española*. Madrid, Imprenta Nacional, sexta edición.

Academia Española

- 1823 *Diccionario de la lengua castellana por la Academia Española*. Madrid, Imprenta Nacional, séptima edición.

Academia Española

- 1840 *Diccionario de la lengua castellana por la Academia Española*. Madrid, Librería de Ramos.

Academia Española

- 1852 *Diccionario de la lengua castellana por la Academia española*. Madrid, Imprenta Nacional.

- Academia Española (1869), *Diccionario de la lengua castellana por la Real Academia Española*. Madrid, Imprenta de D. Manuel Rivadeneyra, undécima edición.

Academia Española

- 1884 *Diccionario de la lengua castellana por la Real Academia Española*. Madrid, Imprenta de D. Gregorio Hernando, duodécima edición.

Academia Española

- 1899 *Diccionario de la lengua castellana, por la Real Academia Española*. Madrid, Imprenta de los Sres. Hernando y Compañía, decimatercia edición.

Alcover, A.M. i Moll, F.

- 1968 *Diccionari català-valencià-balear*. Palma de Mallorca, ed. Moll, segona edició.

Bartra, A.

- 1982 *Diccionario de mitología*. Barcelona, ed. Grijalbo.

Battaglia, S.

- 1978 *Grande Dizionario della Lingua Italiana*, vol. X (Mee-Moti), Torino, Unione Tipografico -Editrice Torinese.

Brunonis, J.P., Messanensi, B.C.

- 1688 *Amaltheum Castello-Brunonianum*. Noriembege, Sive Lexicon Medicum.

Chantraine, P.

- 1980 *Dictionnaire etymologique de la langue gracque, histoire des mots*. Paris, Kincksiech CNRS.

CNRS

- 1985 *Tresor de la langue française. Dictionnaire de la langue du XIX et du XX siècle (1789-1960)*. Paris, Gallimar CNRS.

Cobarruvias Orozco, S.

- 1611 *Tesoro de la lengua castellana*. Madrid, Luis Sanchez impressor del Rey N.S.

Corominas, J.

- 1954 *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana*. Madrid, ed. Gredos.

Coromines, J.

- 1985 *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*. Barcelona, Curial edicions catalanes Caixa de Pensions "La Caixa".

Costa, A. C. (revisat per)

- 1868 *Diccionari suplement de tots los dictionaris publicats fins ara de la llengua catalana redactat per una societat de literats cultivadors de la llengua catalana*. Barcelona, ed. Espasa.

De Miguel, R.

- 1889 *Diccionario latino-español etimológico*. Madrid, ed. Agustín Jubera.

García de Diego, C.

- (1985 *Diccionario etimológico español e hispánico*. Madrid, Espasa Calpe.

Godefroy, F. de,

- 1881 *Dictionaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du IXe au XV siècle*. Paris, Vieweg.

- Grimal, P.
 1965 *Diccionario de la mitología griega y romana*. Barcelona, ed. Labor.
- Larousse, P.
 1873 *Dictionnaire du XIX siècle*. Paris.
- Pey Estrany, S.
 1970 *Diccionario de sinònims, idees afins i antònims*. Barcelona, ed. Teide/Lavínia.
- Sebastián y Arza, F.I.
 1972 *Diccionario griego español*. Barcelona, ed. Ramón Sopena.

2.1.2. Medicina

- Bouchut, E. y Després, A.
 1878 *Diccionario de medicina y de terapéutica médica y quirúrgica*. Madrid, ed. Carlos Bailly-Bailliere, (traducido del francés).
- Cuesta y Ckener, J.
 1883 *Vocabulario tecnológico de medicina, cirugía, farmacia y ciencias auxiliares*. Madrid, establecimiento tipográfico, segunda edición, tomo I.
- Dechambre, A., Lerenboullet, I.
 1864-1889 *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*. Paris, P. Asselin Libraire de la Faculté de Médecine (de 1864 a 1885), G. Masson Libraire de l'Académie de Médecine (depuis 1886).
- Dictionnaire
 1812-1822 *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Paris, CLF Panckoucke, tome Treinte-Troisième.
- Dictionnaire
 1714-1788 *Dictionnaire Historique de la Médecine, contenant son origine, ses progrès, ses Révolutions, ses sectes & son état chez différents peuples; ce que l'on a dit des Dieux ou Héros anciens de cette science. L'Histoire des plus célèbres médecins, Philosophes ou Personnes savantes de toutes nations qui ont concouru à son avancement*.
- Dictionnaire. Par Mxxx, ancien Médecin des Armées du Roi, & M. De Bxxx, Médecin des Hôpitaux
 1777 *Dictionnaire portatif de santé*. Paris, chez Joseph Barbou, sixième édition, tome premier, tome second (a partir de MAL, mismo año).
- Diderot, M. & D'Alambert, M.
 1751-1767 *Encyclopédie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*.
- Diderot, M & D'Alambert
 1779 *Dictionnaire des sciences. Encyclopedie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par una société de gens de lettres*. Gèneve, Jean Leonard Pe-

- llet, troisième édition, tome XXI, Tome IX. Neufchatel, Imprimeur de la République.
- Diderot, M. & D'Alambert, M.
1821 *Encyclopedie methodique. Medicine*. Mise publiée par Vicq-d'Azur, et continuée par M. Moreu. Paris, Mme. Veuve Agasse, tome dixième.
- Duglison, R.
1865 *Medical Lexicon. A dictionary of Medical Science*. Philadelphia, Blanchard and Lea.
- Eulenburg, A.
1885-1891 *Diccionario enciclopédico de medicina y cirugía prácticas*. Traducido por Dr. D. Isidoro de Miguel y Viguri. Madrid, ed. Agustín Jubera (tomos III, IV, V, VII, VIII) y ed. Sáenz de Jubera (tomo XIII).
- Fabré
1857-1866 *Diccionario de los diccionarios de medicina franceses y extranjeros*. Madrid, Imprenta y estereotipia española de los señores Nieto y compañía.
- Jaccoud
1864-1886 *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, J.B. Baillière et Fils Libraires de l'Académie de Médecine.
- James, M.
1746-1748 *Dictionnaire universel de Medecine, de chirurgie, de chymie, de botanique, d'anatomie, de pharmacie, d'histoire naturelle &c.* Traduit de l'anglois de M. James par M. Diderot, eidous Toussaint Revu, corrigé & augmenté par M. Julien Busson, Docteur-Régent de la Faculté de Medecine de Paris. Paris, Tome Quatrième.
- Littré, E.
1889 *Diccionario de medicina y cirugía*. Traducción española de la última edición francesa J. Aguilar Lara y M. Carreras Sanchis y precedido de un prólogo del Dr. Amalio Gimeno. Valencia, Librería de Pascual Aguilar, tomo I-II.
- Macquer, M.
1778-1784 *Dictionnaire de chymie, contenant la théorie et la pratique de cette science*. Second edition, P. Fr. Didot Jeune., Paris, Libraire de la Faculté de Médecine, tomo I-II-III-IV.
- Mérat, F.V. et A.J. De Lens
1829 *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale*. Paris, J.B. Baillière, Méquignon, Mervir.
- Nysten, P.H., Bricheteau, H., Briand, J.
1848 *Diccionario de medicina, cirugía, farmacia, medicina legal, física, química, botánica, mineralogía, zoología y veterinaria*. Traducido al castellano y revisado

por D. José Castells. Barcelona, Imprenta de J. Roger, novena edición, nuevamente revisado por A.J.L. Jourdan, tomos I-II.

Recueil

1965 *Recueil de planches, sur les sciences, les arts liberaux et les arts méchaniques, avec leur explication*. Paris, Cercle du Livre Précieux (reproducción).

Ruíz Lara, R., Segatore, L. y Poli, G.A.

1988 *Nuevo diccionario médico*. Barcelona, ed. Planeta-Agostini.

Valmont-Bomare

1731-1807 *Dictionnaire raisonné universel d'histoire naturelle*. Lyon, chez Bruyset Freres, quatrieme edition.

Vicat

1778 *Supplement au dictionnaire raisonné universel d'histoire naturel de M. Valmont de Bomare*. Lausanne, La Societé Typographique.

2.2. TOPOGRAFÍAS MEDICAS

Clave

1831 *Clave que la Comisión de Topografías ha propuesto á la Academia para facilitar la formacion de la Topografía de los pueblos de la Provincia de Cataluña (30 de marzo de 1831)*. Manuscrito de la RAMCB, legajo 8.

2.2.1. Localidades

AGRAMUNT (a): Anónimo

1916 *Estudio topográfico-médico de la villa de Agramunt*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 58, núm.5.

AGRAMUNT (b): Casanovas, F. de P.

1920 *Topografía médico-sanitaria de Agramunt*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.15.

ALCOVER: Anónimo

1912 *Topografía médica de Alcover*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 5, núm.6.

BADALONA: Tuixans y Pedragosa, J.

1902 *Apuntes topografico-médicos de Badalona*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 5, núm.6.

BAÑOLAS: Mascaró y Castañer, J.M.

1912 *Topografía médica de Bañolas*. Manuscrito de la RAMCB (2 volúmenes), armario 5, legajo 57, núm.1.

BARCELONA: Anónimo

- 1850 "Topografía médica del puerto de Barcelona acompañada de un juicio de las causas de las enfermedades que se observaron en él, en los meses de octubre y noviembre del corriente años de 1803, y medios de precaverlas en lo sucesivo, presentada a la Real Academia de Medicina práctica de Barcelona, por los socios debajo firmados, en 21 de diciembre del mismo año", *La Abeja Médica*, 10.

BLANES: Ocaña y Sierra, J.

- 1958 *Estudio topografico-medico de Blanes*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, registro 112.

CALAF: Llorens y Gallart, I. de

- 1903 *Topografía medica de Calaf*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo, núm.24.

CALDAS DE MALAVELLA: Arrió y Triay, F.

- 1876 *Estudio topografico-medico de la villa de Caldas de Malavella*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.8.

CALDAS DE MONTBUY: Suriol i Torra, J.

- 1926 *Estudio topografico-medico de Caldas de Montbuy*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 56, núm.13.

CAMPRODÓN (a): Sau y Santaló, J.

- 1927 *Topografía médica de Camprodón*, Impresa en Sant Feliu de Guixols.

CAMPRODÓN (b): Armangué i Tuset, J.

- 1930 *Crítica i comentaris a la topografía medica de la comarca Camprodón*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 5, núm.17.

CASTELLAR DEL VALLES: Vergés y Vernis, P.

- 1894-5 *Topografía médica de Castellar (San Esteban) o del Valles*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 5, núm.4.

CASTELLFOLLIT DE LA ROCA: Costa Sagués, P.

- 1952 *Geografía médica de Castellfollit de la Roca*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, registro 155.

CASTELLTERSOL: Carreras y Piñana, N.de,

- 1892 *Bosquejo médico-topográfico de Castelltersol*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.10.

ESPARRAGUERA: Valls Broquetes, O.

- 1933 *Topografía medica d'Esparraguera*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 4, núm.10.

ESPLUGA DE FRANCOLI (a): Anónimo

- 1878 *Aguas minero medicinales de Espluga de Francolí*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, número 5.

