



PEQUENAS CIDADES NO TEMPO A SAÚDE

Adelaide Millán da Costa, Sara Prata,
Fabián Cuesta-Gómez, Adelino Cardoso,
Helena da Silva, eds.



PEQUENAS CIDADES NO TEMPO
A SAÚDE

IEM – Instituto de Estudos Medievais

Coleção ESTUDOS 30

PEQUENAS CIDADES NO TEMPO

A SAÚDE

ADELAIDE MILLÁN DA COSTA

SARA PRATA

FABIÁN CUESTA-GÓMEZ

ADELINO CARDOSO

HELENA DA SILVA

Editores

Lisboa 2023

Textos selecionados do Colóquio Internacional – *Pequenas Cidades e Saúde da Idade Média à Época Contemporânea – Assistência Médica, Instituições Sanitárias, Políticas Urbanas de Higiene* (formato ZOOM, 6 a 8 de maio de 2021).

Arbitragem Científica

Alexandra Esteves (Universidade do Minho, In2Past);
Ana Isabel Queirós (Universidade Nova de Lisboa);
Ana Isabel Coelho da Silva (Universidade de Coimbra);
André Teixeira (Universidade Nova de Lisboa)
Antero Ferreira (Casa Sarmento, Universidade do Minho);
Bruno Barreiros (Universidade Nova de Lisboa);
Catarina Tente (Universidade Nova de Lisboa);
Cristina Jornaz de Melo (Universidade Nova de Lisboa);
Delminda Rijo (C.M. Lisboa, Universidade do Porto);
Diogo Ferreira (Universidade Nova de Lisboa);
Edite Alberto (Universidade Nova de Lisboa);
Emilio Martín Gutiérrez (Universidad de Cádiz);
Fátima Nunes (Universidade de Évora);
Florencio-Javier García Mogollón (Universidad Extremadura);
Jean-Luc Fray (Université Clermont - Auvergne);
Joana Balsa de Pinho (Universidade de Lisboa);
João Paulo Amado (Universidade Nova de Lisboa);
João David Morais;
João Santos (Universidade Nova de Lisboa);
Jon Arrizabalaga (IMF-CSIC: Barcelona);
Laurinda Abreu (Universidade de Évora);
Luísa Trindade (Universidade de Coimbra);
Manuela Santos Silva (Universidade de Lisboa);
María Ángeles Martín Romera (Universidad Complutense);
María Asenjo González (Universidad Complutense);
Maria Helena da Cruz Coelho (Universidade de Coimbra);
Mónica Saavedra (Universidade Nova de Lisboa);
Paul-Arthur Tortosa (Université de Strasbourg);
Tomás Cordero Ruíz (Universidade Nova de Lisboa)

Esta publicação insere-se no âmbito do plano de investigação/ação do Grupo de Trabalho *Rede das Pequenas Cidades no Tempo*.

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito dos projetos UIDB/00749/2020, UIDB/04666/2020, UIDB/04209/2020 e pela Câmara Municipal de Castelo de Vide.

Título	Pequenas Cidades no Tempo. A saúde
Editores	Adelaide Millán da Costa, Sara Prata, Fabián Cuesta-Gómez, Adelino Cardoso, Helena da Silva
Edição	IEM – Instituto de Estudos Medievais; Câmara Municipal de Castelo de Vide; CHAM – Centro de Humanidades
Referência da imagem da capa	Fonte da Mealhada (Castelo de Vide), © Secção de Arqueologia da Câmara Municipal de Castelo de Vide
Coleção	Estudos 30
ISBN	978-989-53942-7-2 (IEM) 978-972-9040-21-4 (C. M. Castelo de Vide) 978-989-53942-7-2 (CHAM)
Design e execução	Ana Pacheco
Formato	Eletrónico

Índice

Nota de abertura.....9
António Pita

Olhares sobre a saúde nas pequenas cidades 11
*Adelaide Millán da Costa, Sara Prata, Fabián Cuesta-Gómez, Adelino Cardoso,
Helena da Silva*

PARTE I

Políticas de saúde pública: governos locais e administração central.....19

Petites villes et santé dans les derniers siècles du Moyen Âge.

L'exemple du « Massif central » français21
Jean-Luc Fray

El papel del agua en la preservación de la higiene y la salud en la

Castilla bajomedieval.....41
M^a Isabel del Val Valdivieso

Health and hygiene regulations in 12th-14th century Norwegian towns.....61
Miriam Tveit

**Entre fondations pieuses et conflits politiques: les hôpitaux dans les petites
villes de la Hesse (13^e-16^e siècle)**75
Gisela Naegle

**Administrer les malades : les politiques de santé dans les villes d'Amboise,
Chinon et Loches durant la seconde moitié du 16^e siècle**..... 99
Rémi Demoen

**Tempos de epidemia em oitocentos: as instituições sanitárias e políticas
de higiene nas cidades de Braga e Guimarães**..... 113
Sílvia Pinto

PARTE II

As estruturas de saúde pública: recursos, poder e materialidade..... 127

**L'équipement hospitalier des petites villes en France aux XVII^e et XVIII^e siècles.
Entre tradition charitable et préoccupations de santé publique**..... 129
Marie-Claude Dinet-Lecomte

**Recursos médicos e assistenciais para as pequenas cidades no Portugal Moderno:
das políticas régias às práticas locais** 149
Laurinda Abreu

**A muralha enquanto marco físico e simbólico na gestão da peste em
contexto urbano: o exemplo da cidade de Viseu nos séculos XVI e XVII** 173
Liliana Andrade de Matos e Castilho

«Espiral Grande de Lixboa»: a arqueologia de um espaço de saúde pública em Época Moderna	187
<i>André Bargão, Sílvia Casimiro, Sara da Cruz Ferreira, Francisca Alves-Cardoso, Rodrigo Banha da Silva</i>	
O Hospital Velho de Nisa. História, Arqueologia e Arquitetura de um edifício hospitalar oitocentista	205
<i>Sílvia Ricardo</i>	
PARTE III	
<i>Políticas de saúde pública: espaços, tempos e alterações</i>	223
Sob o signo da mudança. A intervenção régia nos hospitais urbanos portugueses entre os séculos XV e XVI: o exemplo de Coimbra	225
<i>Ana Rita Rocha</i>	
Aranjuez: domeñar la naturaleza para encontrar la salud	243
<i>Magdalena Merlos Romero</i>	
Das comissões de moradores e da saúde: o exemplo da comunidade de Mira-Sintra (1975-1977)	265
<i>Pedro Réquio</i>	
Lixo Capital: de Aterro Sanitário a Cidade Estrutural (1964-2020)	275
<i>Maíra Oliveira Guimarães</i>	
PARTE IV	
<i>Respostas urbanas em tempos de epidemia</i>	295
Morir por comer arroz: conflictos políticos urbanos y déficit sanitario al sur de la Corona d'Aragó, 1458-1479	297
<i>Miguel-Ángel González Hernández</i>	
Cáceres ante la peste y la lepra (1505-1551). Epidemias y políticas concejiles	315
<i>Julián Clemente-Ramos</i>	
La construcción de la ermita y el hospital de San Roque de La Palma del Condado: Respuestas a la epidemia de peste de 1649-50 en una villa del antiguo Reino de Sevilla	333
<i>Enrique Infante Limón</i>	
As «estrumações infecciosas» e a resistência dos esposendenses à regulamentação municipal em inícios de Novecentos	347
<i>Ana Isabel Lopes</i>	
As estruturas de saúde pública e a epidemia de cólera em Elvas (1865)	371
<i>Joaquim Melon Simões</i>	
How to deal with pandemics: Small cities and the Spanish flu (1918-1920)	387
<i>Steinar Aas</i>	

Nota de abertura

Uma vez mais, expresso, formal e publicamente, o sentimento de profundo privilégio para o Município de Castelo de Vide poder contribuir – ainda que modestamente – para um maior e melhor conhecimento da história, graças à profícua cooperação institucional firmada a 14 de março de 2014, com a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, sublinhando-se, em particular, a intensa relação com o Instituto de Estudos Medievais.

Portanto, reafirmar, ano após ano, o virtuosismo desta cooperação significa, obviamente, que os compromissos assumidos pelas partes têm garantido o necessário e continuado empenhamento dos recursos técnicos e financeiros indispensáveis para a construção deste caminho; caminho este que, pelos anos cumpridos e pela excelência dos projetos/ações, assume já uma dimensão exemplar no panorama científico nacional referente à história medieval, moderna e contemporânea.

Na realidade, as múltiplas dinâmicas realizadas regularmente à luz do referido Protocolo de Cooperação e a interação contínua com o Instituto de Estudos Medievais têm permitido intensas reflexões, encontros, jornadas, palestras e publicações entre investigadores de vários países e distintas Academias, proporcionando que, deste modo, Castelo de Vide se afirme como um verdadeiro fórum de debate e de partilha em diferentes áreas da investigação histórica.

Neste contexto, felicito todos os intervenientes desta produtiva cooperação com uma palavra especial de reconhecimento ao Grupo de trabalho que emergiu em 2016 no seio desta cooperação. Assim, à Rede Internacional de Estudo sobre as Pequenas Cidades no Tempo, não apenas pelo meritório trabalho desenvolvido à escala internacional, visando sempre temas tão apaixonantes, mas também pela resiliência de ter superado as limitações pandémicas com sucesso, expresso igualmente o meu estímulo para a prossecução dos objetivos que norteiam a *Rede*.

A fonte seiscentista que ilustra a capa deste livro é um lugar inspirador e incontornável da história local de Castelo de Vide, saciando a sede, durante séculos, à população e aos moradores vizinhos. Que seja, pois, um bom pronúncio para que este projeto perdure no tempo.

António Pita

Presidente da Câmara Municipal de Castelo de Vide

Olhares sobre a saúde nas pequenas cidades

Quando no final de 2020 começámos a considerar a possibilidade de realizar a reunião bianual do Grupo de Trabalho *Rede Internacional para o Estudo sobre as Pequenas Cidades no Tempo* tivemos muitas dúvidas sobre a exequibilidade do evento. A pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, levou à adoção de sucessivas medidas para tentar minimizar a sua propagação. Estas incluíram momentos de confinamento, a obrigatoriedade do tele-trabalho sempre que este fosse viável, um conjunto recomendações que limitavam o número de utilizadores em espaços fechados, a par com restrições à circulação de cidadãos a nível nacional e internacional. Como sabemos, ao longo de cerca de dois anos, a saúde esteve, antes de mais, na agenda pessoal de cada um de nós, bem como nas agendas sanitária, política, mediática e, também, académica. Este panorama não parecia de todo favorável à realização de um evento científico, menos ainda o encontro de uma *Rede* que desde o início se assumiu como um fórum, momento de partilha e debate entre investigadores de várias instituições e países.

Mas todos fizemos por nos adaptar a este “novo normal” encontrando formas de continuar a trabalhar e a partilhar experiências de forma compatível com a realidade vivida. No caso específico da História, as pandemias “contagiaram” grande número de encontros científicos que vulgarizaram a utilização de plataformas para reuniões online, bem como projetos de investigação em sede de candidatura. Adicionalmente, o SARS-CoV-2 catapultou os historiadores especialistas em saúde para entrevistas, podcasts e artigos de jornal e conduziu muitos outros investigadores a dirigirem novas interrogações às fontes com que habitualmente trabalham.

A *Rede* não foi exceção. E que melhor oportunidade do que esta para analisar a saúde desde a perspectiva das pequenas cidades ao longo do tempo? Estava lançado o desafio. O subtítulo adotado para o encontro, “Assistência médica, instituições sanitárias e políticas urbanas de higiene”, segmentou-se ainda, em quatro painéis orientadores, nos quais os participantes poderiam filiar as suas contribuições. Foi com muita expectativa que recebemos um número considerável de propostas de participação, desde investigadores de renome na área da saúde, a novas contribuições fruto das investigações impulsionadas pelo contexto pandémico. Pareceu-nos que esta adesão refletia uma clara vontade de reivindicar o papel ativo da investigação histórica, e em particular o vetor das pequenas cidades como via de análise, neste contexto de incerteza e adaptação.

Este livro resulta assim dos trabalhos apresentados e debatidos num colóquio realizado nos dias 6, 7 e 8 de maio de 2021 sobre *Pequenas Cidades e Saúde*. Infelizmente, a situação sanitária não permitiu reunir os membros da *Rede* e os participantes do colóquio em Castelo de Vide, sede do Grupo de Trabalho. Mas através de uma plataforma virtual (Zoom Colibri), e com a Fonte de Mealhada como pano de fundo e ambiente de trabalho, recebemos novos participantes e voltámos a ver caras conhecidas, num colóquio online que entre conferencistas, comunicantes e assistentes, juntou cerca de 50 pessoas de 6 países diferentes. Os textos que aqui se apresentam são o resultado de três dias de intensos trabalhos.

Se a decisão de atribuir o protagonismo à saúde no Encontro bienal da *Rede* de 2021 pouco teve de original, o mesmo não é válido quanto à perspectiva de abordagem escolhida, formulada pelo Professor Jean Luc Fray no argumentário do colóquio: “**y-a-t-il, en cette matière comme en d’autres, une spécificité de la réponse des petites villes ?**”¹. Ainda que não se tenha atingido uma resposta conclusiva, o cruzamento do tópico das políticas e estruturas sanitárias com as pequenas cidades traduziu-se num fértil panorama geográfico e cronológico, incluindo o continente europeu e o Brasil, desde a época medieval à contemporaneidade.

No contexto da publicação deste volume – o segundo da série *Pequenas cidades no Tempo*² – cremos ser importante recuperar uma base de trabalho já adotada e partilhar o progresso visível no plano de investigação/ação que a *Rede* desenvolve. Assim, quanto ao irresolúvel dilema – antes da Época Contemporânea – em categorizar uma pequena cidade, transcreve-se o que foi escrito na Conclusão do 1º livro: “Pequena cidade corresponde [...] a um conceito difuso que apenas se torna operacional na sua relação com um núcleo urbano de maiores dimensões e devidamente

¹ Cf. Présentation – Rede Internacional _ Pequenas Cidades no Tempo (In_Scit) (castelodevide.pt).

² O 1º livro, dado à estampa em 2021, agregou os textos apresentados em dois eventos científicos, respetivamente em 2017 e 2019. COSTA, Adelaide; PRATA, Sara (ed.) – *Pequenas Cidades no Tempo. O ambiente e outros temas*. Lisboa: IEM/CMCV, 2021.

contextualizado em termos espaciais e temporais”. Afirmação que, de seguida, foi matizada com a enunciação de duas estratégias para dar coerência a esse objeto de estudo: “A primeira é a de associar esta noção fluida a referentes mais sólidos, a variáveis mais robustas, como sejam a sua situação geográfica e/ou atividade económica”, sendo a segunda “manter a fluidez da categoria pequena e cruzá-la com perspectivas de abordagem ou grandes temas, como sejam o caso do ambiente, ou da saúde”³. O avanço a que nos referimos prende-se com mais um passo dado no caminho da concretização dos objetivos do Grupo de Trabalho, que é o de tornar a *Rede* extensível a todas as épocas históricas, mormente aos dias de hoje. Se o livro anterior mantinha uma forte componente de estudos de Idade Média, fruto das circunstâncias da criação da *Rede* em 2016, esse traço foi agora ultrapassado.

A ordenação dos capítulos do presente volume não foi linear. Procedemos a uma primeira divisão entre os textos que diretamente se referiam a epidemias e os que abordavam vários aspetos assistenciais e sanitários em pequenas cidades, sem o efeito desse precipitante. Quanto a estes últimos, foi necessário vinculá-los – um pouco artificialmente – às políticas de saúde ou às estruturas de saúde, de acordo com as temáticas mais valorizadas pelos autores. Assim, no breve percurso que desenhámos pelos estudos agora publicados, enfatizam-se certos tópicos, permitindo-nos construir uma narrativa coerente.

