

COMITÉ CIENTÍFICO Y ORGANIZADOR

María Ángeles Alonso Alonso – Universidad del País Vasco

Fernando Martín Pérez – Universidad de Cantabria

Fernando Villaseñor Sebastián – Universidad de Cantabria

Javier Riancho Zarrabeitia – Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

FERNANDO MARTÍN PÉREZ

EDITOR

IMPRE 99/6118

SANTANDER, 2019

IMAGEN DE LA CUBIERTA: *VULNERABILIDAD* DE ROBERTO ORALLO

(FRAGMENTO “CIUDADELA”, 2018)

FOTOGRAFÍA: ANA SANTAMATILDE

DEPÓSITO LEGAL: SA-449-2019

**HISTORIA Y PRESENTE DE LA
MEDICINA
*ENFRENTARSE A LA ENFERMEDAD
AYER Y HOY***

**EDITOR:
FERNANDO MARTÍN PÉREZ**

MEDICINA ¿MEDIEVAL?: EL ATRACTIVO DE UN MODELO MÉDICO HOLÍSTICO HUMORAL

FERNANDO SALMÓN MUÑIZ
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Posiblemente muchos de ustedes recuerden la película *Pulp Fiction* del director Quentin Tarantino, uno de los grandes éxitos cinematográficos de finales del siglo XX que recibió el homenaje de una parte de la crítica (Palma de Oro en Cannes en 1994) y la acusación por parte de otra, de celebración gratuita del exceso y la violencia. En una de sus escenas más conocidas se anuncia una terrible venganza en respuesta a las torturas y violación que acaba de sufrir uno de los personajes, con las siguientes palabras: “I am gonna get medieval on your ass”. Entendido correctamente este “hacer el medieval” por algo así como “voy a ser brutal contigo”.

Quentin Tarantino ha presumido siempre de una escasa cultura que, según él, se reducía a la que obtenía mientras pasaba las horas despachando películas en un videoclub de tercera estadounidense. Sin embargo, con su invitación amenazante a comportarse como un medieval recogía una larga tradición pictórica, literaria, musical y desde hace apenas un siglo también cinematográfica, que había colocado las representaciones y los relatos más extravagantes sobre la brutalidad y el sufrimiento humano en ese momento histórico. Y es que, a pesar de que la Europa del siglo XX ha sido víctima y verdugo de las mayores atrocidades que los hombres han cometido contra otros hombres, seguimos alimentando el pensamiento tranquilizador de que la barbarie pertenece o a otros pueblos o a otros tiempos históricos y aquí a Edad Media se lleva la palma (del martirio)²⁵.

25 Carolyn Dinshaw, *Getting Medieval: Sexualities and Communities, Pre- and Postmodern*. Durham, NC: Duke University Press, 1999.

Asumiendo las distorsiones debidas a la fascinación y al horror que, en partes iguales, ha provocado este momento histórico, parece probado que la violencia de las relaciones cotidianas en la paz y en la guerra, la institucionalización del sufrimiento físico como parte del sistema judicial o la íntima vivencia de los dolores de la cruz que impregnaba la experiencia mística, estuvieron muy presentes en las vidas de los hombres y de las mujeres medievales europeos. Las grandes hambrunas que asolaron de manera cíclica la región y la irrupción de la crisis sanitaria y social que provocó la peste de 1348, no parece que ayudasen a dulcificar un panorama sostenido por una visión del mundo cuyo eje político, social y cultural era el cristianismo²⁶.

Con este bagaje de leyenda fantástica y de realidad histórica, este trabajo intentará reflexionar sobre si es un oxímoron hablar de medicina y de cuidados de salud en el mundo medieval. Me gustaría explorarlo desde dos cuestiones muy generales: ¿Hubo confianza por parte de los pacientes y de las instituciones públicas, en que desde la medicina podían afrontarse los problemas de salud o sólo encontramos resignación cristiana ante la enfermedad y el sufrimiento? Y si la respuesta a la primera parte de la pregunta es afirmativa, ¿qué pudo ofrecer la medicina en ese momento y cómo sustentó una oferta que resultase atractiva?²⁷.

Comenzaré con una confesión, una confesión ajena. “Hubo muchas y variadas discusiones sobre mi caso entre los médicos que me atendían. Y aunque lo que decían no me parecía muy sensato, seguí sus consejos. Usé los medicamentos y la dieta que me indicaron por lo menos durante tres meses, y a día de hoy, apenas me encuentro algo mejor.”²⁸

Quien relata esta historia personal es el abad de Cluny, Pedro el Venerable que decide escribirle a un tal maestro Bartolomé, médico, con la esperanza de que le pueda proporcionar algo más eficaz para aliviar su situación que lo recomendado por los médicos locales a los que había

26 Mitchell B. Merback, *The Thief, the Cross and the Wheel. Pain and the Spectacle of Punishment in Medieval and Renaissance Europe*. London: Reaktion Books, 1999. Esther Cohen, *The modulated Scream: Pain in Late Medieval Culture*. Chicago: Chicago University Press, 2010.

27 El presente ensayo reproduce parcialmente mi trabajo “La medicina europea medieval: Arnau de Vilanova (c. 1240-1311)” en: Jesús Álvarez Fernández-Represa y José A. Gutiérrez Fuentes (eds.) *Reconocimiento a cinco siglos de medicina española*. Madrid, Fundación Areces/Real Academia de Doctores de España (en prensa).

28 Citado por Nancy Siraisi, *Medieval and Early Renaissance Medicine. An Introduction to Knowledge and Practice*. Chicago/London: The University of Chicago Press, 1990, p. 115.

consultado. Cuenta el abad, que a finales de 1050 y debido a la presión de los asuntos del monasterio, pospuso su sangría bimensual, que, al poco tiempo sufrió esa “enfermedad que llaman catarro” y que los médicos le recomendaron volver a posponer la sangría porque de no hacerlo, corría el riesgo de perder la voz e incluso la vida. Viendo que el catarro no mejoraba y empezando a preocuparse porque el exceso de sangre y de flema produjeran una fiebre, decidió desoír los consejos de los médicos y recurrir a la sangría. Tras hacerlo, el catarro seguía molestándole y además, como le habían pronosticado, perdió la voz. Llevaba ya tres meses con dificultad para hablar cuando se decidió a escribir esta carta porque además de la afonía, sentía una gran opresión en el pecho y expectoraba mucha flema. La razón confesa para contactar con un médico ilustre como el maestro Bartolomé, era que las recomendaciones de los médicos locales seguían sin convencerle. Éstos habían atribuido el empeoramiento de los síntomas al enfriamiento corporal que le había producido la pérdida de sangre por las sangrías inadecuadas en las que se había empeñado y le habían aconsejado una dieta y unos medicamentos de naturaleza caliente y húmeda. Pero, ésto al abad le parecía contrario a razón puesto que en buena lógica galénica una enfermedad fría y húmeda como el catarro debía combatirse por sus contrarios, es decir, con remedios cálidos y secos. Los médicos, cuenta en su carta el Venerable, replicaron que lo que necesitaba la garganta eran sustancias humectantes y no secas, puesto que éstas aumentarían la irritación.

Tenemos la fortuna de que se haya conservado no sólo la consulta, sino la respuesta. Una respuesta larga y razonada en la que el maestro Bartolomé utilizando toda la retórica de la medicina de su tiempo fue muy cauto, y ni desautorizó ni contradijo, ni a sus colegas, ni a su ilustre paciente.

Un remedio, le explicó el maestro Bartolomé al abad, puede ser húmedo, pero, además, ser seco en potencia y, por lo tanto, no sería incorrecto utilizarlo en una enfermedad de naturaleza húmeda. Déjense las sangrías hasta la completa recuperación –le recomienda-, abandónense los remedios secos y en cambio, utilícense frecuentes baños calientes, inhalación de vahos, cataplasmas para el pecho y gárgaras.

No son muy frecuentes relatos tan detallados como el que hace Pedro el Venerable de la afección respiratoria que le tuvo preocupado los

últimos meses del año 1050 y primeros de 1051 y tampoco es frecuente que se conserve la comunicación epistolar entre un médico y un paciente para este período histórico. Por eso es tan interesante un material como éste que la historiadora Nancy Siraisi nos dio a conocer en 1990²⁹.

El relato nos señala algunos elementos que me gustaría destacar sobre los procesos de salud, enfermedad y atención en la Europa bajomedieval. En primer lugar, que en el siglo XI existían unos profesionales que se llamaban a sí mismos o que eran reconocidos por sus contemporáneos como médicos. Recordemos que la medicina no entra a formar parte de los estudios universitarios hasta finales del siglo XII y por lo tanto no podían exhibir un título universitario, aunque sí que podían presumir de haberse formado en alguna de las escuelas de medicina existentes en distintos puntos de Europa. En segundo lugar, que el grado de formación entre ellos no era homogéneo y, de hecho, vemos como Pedro el Venerable, no fiándose de la formación de los médicos locales, contacta con un médico famoso –a quien denomina maestro en medicina- posiblemente perteneciente a la escuela de medicina de Salerno³⁰. Es interesante destacar también como la evaluación de la idoneidad del médico se establece no solo en base al resultado clínico sino a su capacidad para ofrecer una explicación coherente del proceso y de los remedios ofrecidos para su tratamiento. No es infrecuente que en las iluminaciones de las letras capitulares de manuscritos médicos en las que se representa el encuentro entre el médico y el paciente, el médico aparezca con el dedo índice de una de sus manos extendido en actitud docente, explicando el diagnóstico o el curso pronóstico de la enfermedad. El maestro Bartolomé al que se dirige el Venerable, no solo le puede curar mejor sino, sobre todo, le puede dar una mejor explicación sobre su padecimiento y cómo manejarlo porque su formación incluye no solo práctica empírica sino conocimiento teórico tanto filosófico como médico: el saber por qué se hace lo que hace. Pedro el Venerable, acepta los remedios que le recomienda el maestro Bartolomé, no porque sean distintos a los que le recomendaban sus médicos locales sino porque éste le ofrece una explicación satisfactoria de la lógica de su uso utilizando las categorías de potencia y acto típicamente

29 Ibid., pp. 115-116.

30 Danielle Jacquart y Agostino Paravicini Bagliani (eds.) *La scuola medica Salernitana. Gli autor e i testi*. Firenze: SISMELE-Edizioni del Galluzzo, 2007.

aristotélicas. Para que haya esta evaluación, paciente y médico tienen que compartir una misma manera de entender el cuerpo en salud y en enfermedad, aunque lo hagan con un grado distinto de complejidad que depende del nivel de formación intelectual de unos y de otros. En este ejemplo es llamativo que el conocimiento del funcionamiento del cuerpo y de sus cuidados que refleja el paciente sea mayor que el de los médicos locales a los que acude. Pedro el Venerable, conoce y práctica una serie de rutinas preventivas –la práctica regular de la sangría, por ejemplo- y entiende el mecanismo fisiológico subyacente que justifican el uso de las mismas. Sabe que un exceso de sangre puede producirle problemas y piensa que si a esto se le añade una gran abundancia de flema podría derivarse una fiebre (en ese momento, se entiende que la fiebre es una enfermedad, no un signo y que la causa de la enfermedad febril puede provenir de un proceso de putrefacción por acumulación de, por ejemplo, sangre y flema), patología, a menudo, fatal.