- ESPLUGA DE FRANCOLI (b): Anónimo
1896 *Apuntes para el estudio topografico-medico de Espluga de Francolí. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, número 6.*
- ESPLUGA DE FRANCOLI (c): March Anglada, L.
1906 *Topografía médica de Espluga de Francolí. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.3.*
- ESPLUGA DE FRANCOLI (d): March y Anglada, L.
1906 *Apuntes para la topografía medica y demografía de Espluga de Francolí. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.4.*
- GARCIA: Raduá y Oriol, E.
1891 *Datos para el estudio médico-topográfico de Garcia (Tarragona). Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 3, núm.14.*
- GERONA (a): Gelabert, F.
1841 *Topografía médica de la ciudad de Gerona. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.2.*
- GERONA (b): Brun, J.
1853 *Topografía medica de la ciudad de Gerona. Manuscrito de la RAMCB, Libro de Memorias Manuscritas 1830-1855, tomo 12, núm.25.*
- GERONA (c): Oliu Pages, J.
1881 *Estudio topográfico médico de Gerona. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 55, núm.1.*
- LA ESCALA: Pi, R.
1884 *Topografía de La Escala. La Escala y su termino. Memoria medico-topografica. Manuscrito de la RAMCB, armario legajo 5, núm.3.*
- LERIDA (a): Marles y de Cusa, L. de ,
1879 *Estudio medico topográfico y estadístico de Lérida. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 58, núm.2.*
- LERIDA (b): Rabasa Fontseré, J.
1916 *Estudio topográfico-médico de Lérida. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 4, núm.8.*
- MAHON (a): Bals y Cardona
1800 *Topografía de Mahon. Meterologia. Observacion diaria triple cotidiana de las elevaciones y movimiento del mercurio en el barometro desde el primero del año 1792 hasta el ultimo del concluido de 1799. Dividido en ocho panoramas anuales que se comprenden en el indicado tiempo. Manuscrito de la RAMCB, vol.X, núm.205.*
- MAHON (b): Hernández, A.
1806 *Topografía del Hospital militar de Mahon. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 52, núm.3.*

- MANRESA (a): Melcior y Farré
1888 *Topografía médica de Manresa*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 51, núm.13.
- MANRESA (b): Anónimo
1894 *Topografía médica de Manresa*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 51, núm.12.
- MANRESA (c): Anónimo
1905 *Topografía médica de Manresa*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 5, núm.15.
- MARTORELLES: Anónimo
1904 *Topografía médica de Martorelles (Bajo Vallés)*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 52, núm.5.
- MATARO: Anónimo
1880 *Topografía médica de Mataró y su zona*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 58, núm.1.
- MONTSERRAT: Tuixans Pedragosa, J.
1904-5 *Apuntes para una topografía médica de Montserrat*. Mesografía. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 52, núm.4.
- OLOT (a): Casellas Coll, P.
1856 *Observaciones médicas admosfero-topograficas de la villa de Olot y sus inmediaciones presentadas a la M. Iltre....* Manuscrito de la RAMCB, no catalogado.
- OLOT (b): Bassols y Prim, A.
1879 *Estudio topográfico-médico de Olot*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 58, núm.4.
- OLOT (c): Casellas y Coll, P.
1894 *Ensayo topografico-filosofico-médico, ó sea, reseña circunstanciada de la localidad y de los habitantes de la M.L.V. de Olot*. Barcelona, Imprenta de Agustín Marcobal, armario 5, legajo 52, núm.8.
- PALMA DE MALLORCA: Anónimo
1886 *Topografía médica de Palma de Mallorca*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 54, núm.12.
- PRAT DE LLOBREGAT: Anónimo
1904 *Breves apuntes para la topografía médica del Prat de Llobregat*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 53, núm.1.
- REUS (a): Ardevol, J.
1820 *Ensayo sobre la topografía y estadística de la villa de Reus en Cataluña.-Círculo que por relacion de localidad y circunstancias, podrá servir como punto cardinal de comparacion para los demas pueblos de España*. Madrid, Impreso por Espinosa.

- REUS (b): Aluja Miguel, A.
1887 *Topografía médica de Reus*. Reus, Imprenta y Librería de Viuda de Torroja, armario 5, legajo 5, núm.20.
- SABADELL (a): Puig y Sardà, P.
1891 *Topografía médica de Sabadell*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 52, núm.2.
- SABADELL (b): Rius y Tarragó, A.
1914 *Topografía médica de Sabadell. Estudio médico-demográfico higiénico social con historia y folklore*. Barcelona, Imprenta. J.Huguet.
- SALLEN: Bové y Piqué, E.
1897 *Topografía médica de Sallent*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 58, núm.3.
- SEO DE URGEL: Aluja y Miguel, A.
1886 *Topografía médica de Seo de Urgel*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 52, núm.9.
- TARRASA: Aymerich Gilbertó, P.
1881-2 *Tarrasa su topografía medica*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 56, núm.1.
- TORTOSA (a): Santiago Vila, F.
1891 *Estudio topográfico medico de Tortosa y su término*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 53, núm.3.
- TORTOSA (b): Vilà Olesa, M.
1901 *Apuntes topografico-médicos de Tortosa*. Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 4, núm.12.
- TORTOSA (c): Suárez de Figueroa y Cazeaux, J.
1913 *Estudio higiénico y médico del partido judicial de Tortosa con un resumen de aguas potables de los partidos de Falset y Gandesa*. Barcelona, Imprenta de Pedro Ortega.
- TREMP: Roure y Giol, A.
1889 *Topografía médica de Tremp*, Manuscrito de la RAMCB, armario 5, legajo 56, núm.2.
- VILADRAU: Ariet Barberis, A.
1913 *Topografía médica de Viladrau*. Manuscrito de la RAMCB, armario, legajo, núm.2

2.3. TRATADOS DE HIGIENE

Anónimo

- 1877 *The toilette; or a guide to the improbement of peronal appearance and the preservation of health* (by the authors of "The household book of practical receipts" &&. London, John Dicks, seventh edition.

Balaguer, P.

- 1865 *De las funestas consecuencias físicas y murales de la inobservancia de los preceptos higiénicos en la actual sociedad. Sesión inaugural 1863-1866*. Barcelona, Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

Comenge, L.

- 1905 *Generación y crianza o higiene de la familia*. Barcelona, José Espasa.

Comenge, L.

- 1918 *Cartilla del desinfector*. Barcelona, Imprenta de Juan Vidal.

Congreso

- 1898 *Guía redactada con ocasión del IX Congreso internacional de higiene y demografía. 10-17 de abril 1898. Guía de la villa y corte de Madrid. Madrid-higiene-demografía-cultura*. Madrid, Est. Tipográfico de Ricardo Fé.

Debreyne, P.J.C.

- 1856 *Compendio de fisiología humana para servir de introduccion á los estudios de la filosofía y de la teología moral seguido de un breve tratado de higiene práctica, obra destinada especialmente al clero y á los seminarios*. Barcelona, Imprenta de Pons y cia.

Delfin, M.

- 1890 *Higiene popular*. Habana, Imprenta "El Pilar" de Manuel de Armas.

Giné y Partagás, J.

- 1880 *Curso elemental de higiene privada y pública*. Barcelona, vol. I, II, III (Precedido de un prólogo del Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez en el volumen I), cuarta edición, Juan y Antonio Bastinos.

Giné y Partagás, J.

- 1882 *Curso elemental de higiene privada y pública*. Barcelona, vol.II, III (Corregida y aumentada por el Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez en los vol. II y III), tercera edición, Juan y Antonio Bastinos.

Letamendi, J. de

- 1874 *El pro y el contra de la vida moderna bajo el punto de vista médico social (Discurso inaugural de la Academia de Medicina de Barcelona, en 1874)*. Barcelona, Establecimiento Tipográfico de Narciso Ramírez.

- Marsillach y Parera, J.
1869 *¿Qué medios deberá aconsejar el médico-higienista al gobierno para atenuar los funestos efectos ocasionados por la prostitución?* . Barcelona, Establecimiento Tipográfico de Jaime Jesús Roviralta.
- Monlau, P.F.
1855 *¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno á favor de las clases obreras?* . Manuscrito de la RAMCB, legajo 12, num.11.
- Monlau, P.F.
1857 *Elementos de higiene privada ó arte de conservar la salud del individuo* . Madrid, Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra, segunda edición.
- Monlau, P.F.
1862 *Elementos de higiene pública ó arte de conservar la salud de los pueblos. Vol.I, II y III* . Madrid, Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra, segunda edición.
- Monlau, P.F.
1984 “Higiene industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el Gobierno a favor de las clases obreras?”, en Monlau y Salarich, *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, Anthropos ed. Barcelona.
- Proust
1881 *Traite d'Hygiene*. Paris, G. Masson.
- Rengade, J.
1886 *La vida normal y la salud*. Barcelona, Montaner y Simon ed.
- Rengade, J.
1886 *La vida normal y la salud por el Dr. Rengade*. Barcelona, Muntaner y Simon ed.
- Rius y Matas, P.
1897 *Higiene industrial. Discurso leído en la inauguración del curso académico de 1896 á 1897 de la escuela municipal de artes y oficios de la villa de Gracia* . Barcelona, Tipografía de Francisco J. Altes Alabart.
- Rodríguez Méndez, R.
1874 *Prolegómenos de higiene*. Barcelona Establecimiento tipográfico de Jaime Jesús. Salarich, J.
1984 “Higiene del Tejedor. O sean, medios físicos y morales para evitar las enfermedades y procurar el bienestar de los obreros ocupados en hilar el algodón”, en Monlau y Salarich, *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, Anthropos ed. Barcelona.

2.4. TRATADOS DE DIVULGACION HIGIENICA

Anónimo

- 1905 *El amigo de la casa. Guía elemental y práctica de las familias. Enfermedades infecciosas y contagiosas (evitables), accidentes (heridas, etc.), envenenamientos, é higiene de la Madre y del niño durante la gestación y la lactancia*. Barcelona, Tipografía "La Academia" de Serra Hermanos y Russell (Publicación de la casa Vivas Pérez, Almería).

Chicote, C.

- 1899 "Instrucciones sanitarias contra la peste (publicadas por el Ministerio de la Gobernacion). Desinfección y saneamiento", *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, pp. 89-94.

Gómez de Bustamante, B.

- 1853 *Reflexiones sobre la higiene naval*. Madrid, Imp. de la Compañía de Impresores y libreros del Reino.

Joubert, L.

- 1602 *Erreurs populaires et propos vulgaires touchant à la médecine*. Lyon.

Pérez de Escobar, A.

- 1776 *Avisos médicos, populares y domesticos. Historia de todos los contagios. Preservacion, y medios de limpiar las casas, ropas, y muebles sospechosos. Obra util, y necesaria á los médicos, cirujanos, y ayuntamientos de los pueblos*. Madrid, D. Joachin Ibarra impresor de Cámara de S.M.

Raspail, F.V.

- 1851 *Manual de la salud para 1851. Medicina y farmacia domésticas, conteniendo todos los conocimientos teórico-practicos necesarios, para saber preparar y emplear los medicamentos a fin de preservarse ó conseguir la curacion prontamente y con poco coste, de la mayor parte de las enfermedades curables, y procurarse un alivio equivalente casi á la salud en las incurables ó crónicas*. Barcelona, Imprenta y librería de la señora viuda é hijos de Mayol, sexta edición.

Tissot

- 1776 *Tratado de las enfermedades mas frecuentes de las gentes del campo*. Madrid, Imprenta de Pedro Marín, segunda edición.

2.5. TRATADOS DE OSMOLOGIA

Brillat-Savarin

- 1869 *Fisiología del gusto*. Madrid, Librería de Alfonso Durán.

- Cloquet, H.
1821 *Traite des odeurs, du sens et des organes d'olfaction avec l'histoire deitaillee des maladies du nez et des fosse nasales et des operations qui leur conviennent* . Paris.
- Collet, Dr. J.F.
1904 *L'odorat et ses troubles*. Paris, Beilliere et fils, Paris.
- Dumas, G.
1907 "L'odeur de sainteté", *La Revue de Paris*, november, pp. 534-540.
- Landré-Beauvais, A.J.
1813 "Des signes tirés des odeurs", en Landré-Beauvais, A.J. *Semiotique ou traité des signes des maladies*. Paris, J.A. Brosson, Paris.
- Larguier des Bancel, J.
1912 *Le gout et l'odorat (Questions biologiques actuelles, collection de Monographies, publiée sous la direction de M.A. Dastre, membre de l'Institut)*. Paris, Librairie scientifique A.Hermann.
- Le Cat, C.N.
1767 *Traite des sensations y des passions en general y des sens en particulier*. Paris, Vallat-La Chapelle, tomo 2.
- Monin, Dr E.
1903 *Les odeurs du corps humain. Causes et traitements*. Paris, Doin.
- Virey, J. J.
1800 "Des odeurs que répandent les animaux vivants", *Recueil périodique de la société de médecine de Paris*, vol. VIII, año VIII.
- Virey, J. J.
1812 "De l'osmologie, ou histoire naturelle des odeurs", *Bulletin de Pharmacie*, vol. IV, pp. 193-228.

2.6. OTRAS FUENTES

- Academia
1816 *La Academia informa dando varios preceptos para los trabajadores que han de remover las tierras como: fuegos de leña en los sitios excavados, fumigaciones muriáticas oxigenadas, cal; y que coman manteca de ajo vulgarmente llamada all y oli y mucho vino* . Manuscrito de la RAMCB, legajo 3 (11 de marzo 1816).
- Alvarez, F., Alvarez, D. Licenciado Fores
1979 *Tres escritos sobre pestilencia del Renacimiento español*. Salamanca, ed. Real Academia de Medicina de Salamanca e Instituto de Historia de la Medicina Española, colección textos Médicos III.