A primeira linha de organização dos capítulos é a da análise de políticas de saúde pública, protagonizadas por governos urbanos, pelos senhores jurisdicionais e pelas instâncias centrais de poder, em vários territórios do continente europeu, entre os séculos XIII e XVI. Jean-Luc Fray foca-se nas políticas de saúde empreendidas pelas autoridades urbanas e por senhores nas pequenas e médias cidades do Maciço Central francês, na Baixa Idade Média; nesta região de média montanha, existiam locais centrais (também) no que ao equipamento hospitalar, de assistência e termal se refere. Isabel del Val Valdivieso, referindo-se a Castela em finais da Idade Média, aborda o tema da água nas cidades, examinando a normativa, sobretudo camarária, que regula o seu uso, com vista à preservação da saúde e higiene coletiva e individual. Miriam Jensen Tveit estuda a regulação da saúde urbana na Noruega do século XIV, através da *townlaw*, uma lei régia extensiva à segurança, salubridade, nutrição e medicina, determinando o financiamento de médicos, tratamentos cirúrgicos, hospitais e medidas de proteção de pobres. Gisela Naegle, tendo por objeto a história sanitária e assistencial de núcleos urbanos na região de Hesse ao longo da Idade Média, observa distintas estratégias políticas preconizadas em três pequenas cidades por nobres, membros da hierarquia eclesiástica e elites locais, estratégias essas que se inseriam no âmbito dos conflitos que opunham esses vários protagonistas.

³ *Pequenas Cidades no Tempo. O ambiente e outros temas*, pp. 597-598.

O segundo bloco de contribuições uniformiza-se pelo destaque concedido às estruturas de saúde pública, ao nível dos recursos, gestão e da sua própria materialidade, alongando-se entre os séculos XIV a XIX, incluindo quatro textos relativos a Portugal e um a França. É por este que começamos esta curta síntese. Marie-Claude Dinet-Lecomte elabora uma tipologia dos hospitais na França dos séculos XVI a XVIII, assinalando a sua distribuição geográfica e apontando características comuns aos existentes nas cerca de 500 pequenas cidades, caso da prevalência de “hospitais polivalentes” e relações mais próximas entre prestadores de cuidados e doentes. A autora conclui que a maioria destes núcleos urbanos beneficia de um bom equipamento hospitalar e médico. Por sua vez, Laurinda Abreu traça um mapa da distribuição dos recursos médicos e assistenciais nas pequenas cidades de finais do século XVI ao início do século XIX, evidenciando a complementaridade das políticas régias e das dinâmicas locais na construção de hospitais e na criação de misericórdias. A autora enuncia as medidas tomadas pelo poder central para regular o exercício das profissões médico-assistenciais e respetiva formação, destacando o peso dos médicos empíricos e a relevância dos cirurgiões. Recuando cronologicamente face ao texto anterior, Ana Rita Rocha situa o seu estudo em Coimbra, entre o século XIV e inícios do XVI, e sinaliza a crescente intervenção régia na gestão de instituições de assistência a pobres e doentes, através da confirmação de privilégios, concessão de regimentos, elaboração de tombos de propriedades e nomeação de pessoal de gestão a elas adscrito. A equipa composta por André Bargão, Sílvia Casimiro, Sara da Cruz Ferreira, Francisca Alves-Cardoso e Rodrigo Banha da Silva traz-nos o emblemático Hospital Real de Todos-os-Santos⁴, fundado em Lisboa em 1492. Os seus vestígios, sob a Praça da Figueira, foram alvo de escavações arqueológicas e diversos estudos nos últimos 50 anos. O texto centra-se na zona do tardo, onde um espaço de circulação foi reutilizado como área de enterramento, coincidindo com a profunda reforma espacial datada do reinado de D. João V. São apresentados os resultados desta abordagem multidisciplinar que conjuga o exame material e bioantropológico para interpretar este espaço funerário em contexto hospitalar. Sílvia Ricardo foca-se nos resultados da intervenção arqueológica levada a cabo no antigo Hospital oitocentista da Misericórdia de Nisa, no âmbito de uma recente reabilitação do edifício efetuada pelo Município. Os dados apresentados reforçam a relevância da arqueologia de

⁴ A inclusão deste texto num livro sobre núcleos urbanos de reduzida dimensão requer uma nota explicativa. Ainda que o conceito de pequena cidade adotado, como se escreveu mais acima, seja elástico e situacional, não podem ultrapassar-se os limites da razoabilidade. E só à escala europeia é que Lisboa não seria considerada uma grande cidade. Os próprios autores atenuam este desajustamento, ao mencionar que o Hospital Real de Todos os Santos correspondia a um local de chegada documentada de doentes vindos de pequenas cidades, entre outras muitas origens. Para além desta perspetiva, os editores consideram que o detalhe histórico e arqueológico demonstrados no texto sobre este hospital permite fazer excelentes comparações com o espaço físico de instituições hospitalares coevas, existentes em núcleos urbanos de reduzida dimensão.

salvuarda no âmbito da reabilitação de edifícios históricos, em particular na análise espacial dos antigos equipamentos hospitalares e das suas sucessivas transformações.

O terceiro conjunto de capítulos, num total de cinco, diz respeito a processos de mudança em políticas e estruturas de saúde pública, compreende uma cronologia que começa no século XV e termina nos nossos dias e refere-se a centros urbanos de Espanha (incluindo a Coroa de Aragão), Portugal e Brasil. Miguel Ángel González Hernández desmonta as consequências sanitárias da tomada de decisão do governo de Orihuela, em 1451, de ampliar a área de cultivo do arroz dando resposta à crescente procura, aumentando a insalubridade da qual resultou um incremento da mortandade por paludismo. Magdalena Merlos Romero centra-se em Aranjuez e na dicotomia sazonal desta pequena cidade onde, do século XVI ao XX, a família real espanhola estanciava entre o Pentecostes e final de junho. No resto do ano, a malária e outras doenças afligiam grande parte da população. Medidas sanitárias tomadas a partir de meados do século XVIII permitiram melhorar a qualidade do ar ambiente e, simultaneamente, da saúde pública. Ana Isabel Lopes esclarece como a prática secular da recolha de sargaço para fins agrícolas ou comerciais, “esbarrou” com os avanços tecnológicos e médicos dos séculos XIX e XX no concelho de Esposende. Apesar dos vários surtos de tifo e da ação camarária para contrariar as circunstâncias vividas, a população tinha dificuldades em aceitar o impacto nocivo desta prática para a saúde pública. A autora veicula a importância dos periódicos locais na mudança de hábitos. Avançando no tempo, numa perspetiva mais recente, Pedro Réquio observa como, no pós-25 de abril, a comissão de moradores de Mira-Sintra e o Movimento de Saúde Comunitária tiveram um importante papel na saúde das populações locais, contribuindo para as bases do Serviço Nacional de Saúde. Por fim, Maíra Guimarães trata no seu capítulo de uma perspetiva muito mais recente da história socioambiental e urbanística da Estrutural (1964–2020). Este aterro sanitário surgiu com Brasília e tornou-se uma pequena cidade e um excelente estudo de caso de história ambiental e *Wasteocene*.

O último bloco de textos diz diretamente respeito às respostas urbanas em tempos de epidemia, prolongando-se do século XVI aos anos vinte do século XX e abarcando pequenos núcleos urbanos em Espanha (Castela), França, Portugal e Noruega. Julián Clemente Ramos dá-nos a conhecer, através das verbas das contas do concelho, a resposta de Cáceres à peste, na 1ª metade do século XVI, nomeadamente as medidas de controle da mobilidade, enterramento dos mortos, limpeza, entaipamento de ruas, confinamento de vizinhos e nomeação de guardas. Avançando para a segunda metade do século XVI, Rémi Demoen faz uma análise comparativa das medidas tomadas pelas autoridades municipais em três pequenas cidades (Amboise, Chinon e Loches) da região da Touraine em França, durante o período das Guerras

Religiosas (1562-1598), para fazer face a crises epidémicas. Não obstante diferenças assinaláveis, há muitas semelhanças no que respeita à organização do espaço público, regulamentação da circulação de pessoas, gestão dos espaços sanitários, purificação do ar e do ambiente em geral, bem como ao tipo de profissionais envolvidos no combate às doenças, predominantemente cirurgiões e barbeiros. No seu trabalho sobre a pequena vila de La Palma (Huelva), no contexto da epidemia de peste documentada no antigo reino de Sevilha em torno a 1649 e 1650, Enrique Infante Limón detém-se na construção de um novo hospital dotado de uma capela dedicada a São Roque. Focando-se neste caso, o autor examina a relação entre a arquitetura hospitalar e as construções sacras e explora o seu papel estratégico e simbólico no contexto de uma emergência sanitária. Desde Viseu, Liliana Castilho demonstra o papel desempenhado pelo perímetro amuralhado na gestão física e simbólica da peste em meio urbano. A partir da análise dos Livros de Atas da Câmara, são discutidas as medidas preventivas adotadas pelo poder local durante os surtos de peste de 1577 e 1637. Sílvia Pinto contextualiza e discrimina as medidas tomadas pelas autoridades sanitárias e administrativas em Braga e Guimarães para tentarem combater as epidemias que grassavam nestas cidades ao longo do século XIX, através da observação de um vasto conjunto de fontes. Joaquim Simões trata da epidemia de cólera em Elvas de 1865 e dá conta dos meios que ajudaram a conter esta epidemia, destacando a importância da coordenação entre as diversas autoridades institucionais. Neste capítulo são ainda abordadas as consequências da epidemia de cólera no *Conselho de Saúde Pública* e é efetuada uma comparação com a situação do surto de cólera em Palma de Maiorca. Por fim, Steiner Aas analisa como cidades da Noruega reagiram à pandemia de Gripe de 1918-1920, em particular duas pequenas cidades da província de Nordland. Esta abordagem inclui as estratégias nacionais e locais para fazer face à pandemia, bem como a crescente importância da saúde pública e do urbanismo na Noruega.

O curto trajeto introdutório, que tentou apresentar os textos incluídos neste volume e apelar à sua leitura, recorda-nos episódios muito recentes por todos vividos e que já se assemelham a memórias de longo prazo. Uma interpelação direta ao passado, motivada pelo que até há pouco foi o nosso presente, corresponde apenas a um precipitante que desencadeia a pesquisa. Estamos certos de que se progrediu mais um pouco no conhecimento das pequenas cidades, ainda que as investigações historiográfica e arqueológica exijam condições e tempos de maturação não consentâneas com a premência de acontecimentos que evoluem demasiado rápido para que os consigamos acompanhar.

Gostaríamos de começar por agradecer à Câmara Municipal de Castelo de Vide, na pessoa do seu Presidente António Pita. Foi o financiamento municipal que permitiu assegurar o secretariado científico do evento online, bem como a versão impressa do volume, refletindo uma vez mais o profundo compromisso do Município para com a missão e objetivos da *Rede*.

A *Rede* iniciou o seu caminho no seio do Instituto de Estudos Medievais (IEM – NOVA FCSH), mas desde cedo sentiu a necessidade de alargar horizontes cronológicos e geográficos. Foi com essa missão que, desde 2017, os colóquios resultam da colaboração entre as três instituições I&D que desde a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa se dedicam ao estudo da História: Centro de Humanidades (CHAM – NOVA FCSH), o Instituto de História Contemporânea (IHC – NOVA FCSH) e o Instituto de Estudos Medievais (IEM – NOVA FCSH), aos quais expressamos o nosso agradecimento. É com enorme satisfação que entre os editores do volume se encontram representados membros destes três centros de investigação, um reflexo do estreitamento dos laços de colaboração académica que esperamos continuar a promover em edições e publicações futuras.

Se estamos seguros de que a investigação que este volume traz à luz cumpre os mais elevados padrões de rigor académico, foi graças ao trabalho sistemático e cuidado dos revisores científicos, a quem agradecemos profundamente.

O nosso último obrigado vai para os autores dos textos que se materializam neste volume, por aceitarem o peculiar desafio de refletir historicamente sobre a saúde em tempos de pandemia, e aos demais membros da *Rede*, por tornarem as Pequenas Cidades no Tempo num tema cada vez mais pertinente na agenda de investigação internacional.

Adelaide Millán da Costa
Sara Prata
Fabián Cuesta-Gómez
Adelino Cardoso
Helena da Silva

Editores

PARTE I

*Políticas de saúde pública:
governos locais e
administração central*

Petites villes et santé dans les derniers siècles du Moyen Âge. L'exemple du « Massif central » français

Jean-Luc Fray¹

Résumé

Après une présentation du cadre géographique, soulignant la spécificité d'une grande région de moyenne montagne au regard des problématiques historiennes, la présente contribution comportera deux moments : en premier lieu, quelques réflexions conceptuelles, introductives aux débats ; la seconde partie du propos sera consacrée à tracer quelques pistes d'examen des formes spécifiques que pouvait prendre l'implication des petites villes dans les problématiques de santé aux derniers siècles du Moyen Âge dans le contexte particulier du « Massif central » français. L'étude conforte – à rebours des préjugés négatifs développés depuis deux siècles au détriment des territoires et des populations du Massif central – l'impression d'une dynamique modeste mais solide sur ces territoires où priment les routes de commerce interrégional et de pèlerinage, sans que soient sacrifiés les besoins relatifs au soulagement des pauvres et des malades autochtones. Modestes mais nombreuses sont également les preuves d'implication des autorités urbaines ou des autorités de tutelle, seigneuriales en particulier, dans les équipements de santé d'un grand nombre de petites villes, dont l'importance fonctionnelle, au Moyen Âge et pour longtemps encore, dépasse largement la modestie de leur taille démographique comme de leur superficie en espace bâti.

Mots-clé

Santé; Petites villes; Moyen Âge tardif; Massif central.

¹ Jean-Luc FRAY: Centre d'Histoire « Espaces et Cultures », Université Clermont Auvergne. Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet Frontowns PTDC/HAR-HIS/3024/2020.

**Small towns and health in the last centuries of the middle ages.
The example of the french “Massif Central”.**

Abstract

After a description of the geographical setting, highlighting the specificity of a large mid-mountain region with regard to historical issues, this contribution will include two moments: first, some conceptual reflections, introducing to the debates; the second part of the discussion will be devoted to tracing some avenues of examining the specific forms that the involvement of small towns take in health issues could, in the last centuries of the Middle Ages and in the particular context of the French “Massif Central”. The study reinforces – contrary to the negative prejudices developed over two centuries to the detriment of the territories and populations of the Massif Central – the impression of a modest but solid dynamic in these territories where interregional trade and pilgrimage routes prevail, without sacrificing the needs relating to the relief of the poor and the indigenous patients. Modest but numerous are also evidence of the involvement of urban authorities or supervisory authorities, seigneurial authorities in particular, in the health facilities of a large number of small towns, whose functional importance, in the Middle Ages and for a long time to come, far exceeds the modesty of their demographic size as well as their area of built-up space.

Keywords

Health; Small towns; Late Middle Ages; “Massif Central”.

Je distinguerai deux moments dans mon intervention : en premier lieu, quelques réflexions conceptuelles, introductives à nos débats, que j'appuierai cependant déjà sur des exemples qui préfigureront le contenu de la seconde partie de mon propos, consacrée à examiner quelques formes spécifiques que peut prendre l'implication des petites villes médiévales dans les problématiques de santé dans le contexte particulier d'une grande région de moyenne montagne : le « Massif central » français.