Está claro que estamos en un entorno privilegiado, unos de los grandes monasterios europeos –el de Cluny- y ante un personaje con una cultura poco común, pero a pesar de estas condiciones excepcionales, el caso refleja algo más frecuente sobre lo que me gustaría llamar la atención y es la aceptación de la autoridad de un modelo de medicina que desarrollado en el siglo V antes de Cristo en ambas orillas de la cuenca mediterránea condicionó la manera de entender el funcionamiento corporal y los procesos de salud y enfermedad hasta, al menos, el siglo XVII³¹. Algo que a medida que nos adentremos en los siglos XII y XIII va a ser más evidente, bien porque la realidad descrita en el relato del de Cluny va a estar más generalizada o simplemente porque existe más documentación, la que deriva de la incorporación de los estudios de medicina a la universidad y la que refleja una mayor regulación profesional (contratos, licencias, etc.) de los distintos sanadores (cirujanos, apotecarios, matronas, barberos...) y sus actividades³². De hecho, la documentación municipal ha permitido saber que, a comienzos del siglo XIII en diferentes ciudades del sur de Europa, las autoridades municipales contrataron los servicios de distintos profesionales sanitarios para la asistencia de sus ciudadanos, por ejemplo, de los llamados *medici condotti* (a pesar del nombre, médicos y cirujanos) por parte de algunas

31 Roger French, *Medicine before Science. The Business of Medicine from the Middle Ages to the Enlightenment*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

32 Geneviève Dumas, *Santé et société à Montpellier à la fin du Moyen Âge*. Leiden/Boston: Brill, 2015.

ciudades italianas³³. Desde finales del siglo pasado y gracias al trabajo en los ricos archivos de la Corona de Aragón de Luis García Ballester y Michael McVaugh, se ha podido documentar una amplia presencia y actividad en estos territorios de distintos sanadores y sanadoras e incluso reconstruir fragmentos de sus biografías personales o de sagas familiares –con datos de formación académica o extraacadémica, ejercicio, construcción de redes de clientelismo y patronazgo. El análisis del material de archivo permitió, además, ofrecer una de las más ricas y detalladas panorámicas sobre la práctica médica en el mundo medieval. Imagen amplia que analizaba tanto las expectativas de salud de los pacientes como la negociación del pago, el papel del médico universitario como consejero y colaborador de las autoridades municipales en temas de enfermedad así como sus funciones como cortesano de las familias reales, la variable consideración social de los sanadores según su formación, sexo o religión y el creciente prestigio de la medicina universitaria que era demandada por hombres y mujeres de un espectro social cada vez más amplio. De hecho, está también documentada la presión por parte de los habitantes de distintos municipios para que sus autoridades contratasen a algún tipo de profesional sanitario que garantizase la accesibilidad al mismo³⁴.

Los contratos que los municipios de la Corona de Aragón ofrecían a los profesionales sanitarios solían seguir un patrón común que se centraba en tres puntos de negociación: el tipo de pago (si era monetario o en especie, como la exención de impuestos), el tiempo de permanencia en la ciudad exigido (la residencia permanente normalmente era obligatoria, pero en ocasiones dos ciudades compartían médico y éste tenía obligación de residir en la ciudad que le pagaba la mayor parte del salario) y el tipo de asistencia que el médico se comprometía a ofrecer. En contraste con lo que sabemos para Italia, donde se solía estipular que el médico municipal debía tratar gratis a los pobres del municipio y

33 Vivian Nutton, “Continuity or Rediscovery? The City Physician in Classical Antiquity and Medieval Italy” en: Andrew W. Russell (ed.) *The Town and State Physician in Europe from the Middle Ages to the Enlightenment*. Wolfenbüttel: Herzog A. Bibliothek, 1981, pp. 9-46; Katherine Park, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*. Princeton/NJ: Princeton University Press, 1985.

34 Luis García Ballester, *La medicina a la València medieval. Medicina i societat en un país medieval mediterrani*. Valencia: IVEI, 1988; Luis García Ballester, Michael McVaugh y Agustín Rubio, *Licensing, Learning and Medical Control in Fourteenth-Century Valencia*. Philadelphia: Transactions of the American Philosophical Society, 1989; Michael McVaugh, *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the Crown of Aragon, 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993; Luis García Ballester, *Medicine in a Multicultural Society. Christian, Jewish and Muslim Practitioners in the Spanish Kingdoms, 1222-1610*. Aldershot: Ashgate-Variorum, 2001.

donde el cobro a los que podían permitírselo también estaba regulado –dependiendo de la riqueza del paciente y del padecimiento a tratar– no parece que los contratos de la Corona de Aragón incluyeran estas condiciones. Llama la atención que en algunos de los contratos entre las autoridades municipales y el médico conservados en los archivos de la Corona de Aragón no se incluyera la obligación de ofrecer de manera gratuita ningún tipo de tratamiento sino simplemente la inspección de la orina de todos aquellos ciudadanos que lo solicitasen y consejos para el mantenimiento de la salud³⁵.

¿Qué modelo médico fue capaz de sostener el hecho de que una oferta sanitaria tan escueta –que solo prometía diagnóstico y consejo– pudiera ser lo suficientemente atractiva como para justificar que una parte del dinero municipal se dedicase a ello? Ciertamente tuvo que tratarse de un modelo con capacidad para construir un relato convincente acerca del funcionamiento del cuerpo en salud y en enfermedad que fuera compartido por sanadores y pacientes. Y la evidencia histórica nos señala que la narrativa desarrollada por el humoralismo, el sistema médico en la que se enmarcan el relato de Pedro el Venerable y los consejos de salud que escucharían los pacientes de una pequeña ciudad del Pirineo, fue ciertamente eficaz a juzgar por su pervivencia y difusión.

El conocido como humoralismo, galenismo o galenismo/hipocratismo, fue el modelo médico dominante con distintos grados de complejidad en las tres culturas de la cuenca mediterránea –la islámica, la judía y la cristiana– entre los siglos V a. C. y XVII.

A diferencia del modelo reduccionista que caracteriza el modelo biomédico dominante en la actualidad donde problemas complejos se intentan entender desde las características de algunos de sus elementos particulares, el humoralismo fue un modelo médico holístico organizado según un modelo corporal integrado donde no hubo separación entre lo físico y lo psíquico y donde las distintas partes que componían la economía corporal, estaban, tanto en salud como en enfermedad, en continua interacción dinámica, entre ellas y con lo que rodeaba al individuo.

Tradicionalmente, se ha entendido que, a diferencia de otros sistemas de atención a la salud de carácter holístico, lo característico de éste es

35 Michael McVaugh, *Medicine before the Plague*, pp. 190-200.

que se estructuró en base a unos elementos corporales de naturaleza fluida: los humores. El concepto de humor como componente de la naturaleza humana, apareció desarrollado de una manera poco concreta y a veces, contradictoria en los escritos del corpus hipocrático a partir del siglo V antes de Xto (c. 410-360 aC) y fue sistematizado más tarde en el siglo II por un médico griego, Galeno. Y, de hecho, en la tradición médica occidental e islámica, el humoralismo no puede separarse del galenismo.

El concepto de humor, a su vez, estaba basado en una idea de la naturaleza compuesta por cuatro elementos (fuego, aire, agua y tierra) caracterizados por cuatro cualidades: lo cálido, lo frío, lo húmedo y lo seco. El humor sería el sustrato material de naturaleza fluida de las cualidades anteriormente nombradas. Según la elaboración desarrollada por el galenismo, los humores eran cuatro: la sangre (caliente y húmeda), la pituita o flema (fría y húmeda), la bilis amarilla (caliente y seca) y la bilis negra o melancolía (fría y seca). En este esquema, la flema y la bilis aparecieron como los grandes responsables de la enfermedad. La flema en la que dominaba el agua (par frío/humedad) fue la responsable de los desequilibrios que llevaban al cuerpo a la enfermedad en invierno. En la bilis dominaba el fuego (par calor/sequedad) y por lo tanto, el desequilibrio por exceso de estas cualidades, se manifestaba fundamentalmente en verano. La sangre tenía una posición mucho más ambigua como agente mantenedor de la vida con funciones de nutrición y respiración y como humor que podía causar patología. El humor melancólico presentó otros problemas. No solo la función, sino la mera existencia de la melancolía como humor, fue discutida y, de hecho, no aparece en la mayoría de los tratados hipocráticos. Su descripción, también fue contradictoria, algunos lo describieron como una sustancia negra, otros como un líquido más oscuro que la sangre que burbujeaba al escupirse sobre el suelo. Se ha argumentado que el humor melancólico se adoptó no tanto con relación a completar la correspondencia con los cuatro elementos/cualidades sino a establecer una relación con los ciclos estacionales. Esta relación habría sido muy importante no solo en el plano teórico sino en el práctico dándole al médico una información útil para diseñar distintas estrategias preventivas al predecir qué humor tendría más posibilidad de estar en exceso o defecto según la estación del año.

Así, se pensaba que el humor sanguíneo dominaba en primavera, el colérico en verano, el melancólico en otoño y el flemático en invierno³⁶.

Los humores fueron conceptualizados como fluidos corporales reales asociados a una localización corporal y a unas características físicas más o menos reconocibles. La flema era cualquier líquido blanquecino o transparente (a excepción de la leche o el semen) especialmente abundante en el cerebro. La bilis tendría un color amarillo verdoso característicos y se encontraría en la vesícula biliar y la bilis negra o melancolía en el bazo. El humor sangre aparecería mezclado con los otros humores en la sangre de las venas y las arterias. La sangre y el resto de los humores derivaban de la segunda cocción del alimento (la primera se produce en el estómago produciendo el quilo) que se producía en el hígado. Todos ellos a través de una tercera digestión contribuían a la nutrición de los distintos miembros del organismo constituyendo su sustancia³⁷.

A lo largo de la tradición médica occidental e islámica, encontramos muy pocas referencias directas de manera exclusiva a los humores en salud o en enfermedad³⁸, siendo mucho más frecuente que se hable de alteraciones o equilibrio de los pares de cualidades frío/calor/humedad/sequedad que caracterizaron a los elementos simples ya mencionados. Los elementos, sin embargo, no eran accesibles directamente a la inspección clínica y el médico debía centrarse en estudiar la cualidad total resultante de la mezcla de las cualidades simples, cualidad a la que se llamó temperamento o complexión. Cada individuo tendría una complexión, es decir, unas características cualitativas concretas, que dependía de distintas variables —edad, lugar y momento del nacimiento (geográfico y astral), etc.—. Sus propiedades sensoriales podrían conocerse de manera directa por el tacto y de manera indirecta, a través de los otros sentidos y por inferencias lógicas. Además de la complexión general del individuo, cada una de las partes del cuerpo tendría una complexión propia, aquella que fuera la más conveniente a su función, siguiendo en esto el marco de pensamiento teleológico dominante en la medicina y en la filosofía natural premoderna.

36 Vivian Nutton, 'Humoralism,' en: William Bynum y Roy Porter (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge, 1993, vol. I, pp. 281-291.

37 Juan A. Paniagua. *Studia Arnaldiana. Trabajos en torno a la obra médica de Arnau de Vilanova, c.1240-1311*. Barcelona: Fundació Uriach, 1994.

38 Peregrine Horden y Elisabeth Hsu (eds.) *The Body in Balance. Humoral Medicines in Practice*. New York: Berghahn, 2013.

Independientemente de que pongamos el acento en las características cualitativas de las complexiones o en los humores, va a ser este cuerpo donde cada una de sus partes tiene una complexión distinta y relacional, el cuerpo sobre el que se van a basar las actuaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas de la medicina medieval. Y va a ser este cuerpo, asimismo, el cuerpo experiencial del paciente que consume este modelo de medicina, como hemos visto en el relato de Pedro el Venerable.

Lógicamente en este modelo de conocimiento del cuerpo no solo se han naturalizado –es decir, se han explicado en base a principios naturales- aspectos fenomenológicos del ser humano, sino que también se han recogido, reflejado y reforzado valores culturales y sociales concretos. La complexión individual dependía no solo de la edad o del lugar de nacimiento sino también del sexo. Y dentro de una organización social patriarcal, la conceptualización de la complexión del cuerpo sexuado en femenino no sólo reflejaba su disparidad con respecto al masculino, sino que recogía y reforzaba una posición de inferioridad, fruto de la misoginia en la que se asentaba este orden. La mujer tenía una complexión relativa siempre más fría y más húmeda que el hombre con todos los valores culturales negativos o de inferioridad asociados a esas cualidades y en este modelo, el patrón normativo, de manera explícita o implícita, era el masculino³⁹.

Este esquema holístico permitió dar explicación a los distintos procesos morbosos entendidos como desequilibrios de la complexión, lo mismo los que afectaban a una parte que a todo el organismo. De la misma manera que permitió justificar el sistema diagnóstico –inspección de orina y toma de pulso- y determinadas actuaciones preventivas para el mantenimiento de la salud entendida como equilibrio. Es muy conocida, por su espectacularidad, la práctica de la sangría como reequilibradora del cuerpo siguiendo la lógica de la monitorización de las llamadas seis cosas no naturales, factores que pertenecieron por derecho propio a la economía corporal y que representan una particularidad interesante de este modelo médico, sobre la que me gustaría detenerme brevemente. En el modelo corporal que vengo comentando, el cuerpo no se entiende como algo estático, sino que es algo en continua relación dinámica entre sus componentes y con lo que le rodea. De hecho, en

39 Joan Cadden, *Meanings of Sex Difference in the Middle Ages. Medicine, Science and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

el funcionamiento del cuerpo humoral elaborado por el galenismo y que dominó la Europa premoderna, el cuerpo estaba formado por las llamadas cosas naturales (es decir, todos los componentes del cuerpo estáticos y dinámicos), sufría el efecto de las que iban en contra de la naturaleza (la enfermedad, el síntoma y su causa) y estaba en relación permanente con las llamadas *res non naturales* (cosas no naturales) que condicionaron el que permaneciera en salud o cayera en enfermedad.