- Anónimo (?), *Noticia de algunos medios de precaver la peste*. Manuscrito de la RAMCB, legajo XVIII.
- Anónimo
1772 *Sobre los efectos poco favorables del perfume y sahumerio utilizados en el Lazareto*. Manuscrito de la RAMCB, legajo XV, núm. 2.
- Anónimo
1785 *Noticia de la epidemia de tercianas, que se padeció en varios pueblos del Urgel y otros parages del Principado de Cataluña en el año de 1785, formada de orden de la Real Junta de Sanidad*, Barcelona, Viuda Piferrer, 1785.
- Anónimo
1820-1821 *Sobre la hediondez que sufren las aguas del mar*. Manuscrito de la RAMCB, carta a la Real Academia de Medicina de Barcelona.
- Anónimo
1821 *Método de fumigaciones*. Manuscrito de la RAMCB, legajo XXVIII, núm.31.
- Anónimo
1867 *Documentos relativos a las causas de insalubridad de Barcelona*. Manuscrito de la RAMCB, legajo XVIII, num.2.
- Anónimo
1870 *Dictamen acerca de la conveniencia, bajo el punto de vista sanitario, de la desaparición del andén alto del puerto, por la comisión de la junta municipal de sanidad nombrada al efecto, aprobado por el excmo. Ayuntamiento en sesión de 15 de noviembre de 1870*. Barcelona, Establecimiento tipográfico de Narciso Ramírez.
- Anónimo
1899 "Sobre el saneamiento de los barcos y la sanidad naval", *Gaceta sanitaria de Barcelona*, pp.162-175.
- Aranzadi, T. de
1899 *Etnología. Antropología filosófica y psicología y sociología comparadas*. Madrid, Romo y Füssel, segunda edición.
- Arcana
1830 *Arcana of science and art or a annual register of popular inventions and improvements...* . London.
- Aréjula, J.M.
1821 *Memoria sobre la ninguna utilidad del uso de los gases acidos para la desinfección ó purificación de las materias contagiosas y de los contagios* . Esparraguera, Imprenta del Gobierno.
- Audouard, M.F.M.
1822 *Relation historique et médicale de la fièvre jaune qui a régné a Barcelone en 1821*. Paris, Moreau.

- Balcells y Camps, J.A.
 1832 *Memoria fisico-química aplicada a la medicina, sobre la infeccion en particular, y sobre los varios desinfectantes que debe haber*. Barcelona, Imprenta de José Torner.
- Borras, F. y Junoy, F.
 1850 “Informe sobre la calentura amarilla del puerto de Barcelona”, *La Abeja Médica*, pp. 47-97.
- Bosch y Cardellach, A.
 1804 Traducción de la obra de Juan Pedro Frank “*Epitome de curandis hominum morbis*” al idioma español hecha por Antonio Bosch y Cardellach, médico de Sabadell. Manuscrito de la RAMCB, vol. LXXXVIII, núm. 741, serie quinta, tomo I-V.
- Comenge, L.
 1903 *Escenas médicas (narraciones y episodios profesionales)*. Barcelona, Tipografía de José Espasa, primera edición.
- Comenge, L.
 1914 *La medicina en el siglo XIX. Apuntes para la historia de la cultura médica en España*. Barcelona, Jose Espasa Editor.
- Condillac, E.
 1803 *Oeuvres complètes de Condillac*. Paris, Dufort imprimeur-libraire.
- De la Guardia, V. (traductor)
 1899 “Desinfectantes y metodos de desinfeccion” (recomendados por el “Health Department” de la ciudad de Nueva York), *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, pp. 59-65.
- Diario
 1832a *Diari general de las ciencias médicas ó colección periódica de noticias y discursos relativos a la medicina y ciencias auxiliares*. Barcelona, Imprenta de J. Verdguer.
- Diario
 1832b “Diario general de las ciencias médicas ó colección periódica de noticias y discursos relativos a la medicina y ciencias auxiliares”, *Salud pública*, primera quincena del mes de junio, pp. 53-56.
- Diario
 1832c “Diario general de las ciencias médicas ó colección periódica de noticias y discursos relativos a la medicina y ciencias auxiliares”, *Salud pública*, segunda quincena del mes de junio.
- Fontseré, E.
 1911 *Elementos de Ciencias Físicas y Naturales*. Barcelona, Gustavo Gilli editorial.

- Foucquet, H.
1780 *Mémoires sur les fievres et sur la contagion*. Montpellier, Imprimerie de Jean François Picot.
- Fracastori, G.
1893 *Les trois livres sur la contagion. Les maladies contagieuses et leurs remèdes*. Paris, L.Meunier Societe d'editions Scientifiques.
- Francisco, I.
1721 *Epilogo de maravillosos, y experimentados antidotos contra la peste, assi preservativos como curativos, para beneficio universal*. Barcelona Ioseph Teixidó, segunda impression.
- Gil y Rojas, B.
1845 *Memoria sobre la fiebre tifoidea de forma mucosa que reino en la provincia de Guipúzcoa y particularmente en la ciudad de San Sebastian y villas de Azcoitia y Deva en los meses de setiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 1845, enero y parte de febrero de 1846*. Barcelona, Memoria premiada con una medalla de oro por la Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona.
- Gimbernat, C.
1832 "Consideraciones: acerca de los inconvenientes, y de la insuficiencia de uso de los coloruros, según el método del farmacéutico Labarraque, y de las ventajas de las fumigaciones guytonianas, en los casos de enfermedades contagiosas ó transmisibles", *Diario General de las Ciencias Periódicas*, num. 41, noviembre, pp. 217-232.
- Girela, M.
1841 *Regimen que deben observar los enfermos tratados en sus padecimientos según el método homeopático*. Manuscrito de la RAMCB, legajo 23, num. 19 (1).
- Griesinger, W.
1883 *Tratado de las enfermedades infecciosas enfermedades de los pantanos, fiebre amarilla, enfermedades tifoideas, fiebre petequial ó tifus de los ejércitos, fiebre tifoidea, fiebre recurrente ó a recaídas, tifoidea biliosa, peste, cólera*. Madrid, Carlos Bailly-Bailliere.
- Guyton-Morveau, L.B.
1803 *Tratado de los medios de desinfectar el ayre, precaver el contagio y detener sus progresos*. Madrid, Imprenta Real.
- Hecquet, P.
1722 *Traité de la peste, ou en reponsant aux questions d'un médecin de province...on fait voir le danger des barraques et des infirmeries forcées, avec un probleme sur la peste*. Paris, Guillaume Cavalier.

- Hipócrates
1794 *Obras de Hipócrates. Aforismos*. Traducidos al francés según el cotejo de veinte y dos manuscritos y de los intérpretes orientales, por el Sr. Lefebvre de Villebrune. Traducido al castellano por un profesor de medicina, Don Blas Roman, Madrid.
- Juanini, J.B.
1679 “Discurso político y físico, que muestra los movimientos, y efectos que produce la fermentación... y las causas que perturban las saludables, y benignas influencias que goza el ambiente de este imperial Villa de Madrid”, en López Piñero, J.M. (1987) *Los orígenes en España de los estudios sobre la salud pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Lefert, P.
1893 *Memorandum de clínica médica y de diagnóstico*. Madrid, Librería editorial de Bailly-Baillière é Hijos, segunda tirada.
- Littré, E.
1849 “Des Vents”, *Oeuvres complètes d’Hippocrate*. Paris, J.B. Baillière, tome sixième.
- Littré, E.
1861 *Oeuvres complètes d’Hippocrate*. Paris, J.B. Baillière et fils, Libraires de l’Académie impériale de Médecine, tome dixième.
- Manifiesto
1822 *Manifiesto acerca el origen y propagacion de la calentura que ha reinado en Barcelona en el año 1821, presentado al Augusto Congreso Nacional por una reunion libre de médicos extranjeros y nacionales*. Barcelona, Imprenta de José Torner.
- Masdevall, J.
1786 *Relación de las epidemias de calenturas pútridas y malignas*. De orden superior en la Imprenta Real.
- Mata y Ripollés, P.
1834 *Refutación completa del sistema del contagio de la peste y demas enfermedades epidémicas en general*. Reus, Imprenta de Pablo Riera.
- Mercado, L.
1599 “De la guarda y providencia que debe haber para la defensa de las provincias, ciudades o repúblicas (en tiempos de peste)”, en López Piñero, J.M. (1987) *Los orígenes en España de los estudios de salud pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Miró y Borrás, O.
1900 *Aforística médica popular catalana*. Manresa, Imprempta de Anton Esparbé.

- Monlau, P.F.
1840 *Abajo las murallas !!! Memoria sobre las ventajas que reportaría Barcelona, y especialmente su industria, de la demolición de las murallas que circuyen la ciudad.* Barcelona, Imprenta del constitucional.
- Nadal et al.
1850 “Informe sobre lacaentura amarilla del puerto de Barcelona en 1803”, *La Abeja Médica*.
- Pascual, J.M.
1555 “Sobre si el cáñamo y el agua en la que se macera pueden inficcionar el aire”, en López Piñero, J.M. (1987) *Los orígenes en España de los estudios sobre la salud pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Piquer, Dr. A. 1711-1772
1987 *Las epidemias de Hippócrates. Con observaciones prácticas de los antiguos y modernos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Publicaciones, documentación y biblioteca.
- Pons, F.
1790 *Memoria practica sobre las calenturas pútridas del Ampurdan*. Barcelona, Eulalia Piferrer.
- Pons y Codinach, A.
1868 *Tratado completo teórico-practico del vomito ó fiebre amarilla, fundado en la practica del autor, é ilustrado con la crítica de las obras y medicaciones mas generalmente admitidas*. Habana, Sans Librería e imprenta de A. Pego editor.
- Porta, I.
1845 *Del verdadero tino práctico*. Barcelona, Memoria de la Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona.
- Quevedo y Medina, R.
1888 *Industrias textiles. Tratado completo de fabricación de hilados y tejidos. Descripción y estudio de las materias que se emplean en la confección de tejidos. Transformaciones que han de sufrir y máquinas que se usan para conseguirlo*. Madrid, El Correo.
- Raciborski, M.A.
1841 *Resumen practico y razonado del diagnostico, que comprende la insteccion, medicion, palpacion, depresion, percusion, auscultacion, olfaccion, gustacion, reactivos químicos, la interrogacion de los enfermos, la descripcion de las enfermedades de la piel, boca, garganta, partes genitales, de las alteraciones de la sangre, de las afecciones del sistema nervioso, del aparato respiratorio, circulatorio, digestivo, urinario, etc. etc.* Madrid, Jordan e Hijos, dos volúmenes.

- Racle, V.A.
1878 *Tratado del diagnostico medico. Guia clinica para estudiar los signos caracteristicos de las enfermedades. Conteniendo un resumen de los procedimientos fisicos y químicos de exploracion clinica. Conteniendo el resultado de los trabajos mas modernos por los doctores U.Fernet y I.Straus.* Madrid, Carlos Bailly-Bailliere.
- Real Junta de Sanidad
1785 *Noticia de la epidemia de tercianas que se padeció en varios pueblos del Urgel y otros parages del Principado de Cataluña en el año de 1785.* Barcelona, Viuda Piferrer.
- Recueil
1965 *Recueil de planches, sur les sciences, les arts liberaux et les arts méchaniques. Avec leur explication.* A Paris, au Cercle du Livre Précieux, avec approbation et privilege du Roy.
- Reglamento de Sanidad Exterior
1899 “Sobre el saneamiento de los barcos y la sanidad naval”, *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, pp. 143-195.
- Rodríguez Méndez, R.
1888 *Concepto de la infeccion y de la desinfeccion.* Barcelona, Imprenta de Federico Sánchez.
- Ronquillo, C.
1899 “Los servicios medico-sanitarios de la ciudad de Barcelona”, *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, pp. 2-6.
- Ronquillo, C.
1871 *Preceptos de salubrificacion y beneficencia, aplicables á las epidemias de Barcelona en general y á las de fiebre amarilla en particular.* Barcelona, Est. Tipográfico de Narciso Ramírez.
- Schmitt, J.
1887 *Microbios y enfermedades.* Madrid, Librería Editorial de D. Carlos Bailly-Baillière.
- Seifert y Müller
1908 *Manual de exploracion clinica y de diagnóstico médico.* Barcelona, Manual Marín.
- Serrano y Marracci, A.
1833 *¿Existe un principio morbífico productor de nuestras enfermedades? ¿Cuál es su naturaleza?.* Madrid, Imprenta de la Compañía de Impresores y Libreros del Reino a cargo de D.F. Sánchez.
- Sierra y Gato, J.
1853 *Sobre el origen del hombre.* Madrid, Imprenta de José M.Ducazcal.