Le Massif central est, de loin le plus vaste massif montagneux de la France actuelle, couvrant une surface totale de 90.000 km² et formant une tache massive au centre des cartes géographiques nationales, sur 480 km du Nord au Sud et 330 km d'Est en Ouest², une entité définie en premier lieu par ses formes géomorphologiques qui la font appartenir à la catégorie des « moyennes montagnes », avec une altitude moyenne de 715 m (en regard d'une altitude moyenne de 342 m pour l'ensemble du territoire français métropolitain) et une altitude sommitale de 1.885 m : une montagne « qui s'étale plus qu'elle ne s'élève » selon le géographe André Fel³. En second lieu, les caractéristiques géologiques du Massif le classent dans la catégorie des « massifs anciens », dits « hercyniens », avec une forte empreinte (notamment thermique) d'un volcanisme désormais éteint⁴. Enfin, la délimitation du Massif central contemporain est aussi celle des « lois Montagne » de 1985 et 2016, permettant aux territoires de jouir de diverses dispositions administratives, financières et économiques particulières destinées à leur assurer un niveau de développement économique et humain équitable par rapport aux régions de vallées ou de plaines et aux grandes métropoles urbaines qui les entourent, en particulier en ce qui regarde leur niveau d'équipement en infrastructures de circulation ou encore – en ce qui touche à notre thématique présente – en infrastructures de santé, une préoccupation politique récurrente étant, de nos jours, la lutte contre le phénomène des « déserts médicaux ». Ce vaste territoire montagneux est aujourd'hui caractérisé par une densité démographique nettement inférieure à la moyenne nationale⁵, une population plus âgée, une prédominance de la ruralité – et, en son sein, des activités

² Ces 90.000 km² (qui incluent le Morvan) représentent 16% du territoire métropolitain et 43% de ses seules zones de montagne.

³ FEL, André – *Les hautes terres du Massif central. Tradition paysanne et économie agricoles*. Paris: PUF, 1963. BOUET Guy; FEL, André – *Atlas et géographie du Massif central*. Paris: Flammarion, 1983.

⁴ Dans le massif des Dômes, à l'Ouest et en surplomb de de l'actuelle agglomération Clermont-Ferrand, l'homme a été contemporain des dernières éruptions volcaniques intervenues jusqu'il y a un peu plus de 6.500 ans. Le volcanisme marque donc profondément les paysages du Massif central, en particulier en Auvergne, Velay et Vivarais mais les hommes du Moyen Âge, tout en étant utilisateurs des conséquences du volcanisme (comme le montre l'usage abondant des pierres d'origine volcanique dans le bâti et le décor architecturaux dès la fin du 12^e siècle), n'avaient aucune conscience de sa nature, la reconnaissance du phénomène géologique « volcanisme » datant seulement du milieu du 18^e siècle.

⁵ L'essentiel de la « zone Massif-central » connaît, de nos jours, une densité moyenne inférieure à 30 habitants par km², contre 118 pour la moyenne nationale (territoire métropolitain).

d'élevage – une couverture forestière plus développée, un paysage urbain fait, pour l'essentiel – de villes petites et moyennes⁶.

Si la réalité objective, du Massif central relève d'une longue aventure géologique et géomorphologique, la prise de conscience scientifique de son existence comme ensemble géologique unique, au-delà de la variété des paysages, date seulement du milieu du 19^e siècle et la popularisation du terme « Massif central » ne fut assurée, grâce aux manuels scolaires et aux cartes géographiques murales des écoles, qu'à partir des années 1890. L'appellation « Massif central » pour les périodes anciennes relève donc, en toute rigueur, d'un anachronisme de langage. Demeure cependant l'appartenance de ces régions à la catégorie des « moyennes montagnes », au sein de laquelle l'ensemble des problématiques historiques relatives à l'organisation et à l'évolution dans le temps de l'occupation humaine et de la mise en valeur des territoires se pose dans des conditions spécifiques – comme elles le feraient par ailleurs dans le cas de chaînes de haute montagne, de régions littorales ou de bassin fluviaux. La problématique des petites villes et, en son sein, la question plus précise qui nous occupe présentement, sont soumises, au moins en partie, à ce même particularisme de la moyenne montagne.

Il convient de revenir sur deux éléments conceptuels qui ont servi à définir la thématique de la présente session : « santé » et « ville ». Je ne ré-ouvrirai pas ici, en revanche, la discussion sur la notion de « petite ville » et surtout pas sur la très épineuse délimitation quantitative de cette catégorie. Ma réflexion s'appuie en effet depuis longtemps sur la notion de « localité centrale » et de gradation des centralités⁷. Dans cette perspective, la présence dans une localité d'un ou plusieurs établissements d'assistance et/ou de soin et celle de médecins, chirurgiens ou apothicaires rentrent dans le décompte des critères de centralité qui, accumulés et ajoutés à bien d'autres, reflètent et en même temps construisent la capacité de l'agglomération humaine considérée à offrir biens et services, non seulement à sa

⁶ Parmi les 21 « métropoles » françaises (définies par plusieurs lois promulguées entre 2010 et 2017), deux sont sises au sein du Massif central (Clermont-Ferrand et Saint-Etienne), 4 lui sont périphériques (Dijon, Lyon, Montpellier et Toulouse).

⁷ FRAY, Jean-Luc – *Villes et bourgs de Lorraine, réseaux urbains et centralité au Moyen Age*. Clermont-Ferrand: PUBP, 2006. FRAY, Jean-Luc – “Les localités centrales de l’Auvergne, du Velay et du Bourbonnais au Moyen Age: Problèmes et perspectives”. In ESCHER, Monika; HAVERKAMP Alfred; HIRSCHMANN, Frank-G. (dir.) – *Städte- und Landschaft – Städtetz-zentralörtliches Gefüge*. Mayence: Philip von Zabern, 2001, pp. 169-189. FRAY, Jean-Luc – “Petites villes et leurs réseaux en pays de moyenne montagne. L'exemple des hautes terres du Massif central à la fin du Moyen Age”. In *Montagnes médiévales, actes du XXXIV^e congrès de la SHMESP (Chambéry, 2003)*. Paris: Publications de la Sorbonne, 2004, pp. 241-262. FRAY, Jean-Luc – “Lieux centraux et petites villes en Limousin médiéval. Quelques réflexions sur l'apport de la méthode de la centralité”. *Siècles. Revue du Centre d'Histoire « Espaces et Cultures »* [en ligne] n° 33-34 (2011) [consulté le 29 octobre 2022]. Consultable sur <http://siecles.revues.org/753>. FRAY, Jean-Luc – “Centres de pouvoir et localités centrales au temps d'Anne Dauphine. Forez et région circonvoisines”. In MATTÉONI, Olivier (dir.) – *Anne Dauphine (1358-1417), dernière comtesse de Forez. Actes du colloque de Montbrison du 29 septembre 2017*. Montbrison: La Diana, 2019, pp. 183-195.

propre population, mais aussi à celle d'un « pays d'alentour (*Umland*) » plus ou moins vaste, ainsi qu'aux personnes qui viennent à la fréquenter ou à la traverser, signant ainsi le degré d'importance de ladite localité au sein de la hiérarchie urbaine, mais révélant aussi la prégnance du *continuum* entre monde rural et domaine urbain⁸.

Parvenu à ce point, il me paraît utile de faire, à propos du concept de « santé » tel qu'employé à l'égard des sociétés anciennes – ici, de la période médiévale⁹ – quatre remarques préliminaires :

1. La santé ne se réduit pas à la médecine, pas plus de nos jours¹⁰ que déjà au Moyen Âge : à cette époque et pour longtemps encore, l'apothicaire, l'herboriste, voire le guérisseur impactent assurément la société plus largement que le médecin, rare et cher. De même est primordiale, pour la santé de tous, la double exigence élémentaire de la régularité de l'approvisionnement en eau et de la qualité de ce précieux liquide.
2. Il va sans dire que le concept de « santé », s'il paraît d'évidence pour la santé physique, est plus difficile à manier en ce qui regarde la santé mentale et ne doit pas oublier l'exigence de la santé spirituelle, ces deux aspects étant d'ailleurs proches dans la pensée médiévale, chrétienne comme juive : la guérison du « possédé », dont l'équivalent contemporain relève à nos yeux du champ de la psychiatrie, n'est-elle pas dévolue, en ces temps anciens, à l'exorciste, selon un double modèle, à la fois vétérotestamentaire et christique ? Je renvoie à ce titre au cas de la « ville belge des fous » – Geel et son pèlerinage, attesté à partir du milieu du 13^e siècle, au tombeau de sainte Dymphne pour la guérison

⁸ FRAY, Jean-Luc – “Etablissement hospitaliers médiévaux et centralité: éléments d'une réflexion théorique”. In MONTAUBIN, Pascal (dir.) – *Hôpitaux et maladreries au Moyen Âge: espace et environnement, actes du colloque international d'Amiens – Beauvais, nov. 2002*, Amiens: CAHMER, 2004, pp. 179-188. FRAY, Jean-Luc – “Institutions hospitalières médiévales et problématique historique de la centralité: quelques réflexions méthodologiques à partir de travaux français et allemands”. In IRSIGLER, Franz (dir.) – *Zwischen Maas und Rhein, Beziehungen, Begegnungen, und Konflikte in einem europäischen Kernraum von der Spätantike bis zum 19. Jahrhundert. Versuch einer Bilanz*. Trèves: Kliomedia, 2006, pp. 349-361. FRAY, Jean-Luc – “Hospices et Hôpitaux médiévaux en pays de moyenne montagne, de la Lotharingie à la France centrale”. In PAULY, Michel (dir.) – *Einrichtungen der sozialen Sicherheit im mittelalterlichen Lotharingen. Actes des 13emes Journées d'Etudes lotharingiennes (Luxembourg, oct. 2004)*. Luxembourg : CLUDEM, 2008. CHAMELOT, Marie-Noëlle – *Les relations de l'Hôtel-Dieu du Puy au Moyen Âge, essai d'application de la théorie de la centralité*. Clermont-Ferrand: Université Blaise Pascal, 2000. Mémoire de DEA.

⁹ Le terme apparaît en ancien français (occitan auvergnat ou marchois) à la fin du 10^e ou au début du 11^e siècle sous la forme *sanitad* (*Passion du Christ* dite « *Passion de Clermont* ». Éd. Silvio d'Arco Avalle: *Cultura e lingua francese delle origini nella « Passion » di Clermont-Ferrand*. Milan-Naples, Ricciardi, 1962, au vers 464) et au milieu du 11^e siècle sous la forme française d'oïl *San[c]te[i]t* (*Vie de saint Alexis*. Éd. Christopher Storey. Paris: Champion, 1934, au vers 557).

¹⁰ Malgré son importance, la médecine ne représente aujourd'hui que 10 à 20% des progrès globaux de la santé, individuelle et collective : ZEITOUN, Jean-David – *La grande extension. Histoire de la santé humaine*. Paris: Denoël, 2021, p. 10.

des malades mentaux¹¹) – et, dans les montagnes occidentales d’Auvergne, au pèlerinage et au rituel thaumaturgique du « débredinoire » dans le bourg abbatial de Saint-Menoux¹². Mais, dans les cas les plus nombreux et moins extrêmes, tout hôpital, hospice ou léproserie n’est-il pas équipé de sa chapelle ?

3. On a depuis longtemps souligné la polyvalence de « l’hôpital » médiéval : quelque soit sa dénomination institutionnelle ou usuelle (Hôpital, Hospice, Infirmerie, Maison-Dieu, Hôtel-Dieu...), il était à la fois lieu d’asile pour les pauvres, lieu d’accueil pour les pèlerins, pour l’une et l’autre catégorie lieu de réfection alimentaire et par le repos, toutes actions qui relèvent à nos yeux de l’accueil et de la « restauration » (au sens fort du terme). Il est en outre le lieu de la distribution de repas aux affamés (en particulier en période printanière de soudure alimentaire difficile) mais aussi de vêtements en hiver et de menue monnaie en tout temps. L’aumône de nourriture pouvait ne pas être seulement de pain : en Auvergne, pays d’élevage, l’aumônier de La Chaise-Dieu distribuait aux pauvres des portions de fromages « de Besse » dont il achetait annuellement l’équivalent de 125 quintaux actuels¹³ – *Last but not least*, « l’hôpital » médiéval était le lieu de quelques pratiques médicales et chirurgicales, la plupart du temps assez élémentaires et relevant pour l’essentiel de la « bobologie » : le soin des pieds restera longtemps le souci sanitaire premier du voyageur.

4. Cette polyvalence, cette non-spécialisation (sauf dans le cas des léproseries ou des établissements relevant de l’ordre des Antonins¹⁴) s’expliquait par une conception globale qui était celle, faut-il le rappeler, de la charité, d’une expression de l’amour social qui, en société chrétienne, prend la double forme horizontale – illustrée par l’épisode du « bon samaritain » (Luc, 10, 30-37) – et verticale, transcendante (« ce que vous faites au plus petit d’entre les miens, c’est à moi que vous le faites » : Mathieu, 25, 40). L’interrogation portant ici sur l’attitude des villes à cet égard, il faut ajouter à ce souci chrétien la résurgence, à partir du 12^e siècle, et l’affirmation aux siècles suivants, de la

¹¹ Geel: Belgique, Province d’Anvers, arrondissement de Turnhout.

¹² Saint-Menoux: département de l’Allier, arr. de Moulins. Sarcophage de la seconde moitié du 6^e siècle, mis en valeur au moment de la reconstruction de l’abbatiale, à la fin 11^e ou au début du 12^e siècle, ce qui pourrait dater l’apparition d’un pèlerinage thaumaturgique sur le tombeau de saint Menulphe (ou Menoux), saint irlandais et évêque putatif de Cornouaille (Quimper) du 6^e siècle (Inventaire général du patrimoine culturel, « Base Palissy », notice n° IM03000389). Le terme « débredinoire » provient du mot *bredin*, qui signifie « simple d’esprit » dans les dialectes bourbonnais et lyonnais.

¹³ GAUSSIN, Pierre-Roger – *L’Abbaye de La Chaise-Dieu (1043-1518)*. Paris: Cujas, 1962, p. 506. La Chaise-Dieu: Haute-Loire, arr. de Brioude. Besse: Puy-de-Dôme, arr. d’Issoire.

¹⁴ Plus de 130 léproseries et 18 établissements antonins ont pu être repérés, pour la période médiévale, dans l’étendue de la « zone Massif central et Morvan ».

notion aristotélicienne de *bonum commune*, revisitée par les juristes et par les théologiens – en particulier Thomas d'Aquin – dont il est cependant délicat d'apprécier l'influence au sein des élites dirigeantes des petites villes.

En ce qui regarde le concept de « ville », entendra-t-on par là la « ville de pierre », la morphologie urbaine et son évolution au cours des siècles du Moyen Âge, morphologie qui, combinée à l'évolution des fonctions, aboutit au processus dit de « la fabrique urbaine » ? Ou encore l'emplacement de l'institution hospitalière au sein du tissu urbain (*intra* ou *extra muros*, ce dernier cas étant évidemment la règle pour les léproseries), en lien avec la porte de ville ou avec le pont, c'est-à-dire, dans ces deux cas, avec la route ou les routes qui traverse(nt) la ville et la vivifie(nt) ? Intervient alors la question de l'antériorité ou de la postériorité de l'établissement par rapport à l'organisme urbain qui l'abrite¹⁵. J'emprunte à une autre région de la France actuelle (sise, à l'époque médiévale, dans le Saint-Empire) l'exemple de la petite ville Pont-à-Mousson, sur la Moselle, entre Nancy et Metz. Trois éléments y ont précédé la fondation de la ville, opérée sous la forme d'un synœcisme décrété en 1261 par le seigneur territorial, le comte de Bar : le *castrum* de Mousson qui, au moins depuis le milieu du 10^e siècle, domine de 200 m la vallée de la Moselle et a donné à la ville ultérieure une partie de son nom ; un pont, attesté dès 1128-30 ; la Maison-Dieu, elle aussi instituée sous la houlette du pouvoir comtal, apparue dans la documentation en 1157, au débouché du pont ; mais c'est bien ce dernier qui a donné à la ville l'autre élément de son nom (« le pont à Mousson ») et son emblématique héraldique. La Maison-Dieu a moins marqué l'histoire de la petite ville et, de fait, je ne connais, ni en Lorraine, ni en « Massif central », d'établissement hospitalier qui, au Moyen Âge, à lui seul, contrairement à un pont, ait pu donner naissance à une ville d'importance ou lui ait au moins donné son nom¹⁶.