Aunque hay variaciones entre distintos autores y tradiciones en cuanto al orden, entre estas cosas no naturales pueden considerarse las siguientes seis: la primera (*aer*), el aire y el ambiente entendido como todo lo que rodea al cuerpo, incluso aquello tan cercano a la piel como es la ropa; la segunda, el movimiento y el reposo (*motus et quies*), entendido el primero como función propia del miembro o como movimiento local. La tercera (*cibus et potus*), se refiere a la comida y a la bebida, aunque tomado esto de manera amplia para incluir todas las sustancias minerales, vegetales y animales que ingeridas pueden actuar sobre el cuerpo como medicamentos o venenos (modificando el cuerpo sin que ellos se modifiquen) o como alimentos (siendo modificados por el cuerpo y transformados en parte del mismo). La cuarta cosa no natural, aborda el sueño y la vigilia (*somnus et vigilia*). El quinto par se refiere a la retención y la excreción (*repletio et evacuatio*) que incluye, por ejemplo, las relaciones sexuales y da el marco teórico que apoyaría intervenciones sanitarias como la de la sangría preventiva. Por último, las llamadas pasiones del alma (*accidentia animi*) pertenecen a estas “cosas no naturales” y actúan de modo claro sobre la salud al tener un efecto físico que afecta a todo el organismo de manera positiva como la alegría o negativa, como la tristeza⁴⁰.

La base de los consejos para el mantenimiento de la salud y la evitación de la enfermedad que ofrecía este modelo médico pasaba necesariamente por el control de algunas de estos factores y su aceptación popular debió de ser grande como demuestra el desarrollo de un género literario propio en latín y en lengua vernácula, el de los *Regímenes de salud*⁴¹ y la documentación de archivo que se ha conservado de actua-

40 Pedro Gil Sotres, “Introducción” en: Luis García Ballester y Michael McVaugh (eds.) *Regimen sanitatis ad regem aragonum, Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, X.1. Barcelona: Fundació Noguera/Universitat de Barcelona, 1996, pp. 471-885.

41 Marilyn Nicoud, *Les régimes de santé au Moyen Âge. Rome. Naissance et diffusion d'une écriture médicale (XIIIe-XVe siècle)*. Roma: École Française de Rome, 2007.

ciones municipales en casos de epidemia de peste guiadas por estos principios⁴².

De modo general, debemos recordar que la regulación de estas “seis cosas no naturales”, tuvo como objetivo el mantenimiento adecuado de los principios básicos que regían el correcto funcionamiento del organismo: la humedad radical, el calor innato y el espíritu vital. Se aceptaba que el corazón de cada ser humano era el asiento del calor innato/humedad radical y del espíritu vital. El calor/humedad iría consumiéndose a lo largo de la vida, y esto explicaba que los ancianos fueran más frioleros que los jóvenes y que la piel del viejo, por ejemplo, estuviera más arrugada. El espíritu iba regenerándose a través de distintas transformaciones que sufría la comida ingerida. Y ambos recorrían todo el organismo a través de las venas, las arterias y los nervios.

Todo este esquema puede sonar muy abstracto, pero resultó muy convincente en la comunicación del médico con su paciente. Veamos un ejemplo. ¿Cómo se explicó el funcionamiento de las emociones? Se entendía que a través de nuestra capacidad cognitiva, un objeto externo o interno era juzgado como positivo o negativo. La imagen, evaluada de manera positiva o negativa por nuestra mente, actuaba sobre el calor interno y esto generaba un movimiento en el corazón de contracción o de dilatación. Cuando, por ejemplo, un pensamiento negativo, aparecía en nuestra mente, éste actuaba sobre el corazón, enfriándolo y produciendo su contracción. Para compensar el enfriamiento del corazón, todo el calor y el espíritu vital dispersos por el organismo, debían acudir hacia él en una dirección centrípeta lo que explicaría los efectos de la tristeza o del miedo sobre el organismo: frío y palidez del rostro. “Se ha quedado helado” o “se ha quedado blanco” son expresiones que todavía utilizamos en español para describir el aspecto de alguien que ha recibido una noticia negativa inesperada. La alegría, al contrario, calienta el corazón y por eso es responsable de un movimiento centrífugo, desde el corazón hacia el resto del organismo, de ese espíritu y del calor innato para evitar un sobrecalentamiento del corazón.

Esto se consideraba que tenía efectos positivos sobre el resto del organismo argumentado en base a una serie de inferencias lógicas y de

42 Agustín Rubio, *Peste negra, crisis y comportamientos sociales en la España del siglo XIV*. Granada: Universidad de Granada, 1979; Guillem Roca Cabau, “Medidas municipales contra la peste en la Lleida del siglo XIV e inicios del XV” *Dynamis* 2018, 38(1), pp. 15-39.

observación empírica sobre el efecto del calor y del frío en la naturaleza –por ejemplo, los procesos de hibernación y aletargamiento de algunos animales- o en actividades domésticas, por ejemplo, los procesos de cocción de alimentos o transformación de metales en la fragua, que llevaban a concluir que el efecto del calor era más positivo que el del frío. Aplicado a las emociones se concluía que el calor que se difundía por el cuerpo ante una noticia positiva era lo que hacía que con una actitud alegre los distintos componentes del organismo pudieran digerir mejor los nutrientes y, por lo tanto, crecer y desarrollarse mejor. La persona alegre estaría más sana y sería más fuerte que la triste. Por esta razón, los tratados que se encargaban de regular desde el punto de vista médico, la vida de las personas, recomendaron evitar las preocupaciones y la tristeza y disfrutar, en cambio, de la compañía de amigos, de la música y de las diversiones, aunque añadiendo –no se nos olvide que estamos en un contexto moral cristiano- mientras estas diversiones fueran honestas⁴³.

Parece lógico pensar que, si los médicos conocían estos efectos de las emociones, pensasen en aprovechar su potencial terapéutico en el encuentro clínico y de hecho, así lo hicieron. Se conservan distintos fragmentos producidos en las distintas universidades medievales sobre este tema, pero sin duda, la fuente más clara que hoy día tenemos, donde un profesor explica a sus estudiantes como movilizar este potencial, es el comentario al primer aforismo de Hipócrates realizado en 1301 en la facultad de medicina de Montpellier por uno de los médicos más influyentes en el desarrollo de la medicina medieval latina, Arnau de Vilanova (c. 1240-1311). Me detendré brevemente en su contenido porque ayuda a entender también, cuál fue el ideal de encuentro clínico al que se aspiraba dentro de este modelo médico. El comentario está dividido en tres lecciones y en su tercera lección se explica de manera secuencial, para que sea sencilla la memorización, lo que tiene que hacer el médico cuando es llamado por un paciente. Algunas cosas, explica Arnau a sus estudiantes, tienen que hacerse antes, otras con el paciente delante y otras, después.

43 Pedro Gil Sotres, "Introducción", pp. 803-27; Fernando Salmón, "The pleasures and joys of the humoral body in medieval medicine" en: Naama Cohen y Piroska Nagy (eds.) *Pleasure in the Middle Ages*. Turnhout: Brepols, 2018, pp. 39-57.

Cuando se visite al paciente, Arnau siempre recomienda llevar una lista de alimentos y bebidas de cualidad neutra. ¿Por qué? Como ya vimos en el caso de Pedro el Venerable, dentro de este modelo médico el tratamiento correcto de la enfermedad siempre era un tratamiento causal que aspiraba a eliminar la causa de la enfermedad por su contrario. Si una enfermedad era producida por el frío y la humedad, el médico debía recomendar una dieta o un medicamento cálido y seco.

Si de entrada no se sabía cuál era la causa de la enfermedad, sería un error proponer una alimentación curativa que alterase el cuerpo en una dirección o en otra y por eso, la indicación de una dieta neutra. Está claro que reconocer ante el paciente o ante la familia que no se sabía cuál era el problema, colocaría al médico en una situación embarazosa, pero la prescripción de una dieta neutra mientras se seguía evaluando el proceso, no sólo cumplía una función defensiva frente a la crítica, sino que fue defendida por su efecto terapéutico indirecto al evitar que el paciente cayera en la desesperación, lo que tendría efectos fisiológicos perjudiciales. Que esta última razón fue importante, se confirma cuando leemos que Arnau aconseja al estudiante que complementa esta acción con palabras de ánimo que potencien la esperanza en la recuperación.

La misma lógica aparece cuando se habla de la prescripción de un tratamiento sintomático. Arnau, advierte a sus estudiantes que puede suceder que los familiares o el paciente mismo estén ansiosos porque el médico al no saber todavía la causa de la enfermedad se demore en ofrecer el tratamiento. En este caso debía prescribirse, al menos, algo que mejorase los síntomas. Porque el tratamiento sintomático, según la lógica que hemos visto en el manejo de las emociones como parte de las seis cosas no naturales, tendría un efecto positivo sobre el proceso que iba más allá del mero alivio de los síntomas al evitar que el paciente cayera en un estado de ánimo negativo de angustia y desesperación. La misma idea estaba detrás de la recomendación de visitas frecuentes mientras no se llegase a un diagnóstico seguro. Por un lado, el seguimiento cotidiano podía permitir la observación de cambios en el paciente que ayudasen a establecer el diagnóstico y por el otro, aumentaba la confianza en una posible recuperación y ayudaba a que el paciente se mantuviera con un estado de ánimo positivo.

En la lectura que propone el maestro Arnau de Vilanova del encuentro clínico se deriva que el estudiante de medicina medieval no solo habría tenido que asimilar unos determinados conocimientos y habilidades técnicas sino ser capaz, además, de internalizar un lenguaje corporal y verbal concreto como parte de su arsenal terapéutico. Es decir, la buena comunicación con el paciente fue una cuestión tan técnica como la inspección de la orina o la toma del pulso, que se aprendía y tenía una finalidad terapéutica al movilizar las emociones del paciente en una dirección positiva para su recuperación. Planificando la comunicación con el paciente de esta manera, explicaba Arnau, el paciente siempre retendrá la esperanza. Pero ¿hubo algún límite ético en esta estrategia terapéutica? Por ejemplo, ¿fue lícito mentir en este contexto? Arnau, no tuvo ningún problema en recomendar que se mintiera al paciente si esto era necesario para lograr un efecto físico positivo. Sin embargo, esta justificación del uso de algo que en principio era deshonesto, contrasta con la dureza con la que criticó la posibilidad de mentir a los familiares y a los amigos en ausencia del paciente. Obviamente, cuando el paciente no estaba presente, mentir no tendría ningún efecto positivo sobre sus emociones y por lo tanto resultaba injustificable. Esto no implicó que los estudiantes pensasen con ingenuidad que debían comunicar abiertamente sus dudas sobre el caso ante familiares y amigos del paciente. Y, de hecho, el comentario sobre el aforismo “*Vita brevis ...*” es muy rico a la hora de ofrecer con distintos ejemplos, varias estrategias diseñadas para reconciliar la necesidad de mantener la autoridad con la de decir la verdad. Arnau enseñó, por ejemplo, que, ante casos confusos, la comunicación con los amigos y familiares del paciente se centrasen en la ambigüedad de los síntomas explicando por qué eran ambiguos. Hablar de esta manera, concluyó Arnau, no era reprochable ni a los ojos de los hombres, ni a los ojos de Dios; es más, no sólo no dañaba la reputación del médico, sino que aumentaba su buen nombre y su fama de sensato y honrado⁴⁴.

Los aspectos retóricos y defensivos de estas recomendaciones son claros. Como también lo es el interés que los médicos medievales tuvieron en articular esta imagen tan positiva de su ejercicio; pero, no era solo una imagen para el público, sino fundamentalmente para ellos

44 Arnau de Vilanova, *Repetitio super aphorismo Hippocratis “Vita Brevis”*. Ediderunt et praefatione et commentariis anglicis instruxerunt Michael McVaugh y Fernando Salmón. *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, vol. XIV. Barcelona: Universitat de Barcelona/Fundació Noguera, 2014.

misimos en un momento especialmente importante de la construcción de una identidad profesional. No es extraño, por lo tanto, que se dedicase tanto esfuerzo a desarrollar este ideal en el aula, el espacio de socialización de los nuevos profesionales. Independientemente de la idoneidad de los instrumentos de diagnóstico y prescripción de fármacos, un médico desarmado dejaba claro que una parte importante de la cura era el mismo y la relación que fuera capaz de establecer con su paciente desde una narrativa compartida sobre del funcionamiento del cuerpo en salud y en enfermedad⁴⁵.