- Sydenham, T.
1816 *Medecine pratique* . Traduit per A.F. Jault, Montpellier, Mmme. Picot, t. I-II.
- Vallin, E.
1884 *Tratado de los desinfectantes* . Madrid, Imprenta de Fortanet.
- Vilardebó y Moret, J.
1870 *La monografía de la fiebre amarilla. Sus causas, su naturaleza, su acción contagiosa, su historia y los medios empleados por su curación desde su primera invasión a Europa en 1730*. Barcelona, Establecimiento Tipográfico de Jaime Jesús Roviralta.
- Villalba, J.
1801 *Epidemiología española, ó historia cronológica de las pestes, contagios, epidemias y epizootias que han acaecido en España desde la venida de los cartagineses hasta el año 1801*. Madrid, Imprenta de D. Fermín Villalpendo, tomo I.
- Villermé, Dr. L.R.
1840 *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employes dans les manufactures de coton, de laine et de soie* . Paris, Jules Renouard, 2 vol.
- Vinay, Le D.C.
1890 *Manuel d'aspezie. La sterilisation et la desinfection par la chaleur. Applications a la chirurgie, a l'obstetrique et a la médecine* . Paris, Librairie J.B. Baillièere et fils.

3. BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Abeles, F. et al.
1988 "La ciencia contemporánea I. El siglo XIX", en Tatón, René (dir) *Historia general de las ciencias*. Barcelona, ed.Orbis, tomo 10.
- Ackerknecht, E.H.
1948a "The fielding H. Garrison Lecture. Anticontagionism between 1821 and 1867", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXII, number 5, pp. 562-593.
- Ackerknecht, E.H.
1948b "Hygiene in France, 1815-1848", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXII, number 2, pp. 117-155.
- Ackerknecht, E.H.
1985 *Medicina y antropología social* . Madrid, ed. Akal.
- Albarracín Teulón, A.
1987 "La medicina colonial en el siglo XVIII: de los aires, aguas y lugares hipocrático a las reflexiones higiénicas del ecuatoriano Eugenio Espejo", *Asclepio*, vol.XXXIX, fasc. 2, pp. 201-215.

- Albarracín Teulón, A., López Piñero, J.M., Granjel, L. S. (ed)
1980 *Medicina e historia*. Madrid, Editorial de la Universidad Complutense.
- Albert, J.P.
1990 *Odeurs de sainteté. La mythologie chrétienne des aromates*. Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Alvarez-Uría, F.
1993 "El historiador y el inquisidor. Ciencia, brujería y naturaleza en la génesis de la modernidad", *Archipiélago: Estado "natural"*, núm.15, pp.43-60.
- Almagor, U.
1987 "The Cycle and Stagnation of Smells: Pastoralists-Fishermen Relationships in a East African Society", *RES:Anthropology and Aesthetics*, num. 13, pp.107-122.
- Ambroselli, C.
1987 "Appart de l'anthropologie historique et de l'histoire des sciences dans l'étude des politiques de santé: la représentation de la peste à la fin du Moyen Age dans l'Occident chrétien", en Retel-Laurentin, A. (coord.) *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris, ed. L'Harmattan.
- Ariés, Ph.
1987 *El hombre ante la muerte*. Madrid, ed. Taurus Humanidades.
- Ariés, Ph. y Duby, G. (dir)
1992 *Historia de la vida privada. Sociedad burguesa: aspectos concretos de la vida privada*. Madrid, ed. Taurus.
- Arrizabalaga, J.
1994 *Medical causes of death in late medieval and early modern Europe: some historiographical considerations* (memoria).
- Arrizabalaga, J.
1994 "Facing the Black Death: perceptions and reactions of university medical practitioners", García Ballester, L, French, R., Arrizabalaga, J. and Cunningham, A. (ed.) (1994) *Practical medicine from Salerno to the Black Death*, Barcelona - Cambridge, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Wellcome Unit for the History of Medicine, Cambridge University Press.
- Axtell, J.
1979 "Ethnohistory: an Historian's Viewpoint", *Ethnohistory*, vol.26, num.1, pp.1-13.
- Bach Dr.
1991 *La curación por las flores*. Madrid, Edaf.

- Baehrel, R.
1951 "Epidémie et terreur: histoire et sociologie", *Annales Historiques de la Revolution Française* pp. 113-146.
- Balaguer, E. y Ballester, R.
1980 "La primera "topografía médica moderna en España: "De morbis endemiis Caesar-Augustae (1686) de Nicolás Francisco San Juan y Domingo", en Albarracín Teulón, A., López Piñero, J.M. y Granjel, L.S. *Medicina e historia*. Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, pp.45-62.
- Balaguer, E., Ballester, R., Bernabeu, J., Perdiguero, E.
1990 "La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía médica española contemporánea", *Dynamis*, vol.10, pp.193-208.
- Bardet, J.P., Bourdelais, P., Guillaume, P., Lebrun, F. Quétel, C.
1988 *Peurs et terreurs face à la contagion. Cholera, tuberculose, syphilis XIXe-XXe siècles*. Paris, Librairie Arthème Fayard.
- Bauer, E. et al.
1988 "La ciencia moderna (de 1450 a 1800). Segunda parte. El siglo XVII", en Tatón, R. (dir) *Historia general de las ciencias*. Barcelona, ed. Orbis, tomo 5.
- Bauer, E. et al.
1988 "La ciencia moderna (De 1450 a 1800)", en Tatón, R. (dir) *Historia general de las ciencias*. Barcelona, ed. Orbis, tomo 7.
- Benjamin, W.
1991 *Poesía y capitalismo*. Iluminaciones II. Madrid, ed. Taurus.
- Benichou, C. y Blanckaert, C.
1989 "El diccionario de antropología de L.F. Jéhan. Apologética e historia natural de las razas en la Francia de 1850", en Rupp-Eisenreich, B. *Historias de la antropología (siglos XVI-XIX)*. Madrid, Júcar Universidad, pp. 311-343.
- Bensaude-Vincent, B.
1991 "Lavoisier una revolución científica", en Serres, M. *Historia de las ciencias*. Madrid, ed. Cátedra, pp. 411-435.
- Berger, P. & Luckman, T.
1986 *La construcción social de la realidad*. Madrid, ed. Amorrortu-Murguía.
- Berlin, B. Kay, P.
1969 *Basic Color Terms*, Berkeley, University of California Press.
- Biraben, J.N.
1984 "L'épidémiologie n'est plus ce qu'elle était", *Traverses*, num. 32, pp. 74-83.
- Blanc-Mouchet, J. (dir.)
1987 *Autrement: "Odeurs l'essence d'un sens"*, num.92 septembre.

- Boltanski, L.
 1971 "Les usages sociaux du corps", *Annales (E.S.C.)*, 26 année, num.1, pp. 205-233.
- Boltanski, L.
 1975 *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, ed. Periferia.
- Bourdieu, P.
 1973 "Condición de clase y posición de clase", en Barbano, F. et al *Estructuralismo y sociología*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Bourdieu, P., Delsaut, Y.
 1981 "Pour une sociologie de la perception", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, num.40, pp. 3-9.
- Bourdieu, P.
 1991a *El sentido práctico*. Madrid, ed. Taurus,
- Bourdieu, P.
 1991b *La distinción*. Madrid, ed. Taurus.
- Brud, W.S.
 1977 "El olor humano", *Dragoco Report*, num.1. pp.3-15.
- Busslinger, N.
 1983 *Armonía de fragancias. El maravilloso mundo del perfume*. Barcelona, Tusquets.
- Carrasco, S.
 1989 "Assaig de reconstrucció d'un passat alimentari: Sabadell cap el canvi de segle", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya. Dossier: Antropologia de la Salut* (J.M. Comelles i O. Romaní, comps.), pp. 113-136.
- Carreras Panchón, A.
 1991 *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles*. Barcelona, Fundación Uriach, Colección Histórica de Ciencias de la Salud.
- Carrillo, J. L., Riera, P. y Gago, R.
 1977 "La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J.M. Aréjula - M.J. Cabanellas)", *Medicina e Historia*, num. 67, pp.7-26.
- Carrillo, J. L. y Gago, R.
 1993 *Memoria sobre una nueva y metódica clasificación de los fluidos elásticos permanentes y gaseosos de J.M. Aréjula*. Málaga, Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina.
- Casanova, J.
 1991 *La historia social y los historiadores*. Barcelona, ed. Crítica.

- Cerdà, I.
1968 *Teoría general de la urbanización: reforma y ensanche de Barcelona*. Barcelona, Instituto de Estudios Fiscales, Editorial Ariel y Vicens Vives, vol. I-II-III.
- Cipolla, C.M.
1989 *Miasmi ed umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*. Bologna, Il Mulino.
- Cipolla, C.M.
1993 *Contra un enemigo mortal e invisible*. Madrid, ed. Crítica.
- Cipriani, L.
1961 Hygiene and medical practices among the Onge (Little Andaman), *Anthropos*, vol. 56, pp.481-500.
- Classen, C.
1990 "Sweet colors, fragrant songs: sensory models of the Andes and the Amazon", *American Ethnologist*, vol.17, num.4, pp.722-735.
- Classen, C.
1992 "The odor of the other: olfactory Symbolism and cultural categories", *Journal of the Society for Psychological Anthropology ETHOS*, vol.20, num.2, pp.133-166.
- Classen, C.
1993 *Worlds of Sense. Exploring the Senses in History and across Cultures*. London & New York, Routledge.
- Cohen Ballerino C.
1992 "Olfactory constitution of the postmodern body: nature challenged, nature adorned", en E. Mascin-Lees, F.E. and Sharpe, P. (ed.) *Tattoo, torture, mutilation, and adornment. The denaturalization of the body in culture and text*. New York, State University of New York Press.
- Comelles, J.M., Daura, A., Arnau, M. y Martin, E.
1991 *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls, Institut d'Estudis Vallencs.
- Condillac, E.B.
1984 *Traité des sensations*. Paris, Fayard.
- Constans, L.G.
1984 *El folklore de Rupit i Pruit. II Narracions*. Vic, Eumo Editorial.
- Cook, W.A.
1909 *Through the wilderness of Brazil by horse, canoe and float*. New York, American Tract Society.

- Cook, W.A.
1907 *The Bororo indians of Matto Grosso, Brazil*. Washington, Smithsonian Miscellaneous Collections.
- Corbin, A.
1987 *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social siglos XVIII y XIX*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Corbin, A.
1990 "Histoire et anthropologie sensorielle", *Anthropologie et sociétés*, vol.14, num.2, pp. 13-24.
- Corominas, A., Carreras, A., Puigvert, J.
1990 *Catalunya, la fàbrica d'Espanya*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament.
- Crespo, J.
1990 *A historia do corpo*, Lisboa, Fondo de Fomento do Desporto DIFEL.
- Csergo, J.
1988 *Liberté, égalité, propriété. La morale d'hygiène au XIXe siècle*. Paris, Albin Michel.
- Damiens, J. et Destruel, I.
1989) "La météorologie des philosophes et des savants", *La météorologie*, VII série, n° 30, pp. 23-27.
- Denis, I.D. y Klickstein, H.S.
1955) "Antoine Laurent: Lavoisier's contributions to medicine and public health", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 29, pp.164-179.
- Dieterlen, G.
1947 "Mecanisme de l'impurété chez les Dogon", *Journal de la Société des Africanistes*, t. XVII, pp. 81-90.
- Douglas, M.
1975 *Sobre la naturaleza de las cosas*. Barcelona, ed. Anagrama.
- Douglas, M.
1988 *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid, Alianza Editorial.
- Douglas, M.
1991 *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid, Siglo XXI.
- Duchet, M.
1978 *Anthropologie et histoire au siècle des lumières*. Paris, Flammarion.
- Dupire, M.
1985 "Contagion, contamination, atavisme. Trois concepts Sereer ndut (Senegal)", *L'Ethnographie*, num. 2, pp. 123-139.