Mais par « ville », on peut aussi vouloir entendre le corps social, la « ville de chair ». Dans ce cas, l'interrogation porte aussi sur le poids économique que pèse l'établissement de soin ou d'assistance non seulement sur l'économie globale de la ville mais sur le développement de l'influence urbaine sur le pays d'alentour par les effets des donations foncières et en rentes en nature et en argent et de la relation privilégiée établie entre les domaines ruraux dépendant de l'hôpital et le marché urbain. Certes, ce cercle d'influence est le plus souvent géographiquement limité, illustrant ainsi la différence avec la zone de chalandise et d'emprise foncière bien

¹⁵ PÉROL Céline; FRAY Jean-Luc (dir.) – *Routes et petites villes. De l'Antiquité à l'époque moderne*. Clermont-Ferrand: PUBP, 2020.

¹⁶ L'Hôpital-sous-Rochefort (Loire, arr. de Montbrison) a accédé au rang d'un modeste bourg fortifié au bas Moyen Âge. L'Hospitalet-du-Larzac (Aveyron, arr. de Millau) possédait un petit « barry (faubourg) et son hôpital fut fortifié au 15^e siècle. A l'inverse, dans les cas de L'Hôpital-le-Grand (Loire, arr. de Montbrison), de L'Hôpital-le-Mercier (Saône-et-Loire, arr. de Charolles) et de L'hospitalet (Lot, arr. de Cahors), le stade du village n'a pas été dépassé.

plus vaste qui caractérise les principales institutions hospitalières des grandes villes : ainsi, les consuls de Riom, au centre de l’Auvergne, faisaient régulièrement (les archives communales en ont conservé la trace, par treize fois entre 1266 et 1354) des dons ou des ventes en faveur de l’institution de la Charité, administrée, sous leur contrôle, par des bayles, chargés en particulier de distribuer des aumônes aux pauvres (une somme de 13 livres. et 10 sous en 1297) au jour de l’Invention de la sainte Croix, le 3 mai, c’est-à-dire en période de « soudure ». Au 14^e siècle, les biens fonciers (maisons, vignes, terres) et les cens et rentes possédés ou perçus par la Charité riomoise étaient répandus sur le territoire de Riom même et de six paroisses environnantes, jusqu’à une dizaine de kilomètres de la ville¹⁷, participant ainsi à l’emprise foncière et économique de la localité sur son *Umland* rural. Mais la capacité relationnelle des hôpitaux urbains en matière économique peut s’étendre bien plus loin : l’Hôtel-Dieu du Puy n’envoyait-il pas chaque année ses troupeaux de moutons hiverner dans la plaine rhodanienne de la Crau, au sud d’Avignon, soit à 250 km de la petite capitale du Velay¹⁸ ?

Enfin, la « ville, ce sont aussi ses institutions : entre Morvan et Auvergne, le cas de la ville nivernaise de Decize donne l’exemple d’un processus d’embauche de médecins qui relevait des compétences de l’Assemblée des chefs de famille et non, comme c’est le cas de la plupart des villes médiévales, de celle des seuls élus, échevins ou consuls : les quatre seuls médecins attestés à Decize entre le début du 15^e s. et 1530 (dont un est titré d’un baccalauréat en médecine et d’une maîtrise en physique et les deux autres d’une licence en médecine) ne sont pas des résidents permanents mais sont, dans la crainte d’une épidémie, recrutés pour quelques mois, en provenance de Nevers (1399) ou de Bourges (1461-2) mais aussi de villes plus modestes comme Avallon ou St.-Pierre-le-Moûtier (1483) ; les apothicaires n’apparaissent à Decize qu’à partir des dernières années du 15^e siècle ; les barbiers (30 pour la période dont 3 barbiers-chirurgiens), outre qu’ils interviennent pour la petite chirurgie, font l’examen des suspects de lèpre à la demande des échevins, ainsi en 1436-8¹⁹.

J’aurai à revenir sur le contrôle qu’exercent les consuls²⁰ de Montferrand, en Auvergne sur le tribunal dit « de la purge d’Herbet », chargé de détecter les cas de

¹⁷ TEYSSOT, Josiane – *Riom. 1212-1557. Capitale et bonne ville d’Auvergne*. Nonette: Créer, 1999, pp. 109-110.

¹⁸ Le Puy-en-Velay: Haute-Loire, chef-lieu du département. Comptes du berger de l’Hôtel-Dieu du Puy en 1531: MERLE-LOMBY, Marie-Christine – “Quand les moutons de l’Hôtel-Dieu du Puy hivernaient en Provence”. *Cahiers de la Hte.-Loire* (1983), pp. 113-126.

¹⁹ GIRAUDET, Christophe – “Le milieu médical à Decize à la fin du Moyen Âge”. *Annales de Bourgogne* t. 72 (2000), pp. 237-264, ici pp. 240-2, 245 et 255. Decize et Saint-Pierre-le-Moûtier: Nièvre, arr. de Nevers. Avallon: Yonne, chef-lieu d’arr.

²⁰ La quasi-totalité du Massif central est compris dans la vaste zone méridionale qui a vu apparaître au 12^e siècle et s’étendre aux 13^e et 14^e siècles l’institution des consulats, là où les provinces francophones plus nordique emploient le terme, d’origine germanique, « d’échevins » et celles de l’Ouest français celui de « jurés » ou « jurats » (à Bordeaux). Le nombre des consuls varie selon la taille de la localité et son degré de liberté (de 3 à 12).

lèpre. A Millau, en Rouergue, ce sont les consuls que l'on voit intervenir en 1278 dans la gestion de l'hôpital du Larzac, sis sur le plateau du même nom, à quatre kilomètres au sud-est et à près de 400 m en surplomb de la ville, au large du « Chemin de Montpellier »²¹. Mais l'une des caractéristiques de la plupart des villes moyennes et petites n'est-elle pas, *a contrario*, le maintien, au long du Moyen Âge et nonobstant l'octroi de chartes de libertés, d'un pouvoir seigneurial fort, qu'il soit exercé en direct ou délégué, sur la gestion de l'entité urbaine ? De fait, c'est bien souvent le cas dans l'espace du « Massif central », le plus ordinairement selon un mode de collaboration avec le collègue consulaire urbain : à Alès, c'est une ordonnance de la cour seigneuriale mais rendue à la requête des consuls qui, au début du 14^e siècle, règle le sort d'une vache jugée suspecte de maladie parce l'animal est arrivé en ville sur une charrette et non sur pied : les juges décident que la viande de la pauvre bête ne pourra être vendue sur les étals du marché²².

Il convient enfin de poser, en dernier préliminaire, le problème de la disponibilité des sources utilisables pour étudier la question dans le cas des petites villes médiévale. Dans le cas du « Massif central », les témoignages archéologiques de l'activité hospitalière médiévale sont peu nombreux : on peut mentionner les hôpitaux d'Aurillac et de Laroquebrou dans le Cantal, la léproserie de La Bajasse, non loin de Brioude, celle d'Herbet, aujourd'hui très dégradée, à Montferrand, près de Clermont ; rien là d'équivalent aux célèbres hospices de Beaune ou à la charpente en carène de navire renversée de l'Hôtel-Dieu de Tonnerre, tous deux en Bourgogne, ou aux hôpitaux des villes flamandes. Les sources documentaires, seules ici disponibles pour ce faire, ne mentionnent aucun établissement d'assistance qui soit de grande capacité. Peu de ces petites villes du « Massif central » possèdent des archives proprement hospitalières couvrant la période médiévale. Cependant, la richesse des archives municipales et notariales (nous sommes ici, pour l'essentiel, en pays de « droit écrit ») d'une quinzaine de ces localités²³ permet de lever le voile sur les relations entretenues par les seigneurs laïcs ou ecclésiastiques de ces villes, par les consulats urbains et aussi par les officiers royaux avec les institutions hospitalières et les médecins et autres personnels dédiés à l'assistance et aux soins.

GOURON, André – « Diffusion des consulats méridionaux et expansion du droit romain aux XII^e et XIII^e siècles ». *Bibliothèque de l'École des Chartes* t. 121 (1963), pp. 26-76.

²¹ GARNIER, Florent – *Un consulat et ses finances, Millau (1187-1461)*. Paris: Comité pour l'histoire économique de la France, 2006, p. 165.

²² FERRIÈRES, Madeleine – « Une rivalité hygiénique : les abattoirs dans les villes méridionales ». *Siècles. Revue du Centre d'Histoire « Espaces et Cultures »* [en ligne] n° 14 (2001), pp. 51-62, ici p. 55 [consulté le 29 octobre 2022]. Consultable sur <https://doi.org/10.4000/siecles.3199>, renvoyant à : GOURON, André – *La réglementation des métiers en Languedoc au Moyen Âge*. Genève: Minard, 1958, p. 120.

²³ Aigueperse, Besse, Clermont, Montferrand, Riom, Thiers et Saint-Pourçain en Basse-Auvergne; Aurillac et Saint-Flour en Haute-Auvergne ; Montluçon et Moulins en Bourbonnais ; Gouzon et Limoges en Limousin; Cahors, Gourdon, Martel et Saint-Antonin en Quercy; Millau en Rouergue, Alès, aux portes du Languedoc.

Je reviens désormais à mon terrain d'étude habituel, celui du Massif central français, pour proposer cinq pistes de réflexion :

1. Au Moyen Âge, cette vaste région ne connaît que de petites villes, au mieux quelques villes moyennes parmi les chefs-lieux de diocèse (ainsi Limoges, Clermont, Cahors, Rodez, Mende ou Le Puy-en-Velay) mais aussi en dehors d'eux (Moulins, Riom, Montferrand, Saint-Flour Aurillac, Millau ou Figeac...). Les « métropoles » médiévales (ainsi classées au regard de leur taille démographique et/ou de leur pouvoir de commandement et influence, politique, religieuse et culturelle ou économique) sont toutes extérieures au « Massif » formant une couronne autour de lui : Dijon, Lyon, Vienne, Avignon, Arles, Montpellier, Narbonne, Toulouse, Bordeaux, Poitiers, Tours, Bourges... Les Universités et leurs facultés de médecine sont implantées dans ces grandes villes et se trouvent donc toutes – à l'exception de la modeste faculté de médecine de Cahors – hors du « Massif ». Il semble que les deux établissements les plus fréquentés par les étudiants en médecine originaires du « Massif » aient été au premier chef Montpellier (au sud), en second lieu Orléans (au nord).

Cependant, une des caractéristiques qui opposent le « Massif central » de la période médiévale à sa réputation contemporaine de région reculée, isolée, voire arriérée²⁴, réside dans l'intensité de son réseau relationnel et dans sa capacité à offrir des itinéraires fréquentés :

- par les pèlerins se rendant à Saint-Jacques de Compostelle, à Saint-Gilles-du-Gard sur le littoral du Languedoc ou, en effleurant le Nord-est de la zone, en direction de Rome, mais aussi aux sanctuaires propres au « Massif central », ceux de Notre-Dame du Puy en Velay, Sainte-Foy de Conques en Rouergue, Saint-Léonard-de-Noblat en Limousin et Rocamadour en Quercy²⁵,
- par les marchands languedociens, aquitains ou du Massif central lui-même fréquentant les villes de foire de Champagne, de Chalon en Bourgogne ou de Pézenas et Montignac en Languedoc et les ports de Lattes (Montpellier) et d'Aigues-Mortes,
- par les officiers et émissaires royaux assurant le lien, à partir des années 30 du 13^e siècle, entre le Languedoc, récemment rattaché au domaine royal,

²⁴ A la fin du 19^e siècle, l'érudit auvergnat Marcellin Boudet décrit Saint-Flour dans les derniers siècles du Moyen Âge comme « une petite ville montagnarde, dans une région très féodale, loin des pays de civilisation » ; et, même quand il en fait l'éloge, c'est d'une façon ambiguë : « il est curieux de voir ce pays de montagne si prompt à adopter les progrès de son époque malgré l'éloignement des grands centres d'influence (BOUDET, Marcellin – *L'Hôtel du consulat de Saint-Flour... et la bourgeoisie san-floraine au moyen Âge*. Saint-Flour: Louis Bellet, 1895, respectivement pp. 15 et 25).

²⁵ Conques-en-Aveyron: Aveyron, arr. de Rodez ; Saint-Léonard-de-Noblat: Haute-Vienne, arr. de Limoges; Rocamadour: Lot, arr. de Gourdon.

et Paris, en utilisant la voie dite « Régordane »²⁶ ou le « Grand chemin de Languedoc »²⁷,

– à la fin de la période médiévale, par les marchands des villes d'Allemagne méridionale (Nuremberg, Augsbourg, Ulm...) en voyages d'affaires vers la Castille et le Portugal²⁸.

Or, qui dit route dit aussi lieux d'étape, d'accueil et d'assistance au voyageur.

Dans ce contexte, il apparaît moins étonnant que la constitution, au sein du laboratoire d'Histoire de l'Université Clermont Auvergne, d'un vaste « Répertoire des « localités centrales » du « Massif central », du Morvan et de leurs marges au Moyen Âge »²⁹ ait permis de repérer 298 établissements hospitaliers de tous types (léproseries mises à part), relatives à 228 localités de la « zone Massif central et Morvan » (soit une densité d'une localité dotée pour un peu moins de 400 km²). S'y ajoutent, en raison des particularités géologiques du « Massif », une bonne douzaine de petites villes thermales – souvent connues dès l'Antiquité romaine, puis réactivées à partir du 13^e siècle – ainsi que 133 localités centrales, allant du bourg à la ville moyenne, concernées par l'existence d'une léproserie et 22 localités jouissant de la présence avérée de médecins³⁰, dont 13 en Auvergne et Bourbonnais

²⁶ De Nîmes et Beaucaire à Paris par Alès, Le Puy, Brioude et Montferrand.

²⁷ Depuis Montpellier ou Béziers en direction de Paris par Lodève, Millau, Marvejols, Saint-Flour. Cet itinéraire rejoint le précédent à Brioude.

²⁸ Né en 1481 dans une riche famille de négociants augsbourgeois, facteur de la maison Welser à Lyon à partir de 1498, Lukas Rem entreprend en 1500 un déplacement en *Ahvags* (Albigeois) pour y acheter du safran de la variété dite « marocaine », très prisée. En décembre 1502, avec deux autres marchands allemands, il couvre la distance Lyon-Toulouse en neuf jours, ce qui suppose la traversée du Massif central en diagonale, puis poursuit par le col de Roncevaux et Pampelune, Saragosse où il traite avec le régent de Castille Philippe le Beau pour un approvisionnement en safran et poursuit jusqu'au Portugal (avril 1503) où il passe un traité avec le roi pour l'armement de navires. Il demeure trois ans au Portugal, puis, par Porto, l'Angleterre, Anvers et Cologne, regagne Augsbourg en janvier 1509: GREIFF, B. – "Tagebuch des Lucas Rem aus den Jahren 1494-1541 : ein Beitrag zur Handelsgeschichte der Stadt Augsburg...". *Jarhesbericht des historischen kreisverein für Schwaben und Neuburg* 26 (1861), pp. 1-110. Sebald Örtel (1495-1552), fils d'un patricien nurembergeois, quitte Nuremberg le 23 août 1521, rejoint Lyon, puis traverse le Massif central en diagonale par Saint-Galmier et Saint-Bonnet-le-Château (Loire, arr. de Montbrison), Saint-Flour, Rodez, Albi, Toulouse, Bayonne; ayant pèleriné à Saint-Jacques-de-Compostelle, il poursuit jusqu'à Porto et Lisbonne et fait retour par Badajoz, Barcelone, Perpignan, Béziers, le sanctuaire de Saint-Gilles-du-Gard, Marseille, Avignon, Valence, Lyon (janvier 1522) et Genève: HAMPE, Theodor – "Deutsche Pilgerfahrten nach Santiago de Compostella und das Reisetagebuch des Sebald Örtel, 1521-2". *Mitteilungen des germanischen Nationalmuseum Nürnberg*, t. XII (1896), pp. 61-81.