Una parte importante de la eficacia de este sistema como modelo explicativo de las funciones corporales en salud y en enfermedad residió en una cierta indefinición conceptual que permitió jugar, a veces, con explicaciones abiertamente contradictorias sobre las mismas. Pero, además de la ambigüedad conceptual del sistema humoral que ha sido destacada como explicación de la adaptabilidad y por tanto, supervivencia del sistema, quiero llamar la atención sobre otro tipo de atractivos del mismo, como, por ejemplo, el hecho de que estuviera embebido en metáforas materiales de carácter doméstico –procesos de calentamiento, frío, evaporación, cocimiento, flujo, estancamiento, transformación, etc.- muy eficaces y muy gráficas a la hora de dar razón al porqué de una determinada función o disfunción corporal.

¿Cómo se explicaron en este modelo corporal las sensaciones físicas y psíquicas que aparecen tras una comida copiosa? Estableciendo un paralelismo entre dos funciones, una visible y conocida directamente: la cocción de alimentos en una olla al fuego y la otra invisible: la que sucede dentro del organismo en el estómago cuando recibe los alimentos. La lógica del proceso de cocción con el calor del fuego se aplicó al estómago asimilándolo a una olla. En la digestión, como en cualquier proceso de cocción, se producía vapor; si la cocción era muy larga por el exceso de lo que se había ingerido, se generarían vapores que ascendiendo al cerebro lo ocupaban produciendo sensación de pesadez mental y somnolencia. ¿Qué sucedía con un ataque de ira? Al igual que la alegría, se entendía que la ira producía calor, pero un exceso de calor que el corazón no podía expulsar de manera eficaz dirigiéndolo a la

45 Fernando Salmón, "The physician as cure in medical scholasticism" en: Idliko Csepregi y Charles Burnett, Ch. (eds.) *Ritual healing. Magic, Ritual and Medical Therapy from Antiquity until the early Modern Period*. Firenze: SISMELE/Edizioni de Galluzzo, 2012, pp. 193-216.

periferia y como si de un recipiente sometido a un fuego excesivo se tratase, se quemaba produciendo humo y ese humo negro literalmente enturbiaba el pensamiento cegando la razón. Todavía hay ecos de esta idea en expresiones actuales como la de que alguien en un ataque de ira “se cegó” o la de que a alguien “se le nubló la vista”. Es difícil no simpatizar con un sistema que explica funciones corporales invisibles y complejas con imágenes tan familiares.

Pero, la capacidad de convicción de este sistema no radicó solamente en el uso de metáforas y símiles domésticos. Si leemos la afirmación de que cuando una persona recibe una buena noticia siente como si su pecho se agrandase y se nota con más energía, parece que tanto las mujeres y los hombres del siglo XIV como nosotros mismos, todos estaríamos de acuerdo. La expresión de “no caber en sí de alegría” recoge esta idea. Y lo mismo podría decirse si nos referimos a la expresión de “se me encogió el corazón” cuando escuchamos o somos testigos de algo triste. Y esto, ¿por qué nos suena tan natural y convincente en el siglo XXI, si ya no creemos ni en humores ni en calores innatos, ni en espíritus vitales, ni que el corazón se encoja o se dilate por el efecto de determinados pensamientos? Porque a pesar del componente cultural e histórico que conforma la experiencia humana como bien nos enseñan desde la historia de las emociones⁴⁶, no podemos ignorar que existe, además, una continuidad y una universalidad en lo que nos constituye como humanos.

Se ha argumentado la falta de concreción teórica como una de las razones que justificaron la pervivencia de este modelo médico en un arco temporal, geográfico y cultural muy amplio. Pero, pienso también que una parte importante del éxito del humoralismo tuvo que ver con la capacidad para recoger primero y explicar después, las experiencias de los hombres y de las mujeres en relación a la salud y a los procesos de enfermedad estableciéndose una relación muy cercana entre la experiencia sensorial vivida por el paciente y la explicación que ofrecía el médico en un marco holístico donde todos los procesos corporales –físicos y psíquicos- estaban relacionados entre sí y con el medio

46 Barbara Rosenwein, “Worrying about emotions in history”, *The American Historical Review* 2002, 107/3, pp. 821-845.

externo⁴⁷. Si lo comparamos con el modelo biomédico vigente en la actualidad que es altamente reduccionista, podemos entender el atractivo del humoralismo ya que de manera intuitiva la experiencia de nuestro propio cuerpo es relacional y favorecemos explicaciones holísticas. Hasta el siglo XVII, esa experiencia fue recogida y, además, el modelo teórico médico que intentaba entenderla bebía de la experiencia misma para explicarla de manera convincente. De manera creciente, a partir del siglo XIX, el experimento sustituyó paulatinamente a la experiencia y la voz de quien siente y sufre en primera persona perdió peso en la construcción teórica de la medicina. Hoy, creemos en explicaciones sobre nosotros mismos mediadas por máquinas y expertos que nada tienen que ver con nuestra experiencia subjetiva corporal y lo hacemos porque hemos aceptado que la autoridad del conocimiento científico sea hegemónica.

Pero, para acabar me gustaría complicar un poco más la historia. En lo que llevo reflexionando sobre el humoralismo no he hecho referencia a un elemento que parece que es fundamental para sostener un sistema médico: el conocimiento anatómico tal y como es entendido actualmente por la biomedicina. ¿es posible la existencia de un sistema médico que explique, diagnostique y cure satisfactoriamente sin anatomía? Y parece que sí. ¿Cómo se estableció el diagnóstico en el sistema médico humoral? El diagnóstico intentaba detectar un posible desequilibrio complexional y esto se hacía a través de la evaluación del aspecto del individuo -lo mejor sería evaluar si era semejante a sí mismo-, de la alteración de las funciones normales, del aspecto de las excretas -orina, sobre todo- y de la toma del pulso. De hecho, el examen de orina y la toma del pulso fueron las señas de identidad de este modelo corporal humoral. Y lo fueron cuando en el siglo II Galeno lo desarrolló en Roma, cuando este modelo pasó a Bizancio, al mundo islámico y a partir del siglo XI cuando vuelva a desarrollarse en Europa y siga vigente hasta bien entrado el siglo XVII. El tratamiento tampoco parece que necesitase de mucha anatomía centrado como estuvo en el manejo de los contrarios a través de la dieta (en sentido general), de distintas intervenciones -sangrías, cauterizaciones...- y de una materia medica variada.

47 Fernando Salmón, "Explorando el cerebro: La transmisión y desarrollo de un sistema médico holístico en los siglos XIII y XIV" *Romance Philology* 2017, 71/2, pp. 621-640.

Sin embargo, llama la atención que en este sistema médico donde los humores y los equilibrios cualitativos complejizacionales fueron el eje de la interpretación del cuerpo en salud y en enfermedad, a partir del siglo II, se diera una importancia cada vez mayor al conocimiento anatómico. Importancia que marcó una tradición de la cual somos todavía herederos. Si dejásemos de lado las preconcepciones de qué es el conocimiento del cuerpo y de cuál es el papel que este conocimiento juega en la práctica actual de la medicina, probablemente pudiéramos entender mejor la coexistencia de un sistema corporal como el humoral que no necesitó una anatomía detallada de las partes internas para responder eficazmente a las demandas diagnósticas y terapéuticas, con un creciente interés por conocer esas partes internas. El conocimiento anatómico medieval fue muy complejo y aunque hubo disecciones de cadáveres, su origen fue principalmente libresco, pero la diferencia no estriba en si hubo mayor o menor número de disecciones, si primó la palabra escrita sobre el hallazgo en el cadáver, sino en el tipo de preguntas a las que responde ese conocimiento, que no fueron las del “cómo” típicas de nuestra forma de indagación sobre el cuerpo, sino las del “para qué”, vigentes desde la antigüedad. La descripción morfológica de una parte anatómica no agotaba el conocimiento anatómico de esa parte; su posición en la jerarquía corporal, sus características cualitativas, su relación con otras partes, su funcionamiento y en su suma, la explicación teleológica del orden subyacente a su creación fueron elementos indisolubles en ese conocimiento. Conocimiento anatómico que fue básico en el desarrollo de este sistema médico –al menos desde el siglo II- pero no porque le dotase de elementos necesarios para la práctica médica, sino porque el conocimiento anatómico conformó la base retórica desde la que argumentar la superioridad de los médicos formados en esta tradición. Argumento que tuvo importantes repercusiones socio-profesionales en el desarrollo de la tradición médica occidental y en el control del mercado sanitario⁴⁸.

Con esta breve reflexión sobre el sistema médico holístico que dominó la Europa medieval, he querido simplemente señalar, que existieron modelos médicos distintos al nuestro que con demasiada frecuencia aparecen descritos de manera despectiva con el trazo grueso de la ca-

48 Fernando Salmón, “The body inferred: Knowing the body through the dissection of texts” en: Linda Kalof (ed.) *A cultural history of the human body in the medieval age*. Oxford/New York: Berg, 2010, pp. 77-97 (n. 235-239).

ricatura, olvidándonos de que fueron altamente sofisticados y de que, desde otros presupuestos teóricos, respondieron con éxito a los problemas de salud y enfermedad que les planteó la sociedad de su tiempo. Y es que cuando analizamos la lucha contra la enfermedad en la historia, debemos recordar que el éxito de una actuación o de un sistema médico no depende de la relación contable de sus logros terapéuticos sino de como cumple las expectativas diagnósticas y terapéuticas depositadas en el mismo en un momento dado⁴⁹.

49 La investigación en la que se basa este trabajo ha sido realizada dentro del proyecto HAR2015-63995-P (MINECO/FEDER).

“VERUM EST QUOD SUNT PESTILENCIE IN CIVITATE ET SUBURBIS”

TRES EPISODIOS DE PESTE EN UNA CIUDAD DEL ANTIGUO RÉGIMEN*

EDUARD JUNCOSA BONET

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

*“[...] com a Nostro Senyor Déus sie plasent que
en la present ciutat se muyren de pestilència
e per dubte de dita pestilència hich haje exits
e hixen de cada dia molts ciutadans...”⁵⁰*

Desde los últimos siglos medievales, la documentación relativa a la peste nos permite aproximarnos, desde múltiples puntos de vista, a las consecuencias que tuvo su declaración sobre las comunidades que se vieron afectadas por el azote de los recurrentes brotes epidémicos.

A lo largo de las próximas páginas, nos disponemos a llevar a cabo el análisis a través de tres estudios de caso centrados en la ciudad de Tarragona —una de las principales puertas de entrada de la Peste Negra en la Península Ibérica—,⁵¹ dado que las fuentes conservadas son ricas y diversas para el marco cronológico que pretendemos abordar.

En primer lugar, va a atenderse la cuestión del miedo que generaba la enfermedad y las investigaciones encargadas por la monarquía antes de decidirse a emprender un viaje hacia tierras amenazadas por los

* El presente estudio se ha realizado en el marco del proyecto de investigación HAR 2016-76174 de la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación, y del grupo de investigación consolidado 2017-SGR-1068 de la Generalitat de Catalunya. En parte, los contenidos que aquí se vuelcan fueron publicados en catalán en la monografía del mismo autor que firma estas páginas *La població de Tarragona de la crisi baixmedieval a la de l'Antic Règim. Aproximació a la demografia històrica* (Tarragona: Arola, 2016).

** Dedico este capítulo al equipo médico y al personal de enfermería y de servicios del Hospital 12 de octubre de Madrid, con mi más sincero agradecimiento.

50 Archivo Histórico de la Ciudad de Tarragona (AHCT), Fondo municipal (FM), Acuerdos municipales (AM), nº 84: 1483-1484, fol. 5v [23 de julio de 1483].