- Dupire, M.
1987 "Des goûts et des odeurs: classifications et universaux", *L'Homme*, octobre-décembre, XXVIIe année, num. 104, pp.5-25.
- Dupont, F.
1984 "Pestes d'hier, pestes d'aujourd'hui", *Santé, médecine et politiques de santé*, 4 trimestre, pp. 511-524.
- Durkheim, E.
1988 *Las reglas del método sociológico y otros escritos sobre filosofía de las ciencias sociales*. Madrid, Alianza Editorial.
- Durkheim, E. et Mauss, M.
1901-1902 "De quelques formes primitives de classification. Contribution à l'étude des Représentations collectives", *L'Année Sociologique*, vol.6, pp.1-71.
- Ehrard, J.
1957 "Opinions médicales en France au XVIIIe siècle. La peste et l'idée du contagion", *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, enero-marzo, pp.46-59.
- EHESS
1993 *Communications: Le gouvernement du corps*, num.56.
- Elias, M.
1982 *La sociedad cortesana*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Elias, N.
1987 *La soledad de los moribundos*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Elias, N.
1988 *El proceso de la civilización*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Elias, N.
1990 *Compromiso y distanciamiento. Ensayos de sociología del conocimiento*. Barcelona, Ediciones Península.
- Erasmus
1985 *De la urbanidad en las maneras de los niños (De civilitate morum puerilium)*. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, Clásicos de Educación.
- Evans-Pritchard, E.
1977 *Los nuer*. Barcelona, ed. Anagrama.
- Fernández Buey, F.
1990 "Programas sindicales, intereses obreros y reivindicaciones ecologistas en la lucha por un mundo habitable", *Mientras Tanto*, núm.41, pp.31-56.
- Fernández Buey, F.
1991 *La ilusión del método. Ideas para un racionalismo bien temperado*. Barcelona, ed. Crítica.

- Fleck, L.
1980 *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid, Alianza Editorial.
- Foisil, M.
1974 “Les attitudes devant la mort au XVIII siècle: sépultures et suppressions de sépultures dans le cimetière parisien des Saints Innocents”, *Revue Historique*, 51, pp. 303-330.
- Fontana, J.
1983 *Cambio económico y actitudes políticas en la España del siglo XIX*, Barcelona, ed. Ariel, 5a. edición.
- Fontana, J.
1992 *La història després de la fi de la història. Reflexions i elements per a una guia dels corrents actuals*. Vic, Institut Universitari d’Història Jaume Vicens i Vives, Eumo Editorial.
- Foster, G.M.
1987 “On the origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol.1, num.4, December, pp. 355-393.
- Foucault, M.
1966 El nacimiento de la clínica. México, Siglo XXI editorial.
- Foucault, M. et al.
1979 *Les machines à guérir. Aux origines de l’hôpital moderne*. Bruxelles, Pierre Mardaga ed.
- Foucault, M.
1990 *Las palabras y las cosas*. México, Siglo XXI.
- Foucault, M.
1992 *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México*, Siglo XXI editores.
- Fournier, M.
1971 “Reflexions théoriques et méthodologiques à propos de l’ethnoscience”, *Revue Française de Sociologie*, vol. XII, num.4 octobre-décembre, pp.459-483.
- Frazer, J.G.
1969 *La rama dorada*. México DF, Fondo de Cultura Económica.
- García Valdés, A.
1987 *Historia de la medicina*. Madrid, ed. Emalsa Interamericana, División McGraw-Hill.
- Gell, Alfred
1977 “Magic, Perfume, Dream...”, en Lewis, I.M. (ed) *Symbols and sentiments: cross-cultural studies in symbolism*. London, Academia Press.

- Gleichman, P.R.
1982 "Des villes propes et sans odeur", *URBI*, avril, pp. 88-100.
- Gossiaux, P.P.
1989 "Secuencias de la historia de la antropología de la ilustración. Problemas y mitos", en Rupp-Eisenreich, B. *Historias de la antropología (siglos XVI-XIX)*. Madrid, Júcar Universidad.
- Goubert, J.P.
1986 *La conquête de l'eau*. Paris, ed. Robert Laffont.
- Goudsblom, J.
1987 "Les grandes épidémies et la civilisation des moeurs", *Actes de la recherche en sciences sociales*, num. 68 juin 1987, pp. 3-14.
- Granjel, M.
1983 *Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX*. Salamanca, Cátedra de Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca.
- Grmek, M.
1991 *Claude Bernard et la méthode expérimentale*. Paris, ed. Payot.
- Hahneman, S.
1987 *Organon del arte de curar*. Madrid, Miraguano ediciones.
- Helms, M.W.
1978 "Time, History, and the Future of Anthropology: Observations on some unresolved issues", *Ethnohistory*, vol. 25, num.1, pp.1-13.
- Héritier-Augé, F.
1987 "La mauvaise odeur l'a saisi", en *Le Genre Humain: "La Fièvre"*, Printemps-Eté, pp.7-17.
- Herzlich, C., Pierret, J.
1984 *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot.
- Hilbert, D.P.
1987 *Color and Color Perception*. Standford, CSLI.
- Hipócrates
1972 "El mal sagrat", *Tractats mèdics*. Traducción de José Alsina. Barcelona, Fundació Bernat Metge, vol. I.
- Hipócrates
1972-1976 *Tractats mèdics*. Traducción de José Alsina. Barcelona: Fundació Bernat Metge, Col.lecció catalana dels clàssics grecs i llatins.
- Hipócrates
1986 "Sobre los aires, aguas y lugares. Sobre los humores. Sobre los flatos. Predicciones I. Predicciones II. Prenociones de Cos", *Tratados hipocráticos*. Madrid, Biblioteca clásica Gredos, vol. II.

- Hipócrates
1989 "Epidemias", *Tratados hipocráticos*. Madrid, Biblioteca Clásica Gredos, vol. V.
- Holley, A.
1975 "La perception des odeurs", *La Recherche*, vol. 58, pp. 629-639.
- Howes, D.
1980 "The well-springs of action", *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, vol. 11, num.1, pp. 15-30.
- Howes, D.
1990a "Presentation: Les sensations discrètes de la bourgeoise", *Anthropologie et sociétés*, vol. 14, num. 2, pp.5-12.
- Howes, D.
1990b "Les techniques des sens", *Anthropologie et sociétés*, vol. 14, pp. 99-115.
- Howes, D. (ed)
1991 *The varieties of sensory experience. A sourcebook in the Anthropology of the senses*. Toronto, University of Toronto Press.
- Illich, I.
1984 "El hedor de la ciudad y sus aguas", *El País*, domingo 2 de septiembre de 1984, pp. 10-11.
- Illich, I.
1989 *H2O y las aguas del olvido*. Madrid, ed. Cátedra.
- Jacob, F.
1986 *La lógica de lo viviente*. Barcelona, Salvat editores, Biblioteca científica.
- Jacob, W.
1984 "El legado médicosocial de Rudolf Virchow. La medicina como ciencia del hombre", en Lesy, E. (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección de Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. complementario 1.
- Jaton, A.M.
1986 "Du corps paré au corps lavé: une morale du costume et de la cosmétique", *Dix-Huitième Siècle*, num. 18, pp.215-226.
- Jeudy, H.P.
1984 Virulences de la contamination, *Traverses*, num. 32, pp. 40-48.
- Jordi González, R.
1976 *Medidas contra la contaminación. Dos documentos inéditos: 23 de marzo de 1392 y 5 de agosto de 1786*, Girona, Gráficas Gispert.
- Julia, S.
1989 *Historia social / Sociología histórica*. Madrid, Siglo XXI de España Editores.

- Kern, Stephen
1974 "Olfactory ontology and Scented Harmonies. On the history of Smell", *Journal of popular culture*, vol.4, pp. 816-824.
- Kremer-Marietti, A.
1989 "La antropología física y moral en Francia y sus implicaciones ideológicas", en Rupp-Eisenreich, B. *Historias de la antropología (siglos XVI-XIX)*. Madrid, Júcar Universidad.
- Kuhn, T.
1990 *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Laget, Mireille
1984 "Les livrets de santé pour les pauvres aux XVIIe et XVIIIe siècles", *Santé, Médecine et politiques de santé*, 4 trimestre, pp.567-582.
- Laín Entralgo, P.
1950 *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Laín Entralgo, P.
1963 *Historia de la medicina moderna y contemporánea*. Barcelona, ed. Científico-médica, segunda edición.
- Laín Entralgo, P.
1970 *La medicina hipocrática*. Madrid, ed. Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P.
1982 *Historia universal de la medicina: Antigüedad clásica*. Barcelona, Salvat, vol.2.
- Laplantine, F.
1987 "Des représentations de la maladie et de la guérison à la construction modèles étiologiques et thérapeutiques", en Retel-Laurentin, A. (coord.) *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris, ed. L'Harmattan.
- Laporte, D.
1988 *Historia de la mierda*. Valencia, ed. Pre-Textos.
- Largey, G.P. & Watson, D.R.
1972 "The sociology of odors", *Journal of Sociology*, vol.77, num.6, pp.1021-1034.
- Larrea Killinger, C.
1992 "La definición de los miasmas en los diccionarios de la medicina de los siglos XVIII y XIX", *Jano*, vol. XLIII, octubre, pp.70-91.
- Latour, B.
1991 "Pasteur y Pouchet: heterogénesis de la historia de las ciencias", en Serres, M. (ed.) *Historia de las ciencias*. Madrid, ed. Cátedra, pp.477-501.

- Le Breton, D.
1990 *Anthropologie et modernité*. Paris, PUF.
- Le Guérer, A.
1984 “L’odeur de la peste”, *Traverses*, num. 32, pp. 58-69.
- Le Guérer, A. et Vigarello, G.
1985 “La propreté au temps de Louis XIV”, *L’Histoire*, num. 78, pp.6-13.
- Le Guérer, A.
1988 *Les pouvoirs de l’odeur*. Paris, ed. François.
- Le Guérer, A.
1990 “Le déclin de l’olfactif”, *Anthropologie et sociétés*, vol.14, num.2, pp. 25-45.
- Lesky, E.
1984a “Introducción al discurso académico de Hohann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790)”, en Lesky, E. (ed.) *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección de Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. complementario 1.
- Lesky, E. (ed).
1984b *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección de Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. complementario 1.
- Lévi-Strauss, C.
1968 *Mitológicas I. Lo crudo y lo cocido*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C.
1970 *Mitológicas III. El origen de las maneras de mesa*. México, ed. Siglo XXI.
- López Piñero, J.M.
1971 “Historia social, antropología cultural y sociología de la medicina en la enseñanza médica”, *Medicina e Historia*, num.3, pp.2-16.
- López Piñero, J.M.
1985a *M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección textos clásicos españoles de la Salud Pública, vol. 12.
- López Piñero, J.M,
(1985b *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*. Barcelona, edicions 62.
- López Piñero, J.M.
1987 “Introducción”, en Piquer, Dr. A. 1711-1772, *Las epidemias de Hippócrates. Con observaciones prácticas de los antiguos y modernos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Publicaciones, documentación y biblioteca.

- López Piñero, J.M.
1989 *Los orígenes en España de los estudios sobre la salud pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. 1.
- Luria, A.R.
1984 *Sensación y percepción*. Barcelona, ed. Martínez Roca.
- Malinowski, B.
1922 *Argonauts of the Western Pacific: an account of native enterprise and adventure in the Archipelagoes of Melanesian*. New Guinea & London, George Routledge & Sons Ltd.
- Malinowski, B.
1929 *The Sexual Life of Savages in Northwestern Melanesia*. New York, Horace Liveright, vol.I-II.
- Malinowski, B.
1935 *Coral Gardens and their magic. A study of the methods of tilling the soil and agricultural rites in the Trobriand islands. The Description of Gardening*. New York, American Book Company, vol. I.
- Malinowski, B.
1971 *a vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia. Descripción etnográfica de las relaciones eróticas y conyugales y de la vida de la familia entre los indígenas de las Trobriand (Nueva Guinea Británica)*. Madrid, ed. Morata, tercera edición.
- Manzoni, A.
1984 *Historia de la columna infame*. Barcelona, ed. Bruguera.
- Massana, C.
1991 *Indústria, ciutat i propietat. Política econòmica i propietat urbana a l'àrea de Barcelona (1901-1939)*. Barcelona, ed. Curial.
- Mauss, M.
1989 *Sociologie et Anthropologie*. Paris, Quadrige/PUF.
- McNeill, W.H.
1989 *Plagas y pueblos*. Madrid, Siglo XXI.
- Monlau, P.F. y Salarich
1984 *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*. Barcelona, ed. Anthropros.
- Murdock, G.P. et al.
1987 *Outline of Cultural Materials*, Human Relation Files, 5th. Revised ed.
- Nadeau, M. (dir.)
1988 *La Quinzaine Littéraire: Le meilleur des corps*, num. especial, num.514.