²⁹ FRAY, Jean-Luc – *LOCMASCENTRE. Localités centrales et leurs réseaux relationnels dans l'espace du « Massif central » et du Morvan, de leurs piémonts et de leurs marges au Moyen Âge (X^e – début du XVI^e siècle)*. Banque de données, Clermont-Ferrand: Université Clermont-Auvergne, Centre d'Histoire « Espaces et Cultures » [bientôt en ligne].

³⁰ Mentionné au tournant des 13^e et 14^e siècles à Alès (Gard, chef-lieu d'arr.), le médecin juif Jacob Halevi, est l'auteur du traité médical *Makkel Shaked* (Bodleian Library, Ms. 2142): IANCU, Michaël; IANCU-AGOU, Danielle – *Présence juive en Bas-Languedoc médiéval. Dictionnaire de géographie historique*. Paris: Cerf, 2022, p. 140. Jean Martin, fils de Gérard, est mentionné comme médecin à Aurillac (Cantal) en 1318 (Archives départementales du Cantal, D. 15, fonds du Buis). Un « physicien » vient de Brioude (Haute-Loire) soigner la famille ducale de Bourbon à Montbrison (Allier) en 1410: FOURNIAL, Étienne – *Les villes et l'économie d'échange en Forez aux XIII^e et XIV^e siècles*. Paris: Faculté des Lettres et Sciences humaines, 1967, p. 358 et n. 46. Un

(le Morvan au Nord et le Limousin à l'ouest sont vierges de mentions). Cependant, l'enquête menée par Philippe Maurice dans le Gévaudan³¹ lui a permis d'y recenser près de 200 praticiens de santé (bien plus de barbiers et chirurgiens-barbiers que d'apothicaires et de médecins, il est vrai³²). Un paysage qui, en définitive s'avère loin des qualifications de « diagonale du vide »³³ et de « désert médical » que véhicule notre époque à propos du « Massif ».

médecin y est mentionné à Cordes-sur-Ciel (Tarn) en 1344 dans un acte de procédure (Archives départementales du Tarn, FF 18bis, f° 66-108). Le cas de Decize a été traité *supra*. Maître Pierre Hispani, *physicus*, est chanoine d'Ennezat (Puy-de-Dôme) en 1267 et 1273 (Archives départementales du Puy-de-Dôme, 3 G, Arm. 11, sac H, n° 9-10). Un médecin est mentionné à Gannat (Allier) en 1437 (GIRAUDET, Christophe – "Maladies, assistance et milieu médical à Saint-Pourçain à la fin du Moyen Âge". *Etudes bourbonnaises*, n° 293 – 294 (2002), pp. 410-420). Gourdon (Lot) est le probable lieu de naissance du médecin, possiblement juif, Bernard de Gourdon (né peu après le milieu du 13^e siècle, professeur à Montpellier vers 1300, mort avant 1330): GROSS, Henri – *Gallia Judaica. Dictionnaire géographique de la France d'après les sources rabbiniques*. Paris: Cerf, 1897, pp. 135-136. Un recteur des écoles d'Issoire est docteur ès-arts et en médecine (Archives départementales du Puy-de-Dôme, Fonds de Montferrand, CC 378, n° 2 et 3). Un *Physicus* est attesté à Mauriac (Cantal) en 1279 (Médiathèque métropolitaine de Clermont-Ferrand, ms. 270/21). Au moins cinq médecins et barbiers sont connus à Millau (Aveyron) ; à la fin du 14^e siècle ; la présence d'un médecin rémunéré par la ville en setiers de froment est attestée depuis 1326, ainsi qu'au début et au milieu du 15^e siècle (GARNIER, Florent – *Un consulat et ses finances*, pp. 506 et 606-7). Un chanoine de Montbrison (Loire) fait des études de médecine à Montpellier, Paris et Bologne, en 1238 et postérieurement (FOURNIAL, Étienne – *Les villes et l'économie*, pp. 184-185 et 187); Mathie, « *apothecaria de Montebrison* », mentionnée en 1286, est la veuve de maître Bertrand, *physicus* (GUICHARD, Georges; *et al.* (éds.) – *Chartes du Forez antérieures au XIV^e siècle*. Lyon-Paris: Mâcon, 1933-1980, t. IV, n° 515); un *magister Leo physicus* est signalé en 1288 (GUICHARD, Georges; *et al.* (éds.) – *Chartes du Forez*, n° 777²). Le cas de Montferrand (Puy-de-Dôme) est traité dans le corps du présent article. Un médecin et un apothicaire sont attestés en 1498 à Montluçon (Allier), de même à Moulins (Allier), ainsi qu'un médecin à Moulins-Engilbert (Nièvre): GIRAUDET, Christophe – "Le milieu médical", « Du Puy » est un nom d'origine de deux juifs de Marseille, vers 1321, dont un « médecin physicien » (SIBON, Juliette – *Les juifs de Marseille au XIV^e siècle*. Paris: Cerf, 2011, pp. 524-525). Le cas de Riom est traité dans le corps de l'article. Un médecin est sollicité par la ville de Saint-Affrique (Aveyron) en 1377, avec promesse d'une pension de 20 francs (NAYRAL, Théodule – *Aperçus historiques sur la ville de Saint-Affrique et l'évêché de Vabres*. Carcassonne: Parer, 1877, p. 170). À Saint-Flour, trois *phiscici* sont attestés dans les années 1336-1349; deux médecins originaires de la ville font carrière à Paris, respectivement dans les années 1329-1342 et vers 1383-91; Pierre Sulpin, évêque « clémentiste » de Bazas (Girond) de 1397 à 1420 était le fils d'un médecin de Saint-Flour (Archives communales de Saint-Flour, chap. II, art. 2, n° 26; chap. VIII, art. 11, n° 1 à 12 et BOUDET, Marcellin – "L'Hôtel du consulat", pp. 121-122 et n. 1). En 1463, la ville de Saint-Pourçain (Allier) stipendie un docteur en médecine pour 12 livres. Plusieurs barbiers sont mentionnés dès la seconde moitié du 14^e siècle, trois simultanément à la fin du 15^e et jusqu'à sept au début du 16^e. Une dynastie d'apothicaires et barbiers, les Dusapt, est attestée à Moulins et Saint-Pourçain tout au long du 15^e siècle. Par le nombre des praticiens de tous ordres et la simultanéité de leur mentions, par le fait que les médecins sont à demeure (contrairement au cas de Decize) et associent service de la ville et clientèle privée aisée (petite noblesse rurale, commerçants et marchands, officiers de l'atelier monétaire royal), St.-Pourçain apparaît comme une ville assez bien médicalisée dans les derniers siècles du Moyen Âge, malgré son rang second (GIRAUDET, Christophe – "Maladies"). *Magister Paulinus physicus* est attesté à Souvigny (Allier) avant 1265 (AN., P 1369/1, cote 1685) ; en 1416, le receveur ducal de Souvigny délivre un tonneau de vin à « maistre Hélie Alemant, juif physicien » (comptes 1414-6 de la châtellenie, *Archives historiques du Bourbonnais* tome II, Moulins, 1891 et *Bulletin Philologique et historique du comité des Travaux historiques et philologiques*, 1909); la présence d'un « physicien » juif à Souvigny à cette date peut s'expliquer par les besoins de la cour des Bourbon ; l'anthroponyme peut renvoyer à une origine germanique (Allemand) ou delphino-provençale (Aleman).

³¹ Cette ancienne province correspond à peu près aujourd'hui au département de la Lozère, département le plus élevé de France en altitude moyenne (1.000 m).

³² MAURICE, Philippe – *La famille en Gévaudan au XV^e siècle d'après les sources notariales (1380-1483)*. Paris: Publications de la Sorbonne, 1998, pp. 351-352,

³³ Expression employée par les géographes français depuis le 19^e siècle pour qualifier la partie centrale du territoire sise depuis les départements des Landes et du Gers, au Sud-ouest, jusqu'à ceux de la Haute-Marne et de

2. Rural et urbain

Ce n'est pas son caractère urbain mais, tout au contraire, son isolement au plus haut des franchissements enneigés de la montagne d'Aubrac, à plus de 1.300 m d'altitude, à la jonction de l'Auvergne, du Gévaudan et du Rouergue, qui a valu son renom à la « Dômerie d'Aubrac » ou « Hôpital Notre-Dame des pauvres », fondé entre 1108 et 1125, même si, assez vite, l'ordre hospitalier qui la desservait a pris également le contrôle des hôpitaux urbains de petites villes voisines (Saint-Chély d'Aubrac, Saint-Côme-d'Olt, Saint-Geniez-d'Olt), mais aussi d'autres, bien plus éloignées : au Luc et jusqu'à Anduze (à près de 200 km, sur la route de Nîmes) ; à Marvejols et Millau, sur le chemin conduisant à Montpellier ou Béziers ; à Bozouls, peut-être, et, assurément, jusqu'à Najac (à 115 km au Sud-est, sur la route de Toulouse) ; et même dans les villes épiscopales de Mende, en Gévaudan, et de Rodez, en Rouergue. Ainsi fut établi, à travers tout le quart sud-oriental du « Massif central », un réseau d'une dizaine d'hôpitaux urbains de villes petites et moyennes placé sous la houlette d'un hôpital rural de montagne, l'ensemble étant desservi par un personnel relevant d'un ordre local, de règle augustinienne et de structure comparable à celle des ordres militaires³⁴. On ne peut que souligner cette illustration de la continuité, plus que de l'opposition, entre milieu rural et petites villes... Au demeurant, que la légende de fondation de l'hôpital d'Aubrac mette en avant la figure d'un chevalier issu de l'entourage des comtes de Flandre³⁵ contribue à démentir la fable de l'isolement du Massif au Moyen Âge central.

3. Pouvoir municipal *versus* pouvoir seigneurial

Cet aspect peut être illustré à travers l'examen du cas des adductions d'eau pour lequel les deux villes moyennes auvergnates de Clermont (5 à 6.000 habitants au début du 14^e siècle) et Riom (4 à 5000 habitants à la fin de ce siècle) offrent un

la Meuse, au Nord-est, en passant par le Massif central, formant une bande de terres diagonale caractérisée par des densités humaines inférieures à la moitié de la moyenne nationale (soit, de nos jours, moins de 50 habitants par km²).

³⁴ Ce sont les « frères et sœurs de l'hôpital d'Aubrac », répartis en chevaliers, sergents, donats et sœurs, placés sous l'autorité d'un prieur portant le titre de « domp ». JUGNOT, Gérard – « Deux fondations augustinienes en faveur des pèlerins : Aubrac et Roncevaux ». *Assistance et charité. Cahiers de Fanjaux 13* (1978), pp. 320-334. OURSEL, Raymond – « Le grand hôpital d'Aubrac: une fondation flamande aux carrefours des chemins de pèlerinage ». *Annales de l'École des Hautes Études de Gand*, t. IX (1978). PRADALIÉ, Gérard – « Aux origines de l'hôpital d'Aubrac ». In *Les sociétés méridionales à l'âge féodal (...), Hommage à Pierre Bonnassié*. Toulouse: PUM, 1999, pp. 265-268.

³⁵ Un siècle après la fondation, une bulle pontificale de 1216 narre l'histoire des débuts de l'hôpital d'Aubrac et présente son fondateur, le flamand Adalard, comme un pèlerin revenant de Saint-Jacques-de-Compostelle (RIGAL, Jean-Louis; VERLAGUET, Pierre-Aloïs (éd.) – *Documents sur l'ancien hôpital d'Aubrac*, t. I, 1108-1341. Rodez: Carrère, 1913-1917).

contraste évocateur. A ces deux localités, le haut plateau semé de volcans éteints qui les borde à l'Ouest offre des ressources aquifères saines et abondantes sous la forme d'un alignement de sources minérales ou thermales courant sur près de 50 kilomètres du nord au sud, le long de la faille géologique qui délimite la bordure occidentale du bassin d'effondrement de la Grande Limagne. Ressources et techniques sont les mêmes pour les deux villes : captage des sources, dérivation sur plusieurs kilomètres, distribution par des fontaines urbaines. Mais les modalités de la réponse au problème posé diffèrent, soulignant la différence d'organisation politique des deux organismes urbains, sis seulement à treize kilomètres l'un de l'autre :

– à Riom – ville devenue royale depuis le début du 13^e siècle, puis capitale du duché apanagiste d'Auvergne – ce sont les consuls qui, en juillet 1277, concluent, pour 140 livres de tournois, un accord avec l'abbaye de Mozac, communauté bénédictine sise au-delà des portes occidentales de la ville, pour faire venir l'eau de la source *Dragonescha* par un parcours aérien de quatre kilomètres à travers les terres de l'abbaye ; cette eau est distribuée en ville par quatre fontaines publiques, dont les consuls riomois ont la charge de l'entretien³⁶.

– à Clermont en revanche, il faut attendre le début du 16^e siècle pour que se manifeste une opération d'une ampleur comparable et c'est le seigneur évêque, seul maître de la ville, qui est ici à la manœuvre : Jacques d'Amboise se fait octroyer en 1511 par l'abbé de Mozac, seigneur du bourg prioral de Royat, à un peu plus de trois kilomètres en amont de la cité épiscopale, l'autorisation d'utiliser les eaux du torrent de la Tiretaine pour augmenter et sécuriser l'approvisionnement de Clermont et notamment de la nouvelle fontaine de prestige, connue par les clermontois sous le nom de « Fontaine d'Amboise », due également à l'initiative du prélat et sise alors sur le point le plus élevé de la ville – ce qui pose un problème technique plus complexe qu'à Riom – entre la cathédrale et le palais épiscopal³⁷. Les « élus » clermontois ne semblent pas être intervenus dans cette opération éminemment politique : la principale ville d'Auvergne, sous tutelle épiscopale, ne connaît pas effet le système de la représentation consulaire, puis échevinale, avant le milieu du 16^e siècle³⁸.

³⁶ MORAND, Edmond – « L'eau vive à Riom aux XIII^e et XIV^e siècles » *Bulletin Historique et Scientifique de l'Auvergne*, n° 617 (1967), pp. 65-73. TEYSSOT, Josiane – *Riom. 1212-1557*, pp. 108 et 362-363.

³⁷ MANRY, André-Georges – *Histoire de Clermont-Ferrand*. Clermont-Ferrand: Boudhiba, 1993, pp. 106-107. Le captage se fait à hauteur de la « grotte des laveuses », à une altitude de 500 m. Il s'agit, par « système artésien », de faire monter l'eau jusqu'au sommet de la butte de la cathédrale (alt. : 410 m) après être passé par un point bas à l'altitude 383 m.

³⁸ MANRY, André-Georges – *Histoire de Clermont-Ferrand*, pp. 91-95 et 99.

Le contraste est donc fort avec le volontarisme des consuls de Riom qui ont d'ailleurs montré, à d'autres occasions, leur souci de la santé et de l'hygiène publique, même si l'hôpital de la ville ne relève pas d'eux mais des chanoines de l'église collégiale de Saint-Amable depuis la donation effectuée par le comte d'Auvergne Gui II en 1196 : la présence d'un médecin, appelé « physicien » ou (en langue d'oc) « mège », est en effet évoqué à partir de sept. 1373, date du recrutement de Pierre Bompard, embauché pour deux ans par les consuls au tarif de 20 francs annuels, deux charges de vin, un logement « suffisant » avec deux lits garnis, l'exemption totale d'impôt et de guet, la garantie du paiement dû par les malades visités, la possibilité d'aller poursuivre ses études à l'Université pendant le premier hiver, sans déduction sur la pension... ; c'est de nouveau le cas en 1383 (la ville paye le loyer de la maison du « mège » Louis de La Roche), puis en 1409 (les consuls nomment le bachelier en médecine Richard Élion, en remplacement de Pierre de la Gélade, récemment décédé, sur la recommandation d'un troisième confrère, avec une pension annuelle de 10 livres de tournois)³⁹. En 1429, les consuls acquièrent des bénédictins de Mozat un immeuble à Riom « pour y tenir les écoles, apprendre aux jeunes enfants en sciences, y tenir un physicien et y tenir le consulat et parlement (...) de la ville »⁴⁰. Il faut enfin signaler l'engagement des consuls dans l'assainissement de la ville par l'aménagement (et pour partie le creusement) des égouts de Riom (13^e au 18^e siècle). Cependant, sur ce point, des témoignages textuels semblables existent pour Clermont dans la seconde moitié du 15^e siècle, avec intervention des « élus »⁴¹.