51 Según apunta Ole J. Benedictow en *La Peste Negra, 1346-1353. La historia completa*, Madrid: Akal, 2011, p. 118, 125 y 129.

contagios, las cuales nos describen, fundándose en la experiencia de diversos testimonios cualificados, el estado sanitario de la ciudad y su entorno a fines del año 1387. El segundo aspecto que va a plantearse será la incidencia real del brote de peste que afectó a la ciudad en 1592 a través de una carta verdaderamente extraordinaria en la cual se plasmó la relación detallada, día a día, del número de adultos y de menores que perecieron, así como el de enfermos. Finalmente, se expondrá la sucesión de disposiciones que fueron adoptadas por los responsables del gobierno municipal desde mediados del año 1649 y a lo largo de 1650 –a partir del momento en que se recibieron las primeras noticias relativas a la peste en zonas próximas– con objeto de intentar prevenir, en la medida de lo posible, los contagios y hacer frente a los mismos una vez la enfermedad se había empezado a propagar.

I. EL MIEDO A LA PESTE: INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO SANITARIO DE LA CIUDAD (1387)

Corrían los últimos días del mes de octubre del año 1387 cuando el rey Juan I de Aragón, recientemente entronizado, se disponía a viajar a Tarragona para realizar su entrada solemne en la ciudad, pero, antes de hacerlo, decidió escribir a las autoridades tarraconenses a fin de que le diesen a conocer el estado sanitario de la zona,⁵² pues *“les apidèmies o malalties de glànols sien començades aquí, en la ciutat de Barchelona, e per aquesta rahó vullam saber com ne va aquí en Terragona”*. Con tal fin, ordenaba el rey que se recibiera información precisa de médicos, barberos y otras personas conocedoras de la situación y que le fueran enviadas las conclusiones mediante carta cerrada y sellada.⁵³

En su respuesta, los oficiales señoriales (vegueros) y los magistrados municipales (cónsules) certificaban que, tras haber recabado la información solicitada a dos médicos físicos cristianos, a un físico judío y a

52 Una práctica que ya hallamos documentada en varias ocasiones a lo largo del reinado de su padre, el rey Pedro el Ceremonioso. Pueden tomarse como ejemplo los registros de la real cancillería custodiados en el Archivo de la Corona de Aragón (ACA) 1103, fol. 165r y 1281, fol. 131r, transcritos por Stefano M. Cingolani en su *Epistolari del rei Pere el Cerimoniós*, el cual debiera ver la luz próximamente; agradezco a su autor que me haya permitido su consulta.

53 Una carta muy similar fue remitida al veguer, al baile y a los jurados de Vilafranca del Penedès, pues era la primera ciudad en la que el monarca tenía previsto detenerse tras haber abandonado Barcelona. ACA, Cancillería (C), reg. 1952, fol. 48v.

tres barberos y cirujanos de la ciudad, en la última semana, media docena de personas habían contraído ántrax (“*èntrach àlies mala busanya*”),⁵⁴ perdiendo la vida la mitad de ellas y curándose el resto, hecho que llevó a los médicos a apuntar que las pestilencias habían empezado y que la tierra no estaba del todo pura ni exenta de los contagios, añadiendo que, a lo largo del año, se habían padecido asimismo enfermedades comunes de fiebres tercianas, simples, dobles, compuestas y otras similares, de las que la mayoría se habían logrado recuperar.⁵⁵

Las informaciones recibidas parece que no fueron suficientes para decidirse a emprender el viaje pues, unos días más tarde, el monarca dirigió una nueva carta al arzobispo Ènnec de Vallterra, a los vegueres y bailes, a los cónsules y a los prohombres de la ciudad y del Campo tarraconense para decirles de que se disponía a enviar al médico físico de su Casa, Francesc de Granollacs, a fin de que llevase a cabo una investigación detallada encaminada a determinar el verdadero estado sanitario de la capital y su término:⁵⁶

“Die veneris, XV die novembre anno LXXXVII, in presentia reverendum in Cristo patris et domini Euneco, miseracione dominice archiepiscopo Terraconensis et venerabilis vicariorum et consulum civitatis Terracone et plurium aliorum constitutus, venerabilis Franciscus de Granollaco, magister in medicina, presentavit quandam letram serenissimi principis domini regis Aragone tenoris sequentis:

En Johan, et cetera, als reverend pare en Christ, amats e feels nostres, l'archabisbe de Terragona, e los veguers, batles, cònsols e pròmens de la ciutat

54 Según el *Regiment de preservació a epidímia e pestilència e mortaldats* del maestro en artes y medicina Jaume d'Agramont (Lleida, 1348), “*àntrachs, que vol dir mala buaynna o buba negra, segons vulgar de Cathalunna*”. En dicho tratado, “*fet a profit del poble e no a instrucció dels metges*”, Agramont definió la ‘pestilencia’ como “*mudament contra natura de l’èr en ses qualitats ho en sa substància, per lo qual en les coses vivents vénen corrupcions e morts soptanes e malauties diverses en alcunes determenades regions*” (art. I, cap. I). Sobre el estudio de este y otros tratados del periodo analizado, véanse los trabajos de Arrizabalaga Valbuena, Jon, “Discurso y práctica médicos frente a la peste en la Europa bajomedieval y moderna”, *Revista de Historia Moderna*, 17 (1998-1999), p. 11-20; y “La Peste Negra de 1348: los orígenes de la construcción como enfermedad de una calamidad social”, *Dynamis*, 11 (1991), p. 73-117.

55 “[...] *concloen en açò los dits metges que les pestilències hic han començat e que de tot la terra non és pura ni escusada, com aytals apostemes et exidures són comunament et mostren l’èr pestilencial*” (AHCT, FM, AM, n°10: 1387-1388, fol. 51v).

56 Dicha misiva se registró en el archivo real de Barcelona (ACA, C, reg. 1867, fol. 93r), y fue copiada en el correspondiente *liber consiliorum* del archivo municipal de Tarragona (AHCT, FM, AM, n° 10: 1387-1388, fol. 54).

de Terragona e dels lochs del Camp, e a tots altres als quals la present pervendrà, salut et dilecció.

Sapiats que nós, per haver certa informació del temps d'aquexes parts, ço és, saber si y ha sanitat o malalties o altres accidents epidemics, trametem a vosaltres lo feel metge físich de Casa nostra, maestre Francesch de Granollach, portador de la present, perquè us pregam, deïm e manam que, ab ell ensemps, reebats o façats reebre la dita informació en escrits del temps dessús dit, axí de metges físichs e cirurgians, com de barbers e altres qui en semblants coses degan saber, de guisa que ell puxa breument retornar a nós ab la certificació dessús dita, en la qual volem que sia depositat ab sagrament per los dits metges e barbers, si e segons que us semblarà faedor, per haver-ne la veritat de ço que'n sia. E noresmenys, hi fets depositar los rectors, domers, vicaris e altres regidors de les esgleyes parrochials e de òrdens de la ciutat e lochs dessús dits. E sobre açò creets al dit maestre Francesch de ço que us dirà de part nostra.

Dada en Vilafrancha de Penedès, sots nostre segell secret, a ·XIII· dies de noembre, en l'any de la Nativitat de Nostre Senyor MCCCCLXXXVII. Rex Iohannes”.

Habiendo recibido la misiva y queriendo dar satisfacción a lo que en ella se contenía, el arzobispo, los vegueres y los cónsules hicieron reunir en el castillo del prelado “*tam físicos quam cirurgicos et apothecarios ac etiam curatos dicte civitatis*”, quienes declararon ante el notario Joan de Virgili, bajo juramento y en presencia de Francesc de Granollacs, lo siguiente:⁵⁷

- Guillem Safàbrega, maestro en medicina y en artes, dijo que había peste en la ciudad y en los suburbios de Tarragona, y que lo sabía porque los síntomas eran los que habitualmente se observaban en tiempos y ambiente de peste: aparición de tumores en los emuntorios de los órganos principales y tumores internos, como pleuresía, esputos de sangre, ántrax y muertes súbitas, por lo que concluyó que el aire que alberga la peste todavía no está purificado de la corrupción pestilente.

57 AHCT, FM, AM, nº 10: 1387-1388, fols. 54v-55v.

- Tomàs Caix, bachiller en artes y medicina, quien tenía bajo su cuidado algunos enfermos, expuso que, en verdad, había peste en la ciudad y sus suburbios, y que el aire no estaba limpio.
- Perfeyt Cap, maestro judío y físico de Tarragona, declaró no saber seguro si había peste en Tarragona y su término porque no estaba tratando ningún caso; con todo, había oído decir que las pestilencias y el ántrax habían sido muy graves, afirmando, finalmente, que había tratado a algunos pleuríticos a los cuales había logrado curar.
- Bernat Cerdà, cirujano de Tarragona, recalcó la veracidad de la existencia de la peste en la ciudad y los suburbios, pues él mismo había tratado a muchos apestados, quienes tenían bubones y ántrax.
- Guerau Cijar, cirujano de Tarragona, afirmó que era verdad que había peste en Tarragona y su entorno, y lo sabía porque había tenido y seguía teniendo bajo sus cuidados a muchos enfermos con bubones en las ingles, en el cuello y en la espalda.
- Antoni Mallola, Guillem Martí y Antoni Roca, apotecarios, aseguraron no saber nada más que lo que habían estado oyendo por las deposiciones anteriores.
- Berenguer Dueta y Francesc Martí, parroquiales en la Seo de Tarragona, añadieron que era verdad que a menudo moría gente en la ciudad pero que ignoraban la razón de dichos decesos.
- Guillem Ferrer, presbítero, expresó que cinco meses atrás Jaume Tost había tenido “mala buba” en la rodilla, pero que se había res-
tablecido.

En resumidas cuentas, todas estas declaraciones, las cuales atestiguan que seguían dándose casos de peste en la ciudad de Tarragona y que su aire no era puro, sirvieron para que el rey Juan, manteniendo una actitud precavida, decidiese finalmente posponer su traslado y estancia en ella.

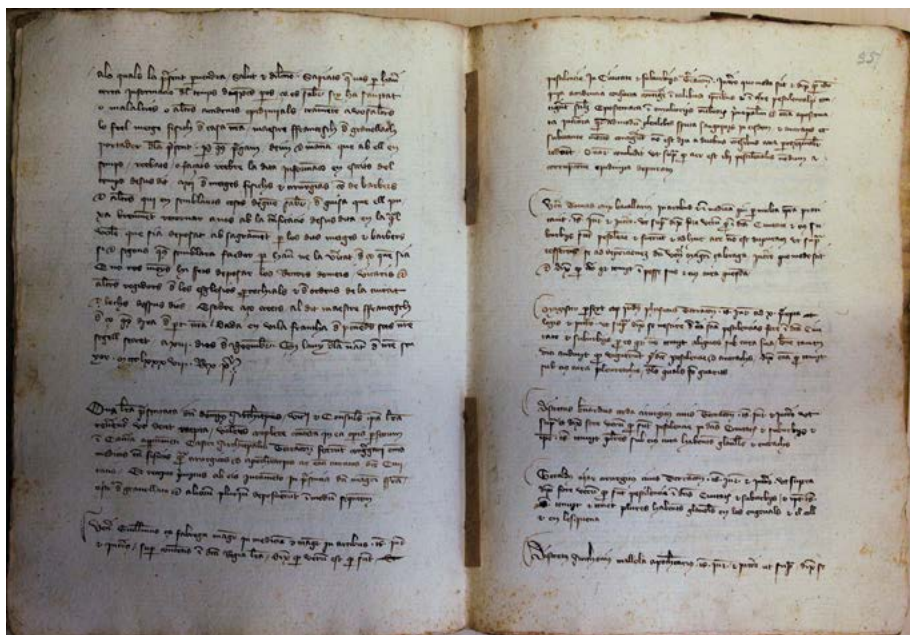


Figura 1: "Petición real y declaraciones de los informantes" (15 de noviembre de 1387)
AHCT, FM, AM, n° 10: 1387-1388, fols. 54v-55r

2. EL IMPACTO DEMOGRÁFICO DE LA PESTE: UN CALENDARIO DE MUERTOS Y HERIDOS (1592)

Si bien conocemos con bastante precisión los contextos en los que la ciudad padeció episodios de elevada mortalidad debido a brotes epidémicos en los últimos tiempos medievales y durante los siglos modernos, prácticamente nunca disponemos del número exacto de víctimas, más allá de aproximaciones cuantitativas y comentarios de carácter general, como el temor a la "desolación y despoblación" expresado por las autoridades municipales o por los miembros del cabildo por causa de la huida masiva de ciudadanos ante el "morbo", la palabra con la que las fuentes suelen hacer referencia a una situación sanitaria especialmente grave y alarmante provocada por una enfermedad infecciosa contagiosa o epidémica, generalmente la peste.⁵⁸

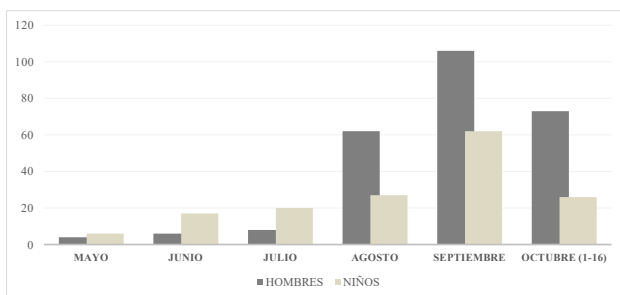
58 En relación con estas cuestiones, véanse Sánchez Real, José, "El estado sanitario de Tarragona a fines del siglo xvi", *Quaderns d'Història Tarraconense*, 5 (1985), p. 25-58; Juncosa Bonet, Eduard, *La població de Tarragona*, op cit., p. 106-108.