- Nassikas, K.
1987 "Des Asklépiades à Hippocrate. Une rupture anthropocentrique à la conception de la santé et de la maladie (l'exemple du rêve)", en Retel-Laurentin, A. (coord.) *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris, ed. L'Harmattan.
- Nohl, J.
1986 *La mort noire. Chronique de la peste d'après les sources contemporaines*. Paris, Payot.
- Nutton, V
(1983 "The seeds of disease: an explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance", *Medical History*, nu.27, pp.1
- Onfray, M.
1990a "El olfato de los filósofos I", *La Vanguardia*, "Cultura", 18 de septiembre de 1990, pp.3-5.
- Onfray, M.
1990b "El olfato de los filósofos II", *La Vanguardia*, "Cultura", 25 de septiembre de 1990, pp.5-8.
- Ong, W.J.
1967 *The presence of the word*. New Haven, Conn. Yale University Press.
- Ong, W.J.
1977 *Interfaces of the word*. Ithaca, N.Y., Cornell University Press.
- Ozouf, M.
1966 "Architecture et urbanisme: l'image de la ville chez Calude-Nicolas Ledoux", *Annales (Economies, Societes, Civilisations)*, 21 année, n.6 november-décember, pp. 1273-1304.
- Palau Martí, M.
1957 *Les dogon*. Paris, PUF.
- Parker, R.
1983 *Miasma: Pollution and Purification in Early Greek Religion*. Oxford, Clarendon Press.
- Perdiguero, E.
1990 *Los tratados de medicina doméstica en la España de la Ilustración*. Tesis doctoral Universidad de Alicante, Facultad de Medicina.
- Perdiguero, E.
1992 "The popularization of medicine during the spanish enlightenment", en Porter, R. (ed) *The popularization of Medicine (1650-1850)*. London and New York, Routledge.

- Perrin, M.
1985 "Les fondements d'une catégorie étiologique. (La notion de contamination chez les Guajiro)", *L'Ethnographie: "Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture"*, t. LXXXI, num. 96-97, pp.103-122.
- Peset, J.L.
1977 "Epidemias y sociedad en la España del fin del Antiguo Régimen", *Asclepio*, vol. XXIX, pp. 37-66.
- Peset, J.L.
1983 *Ciencia y marginación*. Barcelona, Crítica.
- Peset, M. y Peset, J.L.
1972 *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera*. Madrid, ed. Seminarios y ediciones.
- Piccinato, G.
1989 Igiene e urbanistica in Italia nella seconda metà del XIX secolo, *Storia urbana*, num 47, pp. 47-66.
- Pigeaud, J.
1981 *La maladie de l'ame. Etude sur la relation de l'ame et du corps dans la tradition médico-philosophie antique*. Paris, Les Belles Lettres.
- Porter, R. (ed)
1985 *Patients and practitioners - lay perceptions of medicine in pre-industrial society*-Cambridge History of Medicine, Cambridge University Press.
- Prats, Ll.
1989 "Aportaciones de las topografías médicas al conocimiento etnográfico de los Países Catalanes", *Boletín de Historia de la Antropología*, num.2, pp. 3-7.
- Prats, Ll.
1995 *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*, Barcelona, Editorial Alta Fulla.
- Queysanne, B.
1978 "Jardin et odorat", *Traverses*, num. 5-6, pp. 231-234.
- Radcliffe-Brown, A.R.
1922 *The Andaman Islanders. A study in Social Anthropology*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Retel-Laurentin, A. (coord.)
1987 *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris, L'Harmattan.
- Revel, J. y Peter, J.P.
1980 "El cuerpo. El hombre enfermo y su historia", en Le Goff, J., Nora, P. (dir) *Hacer la historia*. Barcelona, ed. Laia, pp.173-195.

- Rey, R.
1993 "Hygiene et souci de soi", *Communications: Le gouvernement du corps*, vol.56, pp.25-40.
- Riera, J.
1984 *Fiebres y paludismo en la España ilustrada. (Félix Ibáñez y la epidemia de La Alcarria, 1784-1792)*. Valladolid, Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones.
- Riese, W.
1950 *La pensée causale en medecine*. Paris, PUF.
- Riley, J.C.
1987 *the Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease*. London, The Macmillan Press.
- Rimmel, E.
1990 *El libro de los perfumes*. Madrid, ed. Hiperion.
- Rival, N.
1986 *Histoire anecdotique de la propreté et des soins corporels*. Paris, Jacques Gran-cher.
- Roche, D.
1984 "Le temps de l'eau rare du Moyen Age à l'époque moderne", *Annales, E.S.C.*, num.2 mars-avril, pp. 383-399.
- Rodríguez Ocaña, E.
1980 *Enfermedad y sociedad en la Andalucía del siglo XIX: la Epidemia de cólera de 1833-35*. Tesis doctoral, Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, vol. I.
- Rodríguez Ocaña, E.
1983 *El cólera de 1834 en Granada. Enfermedad catastrófica y crisis social*. Granada, Universidad de Granada.
- Rodríguez Ocaña, E.
1985-86 "La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona", *Dynamis*, vol. 5-6, pp.279-306.
- Rodríguez Ocaña, E.
1987 *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. 30.
- Ronzón, E.
1991 *Antropología y antropologías. Ideas para una historia crítica de la antropología española. El siglo XIX*. Oviedo, editorial Pentalfa.

- Rosen, G.
1984a “La política económica y social en el desarrollo de la salud pública. Intento de interpretación”, en Lesky, E. (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. complementario 1.
- Rosen, G.
1984b “El cameralismo y el concepto de policía médica”, en Lesky, E. (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, vol. complementario 1.
- Rosen, G.
1985 *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México, Siglo XXI editores.
- Roubin, L.A.
1980 “Perspectives générales de l'exposition. Hommes, parfums et dieux”, *Le Courrier du Musée de l'Homme*, novembre, núm. 6.
- Roubin, L.A.
1981 “Réseaux odorants et spécificité culturelle chez les méditerranéens nord-occidentaux”, *Ethnologia Europaea*, vol.XII, pp. 162-171.
- Roubin, L.A.
1989 *Le monde des odeurs. Dynamique et fonctions du champ odorant*. Paris, Méridiens Klincksieck.
- Roudnitska, E.
1977 *L'esthétique en question*. Paris, Presses Universitaires de France, 1re édition, 4e trimestre.
- Roudnitska, E.
1980 *Le parfum*. Paris, Presse Universitaires de France, col. Que sais-je?.
- Rudolph, G.
1982 “Santé publique et education. Notions d'hygiene sociale au XVIII et au XIX siècle. Etienne Tourtelle (1756-1800), Michel Levy (1805-1872), Jules Rochard (1819-1896)”, *XXVIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina*, Paris, Actes I, pp. 146-150.
- Ruffié, J., Sournia, J.C.
1984 *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Essai d'anthropologie médicale*. Paris, Flammarion.
- Scheper-Hughes, N.
1987 “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, pp. 6-41.

- Schwerin, K.H.
1976 "The Future of Ethnohistory", *Ethnohistory*, vol. 23, num.4, pp. 323-341.
- Serres, M.
1991 "Paris 1800", en Serres, M. *Historia de las ciencias*. Madrid, ed. Cátedra, pp. 381-409.
- Serres, M (ed)
1991 *Historia de las ciencias* . Madrid, ed. Cátedra.
- Silva, A.B.A.
1962 *A Cilizaçao indigena do Vaupes*. Sao Paulo, Centro de Pesquisas de Iaureté.
- Smith, F.B.
1979 *The people's health 1830-1910*. London, Croom Helm.
- Sombart, W.
1979 *Lujo y capitalismo*. Madrid, Alianza editorial.
- Sontag, S.
1985 *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnik editores.
- Sperber, D.
1978 *El simbolismo en general* . Barcelona, ed. Anthropos, Barcelona.
- Sperber, D.
1991 "Epidemiología de las creencias", *Revista de Occidente*, núm. 125, pp. 5-36.
- Stoller, P.
1984 "Eye, mind and word in Anthropology", *L'Homme*, num. 24, pp. 91-114.
- Stoller, P.
1984 "Sound in Songhay Cultural Experience", *American Ethnologist*, vol.12, num.3, pp. 91-112.
- Stoller, P.
1986 "Bad Sauce, Good Ethnography", *Cultural Anthropology*, vol.1, num.3, pp. 336-353.
- Sturtevant, W.C.
1972 "Studies in Ethnoscience", en Spardley, P. (ed.) *Culture and Cognition. Rules, Maps and Plans* Chandler Publishing Company.
- Süskind, P.
1987 *El Perfum. Història d'un assassí*. Barcelona, Seix Barral.
- Talenti, A.
1969 *Aspectos médicos en la obra del maestro Fray Benito Jerónimo Feijoo*. Oviedo, ed. Instituto de Estudios Asturianos.
- Tellenbach, H.
1969 *Estudios sobre la patogénesis de las perturbaciones psíquicas*. México, Fondo de Cultura Económica.

- Temkin, O.
1977 "An Historical analysis of the Concept of Infection", en Temkin, O. *The double face of Janus and other essays in the History of Medicine*. The John Hopkins Press.
- Temple, C.
1903 *The Andaman and Nicobar Island. Census of India 1901*. Calcutta, Office of the Superintendent of Government Printing, vol.3.
- Teofrasto
1989 *Sobre las sensaciones*. Barcelona, Anthropos.
- Terradas, I.
1979 *Les colònies industrials. Un estudi entorn del cas de l'Ametlla de Merola*, Barcelona, ed. Laia.
- Terradas, I.
1991 "La historia de las estructuras y la historia de la vida. Reflexiones sobre las formas de relacionar la historia local y la historia general", en Prat, J., Martínez, U., Contreras, J., Moreno, I. (eds.) *Antropología de los pueblos de España*, Madrid, ed. Taurus.
- Terradas, I.
1992 *Eliza Kendall. Reflexiones sobre una antibiografía*. Bellaterra, Publicacions d'Antropologia Cultural, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Thomas, L.V.
1980 *Le cadavre de la biologie a l'anthropologie*. Paris, editions Complexe.
- Thompson, E.P.
1989 "Folklore, antropología e historia social", *Historia social*, vol. 3, pp. 81-102.
- Tisserand, R.B.
1977 *La curación por las flores. Aromaterapia*. Barcelona, Martínez Roca.
- Townsend, J.
1988 *Viaje por España en la época de Carlos III (1786-1787)*. Madrid, ed. Turner.
- Turrado Moreno, A.
1945 *Ethnography of the Guarano Indians*. Caracas, Tercera Conferencia Interamericana de Agricultura. Cuadernos Verdes 15.
- Urteaga, J.L.
1980a "Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX", *Geo Crítica. Cuadernos críticos de Geografía humana*, Septiembre, num.29, pp.5-51.
- Urteaga, J.L.
1980b *El higienismo en España durante el siglo XIX y el paradigma de las topografías médicas*. Tesina, Universidad de Barcelona.

- Urteaga, J.L.
1985-86 "Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica", *Dynamis*, vol.5-6, pp.417-425.
- Veny i Clar, J.
1971 *Regiment de preservació de pestilència de Jacme d'Agramont. Introducció, transcripció i estudi lingüístic*. Tarragona, Excelentíssima Diputació.
- Verdier, Y.
1979 *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Gallimard.
- Verdú, V.
1983 "El cuarto de baño", *Cuadernos del norte*, num. 4 (nov.-dic.), pp. 25-31.
- Vernant, J.P.
1987 *Mito y sociedad en la Grecia Antigua*. Madrid, Siglo XXI.
- Vigarello, G.
1984 "Le travail des corps et de l'espace", *Traverses*, num. 32, pp. 49-57.
- Vigarello, G.
1988 "Le corps, la plage, le sensible", *La Quinzaine Littéraire*, num. 514, auot, pp. 16-18.
- Vigarello, G.
1991 *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid, Alianza Editorial.
- Vigarello, G.
1993 "Gouverner et expliquer l'impossible. La non-maîtrise dans les modèles anciens et modernes d'entretien de la santé", *Communications*. "Le gouvernement du corps", num.56, pp. 9-24.
- Vintró, E.
1973 *Hipócrates y la nosología hipocrática*. Barcelona, Ariel.
- Viqueira, C.
1977 *Percepción y cultura. Un enfoque ecológico*. México, Ediciones de La Casa Chata.
- Wiener, H.
1979 "Human exocrinology: the olfactory component of nonverbal communication", Weitz, S. (ed.) (1979), *Nonverbal Communication*, New York, Oxford University Press, second ed.
- Young, G.M., Handcock, W.D. (ed.)
1970 *English Historical Documents 1833-1874*. London, Eyre & Spottiswoode.