4. Le cadeau de la géologie : l'équipement thermal

La structure géologique particulière du « Massif central » lui a procuré dès l'Antiquité des aménités thermales (ainsi aux Bains du Mont-Dore, à Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Néris, Royat, Vichy...)⁴² dont certaines ont survécu jusqu'en la période médiévale (ainsi à Bourbon-l'Archambault, aux limites du Berry, et peut-être à Saint-Laurent-les Bains, dans la montagne ardéchoise) ou ont été revigorées dans les derniers siècles de la période médiévale (à Vichy, en Bourbonnais, ou encore à Chaudes-Aigues, sur le revers septentrional de l'Aubrac⁴³) et ont ainsi participé au renforcement de l'attractivité des localités qui les abritaient ; car, comme pour les

³⁹ TEYSSOT, Josiane – *Riom*, pp. 367 et suivantes.

⁴⁰ Archives communales de Riom, DD 1.

⁴¹ TEYSSOT, Josiane – « L'eau propre, l'eau sale au Moyen Âge. Le cas des égouts de Riom en Auvergne ». *Cahiers d'histoire*, n° 37/2 (1992), pp. 103-120.

⁴² Le Mont-Dore: Puy-de-Dôme, arr. d'Issoire. Bourbon-Lancy: Saône-et-Loire, arr. de Charolles. Bourbon-l'Archambault: Allier, arr. de Moulins. Néris: Allier, arr. de Montluçon. Royat: Puy-de-Dôme, arr. de Clermont-Ferrand. Vichy: Allier, chef-lieu d'arrondissement.

⁴³ Chaudes-Aigues: Cantal, arr. de Saint-Flour. Saint-Laurent-les-Bains: Ardèche, arr. de Largentiers.

hôpitaux, aucune ville n'est née au Moyen Âge, au sein du « Massif central », de la seule fonction balnéaire : il faut attendre pour cela le 19^e siècle, comme en témoigne en Auvergne le cas de La Bourboule⁴⁴.

Prenant la suite d'une antique station thermale, les bains médiévaux de Bourbon-l'Archambault et leur usage par l'aristocratie régionale sont décrits dans un roman courtois rédigé en langue d'oc vers 1225 par un auteur rouergat mais à destination d'un public auvergnat, le *Roman de Flamenca*⁴⁵, œuvre littéraire évoquant au passage le caractère à la fois récréatif et luxueux mais aussi curatif de ces bains. À Chaudes-Aigues, une des six « bonnes villes » de Haute-Auvergne depuis le milieu du 14^e siècle, comptée pour 300 feux en 1332, où l'eau sort d'une trentaine de sources d'eau chaude naturelles dont la température est comprise entre 45°C et 82°C, l'activité thermale est attestée depuis 1332 avec la mention de la « maison à bains », propriété de la Dômerie d'Aubrac⁴⁶; l'évêque de Rodez, Gilbert de Cantobre, y prend les eaux et y meurt en mars 1349⁴⁷; première attestation d'une visée curative, un habitant de la ville de Saint-Flour, toute proche, se rend aux eaux en 1400 « *per lui garir de la pelsica dura* » (sclérodémie ?)⁴⁸. Les deux curistes mentionnés sont donc des voisins. Chaudes-Aigues est également cité pour ces bains chauds dans la *Description des pays...* de Gilles le Bouvier, vers 1451⁴⁹.

Dans le massif montagneux du Sancy, l'activité thermale est attestée au Mont-Dore au début du 14^e siècle; elle semble active et de bon rapport : en 1328, Bertrand de la Tour, seigneur de Murat dont dépendent les « Bains du Mont d'Or », peut

⁴⁴ La Bourboule: Puy-de-Dôme, arr. d'Issoire.

⁴⁵ Le roman (édition et traduction : ZUFFEREY, François; FASSEUR, Valérie – *Flamenca*. Paris: Hachette, 2014), narre les mésaventures conjugales d'un Archambaud, sire de Bourbon, dans le décor des bains de la localité éponyme : « *Il y avait de nombreux établissements où tous pouvaient prendre des bains confortablement. Un écriteau, placé dans chaque bain, donnait des indications nécessaires. Pas de boîtes ni d'éclopé qui ne s'en retournât guéri. On pouvait s'y baigner dès qu'on avait fait marché avec le patron de l'hôtel, qui était en même temps concessionnaire des sources. Dans chaque bain jaillissaient de l'eau chaude et de l'eau froide. Chacun était clos et couvert comme une maison, et il s'y trouvait des chambres tranquilles où l'on pouvait se reposer et se rafraîchir à son plaisir* ». Le seigneur du lieu, le « comte » Archambaud amène son épouse dans l'établissement le plus luxueux de la petite ville pour la distraire et lui permettre de recouvrer la santé. Pour elle, il est ordonné de laver soigneusement la cuve et d'y renouveler l'eau. Ses servantes y apportent les bassins, les onguents et tout ce qui est utile au bain. Grâce à ce roman, on apprend que les hôteliers exagèrent toujours leurs prix et qu'il faut souvent marchander. Les plus belles chambres sont « à feu » et fort bien décorées... Les bains chauds sont cités vers 1451 dans la *Description des pays...* de Gilles le Bouvier (*Le livre de la description des pays de Gilles le Bouvier dit Berry...* Éd. Ernest-Théodore Hamy. Paris: Leroux, 1908, pp. 39-40) et figurés, au milieu du siècle suivant, comme bains de plein air, dans NICOLAY, Nicolas de – *Description générale du Bourbonnais en 1569 ou histoire de cette province (villes, bourgs, châteaux, fiefs, monastères, familles anciennes, etc.) par Nicolas de Nicolay (...), publié et annoté par les soins de M. le Comte Maurice d'Irison d'Hérison*. Moulins: Desrosiers, 1875.

⁴⁶ BOUYSSOU, Léonce – « Chaudes-Aigues au XIV^e siècle » (avec édition du terrier de 1332). *Revue de la Haute Auvergne*, t. 46 (1977).

⁴⁷ DESACHY, Mathieu – *Fasti ecclesiae gallicanae. Répertoire prosopographique des évêques, dignitaires et chanoines des diocèses de France de 1200 à 1500*, vol. 6: *Diocèse de Rodez*. Turnhout: Brepols, 2002, p. 88.

⁴⁸ *Registre consulaire de Saint-Flour en langue romane (1376-1405)*. Éd. Marcellin Boudet. Paris: Champion, 1900.

⁴⁹ « Puis y est le pais d'Auvergne devers le couchant, qui est pais de montaignes, où a bains chaulx nommez les bains de Chaudes-saygues (sic) » : *Le livre de la description des pays ...* Éd. E.-T. Hamy, p. 39.

établir une rente de 5 livres sur les bénéfices du bain en faveur du chapitre cathédral de Clermont, patron de la paroisse ; un autre sire de La Tour se baigne en compagnie du grand prieur d'Auvergne en 1343⁵⁰ ; mais rien ne prouve, ici et à cette époque, une quelconque fonction curative et médicale. Le terrier de 1420 pour la seigneurie de Murat permet d'identifier trois bains distincts : le *balneum Magdalene*, le *balneum Crote*, les *balnea sancti Johannis* ; celui de 1463 y ajoute les « bains de Saint-Pardols »⁵¹. Un siècle plus tard, la *Cosmographie universelle* de Belleforest (1575) signale que les bains du Mont-Dore « attirent les étrangers ». Le cas de La Bourboule, toute proche, est plus ambigu : un hôpital y est fondé en 1463 par un habitant du lieu, Pierre Chanet, avec l'autorisation du seigneur de Murat, Guillaume de La Tour ; le bail prévoit la construction d'une maison médicale et la perception d'une redevance sur les saignées⁵² ; les « maison de bains » ou « bains de Murat », ne sont mentionnés qu'à partir du XVII^e siècle. Sur l'autre versant, la reprise des activités thermales attestées à la période antique est attestée à Royat, aux portes de Clermont, seulement à partir du 16^e siècle et plus tard encore, au 19^e siècle, à Saint-Nectaire⁵³.

Dans le cas de Vichy, déjà inscrite sur la table de Peutinger (4^e siècle) sous le nom d'*Aquis calidis*, le renouveau des bains, attesté à la fin de l'époque médiévale, provoque un dédoublement de l'agglomération entre le site castral d'une part (le « vieux Vichy ») et le quartier balnéaire (le « Moutier-les-bains ») qui, à quelques sept cent mètre au nord, réinvestit le site des thermes antiques et se trouve mentionné dans un terrier de 1494⁵⁴. Mais c'est aussi le site de Sainte-Croix (puis St.-Christophe), église paroissiale et priorale, d'où le terme de Moutier que l'on retrouve dans le nom d'une rue actuelle : dès lors ne peut-on penser que l'établissement religieux s'est tôt installé dans les anciens thermes romains, les eaux servant durant des siècles à l'usage de la petite communauté monastique avant la réapparition d'un thermalisme public ? La carte de Cassini, dans la seconde moitié du 18^e siècle, témoigne encore de cette dualité que le siècle suivant effacera. A l'inverse, à Saint-Georges-les-Bains⁵⁵, en Ardèche, l'ouverture des bains dans la première moitié du 14^e siècle n'a aucune

⁵⁰ CHARBONNIER, Pierre – *Une autre France. La seigneurie rurale en Basse-Auvergne du XIV au XVI^e siècle*. Tome I. Clermont-Ferrand: Institut d'Études du Massif central, 1980, p. 302.

⁵¹ Archives Nationales, R2/24/255; MANRY, André-Georges (dir.) – *Histoire des communes du Puy-de-Dôme, Arrondissement de Clermont-Ferrand*. Roanne: Horvath, 1987, p. 311. Saint Pardoux est le titulaire de la paroisse. La mention de ces quatre bains nous paraît démentir l'appréciation pessimiste de Pierre Charbonnier (*Une autre France*, p. 263): « le thermalisme dans les montagnes occidentales d'Auvergne était donc économiquement une faible chose ».

⁵² COHENDY, Michel – « Notice historique sur les bains de La Bourboule ». *Annales scientifiques, littéraires et industrielles de l'Auvergne*, t. 23 (1850), pp. 228-230. MANRY, André-Georges (dir.) – *Histoire des communes*, p. 293.

⁵³ Saint-Nectaire : Puy-de-Dôme, arr. d'Issoire.

⁵⁴ Terrier Rollat, 1494 (Archives départementales du Puy-de-Dôme, 1 H, liasse 9) : « terroir du Moustier sive des Bains (...) » qui, « depuis Longevine jouxte la terre de la ville aux juifs devers orient d'une part et le chemin tendant de Saint-Etienne à pont de Cusset... ».

⁵⁵ Saint-Georges-les-Bains: Ardèche, arr. de Tournon. Saint-Georges et St. Laurent sont les deux seuls sites thermaux ardéchois (sur 200 sources minérales ou thermales titulaires d'une autorisation officielle en 1900 !) pour lesquels, à ce jour, une exploitation médiévale peut être documentée (BRÉCHON, Franck – « Premiers jalons pour

influence urbanisante, pas plus qu'à Châteauneuf-les-Bains dans les montagnes occidentales d'Auvergne où la pratique balnéaire est attestée en 1403⁵⁶ : dans les deux cas, l'adjonction du terme « bains » au nom de la localité date seulement du 19^e siècle alors qu'elle est attesté dès 1434 à Saint-Laurent-les-Bains, peut-être même dès la fin du 11^e siècle ; dans ce cas, comme au Moutier de Vichy, l'usage des bains serait contemporain des plus anciennes mentions des autres éléments de la construction de la modeste centralité de la localité⁵⁷.

5. Les ambitions transrégionales d'une petite ville auvergnate : le cas de la « Purge d'Herbet », aux portes de Montferrand⁵⁸

Venons-en au troisième élément de la « triade urbaine » auvergnate : Montferrand, la ville nouvelle fondée au début du 12^e siècle par les comtes d'Auvergne à trois kilomètres à l'est de la cité épiscopale clermontoise. Il s'agit ici d'un cas très particulier qui illustre à la fois une politique de santé de fait, à portée régionale, exercée par les consuls de la ville auvergnate de Montferrand et une prétention, de la part de ce même consulat, à l'exercice d'une juridiction sanitaire à portée transrégionale.

L'infirmerie-léproserie d'Herbet, sise à un kilomètre au sud de la « porte de l'Hôpital », à l'intersection du « Chemin Français » et de la voie de Clermont à Lyon, est mentionnée pour la première fois en 1199 dans le testament de la « comtesse G. », puis sous les formes *leprosi de Erbers* et *infirmi d'Erbers* en 1209 dans les dernières volontés de son époux, le comte d'Auvergne Guy II⁵⁹ ; « infirmerie Derbers » est encore la dénomination employée en 1339 dans la lettre royale accordant aux consuls de Montferrand le droit d'en nommer l'administrateur. Dans le pouillé du

une histoire du thermalisme en Ardèche au Moyen Âge. Les sources de St.-Laurent-les-Bains et de Saint-Georges-les-Bains". *Annales du Midi* (2000), pp. 219-226).

⁵⁶ A « Saint-Cize-dessous-Châteauneuf » en 1403: CHARBONNIER, Pierre – *Une autre France*, p. 263. Châteauneuf-les-B. : Puy-de-Dôme, arr. de Riom.

⁵⁷ L'autorisation royale de fortifier et « emparer » la ville accordée en janvier 1434 par le roi Charles VII évoque la « ville et paroisse de Saint-Laurent les Bains (...) où il y a de bonnes hôtelleries et bien fournies en laquelle afflue grand peuple tent à l'occasion des bains chauds qu'on dit être des vertues qui sont au dit lieu comme pour la situation de la ville et dit lieu qui sont assise sur le grand chemin qui vient des marchés de France et de Montpellier et d'ailleurs » (copie du 17^e siècle : Archives départementales de l'Hérault, A 10, f° 267 v°). La localité est également citée comme « bains chauds » dans la *Description des pays...* de Gilles le Bouvier (vers 1451). Franck Bréchon se demande cependant ("Premiers jalons", p. 223) si l'emploi du terme *balnea* associé au nom de Saint-Laurent dans ce document de la fin du 11^e siècle ne serait pas une simple remémoration antiquisante. Mais pourquoi la vue de quelques ruines antiques aurait-elle pu éveiller cet intérêt si les médiévaux n'avaient pas eux-mêmes pratiqué l'usage balnéaire en ce lieu ?

⁵⁸ J'emprunte ici largement aux travaux de PICOT, Johan – *Malade ou criminels ? Les lépreux devant le tribunal de la Purge de Montferrand à la fin du Moyen Âge*. Lyon: Université Lyon III, 2012. Thèse doctorale. PICOT, Johan, – "La Purge : une expertise juridico-médicale de la lèpre en Auvergne au Moyen Âge". *Revue historique*, n° 662 (2012), pp. 391-421.

⁵⁹ La charte urbaine de 1092 n'en souffle mot. Une traduction en français de la seconde charte, effectuée au 15^e siècle, ajoute un article donnant aux consuls la direction de la « léproserie d'Herbet, fondée par la « comtesse G ».

16^e siècle, la dénomination devient : « ... *in leprosorium diversorio Montisferrandi prope oppidum in loco d'Herbez* »⁶⁰.