Es por ello que goza de un interés muy remarcable la carta que, el 17 de octubre de 1592, envió el arzobispo Joan Terés al rey Felipe II exponiendo una *“relación de la enfermedad de Tarragona y otros lugares del arzobispado”* con objeto de que *“se entienda el progreso della con más certidumbre [...] porque, entendido lo que hai, mande Vuestra Magestad prevenir lo que más convenga para guarda de la salud de su Real persona que tanto importa a toda la Christiandad, y a nosotros en particular”*.

Tras la exposición del número total de casas (1.217) y de “hombres y mujeres de comunión” (4.118), se informa del momento en el que *“se empeçó a tener sospecha de peste”*, que fue en el mes de mayo, cuando murieron un total de 4 hombres y 6 niños. Las muertes en junio ascendieron a 6 hombres y 17 niños. En julio, las víctimas mortales fueron 8 hombres y 20 niños. A diferencia de los meses anteriores, a lo largo del mes de agosto, fallecieron un número considerablemente más elevado de hombres (62) que de niños (27). A partir de ese momento, el prelado optó por realizar una exposición diaria de hombres y niños muertos, a los cuales se añade también el número de “heridos”, que abarca todo el mes de septiembre y la mitad del de octubre, momento en el que redactó su misiva.

Estos datos venían a sumarse a los afectados por un brote que había tenido lugar en la ciudad en el año anterior, durante el cual, entre el 1 de septiembre y el 20 de noviembre, traspasaron un total de 444 personas y resultaron afectadas otras 655, como dejó constancia el arzobispo en una carta enviada a los *consellers* de Barcelona. Asimismo, analizando los libros de la *Taula de canvi* de estos años, puede comprobarse que fue muy considerable el número de ciudadanos que decidieron abandonar la capital mientras duró esta epidemia y que, antes de hacerlo, depositaron la mayor parte de sus bienes de valor en la referida institución, generándose importantes alborotos debido al vacío de poder generado tras la huida de los principales cargos públicos⁵⁹.

59 Sobre estos asuntos, me remito a Rovira Gómez, Salvador-J. – Fàbregas Roig, Josep. “L’Edat moderna a Tarragona. Una època de contrastos”, en *Història de Tarragona*, vol. III, Lleida: Pagès editors, 2011, p. 31.



SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	Hombres	Niños	Heridos		Hombres	Niños	Heridos
1	3	2	8	1	4	4	6
2	3	1	1	2	6	1	5
3	·	2	6	3	3	·	8
4	7	·	4	4	9	3	10
5	4	·	8	5	7	1	12
6	4	2	9	6	5	·	2
7	·	6	11	7	2	·	8
8	3	2	11	8	3	1	6
9	2	1	3	9	3	1	5
10	7	3	8	10	3	1	9
11	·	1	7	11	5	2	12
12	4	·	·	12	6	6	9
13	5	1	7	13	2	1	12
14	4	·	13	14	5	2	6
15	·	4	3	15	5	2	24
16	4	·	9	16	5	5	14
17	5	1	·		73	27	145 60
18	2	2	10				
19	2	2	10				
20	5	7	17				
21	1	2	15				
22	2	4	5				
23	6	5	14				
24	5	5	6				
25	5	2	13				
26	7	·	13				
27	4	3	12				
28	4	2	7				
29	6	2	13				
30	2	·	9				
	106	62	222				

60 En los recuentos del total de muertos y heridos –los cuales entendemos que incluían a hombres y mujeres, niños y niñas– se detectan algunos errores en relación con las cifras ofrecidas. Así, por ejemplo, el número de heridos del mes de septiembre debería ser 252, 148 los del mes de octubre y 26 los niños fallecidos en dicho mes.

<p>En la Ciudad de Tarragona en la qual Sai 1217. casas, Sombres y mugeres de comunion 4.118. se empeco a tener sospe- cha de peste el mes de Mayo en el qual murieron sombres 4. niños 6. En el mes de Junio sombres 6. niños 17. En el mes de Julio sombres 8. niños 20. En el mes de Agosto sombres 62. niños 27.</p>				<p>80 70.</p>			
Setiembre				Octubre			
	Hombres.	Niños.	Heridos.		Hombres	Niños	Heridos.
El p. ^o	3.	2.	8.	El p. ^o	4.	4.	6.
A 2.	3.	1.	1.	A 2.	6.	1.	5.
A 3.	.	2.	6.	A 3.	3.	.	8.
A 4.	7.	.	4.	A 4.	9.	3.	10.
A 5.	4.	.	8.	A 5.	7.	1.	12.
A 6.	4.	2.	9.	A 6.	5.	.	2.
A 7.	.	6.	11.	A 7.	2.	.	8.
A 8.	3.	2.	11.	A 8.	3.	1.	6.
A 9.	2.	1.	3.	A 9.	3.	1.	5.
A 10.	7.	3.	8.	A 10.	3.	1.	9.
A 11.	.	1.	7.	A 11.	5.	2.	12.
A 12.	4.	.	.	A 12.	6.	6.	9.
A 13.	5.	1.	7.	A 13.	2.	1.	12.
A 14.	4.	.	13.	A 14.	5.	2.	6.
A 15.	.	4.	3.	A 15.	5.	2.	24.
A 16.	4.	.	9.	A 16.	5.	1.	14.
A 17.	5.	1.	.		73.	27.	145.
A 18.	2.	2.	10.	<p>En Riudoms lugar de 315. casas, sombres y mugeres de comun- nion 926. Empezo la sospecha de peste a 17. de Mayo, murie- ron entre chicos y grandes 35. / De 3. de Julio Santa Soy no se curio, ni murio Sombre.</p>			
A 19.	2.	2.	10.	<p>En Monroy lugar de 170. casas, y de comunion 520. Em- pezo la sospecha de peste a 25. de Mayo, murieron 13. / De 15. de Junio Santa Soy no ha muerto persona de peste.</p>			
A 20.	5.	7.	17.	<p>En el Pont de armentera lugar de 78. casas y de 254. de comunion, empezo en los ultimos de Mayo, murieron 60. per- sonas, Ha 3. mes Sai salud.</p>			
A 21.	1.	2.	15.	<p>En Reus lugar de 912. casas, y de comunion 2619. empezo a 27. de Agosto la sospecha de peste San muertos, 10, o 12. Ha tres semanas y no se ha dado otro movimiento.</p>			
A 22.	2.	4.	5.	<p>En la Tordera lugar de 87. casas, y de 280. de com- munion, Suo movimiento en una sola casa en el mes de Junio.</p>			
A 23.	6.	5.	14.	<p>En Vilaseca lugar de 140. casas, y 553. de comunion, esta semana han muerto dos con sospecha de peste, y quita una serido. En todos los demas lugares de este Arzobispado Sai entera sa- lud, gloria a Nuestro Señor.</p>			
A 24.	5.	5.	6.				
A 25.	5.	2.	13.				
A 26.	7.	.	13.				
A 27.	4.	3.	12.				
A 28.	4.	2.	7.				
A 29.	6.	2.	13.				
A 30.	2.	.	9.				
	106.	62	222.				

Figura 2: "Relación de la enfermedad de Tarragona" (17 de octubre de 1592)
ACA, Consejo de Aragón, Secretaría de Catalunya, leg. 344, fol. 2r

3. LOS INTENTOS DE LUCHA CONTRA LA PESTE: DETERMINACIONES MUNICIPALES (1650)

Al margen de otros brotes epidémicos y de la incidencia de enfermedades menos mortíferas, una de las pestes que mayor incidencia tuvo en la ciudad, por sus nefastas consecuencias, fue la de los años centrales del siglo xvii, la cual se decía que llegó “*la Quaresma de 1650 [...] ab una barca que aportava robes del Regne de València*” y que, debido a su virulencia, “*s’hi moria moltíssima gent*”.⁶¹

En los meses centrales de 1649, se habían recibido avisos de que “*per la Andalusia estaria molt ensès lo mal contigiós de pesta y que en Benicarló també n’i hauria*”, hecho que activó todas las alarmas, adoptándose diversas resoluciones encaminadas a la protección y el sustento de la ciudad, como el establecimiento de guardias en el puerto y los portales, la provisión de trigo, la advertencia a las villas próximas o la petición al cabildo para que se realizasen plegarias y se dedicase diariamente una misa a la patrona de la ciudad, santa Tecla.⁶²

Parece que el peligro se alejó de la ciudad durante algún tiempo, hasta que, a mediados de febrero de 1650 volvieron a llegar avisos de peste en Tortosa, los cuales motivaron la celebración de un Consejo general en el que se acordó encargar a los cónsules que hiciesen todo lo posible para proteger a los habitantes de contraer la temida enfermedad, además de nombrar a nuevos *morbers*.⁶³ Acto seguido, se convocó la *Promenia del Morbo*, una institución compuesta por los tres cónsules y los seis *morbers*, dos por cada “brazo” o estamento municipal (mayores, medianos y menores), en la que se decidió que, para evitar que “*el mal contigiós no entre en esta ciutat*”, se dijeran tres misas diarias en el altar de santa Tecla para este efecto, pagando la ciudad 4 sueldos por cada una de ellas; se mandase “embajada” al cabildo para notificarles el aviso de peste en Tortosa, solicitándoles que rogasen a Dios para que les librase y guardase

61 Cf. Cuadrada Majó, Coral, *El llibre de la Pesta*, Barcelona: Rafael Dalmau, 2012, p. 116.

62 AHCT, FM, AM, n.º 187: 1649-1650, fols. 13r-15r. Sobre las reacciones del gobierno municipal ante la peste, resulta especialmente interesante el reciente estudio de Roca Cabau, Guillem, “Medidas municipales contra la peste en la Lleida del siglo xiv e inicios del xv”, *Dynamis*, 38/1 (2018), p. 15-39. Para obtener una perspectiva diacrónica de las acciones del gobierno municipal centradas en la asistencia pública en Tarragona, vid. Barceló Prats, Josep, *Poder local, govern i assistència pública: l’hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*, Tarragona, Arola editors, 2017.

63 *Ibidem*, fols. 27v-28v.

de dicho mal; se pidiese al gobernador que solamente se permitiera la entrada y salida de la ciudad por un único portal, con muy pocas excepciones, que los patrones de las artes y barcas diesen una lista con las personas que tenían no pudiendo admitir a otras sin el consentimiento consular, y que los presos procedentes de Tortosa estuviesen obligados a hacer cuarentena; se vigilasen los productos provenientes por mar que pudiesen ser sospechosos de contagio; se evitase la entrada de todas las barcas que no llevasen patente de sanidad; se solicitase a los capitanes y otros oficiales encargados de la guardia del Portal del Mar que impidiesen la entrada a los forasteros, viniesen de donde viniesen; se pidiese a las villas del Campo que tuviesen guardias y que prohibieran a sus habitantes ir a Tortosa y mantener trato alguno con sus naturales y habitantes bajo “*pena de la vida*”, solicitando a las villas costeras que pescasen en Salou en vez de hacerlo en el Coll de Balaguer (Hospitalet del Infant); se impidiera a todo vecino de Tarragona salir de la ciudad sin disponer de boleta de sanidad, debiendo entregar, a su vuelta, la que recibiera de la villa o lugar donde hubiese estado, negándose su entrada en caso de no presentarla sin hacer antes cuarentena; se prohibiera a los patrones marineros y descargadores del puerto tomar ninguna ropa ni mercancía de embarcación alguna bajo pena de quemar los productos y la que arbitrariamente dictaminase la *Promenia del Morbo*; se estableciera una guardia fija en el Portal del Mar para que tomase las boletas y patentes de sanidad, estableciendo que únicamente se pudiese desembarcar en el puerto.⁶⁴

Una vez establecidas todas estas ordenanzas, se decidió hacer públicas las resoluciones más importantes mediante la “*crida feta per lo morbo*” que fue pregonada el 16 de febrero de 1650 por los lugares habituales de la ciudad:⁶⁵

“Ara oyats que us notifica y fa hom a saber per manament de la Senyoria, a instàntia dels magnífichs senyors cònsuls de la present ciutat, a totes y qualsevols persones de qualsevol stat, grau o condició sien, que de vuy en avant no gossen ni presumescan aixir fora de la present ciutat per anar a altres viles y llocs sens aportar-se’n bolleta de salut, y quant tornaran, així mateix, degan y ajen aportar semblant bolleta de salut del lloch o vila de hont vindran y estats seran, altrament no se’ls donarà pràctica dins la present ciutat. Ítem, que ninguna persona se atravesca anar a la ciutat de

64 *Ibidem*, fols. 29r-30r.