XII ANEXO I

*Clave que la comisión permanente de topografías ha propuesto a la Real Academia de Medicina y cirugía de Barcelona para facilitar la formación de la topografía de los pueblos que componen la provincia de Cataluña*¹. Manuscrito de la RAMCB, legajo 8.

La Comisión permanente de topografías que tiene el especial encargo de ocuparse de tan interesante estudio, de facilitar los medios para que se formen con exactitud las de las varias poblaciones de esta provincia, y se señala el camino por donde deben dirigirse a los lentos pasos de la observación, ha creído oportuno proponer á esta Real Academia un cuadro de los varios objetos que abraza la belleza é importancia de esta materia, no solo con el fin de que metodizen los trabajos en este ramo, sino tambien para que á beneficio del tiempo y de un incesante afán, se estudien observen y se espongan aquellos minuciosamente. Por otra parte cualesquiera que sean los deseos, las luces y los esfuerzos de la academia no le es fácil por sí misma llevar á cabo tan útil y grandiosa obra, siéndola preciso reclamar el celo y la cooperación de los profesores que quieran favorecerla con su correspondencia. Debiéndose, en verdad, estudiar la naturaleza en los varios ángulos de tan dilatada provincia, y seguirla en la inmensa cadena de las relaciones que tiene con el hombre, es esclusivo á los médicos que habitan este ó aquel país la formación de sus respectivas topografías, no pudiendo la Academia por su parte contribuir de otro modo á su facilidad y desempeño, sino presentándoles una Clave metódica que abraze los varios objetos que pueden serlo de su observación y laboriosidad.

Tal es la que con este doble objeto propone la comisión de topografías, en la que se ofreen sumariamente importantísimos problemas á las investigaciones de los socios numerarios, agregados y correspondientes, no menos que de los demás profesores del arte de curar, y de los sabios de las ciencias auxiliares. No hay duda que esta parte de la nuestra es inconmensurable, por de-

cirlo así, en las relaciones que abraza, que es vasto el conjunto de objetos que ofrece al observador, y que por lo mismo no es fácil esperar de los únicos esfuerzos de un solo hombre la formación de una topografía científicamente arreglada. Sin embargo aunque sea grande el parentesco que hay entre todos los seres de la naturaleza, y aunque sea muy notable la correlación que guardan entre sí muchas de las circunstancias que ejercen sobre el hombre un influjo físico y moral, no es tan estrecha su intimidad ni tan rigurosa la dependencia, que no puedan ser muchos objeto de un estudio particular, y ser presentadas como primeras líneas, fragmentos, ensayos ó bosquejos del grande cuadro topográfico que solo puede resultar con el tiempo de los esfuerzos reunidos de los sabios.

Si la comisión lograre de este modo animar el zelo de los socios de todas clases, y de los amantes de la ciencia y la humanidad, y dar impulso á unas tareas que han de patentizar algún día la gloria de nuestro principado y el respeto que se merece nuestro arte, que la favorecieren en el desarrollo y exposición de las diferentes que comprende la siguiente clave.

Situación geográfica y estado Meteorológico del País.-Buscar la latitud y longitud del pueblo determinada según el meridiano de Madrid: su posición según los puntos cardinales. Estado habitual de la atmósfera en general, y del aire que ocupa los lugares bajos; diferencia en la temperatura, y demás calidades sensibles é pequeñas distancias, con respecto á las montañas, colinas y valles que dividen el terreno; frecuencia de nieblas en estaciones y meses determinados; naturaleza y sucesión de las lluvias á que está sujeto el terreno; granizo y demás fenómenos meteorológicos. Vientos reinantes según las estaciones, espesando si son constantes, periódicos ó variables.

Trazar á este fin por medio de una larga serie de observaciones meteorológicas hechas exacta y diariamente cuadros generales y comparativos del mayor frío y del mayor calor, del calor medio, y de la duración de los mayores fríos, como igualmente de la mayor ó menor elevación barométrica propia de cada mes y de cada año, para fijar por medio de ellos la escala termométrica del clima de un país.

Trazar á más cuadros comparativos de la mayor ó menor frecuencia de lluvias, escarchas, granizo, relámpagos y demás meteoros y igneos, ya acuosos observados durante un cierto número de años, y deducir de aquí la modifi-

cacion que por el influjo de aquellos sufre la temperatura debida exclusivamente á la accion solar, y la que puede presentar cada estacion es particular á terminar la accion ya repentina ó lenta, ya simultánea ó sucesiva de alguna de aquellas causas.

Determinar la bondad del clima de un pais ó su buena constitucion física, examinando la relacion que guarda el estado del clima con la elevacion del barómetro, reduciendo á este efecto en cuadros sinópticos el número de días serenos y cubiertos que han reinado durante muchos años consecutivos en él.

Reino mineral.- Clasificacion metódica de los seres de este reino. Naturaleza del terreno, seco, húmedo, arcilloso, calizo, etc. orden de capas; su altura relativamente al nivel del mar: si está en costas marítimas, playas ó sus cercanias y sujeto á emanaciones.

Esponer si el pais es llano ó montañoso, si se encuentran minas en él: cuales son las sustancias mineralizadas y sus mineralizadores ó mejor su análisis química; si contiene despojos de seres orgánicos, vegetales ó animales; si ha estado espuesto á terremotos ó á volcanes, manifestando la naturaleza, capas y dimensiones de la lava, como tambien la forma, composicion, situacion, direccion, elevacion, conexion y formacion primitiva, secundaria ó terciaria de las montañas: llanuras formadas por la alteracion de estas, crestas, vertientes y gargantes.

Las fuentes, arroyos, rios, canales; direccion de estos y aquellos, esponiendo si están sujetos á inundaciones; si hay pantanos ó estanques, si se secan en verano, y si emanan de ellos exalaciones nocivas.

Calidad de las aguas potables, señalando el diferente grado de bondad de ellas; modo de corregir las que no lo son; análisis, usos y efectos de las minerales.

Reino vegetal y agricultura.- Número y clasificacion de los individuos de este reino, con el nombre vulgar que les dan los habitantes del campo, y la etimología en caso que la tengan conocida.

Esponer si el terreno es feraz ó esteril, cultivado ó inculto; si abunda en praderas ó bosques, y si estos han sufrido desmontes.

Estado de la agricultura segun sus diferentes ramos: noticia comparativa de sus progresos y atrasos desde tiempos remotos hasta el dia.

Género de abonos que emplean los habitantes para beneficiar sus tierras; cuales son las plantas que crecen en aquel lugar: si son indígenas ó aclimatadas y si de las que purifican ó vician el aire.

Cuales los granos que se siembran mas comunmente; los que con preferencia fructifican; y las cosechas principales, manifestando la influencias de las anteriores sobre el cultivo de ciertas semillas con respecto á los productos de la agricultura.

Propiedades atribuidas á cada planta relativamente á la medicina, uso económico é industrial: lugar y naturaleza del terreno donde se encuentran.

Enfermedades á que están sujetos los vegetales: causas á que se atribuyen; y medios de precaverlas ó corregirlas.

Determinar cuales son los nocivos: modificaciones que pueden inducir en la economia viviente y medios para oponerse á sus efectos dañinos.

Reino Animal.- Noticia de las varias especies de animales; su clasificacion, nombres vulgares con que se conocen, y su etimología.

Determinar los daños ó provechos que acarrear á la agricultura: alimentos de que se nutren; enfermedades á que estan sujetos: medios de impedir ó aumentar su propagacion.

Manifestar cuales sean los animales salvages; los de lujo, de comodidad ó de labor; género de trabajo á que estos se dedica, señalando las horas que emplean en él cada dia.

Número y especie de ganado, si es trashumante ó estante, manifestando á que hora se aprisca.

Indicar cuales son los animales venenosos: los medios de procurar su exterminio, y los antidotos para la curacion de las varias dolencias á que pueden dar lugar.

Economía local, artes y comercio.- Noticia histórica acerca el origen y estado actual de la ciudad, villa ó lugar, cuya topografía se trata de describir. Número de las plazas y calles, sus dimensiones y direccion: construccion y elevacion de los edificios, no omitiendo los zaguanes, jardines y huertos particulares.

Noticia y estado con sus ventajas ó desventajas de los puertos, ó muelles, si los pueblos fuesen marítimos; estado y forma del empedrado, abusos que se notan en esta parte, y daños que pueden ocasionar; albañales, acueductos, desagüaderos, fuentes, pozos, cisternas, algibes, lavaderos, muladares, mataderos, etc. con la noticia de los paseos, coliseos y otros edificios desatinados al culto á al recreo, esponiendo si hay casas de baños públicos, cuantas y de que especie.

Estado de los lazaretos, hospitales, hospicios y demas casas de beneficencia, instruccion ó reclusion, Individualizar las ventajas ó perjuicios de su construccion ó localidad, como tambien las mejoras de que sean susceptibles.

Forma, y número de los cementerios, su oposicion geográficas, y direccion de los vientos que los dominan.

Estado de las artes; oficios á que con preferencia se dedican los moradores: fábricas, su naturaleza y número, instrumentos, sustancias y manipulaciones de que se sirven principalmente; operaciones á que se dedican, y actitudes á que les obligan los artefactos en que se ocupan, indicando si trabajan en lugares sècos, húmedos ó dentro del agua, y las enfermedades peculiares á cada oficio, señalando las profesiones que sean mas favorables ó contrarias á la longevidad, y el influjo que pueden tener no solo sobre los que las ejercen, sino tambien sobre la salubridad del pais en general.

Estado del comercio: relaciones mercantiles: generos de mayor circulacion, y su procedencia de lugares marítimos ó terrestres.

Hombre en estado de salud.- Historia natural ó constitucion física y moral de los habitantes, sean naturales, estrangeros ó connaturalizados, la que comprehende las facciones, talla, genio, costumbres, robustéz física y diferente traje.

Buscar la relacion que guarda el clima con el estado físico y moral de los hombres que viven en él, y determinar la parte que tiene sobre la organizacion, y ver hasta que punto influye sobre ella y la modifica.

Régimen, alimentos, bebidas y condimentos de un uso mas general: su naturaleza, calidades y preparaciones. Noticia de los utensilios que se sirven y daños que pueden ocasionar.

Epoca en que se presenta y cesa en las mugeres la menstruacion; su mayor ó menor fecundidad.

Educacion física y moral de los niños en general, y manifestar la que podria dárselos relativamente á sus inclinaciones y localidad. Progresos é influjo de la civilizacion y del lujo.

El que ejerce la opulencia, la medianía ó la miseria en la salud y longevidad de los habitantes. Juegos y ejercicios gimnásticos mas comunes.

Cálculo y particularidades sobre la poblacion, señalando la relacion que guarde con la estension ó capacidad del pais: nacimientos, número de espósitos y amas de leche: estado de la vacunacion, matrimonios y longevidad.

Señalar las reglas de salubridad, que pueden deducirse del influjo de las varias circunstancias locales.

Hombre en estado.- Enfermedades que se observan mas comunmente en un pueblo, principalmente aquellas que son endémias, indicando las causas que las determina, y su relacion con las estaciones, influencias atmosféricas y lugares en que se desarrollan. Método curativo.

Examinar en general los métodos terapéuticos, y el modo con que se ejerce la medicina, para apreciar su influjo sobre la poblacion ó mortandad de un pais.

Determinar en las afecciones, sobre todo nerviosas, y en la naturaleza y frecuencia de los delitos y faltas criminales, la parte que tienen en su produccion el concurso de causas meterológicas, ó el influjo de la civilizacion y corrupcion de costumbres.

Indicar igualmente el de las causas locales sobre la produccion, progresos y terminacion de las afecciones quirúrgicas

Formar cuadros clínicos en los que se indiquen sucesivamente las causas generales de las enfermedades reinantes, la denominacion de estas, el número de los enfermos, y la edad y sexo de cada individuo.