Dès 1339, les consuls de Montferrand avaient acheté au roi Philippe VI le droit de nommer les administrateurs de la léproserie. La « Purge » était un tribunal dirigé par les consuls qui recevaient les dénonciations contre des personnes suspectes de lèpre, enregistraient les plaintes, faisaient enquêter par leur « procureur au fait de la Purge », puis arrêter et emprisonner le suspect au château avant de le déférer à Herbet où l'accusé pouvait demander un contre-examen par un médecin de son choix. L'arrêt final d'internement prononcé par les consuls était sans appel, le roi percevant la moitié des amendes infligées⁶¹. Or, à la fin du moyen Âge, le Tribunal de la Purge d'Herbet revendiquait la juridiction sur la reconnaissance du statut de lépreux non seulement pour l'Auvergne, mais aussi le Bourbonnais, le Berry, le Nivernais, le Beaujolais, le Roannais, le Lyonnais, le Forez, le Velay, le Gévaudan, le Rouergue, le Carladès, le Quercy, le Limousin, les Combrailles, la Haute – et la Basse-Marche ; un acte de 1523⁶² mentionne, dans une énumération un peu plus mesurée, le « procureur du roi au fait de la Purge des haut et bas pays d'Auvergne, Limousin, Marche, Combraille, Bourbonnais, Forez, Beaujolais et pays circonvoisins ». Cette prétention, toute théorique⁶³, fut définitivement rejetée par un arrêt du conseil d'État en 1696. Ce cas emblématique illustre la capacité (ou le rêve) des petites villes médiévales à exercer des fonctionnalités, à s'inscrire dans des réseaux et à entretenir des liens dont l'ampleur, réelle ou ambitionnée était sans commune mesure avec leur taille démographique et l'ampleur de leur tissu urbain : Montferrand compte 750 noms d'imposables en 1273 (soit un peu plus de 3.500 hab. ?) résidant à l'abri d'une enceinte urbaine d'un peu moins de 1.800 m de périmètre, enserrant une superficie de 15 ha.

En définitive, l'étude conforte, à rebours des préjugés négatifs développés depuis deux siècles au détriment des territoires et des populations du Massif central, l'impression d'une dynamique certes modeste mais solide et assez bien répartie, malgré des zones plus faibles (le Morvan en particulier) sur ces territoires de

⁶⁰ *Pouillés des diocèses de Clermont et Saint-Flour du XVI^e au XVIII^e siècle*. Éd. Alexandre Bruel. Paris: Impr. nat., 1880, p. 76.

⁶¹ MANRY, André-Georges (éd.) – *Histoire des communes*, pp. 201-202. ILPIDE, André – “La lèpre en Auvergne au Moyen Âge et la léproserie d'Herbet à Montferrand”. *Revue d'Auvergne*, t. 76 (1992).

⁶² Archives départementales du Puy-de-Dôme, E 113, Dépôt, Fonds 2, FF 65, pièce 10.

⁶³ En 1514, la duchesse de Bourbonnais et Auvergne, Anne de France, tenta la création d'une « purge » des lépreux, ducal, rivale de celle d'Herbet (PICOT, Johan – *Malade ou criminel*, t. I, pp. 459-471). Dans la petite ville nivernaise de Decize, c'est-dire dans une province revendiquée par la juridiction de la Purge de Montferrand, les barbiers pratiquent l'examen des suspects de lèpre à la demande des échevins, ainsi en 1436-8 (GIRAUDET, Christophe – “Le milieu médical”, pp. 240 et 245).

moyenne montagne où priment les routes de transit interrégional, à vocation commerciale et de pèlerinage, sans que soient sacrifiés les besoins relatifs au soulagement des pauvres et des malades autochtones. Modestes mais nombreuses sont, en définitive, les preuves d'implication des autorités urbaines ou des autorités de tutelle, seigneuriales en particulier, dans les équipements de santé d'un grand nombre de petites villes, dont l'importance fonctionnelle, au Moyen Âge et pour longtemps encore, dépassait largement la modestie de leur taille démographique comme de leur superficie bâtie.

El papel del agua en la preservación de la higiene y la salud en la Castilla bajomedieval

M^a Isabel del Val Valdivieso¹

Resumen

El uso del agua en las ciudades y villas castellanas durante la Edad Media puede ser considerado desde muy diferentes puntos de vista. Uno de ellos es el de su relación con la higiene y la salud. En este sentido, a su vez, se puede prestar atención a varios temas, entre los cuales hemos elegido en esta ocasión los relacionados con la preservación de la higiene colectiva e individual, y de alguna manera también con la salud, en tanto que la limpieza la favorece.

Los fueros de villas y ciudades hacen referencia al agua y a través de ellos se puede rastrear la preocupación por mantener buenas condiciones de higiene y salud, tanto del espacio público como en lo referente al uso de los baños. Ya en el siglo XV son las ordenanzas municipales las que proporcionan información sobre esos temas, regulando diversas actividades para evitar la contaminación el agua y preservar la limpieza de los espacios públicos. Por último, algunos documentos concejiles o de otras instituciones nos ponen sobre la pista del uso de los baños y de otras cuestiones relacionadas con la higiene, como la construcción de lavaderos.

Palabras clave

Agua; higiene; salud; limpieza; baños; ciudades medievales.

¹ Universidad de Valladolid.

The role of water in maintaining hygiene and health in lower medieval Castile

Abstract

The use of water in Castilian towns and villages during the Middle Ages may be approached from a number of different perspectives, one of which is its link to hygiene and health. In this regard, there are several topics that merit attention, amongst which we focus on those related to maintaining collective and individual hygiene and, to a certain degree, also health, in the sense that this would benefit from areas being kept clean.

Town and village charters offer a number of references to water and through these we can trace the concern with maintaining good hygiene and health conditions, both in public areas and with regard to the use of baths. In the 15th century, it was municipal ordinances that provided information on these issues, regulating various activities in an effort to prevent contamination of the waters and so keep public areas clean. Finally, certain local council documents – as well as those from other institutions – provide insights into the use of baths and other issues related to hygiene, such as the building of public washing areas.

Keywords

Water; hygiene; health; cleaning; baths; medieval towns.

1. Introducción

En una época de pandemia, como la que todavía estamos viviendo cuando escribo estas líneas, es fácil comprender que uno de los temas esenciales para cualquier sociedad sea la preservación de la salud; que para ello se hace necesario mantener una buena higiene, pública y personal; y que para alcanzar ese objetivo el agua resulta de gran ayuda, si no un elemento fundamental. Esta constatación no es nueva en la historia de la humanidad. En todos los momentos de crisis de salud, cuando se desataba una epidemia, una peste como se decía en la Edad Media, se buscaron soluciones que, al modo propio de cada época y cultura, preservaran la salud pública y la higiene, al menos en el sentido de evitar la polución y, en la medida de lo posible, la transmisión del mal.

Es decir, la lucha contra la contaminación de cualquier tipo ha sido una constante que podemos rastrear siglos atrás. En las páginas siguientes voy a centrarme en el final de la Edad Media y en la Corona de Castilla para ofrecer un panorama general, fijándome en el uso de los baños y las normas que pretenden salvaguardar la higiene y la salud de los habitantes de villas y ciudades mediante el control del uso del agua.

El tema puede enfocarse desde diferentes ángulos que dan pie a tratar distintas cuestiones. En este caso voy a abordarlo desde el agua, es decir prestaré atención a cómo el agua es considerada un factor esencial para mantener la salud y la higiene. Me fijaré en dos aspectos: en la destinada directamente al consumo humano, es decir la llamada agua de boca; y en el papel que juega en relación con la limpieza y la salubridad. Este segundo tema se desdobra a su vez en otros dos, la higiene personal, ámbito en el que cobran protagonismo los baños, y la higiene urbana, que nos lleva a tomar en consideración las aguas sucias y la de lluvia.

Antes de entrar en materia hay que tener en cuenta que el agua era considerada un bien comunal que podía ser susceptible de un aprovechamiento particular siempre que se garantizase su disponibilidad para toda la población. De hecho, asegurar ese abastecimiento general y necesario era una muestra de buen gobierno urbano como he tenido ocasión de exponer en otras ocasiones². Para llegar a esa meta, cuando era posible, los concejos emprendieron obras, a veces complicadas y costosas, con el fin de acercar el agua a la población. En algunos casos se siguen utilizando infraestructuras heredadas de época anterior, como los acueductos de Segovia y Sevilla³; en otros se construyen de nueva planta pozos, qanates, tuberías

² DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – *Agua y poder en la Castilla bajomedieval. El papel del agua en el ejercicio del poder concejil a fines de la Edad Media*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2003.

³ Sobre los Caños de Carmona y el agua en Sevilla, FERNÁNDEZ CHAVES, Manuel Fernando – *Política y administración del abastecimiento de agua a Sevilla durante la Edad Moderna*. Sevilla: Diputación de Sevilla, 2012, pp. 105-148. MONTES ROMERO CAMACHO, Isabel – “El abastecimiento de agua a la Sevilla bajomedieval: los

(de madera, plomo, piedra, cerámica, madera) y canalizaciones. Estas obras nuevas se emprenden, a pesar de lo costosas que resultan y de la dificultad técnica que entrañan, para conseguir agua suficiente y de buena calidad, es decir, buscando un buen producto. Con ese objetivo, cuando se considera conveniente, se realizan aducciones, a veces desde lugares lejanos del núcleo de población; un ejemplo de ese modo de proceder lo encontramos en Robledo de Chavela, que construye a finales del siglo XV una conducción de madera desde tres fuentes de su entorno rural, cuya reparación tienen que acometer en los primeros años del siglo XVI⁴.

2. Agua, higiene y salud

Es evidente que la primera preocupación de cualquier núcleo de población es satisfacer su necesidad ineludible de agua para consumo humano y animal y para el desarrollo de diversas tareas productivas y de subsistencia. Pero no se trata solo de tener agua suficiente, para velar por la salud y evitar las enfermedades en la medida de lo posible esa agua ha de ser buena para el organismo, lo que significa que sea potable, es decir que no cause ningún mal a corto o largo plazo a quien la consume. Por lo tanto la sociedad bajomedieval no desea solo tener agua, quiere que esta sea apta para el consumo, de buena calidad, de buen sabor y sin elementos que pudieran causar problema alguno de salud, asunto en el que recalcan tanto las autoridades concejiles como los médicos. En el siglo XV, Juan de Aviñón, en su obra “Sevillana medicina” indica que el agua de los Caños de Carmona pierde calidad en su recorrido debido a que circula por tubos de plomo⁵. En Baeza, en 1500, el concejo toma la decisión de reparar la fuente principal de la localidad porque se ha contaminado con agua salobre, lo que “ha causado e causa muchas dolencias a los vecinos e moradores desa dicha çibdad”⁶.

Ese concepto, el de la calidad del agua, tiene dos facetas. Por una parte hace referencia a su composición en el sentido de que, de forma natural, no contenga elementos perjudiciales para la salud, lo que significa que además de ser potable

moros cañeros y el acueducto de los Caños de Carmona”. In ARÍZAGA BOLUMBURU, Beatriz; SOLÓRZANO TELECHEA, Jesús Á. (coords.) – *Construir la ciudad en la Edad Media*. Logroño: IER, 2010, pp. 55-90. Para el acueducto de Segovia, ASENJO, María – *Segovia. La ciudad y su tierra a fines del medievo*. Segovia: Diputación provincial, 1986, pp. 67-72. DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – *Agua y poder*, pp. 43-44 y 123. DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – “El abastecimiento de agua a Segovia en el contexto bajomedieval castellano”. *Estudios Segovianos* XXXVII/94 (1996), pp. 740-742.

⁴ CARRASCO TEZANOS, Ángel – “El acueducto de madera de Robledo de Chavela. Abastecimiento y contaminación del agua a finales de la Edad Media”. In SEGURA GRAÍÑO, Cristina (coord.) – *Agua y sistemas hidráulicos en la Edad Media*. Madrid: Al-Mudayna, 2003, pp. 186-192.

⁵ COLLANTES DE TERÁN, Antonio – *Sevilla en la Baja Edad Media. La ciudad y sus hombres*. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla, 1977, p. 84.

⁶ DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – *Agua y poder*, p. 129, nota 37.

ha de garantizarse, en la medida de lo posible, que no cause mal de ningún tipo. Pero también se refiere a que no esté contaminada por la acción antrópica. Es esta segunda exigencia la que obliga a establecer normas sobre el agua de boca.

El deseo de agua de buena calidad, y su traducción en gastos elevados para conseguirla, pone de manifiesto que la sociedad bajomedieval es plenamente consciente de la relación que existe entre el consumo del agua y la salud. La lectura atenta de la documentación permite constatar esta idea, pues tal percepción se pone en evidencia en momentos en los que se toman determinadas decisiones o se justifican algunas acciones. Así se puede observar en las actas municipales de Valladolid, en las que en 1499 se recoge lo siguiente: “consyderando la gran hutilidad e provecho que viene a toda la republica de esta villa e vecinos e moradores de ella e a todas las personas que a ella vienen de fuera parte, para la salud de todas las gentes e para el ennoblecimiento de ella de beber e tener una fuente de agua dulce y clara, para de que bevan todos e se non escusen en el invierno de beber el agua del río, que viene turbia y llena de arena, e señaladamente en el tiempo de las avenidas, e en el verano se escusen de beber el agua enlinada del dicho rio, de lo cual han redundado e se han seguydo e syguen muchas enfermedades”⁷; es decir, el concejo y los vecinos de Valladolid saben que velar por su salud pasa por contar con una fuente de agua dulce y clara, debido a que el agua del río que se utiliza en la villa para beber puede producir enfermedades por venir revuelta con frecuencia y en diferentes estaciones del año; hay que pensar que Valladolid, a pesar de la abundancia de agua con la que cuenta (el Pisuerga pasa al borde de la villa, un brazo del río Esgueva la atraviesa y otro corre al pie de su muralla), no dispone de agua de buena calidad, pues la del Esgueva no es recomendable para uso humano por la suciedad que acumula y la del Pisuerga llega turbia con frecuencia.

Esa conciencia de necesitar agua de buena calidad orienta las ordenanzas concejiles a la hora de establecer normas relativas al uso del agua disponible, a la preservación de su salubridad, procurando evitar que se contamine. En este sentido son varias las medidas que suelen tomar los gobiernos urbanos, que afectan en especial al artesanado que utiliza las corrientes fluviales, pero también fuentes y pozos. Cuando los talleres contaminantes se surten de las fuentes nos encontramos con una misma política urbana, garantizar la primacía del consumo humano y mantener la salubridad de esa agua. Esa es la razón por la que algunas ordenanzas prohíben explícitamente realizar ciertos trabajos en las fuentes, como sucede en Ávila⁸. Un caso especial, y excepcional, son los manantiales de agua caliente, que

⁷ PINO REBOLLEDO, Fernando (transcrip.); CALLEJA GAGO, Rosa M^a (índices); ARRIBAS GONZÁLEZ, Soledad (prólogo) – *Libro de Actas del Ayuntamiento de Valladolid. Año 1499*. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid, 1993, p. 70, n.º 152.

⁸ OLMOS HERGUEDAS, Emilio – “El agua en la norma escrita. Una comparación de ordenanzas bajomedievales castellanas”. In SEGURA GRAÍÑO, Cristina (coord.) – *Agua y sistemas hidráulicos*, p. 44.

se aprovecha para diferentes tareas, hay que entender que salvaguardando siempre su calidad, o al menos eso hace pensar el uso que se da a la fuente de la Burga, en Orense, a mediados del siglo XVI, cuando esa agua se utiliza para amasar pan, lavar ropa y vajilla, hacer lejía, “recocer tripas y pelar puercos”⁹.