65 *Ibidem*, fols. 30v-31r.

Tortosa ni a la vila de Vinaròs ni a altres llocs sospitosos de contagi y mal de peste, ni comunicar ab los naturals de dita ciutat y viles en pena de la vida. Ítem, se diu y mana a totes y qualsevols persones, patrons, mariners de barchas que vindran de qualsevols llocs no puguén desembarcar ni dar fondo si no és en lo port de la present ciutat, sots pena que's cremeran les tals barques o barcha y roba o càrrech aportaran y les persones aniran en ellas serán castigades severament a arbitre de la Promenia del Morbo. Ítem, se diu y mana a tots los patrons de arts y barques de la present ciutat que dins dos dias naturals, contadors del punt y hora de la publicació de la present crida, donen llista y memorial als senyors cònsuls de tota la gent tenen en dits arts y barques, ab los noms y cognoms de aquell, y que no puguén, de vuy avant, admètrer en dits arts y barques ningunes altres persones que no sien estades primerament manifestades a dits senyors cònsuls y obtinguda licència de ses magnificències, sots pena que seran castigats com a sospitosos del contagi. Ítem, que ninguna persona, encara que haja entrat ab bulleta de salut dins la present ciutat y vinga per estar y habitar en ella, no sia admesa per ningun natural y habitant d'esta ciutat en sa casa ni altrament la dita persona pugui habitar en ella sens que primerament se haja manifestat als senyors cònsuls y haja obtingut llicència de sas magnificències per a estar y habitar en la present ciutat. Altrament, tant la persona que'ls recullirà com la que haurà vengut per a habitar serà castigada a arbitre de la Promenia de Morbo.

Y per ço per a que vinga a notísia de tots, y ningú al·legar pugui ignorància, mana ser feta y publicada la present pública crida per los llocs acostumats de la ciutat”.

A pesar de todas las medidas de precaución adoptadas, antes de acabar el mes de febrero empezó a haber constancia de enfermos en la ciudad. Veamos la sucesión de los acontecimientos que se expusieron, las propuestas planteadas y las determinaciones adoptadas en sucesivos Consejos generales y *Promenies del Morbo* a partir de los primeros indicios del estallido del brote epidémico del año 1650:

- 25 de febrero: Ante la llegada de una barca sospechosa, se determinó que no se permitiese la descarga de mercancías ni el contacto con la tripulación, a quienes ni siquiera se ofreció la posibilidad de hacer cuarentena “*per no haver-i lloch cómodo per a fer-la*”.⁶⁶

66 *Ibidem*, fol. 32v.

- 28 de febrero: Se solicitó a los cónsules que buscasen una casa apta para convertirla en hospital y que en ella se pusieran camas y se diese cobijo a los enfermos pobres de la ciudad, pudiendo recibir allí, a expensas de la ciudad, todo lo necesario para sus cuidados y sustento.⁶⁷
- 4 de marzo: Los cónsules, ante la constatación de que los enfermos iban en aumento, determinaron que se tomase una estancia amplia del convento de Sant Francesc para recoger allí a los enfermos y convertirla en hospital para los enfermos pobres de la ciudad, solamente para los que no dispusieran de recaudo ni ropa para abrigarse. Los principales magistrados municipales también se deberían encargar de buscar a personas que estuviesen en dicho hospital para llevar a cabo los cuidados de los enfermos, pudiendo concertar con ellas su salario y haciendo todas las provisiones necesarias, gastando todo lo que fuese preciso y, en caso de no disponer de dinero suficiente, se les permitió que lo obtuvieran por vía de censal. Del mismo modo, se decidió pedir al gobernador que escribiese al virrey de Valencia para que se enviasen algunos doctores en medicina para visitar a los enfermos. Finalmente, se decidió que se distribuyese carne, pan y todo lo que necesitasen los pobres enfermos que seguían estando en sus casas.⁶⁸
- 5 de marzo: Habiendo consultado a los doctores en medicina y cirujanos de Tarragona los remedios y diligencias para preservar a la ciudad del mal contagioso, los cónsules expusieron que lo primero y más esencial era la limpieza de las casas de los que cayesen enfermos, procurando que solamente unas pocas personas se encargasen del cuidado y comunicación con los afectados. Ante las reticencias de varios ciudadanos elegidos para llevar a cabo dichas funciones, se procedió al nombramiento de dos personas que recibirían 10 libras al mes.⁶⁹
- 6 de marzo: Ante la recepción de una carta de los jurados de Reus en la que se interesaban por el estado sanitario de Tarragona, al haber recibido noticia de que se había declarado el “morbo” en

67 *Ibidem*, fol. 33r.

68 *Ibidem*, fols. 33v-35r.

69 *Ibidem*, fols. 35v-36r.

ella, se determinó que se escribiese a las autoridades de la vecina localidad negando la noticia y se hizo buscar a la persona que había difundido tal información para castigarla.⁷⁰

- 10 de marzo: Se pidió a los doctores en medicina que observasen a los tripulantes de un barco proveniente de Génova, que se revisasen sus patentes de sanidad, y que se permitiera su entrada si así lo decidían los médicos, pero se prohibió tajantemente el desembarco de todo género de ropas.⁷¹
- 25 de marzo: Los cónsules anunciaron la falta de servidores en el hospital y la petición de los apotecarios de préstamos para hacer provisión de medicinas y otras cosas necesarias. El Consejo general encomendó a los cónsules la tarea de buscar a personas que sirvieran en el hospital, dándoles el salario que les pareciese conveniente, y de dividir la ciudad en cuatro partes o más y que en cada una de ellas fuesen nombrados dos ciudadanos para que hicieran relación de los enfermos y necesitados, encargándose de sus cuidados.⁷²
- 26 de marzo: Ante la propuesta de los cónsules de que en el hospital hubiese un apotecario que residiera en él y que tuviese todas las medicinas necesarias para los enfermos, la *Promenia del Morbo* decidió plantear la cuestión a los doctores en medicina y que, en caso de creerlo conveniente, se buscara a uno para llevar a cabo dicho cometido.⁷³
- 3 de abril: Dado que el número de enfermos seguía incrementándose y que el mal no dejaba de propagarse, se determinó la división de la ciudad en ocho partes (*quartells*) y que en cada una de ellas fuesen nombrados dos ciudadanos para que se encargasen de los cuidados de los enfermos, obligando a ser llevados al hospital todos aquellos “*ferits del mal contagiós*”. Del mismo modo, la *Promenia del Morbo* dictaminó que los cónsules acordasen los salarios que quisieran ganar el doctor y el cirujano que se encargaban de las visitas y las curas en el hospital. Tras el establecimiento de las distintas partes en las que fue dividida la ciudad, se dictaron unas instruccio-

70 *Ibidem*, fol. 36v.

71 *Ibidem*, fol. 37r.

72 *Ibidem*, fol. 38r.

73 *Ibidem*, fol. 38v.

nes que debían seguir los dos ciudadanos elegidos para cada una de ellas: 1/ recorrer todas las casas de su “*quartell*” y escribir en un memorial la relación de todos los enfermos, especificándose su nombre y apellido, el de la casa donde se encontraban, añadiendo sucesivamente los que fueran cayendo enfermos; 2/ averiguar si el médico o cirujano les visitaba y curaba, informándose sobre el tipo de enfermedad que padecían y que, en caso de tratarse del “mal corriente” y siendo sospechoso de contagio, si el enfermo era pobre, o en caso de no tener a nadie que cuidase de él y le sirviera, procurasen llevarlo al hospital, mientras que si no lo era, debían advertir encarecidamente a los de la casa que solo comunicasen con dicho enfermo a través de una persona de casa que le sirviera y entrase en su cámara, y no los demás, y que la ropa de la que se sirviera el enfermo no se mezclase con otras ropas de la casa; en caso de ser negligentes con esta orden, la casa debería ser emparedada y completamente cerrada con toda la gente dentro hasta que se demostrase que había sido purgada; 3/ siempre que algún enfermo de dicho mal muriese, se debía advertir a los de su casa para que reuniesen toda la ropa del enfermo y se la entregasen a las personas destinadas a quemarla, avisando a uno de los ciudadanos que tenían ese cargo; 4/ en el caso de que la casa donde hubiese habido algún enfermo de dicho mal quedase sin nadie que pudiera guardarla, se debía hacer cerrar prohibiendo el acceso a la misma hasta que no fuese limpiada y purgada; 5/ al margen de lo dicho, si creían que fuese conveniente llevar a cabo algún otro tipo de diligencia, la podrían llevar a cabo a su arbitrio.⁷⁴

- 10 de abril: A pesar de que los cónsules se resistían a reconocer que la peste se había declarado en la ciudad, la *Promenia del Morbo* determinó que no se diesen boletos de sanidad ni patentes a ningún particular ni a ninguna barca. En caso de que llegase alguna al puerto con provisiones, sus tripulantes tenían que ser advertidos del estado de la plaza para que no comunicasen con la gente de la ciudad ni entrasen en ella. Asimismo, se decidió pedir a los priores y presidentes de los conventos que en todas sus oraciones suplicasen a Dios y a la Virgen para que les guardasen del mal.⁷⁵

74 *Ibidem*, fols. 38v-40r.

75 *Ibidem*, fol. 40v.

- 11 de abril: El cirujano que servía en el hospital declaró que tanto él como su mujer habían caído enfermos, por lo que no podía continuar ofreciendo sus servicios, haciéndose necesaria la búsqueda de un sustituto, el cual solicitó percibir un salario de 100 libras al mes, que le fue concedido. Se determinó también que la ciudad hiciese quemar a sus expensas un candil, de día y de noche, ante el altar de Nuestra Señora de Loreto.⁷⁶
- 19 de abril: Los cónsules fijaron el salario del doctor en medicina que iba a visitar a los enfermos en el hospital en 100 libras mensuales, el mismo que percibiría el cirujano por curar y sangrar a los afectados; sus dos colaboradores en dicha labor recibirían 60 libras cada mes.⁷⁷
- 22 de abril: El número de contagiados no dejaba de crecer, cada vez había más pobres a los que atender y los cónsules expresaron con preocupación que *“la ciutat está exausta que no té diners per a tant gasto com se offereix”*. Ante tal situación, volvió a concederse permiso a los magistrados para que pudieran tomar dinero a censal y para que reclamasen el dinero prestado a los deudores. Además, se acordó celebrar otra misa semanal todos los sábados delante de la capilla de la Virgen del Claustro destinada a rezar por la salud de los tarraconeses, prometiéndose la celebración de fiestas de acción de gracias cuando el mal hubiese remitido. Por causa de su muerte, hubo de procederse al nuevo nombramiento de síndico y archivero.⁷⁸
- 24 de abril: Los cónsules recién elegidos nombraron una nueva *Promenia del Morbo*.
- 25 de abril: Ante el gran número de casas en las que habían muerto muchas personas y la imposibilidad de quemar sus ropas y enterrar a los fallecidos por falta de sepultureros, *“y com pase havant*

76 *Ibidem*, fol. 41r.