Esposicion de los vicios morbosos específicos y crónicos de los habitantes, con la observacion de si su germen es hereditario entre el mayor ó menor número de las familias. Muertes repentinas que se observan, señalando las causas que pueden haberlas ocasionado, haciendo particular atencion á la disposicion orgánica del sujeto, influjo meteorológico et., no olvidando á este fin la exacta formacion de la constitucion médica.

Cálculo necrológico. Examen comparativo de las muertes con respecto á la clase de estado, edad, sexo y profesion á que corresponden los falleci-

dos; buscando la proporción de la mortandad con relación á los diferentes meses del año.

Cómputo formado según las tablas necrológicas, y los registros convenientes, comprendiendo un determinado número de años, sobre el de nacimientos, matrimonios y muertes, con la diferencia de edades y sexos, y sobre otros objetos relativos á la estadística médica.

Juan Lopez, Felix Janer, Pedro Vida y Raimundo Duran.

Certificado por Rafael Nadal, Secretario de gobierno. Barcelona, 13 abril 1831.

ANEXO 2

Sobre los efectos poco favorables del perfume y sahumerio utilizados en el Lazareto. Manuscrito de la RAMCB, legajo XV, número 2, 1772.

De Don de Salud y Real Audiencia en Junta de Sanidad remito a [vuestras mercedes] la inserta Representacion de la del Aiuntamiento de esta Ciudad en que manifiesta haverse experimentado efectos poco favorables del Perfume y Sahumerio que se practicó en el Lazareto antes de concluirse la quarentena que en el hicieron los turcos y Moros ultimamente apresados; para que en sus visita informen a [vuestras mercedes] por mi mano, del modo y circunstancias con que podrá executarse en lo sucesivo semejante operacion, y de la calidad y cantidad de drogas y hiervas que podran entrar en el Sahumerio, de suerte que precaviendo con esta diligencia los peligros inminentes a la publica salud, no se ocasione perjuicio a la particularidad de los Quarenteristas y demas que participen de este preparativo, expresando [a vuestras mercedes] igualmente quanto se les ofrece y parezca conducente en el asunto.

Dios de a [vuestras mercedes mis afectos] como deseo. Barcelona a 16 de octubre de 1772.

Dn. Felix de Prats y Santos
A D.D. Rafael Esteva y Pablo Balmes Medicos de Sanidad.

[Respuesta]

Excmo. Señor

Los Dres. Rafael Steva y Pablo Balmes Medicos de Sanidad, obececiendo al Orden de V. Exa. comunicado por via de Dn. Felix de Prats y Santos para que informassemos del modo, y circunstancias con que podria executarse en lo successivo el Sahumerio a los Quarentenistas Vistos los efectos poco favorables de lo administrado en esta ultima Quarentena, dezimos que el no haverse usado en las personas antes del edicto de Mayo del año proximo pasado el Sahumerio, que dicho Edicto previene, puede, o bien ser el no haver sido dicha Composicion destinada para ellas, si solo para los generos, ó tal vez por haverse de tiempo inmemorial experimentado de ella en el uso de las personas el daño de que este año hemos sido testigos oculares.

El antimonio litarginio, Azufre y Pimienta que entran en dicho Sahumerio, pueden en efecto sufocar qualquiera viviente, causando Apoplexías, o efectos convulsivos por lo menos, como hemos experimentado este año.

Con todo no parece, que sea superfluo el Sahumerio en tiempo que no lo omiten los Medicos mas haviles y que confirman indubitablemente su eficacia los recientes experimentos hechos todavía no ha en este año en la Rusia, donde havia actualmente Peste con diez Malechores condenados á muerte, en quienes no se omitio prueba alguna possible para comunicarles la Peste, habiendoles mandado usan por diferentes vezes los mismos vestidos de algunos apestados vivos, moribundos y difuntos; acostan en camas en que acaban de espirar muchos de ellos; y sin embargo de haver durado las tentativas tres semmanas, ninguno de los Reos ha experimentado el mas ligero amago de contagio, todo á beneficio del nuevo remedio, que solo consiste en Perfume.

Bien que la Corte de Rusia haya mandado publicar la Receta de este Perfume, como el mas estimable presente que pueda hazerse al Linage humano, y que las noticias publicas individuan ya sus ingredientes; con todo ni ha llegado todavía la receta por los Papeles periodicos y diarios de Medicina, ni las noticias publicas individuan la Dose.

Solo si dizen estas, que los polvos para el Perfume, son de tres especies, a saver *Polvos de primera virtud*, en cuya confeccion entran las hojas y bayas del Enebro, Espigas de trigo, Madera de Guayacan, Salitre comun, y Mincha. *Polvos de la segunda virtud*, que se componen de Abrotano, o Lombriguera,

hojas y bayas de Enebro, Salibre y Mincha, Y *Polvos olorosos*, que constan de Calamo aromático, Incienso, Estoraque, hojas de Rosa, Ambar amarillo, Salitre y Azufre. Dize también la receta, que en lugar de la Lombriguera, se puede usar la Artemisa, y suplen el defecto del Guayacan con el Pino á que los Botánicos dan el nombre de *Pinus sativa ossiculis dunis*, ó con el Abeto, empleando también la resina del vino, y otro en vez de la Mincha.

Como dejando á parte los felices experimentos de la Rusia todos dichos simples sean muy propios para la preservacion de la Peste, y (á excepcion tal vez de las espigas de trigo) tenidos por mucho tiempo por especificos para este fin, parece muy útil, que en adelante se hagan los dichos Perfumes, que son inocentes. De modo, que con tal que se vaya á la mano con el Azufre, importa poco en las proporciones de los restantes, no se sea tan escrupuloso.

Assi no sera grande la falta, si ignorando por ahora (pues no lo han expresado las noticias publicas la proporcion de dichos ingredientes, los ponemos en cantidad igual, exceptuando el Azufre, cuya cantidad ha de ser muy diminuta, ó debe ponerse la Polvora en lugar de salitre, y Azufre, cuyo olor es agradable.

No sabemos que debe entenderse por *primera*, y *segunda virtud*, pues puede ser se entienda ser de mas eficacia los primeros, y de menos los segundos, usandose unos en ciertos casos, y otros en otros; Pueden deber successivamente aplicarse, y suceder á su uso los olorosos. Procuraremos indagar el uso que se ha hecho en los experimentos Rusos, y entretanto pueden usarse en dia los de primera virtud, y el siguiente los olorosos.

La cantidad de unos, y otros debe ser proporcionada á la capacidad del lugar en que se haze el Sahumerio, y por consiguiente no puede absolutamente definirse. Parece que seria útil encender los simples, antes de entrar en el lugar del Sahumerio las personas, y que no se cierre desde luego de entradas, sí que salgan si no pueden aguantarle, buelvan á entrar despues de haver respirado un aire libre, y repitan las entradas, y salidas hasta que puedan sin gran violencia mantenerse dentro. Ni debe esperarse que todos puedan aguantar igual tiempo, y copia de Sahumerio. El medico del Lazareto debe regularlo segun lo que experimente en si, y en lo que vez en los otros. Los baños de agua del Mar, no tanto dañan á los delicados por ser baños, como por ser frios. Como las presas suelen ser en verano, el inconveniente del Baño no es

grande, siendolo la utilidad. Con todo caso, seria util no dejar el Baño, cuya utilidad para precaucion de la Peste es notoria, si hazen bañar los delicados en el Lazareto en una Cuba añadiendo agua del Mar caliente.

Siendo esto quanto al presente podemos dezir, y quedamos suplicando las Ordenes de V. Exa. cuya vida guarde Dios m.a.. Barna, y octubre 25 de 1772

D. Rafael Steva, Medico de Sanidad
D. Pablo Balmes, Medico de Sanidad

ANEXO 3

Método de fumigaciones. Manuscrito de la RAMCB, legajo XXVIII, número 31, 1821.

Un bote de cristal, ó bien una botella con tapon del mismo, que la cierre exactamente, y que tenga el mayor grueso posible, son los vasos oportunos para las fumigaciones. La capacidad ha de proporcionarse á la de la pieza que quiera purificarse, y al tiempo que ha de dexarse abierta. Para la sala del Hospital en que hay 18 camas, y tiene de largo 84 palmos; de ancho 32, y de alto 30 nos hemos servido de un bote que contiene dos libras de agua, ú 8 xícaras de las que llaman de onza.

Dicho vaso se llena hasta la tercera parte con una mezcla de sal comun, y de óxido negro de manganesa, es á saber dos partes de sal, y una de manganesa, molido y pasado por un tamiz. Esta mezcla se humedece con agua, bastando la quarta parte del vaso con que se ha medido la mezcla antecedente, esto es, si se han hechado dos xícaras de esta, basta media xícara de agua comun. Humedecida esta mezcla se le echan como 60 gotas de ácido sulfureo (llamado vulgarmente aceyte de vitriolo). El vaso se dexa abierto en qualquier parte de la pieza, que se ha de desinfectar, y con pocos minutos el vapor queda esparcido por toda ella, aunque haya una, ú otra ventana abierta, sin incomodidad de los enfermos que la habitan, ni de sus asistentes, y corregido el vapor fétido que se sentia en ella. Pasada media hora se tapa el vaso, y vuelve á abrirse otra media hora por la tarde con igual efecto, que en la mañana, sin necesidad de nuevo aceyte de vitriolo hasta la mañana del día siguiente, en que vuelven á echarse en él otras 60 gotas de aceyte de vitriolo, y repetirse la operacion del día antecedente. Segun lo que hemos experimentado podemos decir que la cantidad de la mezcla antecedente, si se tiene el cuidado de revolverlo con una varita, ó cuchara de vidrio, ó de madera, podrá servir un mes á lo ménos, y aun varios dias no será necesario añadir aceyte de vitriolo, por que sin nuevo aceyte continuará echando suficiente vapor.

Multiplicando las botellas, aumentando su capacidad podrán acomodarse á salas de mayor número de enfermos repartiéndolas en distancias proporcionadas.

Para las Iglesias que sirven de cementerios, como la de Nuestra Señora del Pino, se deberán poner en distancias iguales quatro botellas, cuya capacidad sea de quatro libras de agua cada una, y llenas la tercera parte de la mezcla referida de sal comun, manganesa, y agua en la forma dicha; á la noche, despues de cerradas las puertas y ventanas de la Iglesia, se echarán en cada una como cosa de media onza de aceyte de vitriolo, se dexarán destapadas hassta una hora ántes de abrir el Templo por la mañana, despues se tapanán y guardarán en otra parte. Abiertas entónces las ventanas, la gente podrá entrar en la Iglesia una hora despues sin daño en la salud, aunque se perciba el tufo del sahumero, el qual tampoco deteriora los dorados en los Altares, segun hemos podido observar. Si quieren repetirse á medio dia podrán colocarse las botellas en las distancias expresadas, y tenerlas destapadas una hora larga con algunas ventanas abiertas, y quitarlas al abrir el Templo sobre las dos la tarde, guardándolas tapadas hasta la operacion de la noche. Calculado el valor de los ingredientes que se juzgan necesarios, para las fumigaciones de un mes de dicha Iglesia del Pino, no será de admirar que no suban mas que 20 reales.

Esto mismo es aplicable para fumigar las ropas, y muebles, suspendiéndolas en el ayre en aposentos cerrados.

En quanto á los frasquitos portátiles, que se han hecho construir, y tiene venales el Vidriero del Call, Joseph Valls, se pueden aprovechar las botellitas de cristal mas dobles que se encuentren. Se encierran en un canuto de box con rosca que sugete el tapon de cristal, que ha de ajustar bien: Se echa en el frasquito la mezcla misma de dos partes de sal comun, una de alabandina, ó manganesa, y un poco de agua, de suerte que forme una masa consistente, y que ocupe la tercera parte del frasquito. Entonces se echan 20 ó 25 gotas de aceyte de vitriolo, se tapa y se encierra en el canuto expresado. Al entrar en el quarto de un enfermo sospechoso, ó que despida mal olor, se abre el frasquito procurando apartarle un poco la boca y narices, á fin de no traer el vapor muy concentrado, que ofende mucho: se tiene abierto todo el tiempo de la estada del sugeto en la pieza del enfermo; tápese despues y puede ir en el bolsillo, porque apénas ocupa más lugar que un antejo de Teatro