77 *Ibidem*, fols. 42v. Uno de los cirujanos que aceptó ejercer sus funciones en el hospital fue Gabriel Pujol, quien pactó con los cónsules que, en el caso de caer enfermo, recibiría asistencia por parte de la ciudad en todo lo que necesitase. Gracias a una súplica que se conserva como documento anexo al libro de *Actas municipales*, sabemos que, tras dieciocho días de servicio, el referido cirujano contrajo la enfermedad (*“fou Nostre Senyor servit se encontràs del mal”*), durante el transcurso de la cual los de su familia *“gastassen més del que tenien”*, por lo que solicitó que se le recompensase cumpliéndose la promesa dada y que se le pagase el salario de un mes entero.

78 AHCT, FM, AM, n° 188: 1650-1651, fols. 7r-8r.

lo contagi en tant rigor”, se decidió enviar un ciudadano a Valencia para que obtuviese un crédito de 2.000 reales de plata a fin de destinarlos a la compra de esclavos y medicinas. Del mismo modo, se adoptó la resolución de seleccionar por azar a tres presos para que se encargasen de enterrar a los muertos y quemar sus ropas. Finalmente, se optó por escribir al rey para informarle del grave estado de la ciudad, suplicándole el envío de una escuadra de galeras con la finalidad de garantizar la seguridad de la plaza.⁷⁹

- 27 de abril: Los cónsules expusieron la apremiante necesidad de encontrar un doctor en medicina para el hospital. Al haber llegado dos médicos y un cirujano de Valencia, elevaron ante el Consejo si debía proponerse a uno de ellos y al cirujano que trabajasen en el hospital por 400 libras de plata al mes cada uno. La resolución fue favorable a que se condujera un médico al hospital por dicho salario, en el cual también se habían de incluir las visitas que hiciera en los domicilios de los enfermos de la ciudad; mientras que se rechazó al cirujano, al considerar que ya había suficientes en ese momento.
- 29 de abril: Los magistrados municipales plantearon las siguientes cuestiones especialmente graves y urgentes: 1/ los dos ciudadanos encargados de vigilar cada una de las partes en las que fue dividida la ciudad no cumplían con las funciones asignadas (llevar a los enfermos al hospital, hacer cerrar las puertas de las casas afectadas, avisar de las personas que tenían necesidades y encontrar quien les aportase ayuda o notificar si había habido muertos); se determinó que los ciudadanos responsables de cada *quartell* dispusieran de jurisdicción y percibieran un salario concertado con los cónsules; 2/ ciertos naturales y habitantes de la ciudad que se contagiaban fuera de ella, a su retorno, querían volver a sus casas enfermos a pesar de haber sido expulsados y obligados a cumplir cuarentena algunos de ellos; se delegó en los cónsules y en los doctores en medicina la responsabilidad de decidir si los que venían de fuera de la ciudad enfermos podían o no entrar de nuevo en ella; 3/ el sepulturero y responsable de quemar la ropa no era capaz de llevar a cabo su cometido solo, y varias personas que habían sido encargadas de ayudarlo no cumplían con dicho cometido; el Consejo resolvió que los cónsules dedicasen todas sus fuerzas en lograr que se cumpliera

79 *Ibidem*, fol. 8v.

su voluntad; 4/ notificaron la llegada de medicinas procedentes de Valencia que pretendían destinar al hospital; el Consejo determinó que se entregasen antes a los apotecarios que las quisieran adquirir y que si les faltase dinero para obtenerlas, que se lo prestase la ciudad; 5/ expusieron que los doctores en medicina habían hecho entrega de un memorial de las cosas que faltaban en el hospital y de las prácticas que se debían observar en el mismo; los consejeros respondieron que se hiciese todo lo posible para cumplir con todas las demandas contenidas en el referido documento.⁸⁰

- 30 de abril: Ante la exposición de los cónsules de la ausencia de medicinas y que las reservas no eran suficientes para cubrir ni tan siquiera una semana, el Consejo les autorizó para que enviasen una barca a Valencia a buscar más con toda premura.⁸¹
- 7 de mayo: Los herederos del doctor en medicina Agustí Gatell solicitaron que se les pagase por el tiempo en el que visitó el hospital de la ciudad, petición que se trasladó a los cónsules para que lo acordasen con ellos. También se expuso la necesidad de camas en el hospital para la convalecencia. El traspaso del almotacén obligó a realizar una nueva extracción para determinar su sustituto; los tres primeros nombres de los insaculados que fueron extraídos por azar también habían fallecido.⁸²
- 19 de mayo: Se decidió atender a la petición del cabildo y canónigos de la Seo de sacar la reliquia del brazo de la patrona santa Tecla y tenerlo patente en el altar mayor durante ocho días continuos “*per la necessitat occurrent del contagi*”, contribuyendo la ciudad en la cera necesaria para la luminaria. Del mismo modo, se acordó que fuesen festivos los días de san Sebastián, de san Roque y de san Isidro, y que una semana antes de la celebración de sus respectivas festividades los cónsules fuesen por la ciudad en busca de “malas mujeres” y de pecados, procurando hacer que cesaran y se evitasen. Debido a su fallecimiento, debió procederse a la elección de un nuevo *clavari de forments* y de otro *tauler*.⁸³

80 *Ibidem*, fols. 9v-10v.

81 *Ibidem*, fol. 11r.

82 *Ibidem*, fols. 11v-14v.

83 *Ibidem*, fols. 13v-14r.

- 21 de mayo: Se notificó la llegada de las medicinas y confituras provenientes de Valencia para el hospital, las cuales se debía encargar de administrar y distribuir personalmente uno de los cónsules.⁸⁴
- 31 de mayo: Se solicitó a uno de los doctores en medicina y a los sangradores venidos de Valencia que atendieran las necesidades del hospital por el mismo salario que percibían los anteriores. Al morir el *clavari de comuns*, se tuvo que llevar a cabo un nuevo nombramiento.⁸⁵
- 1 de julio: A petición del gobernador, los cónsules expusieron que con objeto de que “*lo mal que és en esta ciutat de contagi*” se pueda evitar mejor, sería bueno expulsar de la ciudad a cierta gente pobre, como son “mujeres y gente mala”, decidiéndose recorrer la ciudad en busca de personas de mal vivir y hacer relación de todas ellas en un memorial que sería entregado al gobernador. Se acordó también que se procediera a la limpieza de las calles y de las casas infectas, corriendo los gastos a cargo de la ciudad en el caso de los hogares pobres.⁸⁶
- 6 de julio: Las muertes del racional (que también desempeñaba las funciones de archivero y de síndico) y del aposentador conllevaron el nombramiento de nuevos ciudadanos para el ejercicio de dichos oficios, quedando vacante el último cargo, pues “*la ciutat no està per a anomenar aposentador ni per a aposentar la gent de guerra per les cases*”.⁸⁷
- 19 de julio: Han de sustituirse a tres de los *morbers* por causa de su deceso. El padre ermitaño que había servido en el hospital de la ciudad como cirujano durante tres meses y medio solicitó que se le pagase por sus servicios, nombrándose a dos ciudadanos para que concertaran con él su salario. Se expresó la preocupación por el elevado precio de las medicinas llegadas de Valencia.⁸⁸

84 *Ibidem*, fol. 15r.

85 *Ibidem*, fols. 15v-16r.

86 *Ibidem*, fol. 17r.

87 *Ibidem*, fols. 17v-18r.

88 *Ibidem*, fols. 18v-19r.

- 11 de agosto: Los cónsules expusieron ante el Consejo general la imposibilidad de satisfacer el salario del doctor en medicina que visitaba el hospital, del cirujano que curaba a los enfermos y del resto de sirvientes, que no encontraban a nadie que les quisiera prestar dinero a censal y que, además, los acreedores de la ciudad solicitaban que se les pagasen las deudas. El gobernador mandó que se tuviesen en prisión algunos soldados, los cuales, “*per causa de la concurrència del temps*” se temía que pudiesen estar “*ferits del contagi*”, decidiéndose que fuesen llevados al hospital y que allí se les pusiera el cepo.⁸⁹
- 12 de agosto: Los magistrados municipales plantearon que cuatro mujeres que tenía presas el veguer del rey habían robado ropa infecta del hospital de la ciudad; declarándolas culpables, se las condenó a ser rapadas, a ser atadas desnudas hasta la cintura, a ser azotadas por los lugares habituales de la ciudad, a volver a la prisión y a ser finalmente desterradas durante diez años.⁹⁰
- +19 de agosto: Tras haber recibido notificación del doctor en medicina que visitaba el hospital de la ciudad de que las enfermedades iban mejorando y que en el hospital había ya muy pocos enfermos, los responsables del gobierno municipal decretaron la celebración de “*gràties a Nostre Senyor de la mercè que ha feta a esta ciutat y habitants y naturals de ella en asosegar lo mal*”. Se determinó asimismo la reducción de los oficiales y sirvientes del hospital que no fuesen necesarios, así como que se ajustase el salario del médico debido a que “*les visites que’s deuen fer en dit hospital són molt poques*”.⁹¹
- 28 de agosto: Ante la constancia de que seguía declarándose algún nuevo caso de enfermos de “mal contagioso”, el gobernador dictó que todos ellos debían ser trasladados al hospital. De todas formas, los cónsules pidieron al gobernador que permitiese que el doctor y los cirujanos visitasen y curasen a los contagiados en sus casas, en vez de hacerlo únicamente en el hospital. Se informó de la llegada de noticias certeras sobre la declaración de la peste en Barcelona, ordenándose nuevas guardias.⁹²

89 *Ibidem*, fols. 20r-21r.

90 *Ibidem*, fol. 22.

91 *Ibidem*, fols. 22v-23r.

92 *Ibidem*, fols. 23v-24r.

- 25 de septiembre: El Consejo decidió que las fiestas de la Concepción de la Virgen fuesen celebradas con la máxima ostentación que se pudiera, pues la ciudad había sido librada del contagio.⁹³
- 15 de diciembre: Los cónsules expusieron ante el Consejo general que “*Nostre Senyor y Maria Sanctíssima nos an deslliurat del mal contagiós que i havia en esta ciutat y ha del tot aquell cessat*”.⁹⁴

Así se notificó oficialmente el final de la peste en Tarragona por parte de las autoridades municipales. Sin embargo, la calma duró bien poco tiempo, puesto que a mediados de abril de 1651 volvió a hacerse patente que “*lo mal contagiós va augmentant y se posa per les viles cercunveïnes*”,⁹⁵ no pudiéndose evitar la difusión de este nuevo brote epidémico que atacaba nuevamente con dureza a una ciudad completamente exhausta.

93 *Ibidem*, fol. 25r.

94 *Ibidem*, fols. 31v-32r.

95 AHCT, FM, AM, n° 189: 1651-1654, fol. 8r.

Promenia de
Morbo

29.
Diebus die et anno et quod in continens facta prout no
miratione personarum morbi de mandato dictorum
dominorum consulum fuit convocata promenia morbi
in aula domo civitatis et aula consulum in qua convocatio
ne interueniunt et presentes fuerunt sequentes

Don. Honorat. noques
Los señores Andru de Souira } Consules
Darthomus de Souira }

Lo don Joseph dequal y Galinto meret fran. Gomar
Jacome olana Antoni Saloni Pere mari

Los quales sobre los faldos de la casa de guardar se
del mal contagio no entee en la ciutat de llibe
raren los quere

Primo que en lo alcar de la casa de la patrona nos
tra quisim dia sedijan dos misas visades per el efec
to con preta laque ya antes se deya se faren de
caridad qual es lo que per misas

2. que per parte de la ciutat se fassa embiaida al ffe.
capitol donar en la parte o no si fueren la auia de la
ciutat del mal contagio o contagio que es en la ciutat
deportiva supliunt adit ffe capitol se seruit fer
pregaries para que deus nostre señor nos des lluire
y guarde de semblant mal y des maledic al
prelats de los les y regionis para que follen acia
malas pregaries

3. Que si fassa embiaida al señor governador de que
se seruit no donar clach ag de se rre ni se agua
uno es persona sola aise los naturales y habitans
de la ciutat con forasteros aue los los pasados y
as ffe o guardes del bestiar los quales la ffe
se ruit de los los aise se rre ni se agua
lo treball de bascar ala marina a lo que los pa
tronos de los artes y barques haxon de donar ffe
de la gerit que buytenen y que no puegan nul
de persona alguna que a quella mimer nosia
manifestada al señores consules los la pexes ar
bellarais aise los señores consules

Figura 3: "Convocatoria de la Promenia del Morbo" (15 de febrero de 1650)
AHCT, FM, AM, n° 188: 1650-1651, fol. 29r