Cuando se abastecen del agua del río o están en sus proximidades, algo bastante frecuente, el concejo trata de preservar la salud de los vecinos estableciendo en qué lugares se puede recoger para beber. Se prohíbe hacerlo en cauces que se considera contaminados, como el río Esgueva que, como acabo de indicar, atravesaba la villa vallisoletana portando mucha suciedad y deshechos. Solo permiten hacerlo allí donde entienden que el agua es buena para el consumo. En ocasiones recomiendan no tomarla de la misma orilla, donde se acumulaba mayor proporción de inmundicias, como sucede en Sevilla; en este caso nos encontramos de nuevo con Juan de Aviñón, para quien el agua del Guadalquivir es buena siempre que se tome alejada de la orilla debido a las aguas sucias que se evacúan en el río¹⁰. Lo más frecuente es que los lugares de abastecimiento permitidos estén localizados aguas arriba de la ciudad, con el fin de recogerla antes de que entre en contacto con los vertidos urbanos.

La otra cara de esa política tendente a preservar la salud de la población, es decir, de ese esfuerzo concejil que busca que el agua que consumen los vecinos y habitantes sea limpia y no les cause ningún mal, son las ordenanzas, que regulan dónde pueden instalarse las industrias contaminantes, en particular los lavaderos de lana, el enriado del lino, los tintes y las tenerías. Se trata de actividades que al final del medioevo suelen ser ubicadas aguas abajo de la ciudad y alejadas del centro urbano. Allí donde en siglos anteriores tenían otro emplazamiento, se observa que se insiste en su traslado desde finales del siglo XV, como sucede en Ávila, en 1483, cuando los reyes ordenaron que las curtidurías que estaban en la judería se trasladasen a un lugar menos céntrico y más próximo al río “según que se acostumbraba en todas las ciudades y villas e lugares de los edificios semejantes e no estuviesen entre gentes ni en lo poblado”. En Zamora el traslado afecta a las pelambres, es decir al proceso más contaminante del trabajo de la piel, cuya nueva ubicación está en el arrabal de Olivares, aguas abajo de la ciudad¹¹.

⁹ PÉREZ RODRÍGUEZ, Francisco Javier; VAQUERO DÍAS, M^a Beatriz – “Fuentes y baños en Ourense en la Edad Media”. In *Libro de actas del I Congreso Internacional del Agua “Termalismo y Calidad de Vida”. Campus da Agua, Ourense, Spain, 23-24 de septiembre de 2015*. Orense: Campus de Agua de la Universidad de Vigo, 2016, p. 304.

¹⁰ COLLANTES DE TERÁN, Antonio – *Sevilla en la Baja Edad Media*, p. 85. Sobre el abastecimiento de agua a Sevilla en esa época, FERNÁNDEZ CHAVES, Manuel Fernando – “Water Supply Management in Seville, 1248-1800”. In RODRIGUES, Ana Duarte; TORIBIO MARÍN, Carmen (eds.) – *The History of Water Management in the Iberian Peninsula Between the 16th and 19th Centuries*. Cham (Suiza): Birkhäuser – Springer, pp. 49-53.

¹¹ VILLANUEVA ZUBIZARRETA, Olatz; PALOMINO LÁZARO, Ángel Luis; SANTAMARÍA GONZÁLEZ, José Enrique – *El trabajo del cuero en la Castilla medieval. Las curtidurías de Zamora*. Valladolid: Ediciones Castilla, 2011, pp. 73-75.

Como sucede a menudo, lo que a unos beneficia perjudica a otros, a los que están asentados aguas abajo del nuevo emplazamiento, y eso provoca problemas. En efecto, esa política municipal de alejar las curtidorías (y también otras industrias contaminantes) suele provocar tensiones que responden a dos motivos diferentes: a la resistencia de los trasladados o a la protesta de quienes están aguas abajo y se sienten perjudicados por la medida adoptada por el concejo. El primer caso no está relacionado con cuestiones de salud o salubridad, se trata de la defensa de intereses sectoriales. Ante ello, para vencer la resistencia al cambio, algunos gobiernos urbanos dan facilidades, tales como cederles el suelo nuevo en el que han de instalarse, como sucede en Palencia. En esta ciudad, de señorío episcopal, el conflicto entre curtidores y concejo favorece al poder del obispo, pero finalmente se impone el criterio de los regidores que logran llegar a un acuerdo con los artesanos afectados a los que prometen, igual que a los tintoreros, cederles suelo urbano en el nuevo emplazamiento, además de construir las nuevas tenerías y hacerse cargo de su mantenimiento; a cambio, la cofradía de artesanos pagaría un canon anual al concejo¹². En Madrid también hay conflictos por esa causa al final del siglo XV, que lo mismo que en el caso de Palencia derivan de los perjuicios que el traslado provoca a los afectados. En este caso, tras un tiempo de tensiones y negociaciones, se alcanza un acuerdo. La iniciativa parte de los vecinos que se quejan de los inconvenientes que sufren debido a que las tenerías están entre el caserío; los reyes, cuya política apunta a la preservación de la higiene y salubridad pública, apoyan esa actitud vecinal; la primera reacción del concejo, seguramente conscientes del conflicto que puede plantearse, es desoír tales peticiones, aunque al final cede a la presión y ordena el traslado de las tenerías; los afectados se resisten, pero también acabarán aceptando abandonar su solar tradicional por otro nuevo elegido por ellos mismos en función de la existencia de agua abundante y de fácil acceso¹³.

El segundo motivo de tensión al que antes aludía está directamente relacionado con la calidad del agua disponible, dañada por los vertidos urbanos. Se observa con claridad en Burgos, donde los curtidores fueron trasladados aguas abajo de la ciudad junto al puente de Malatos. En este caso, además de la resistencia de algunos trabajadores de la piel a cambiar de ubicación sus talleres, surgieron problemas con Santa María la Real de las Huelgas, puesto que el nuevo emplazamiento de esa industria estaba aguas arriba del monasterio, que se sentía perjudicado por la contaminación de las aguas del río. También en Valladolid sucede algo similar, ya

¹² OLIVA HERRER, Hipólito Rafael – “L'eau et le pouvoir dans les villes castillanes à la fin du Moyen Âge. Palencia, un exemple de concurrence de pouvoir”. *Histoire Urbaine* 22 (2008), pp. 69-70.

¹³ JIMÉNEZ RAYADO, Eduardo – *Agua y sociedad en Madrid durante la Edad Media*. Cádiz: Universidad de Cádiz, 2021, pp. 223-227. BURGUETE ORS, Laura; LORENZO ARRIBAS, Josemi – “Limpieza y contaminación en la villa de Madrid durante la Edad Media: casas de baño y tenerías”. In SEGURA GRAÍÑO, Cristina (ed.) – *Agua y sistemas hidráulicos*, pp. 103-107.

que sus nuevas tenerías, que se asentaron a orillas del Pisuerga en la última década del siglo XV, perjudicaban al poderoso monasterio de Prado al contaminar el agua que les llegaba; los monjes se quejaron a los reyes porque la situación creada les impedía coger agua del río, ya que llegaba “dañada” y a su juicio podía provocar enfermedades; a la larga esa situación provocó un largo y complicado pleito¹⁴.

Junto a la industria del cuero, la del textil implica actividades contaminantes del agua de ríos, fuentes y pozos públicos (lavado de lana, remojado de lino, tintes, y lavado de los recipientes en los que se realizaban alguna de esas u otras tareas). Eso explica que también tales prácticas estén prohibidas en los lugares de abastecimiento de agua de boca, lo mismo que en ciertos tramos del río. Zamora, por ejemplo, prohíbe lavar lana “desde el puente arriba hacia San Benito”. Las ordenanzas de Cáceres prohíben el enriado del lino en toda la ribera; en las de Carmona se delimita los lugares en los que ese trabajo puede realizarse; y en las de Vitoria de 1487 se dice que no se puede majar lino ni cáñamo en ningún curso de agua corriente, y se indica que esas tareas han de hacerse en los pozos que se construyan expresamente para esa función¹⁵.

Por último hay que hacer referencia a otra actividad, la pesca, que puede ser igualmente perjudicial, cuando para garantizarse una captura abundante y fácil se emplean sustancias que envenenan el agua. La práctica no está permitida, pero la reiteración de su prohibición indica que se hacía con cierta frecuencia. Ya los fueros, como el de Madrid, se ocupan del tema y más adelante lo hacen las ordenanzas municipales, como sucede en Ávila y en Cuéllar¹⁶. En Toledo se delimita la zona del río en la que no puede utilizarse veneno ni artes de pesca que ensucien el agua: entre los dos puentes de la ciudad¹⁷.

Para preservar la calidad del agua de que se dispone en aras de no atentar contra la salud de la población, se hace necesario atender además a otras cuestiones. La principal hace referencia a su uso para la realización de tareas domésticas, la limpieza y el lavado de ropas y enseres. Además de las industrias contaminantes y el uso de

¹⁴ VILLANUEVA ZUBIZARRETA, Olatz; PALOMINO LÁZARO, Ángel Luis; SANTAMARÍA GONZÁLEZ, José Enrique – *El trabajo del cuero en la Castilla medieval*, pp. 77-79.

¹⁵ LADERO QUESADA, Manuel Fernando – *La ciudad de Zamora en la época de los Reyes Católicos. Economía y gobierno*. Zamora: Diputación de Zamora, 1991, p. 412. GARCÍA OLIVA, M^a Dolores – *Documentación histórica del archivo municipal de Cáceres (1475-1504)*. Cáceres: Institución Cultural El Brocense, 1987, p. 261 (ordenanzas del agua de ribera n^o 26). GONZÁLEZ JIMÉNEZ, Manuel – *Ordenanzas del concejo de Carmona. Edición y estudio preliminar*. Sevilla: Diputación provincial de Sevilla, 1972, p. 147 n^o 92. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, José – *Agua, poder y sociedad en el mundo urbano alavés medieval y moderno*. Vitoria: Universidad del País Vasco, 2014, p. 271.

¹⁶ JIMÉNEZ RAYADO, Eduardo – *Agua y sociedad en Madrid*, p. 221. OLMOS HERGUEDAS, Emilio – “El agua en la norma escrita”, pp. 42-43. DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel (coords.) – “El agua en los fueros medievales de la corona castellana”. In DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel; BONACHÍA HERNANDO, Juan Antonio (coords.) – *Agua y sociedad en la Edad Media hispana*, Granada, Editorial Universidad de Granada, 2012, pp. 65-94.

¹⁷ IZQUIERDO BENITO, Ricardo – “El aprovechamiento del medio natural en el reino de Toledo durante los siglos bajomedievales”. In CLEMENTE RAMOS, Julián – *El medio natural en la España medieval*. Cáceres: Universidad de Extremadura, 2001, p. 186.

sustancias prohibidas para pescar como la cal o el beleño, la higiene doméstica puede atentar también contra la calidad y salubridad del agua de que se dispone. Cuando esas tareas se realizan en el propio hogar el “peligro” potencial es evidentemente menor aunque no inexistente, ya que el agua usada y desechada puede ser vertida a la calle, lo que amenaza a los viandantes (de ahí la habitual obligación de advertir previamente que se iba a proceder a hacerlo, el clásico “agua va”), y ensucia el espacio público. Con todo, considerando la imposibilidad de hacerlo de otra forma, las ordenanzas pueden permitir tirar agua a la calle desde las ventanas pero solo si antes de hacerlo se dice tres veces “agua va”, como se ordena en Zamora¹⁸.

Limpia, fregar y lavar son trabajos femeninos, que las mujeres realizan tanto dentro como fuera del hogar. En el caso del lavado lo habitual es que lo hagan en espacios públicos, en parte porque las lavanderas pueden trabajar para familias o instituciones que no son la suya a cambio de un jornal, y sobre todo porque el lavado de ropa se realiza mejor en lugares en los que el agua es abundante y corriente; eso explica que, sin llegar a ser un trabajo estacional, que no lo es, estuviera marcado por las condiciones climáticas de la zona, lo que significa que no solía realizarse en lo más frío del invierno¹⁹.

En las casas familiares no suele haber agua suficiente para realizar esta tarea con garantía, ya que hasta bien entrado en siglo XV no tienen posibilidad de disponer, y solo las residencias más destacadas de la localidad, de un punto de captación particular. Debido a su potencial carga contaminante, la realización del lavado y el fregado en ríos, fuentes y pozos públicos suele estar estrictamente reglamentado y en ocasiones prohibido, para evitar la contaminación del agua de boca. En Carmona no se permite “lavar paños ni otras cosas en los pilares” de la villa y se establece dónde pueden lavar las mujeres. En Jaén se prohíbe lavar ropa o cualquier otra cosa en las fuentes, lo mismo que en Cáceres. En Zamora el lavado se realiza “allende la puente abajo ... e a la puerta nueva”. Y en Cuéllar, en 1499, la prohibición de lavar en las fuentes afecta a los trapos, hortalizas “o otra suziedad alguna”²⁰.

Desde mediados del siglo XV, este duro trabajo se ve beneficiado por la construcción de lavaderos. Esta novedad favorece la higiene y por tanto la salud, puesto que amplía el periodo de tiempo en el que es posible lavar sin problemas, además de mejorar las condiciones de su realización, favoreciendo así esa actividad

¹⁸ LADERO QUESADA, Manuel Fernando – *La ciudad de Zamora*, p. 413.

¹⁹ SEGURA GRAFIÑO, Cristina – “Los oficios del agua”. In DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel (coord.) – *Vivir del agua en las ciudades medievales*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2006, pp. 15-17.

²⁰ GONZÁLEZ JIMÉNEZ, Manuel – *Ordenanzas*, p. 37. RODRÍGUEZ MOLINA, José – *La vida en Jaén en tiempos del condestable Iranzo*. Jaén: Ayuntamiento de Jaén, 1996, p. 35. GARCÍA OLIVA, M^a Dolores – *Documentación*, pp. 258-263 (ordenanzas del agua de la ribera nº 25 y 41). LADERO QUESADA, Manuel Fernando – *La ciudad de Zamora*, p. 414. OLMOS HERGUEDAS, Emilio – *La Comunidad de villa y Tierra de Cuéllar a fines de la Edad Media: poder político concejil, ordenanzas municipales y regulación de la actividad económica*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1998, p. 370 (ley 140).

laboral femenina. En Valladolid, por ejemplo, en los últimos años del siglo XV se construye un lavadero de esas características al lado de una de las puertas de entrada a la villa. Se trata de una solución al problema que plantea el fracaso de la obra de traída de agua hasta el centro de la villa, una vez que el ingeniero encargado de esa empresa, maestre Yuça, solo fue capaz de llevarla hasta la puerta del Campo; así las cosas, el concejo decidió instalar ahí una fuente pública y un lavadero de piedra, techado (cubierto de madera y teja)²¹. A veces los lavaderos parecen ir asociados a un abrevadero, lo que favorece a los propietarios de ganado, ya que suele estar prohibido que los animales se acerquen a las fuentes en las que se abastece la población para evitar la contaminación de las aguas. En esos casos, como se constata en villas como Labastida, Salinas de Añana y Llodio, se establece una clara jerarquización en cuanto al uso y disponibilidad del agua: en primer lugar la fuente de la que se abastece la población, a continuación el abrevadero y por último el lavadero, ya que este contamina las aguas y las hace inservibles para consumo humano o animal²².

Los concejos velan también por la buena calidad del agua que distribuyen los aguadores, de manera que sus ordenanzas se ocupan del trabajo que realizan estos vendedores y transportistas locales de agua. Se regula su actividad, el tamaño de los cántaros y el precio de las cargas, pero, para lo que ahora nos interesa, lo más sobresaliente es que se establece dónde han de cogerla y cómo transportarla para evitar que se venda agua no conveniente para el consumo humano. En este sentido destaca una ordenanza de Zamora que, tras indicar dónde tienen que abastecerse, ordena que si la toman de otro lugar serán multados y perderán sus cántaros, salvo si “fuere para regar o haçer barro, e para el barro trayan las tapaderas de los cantaros de madera que se conosca que la tal agua es para barro o para regar o para otra cosa semejante ...”; esas mismas ordenanzas denuncian que a veces los aguadores “cogen el agua de logares suçios e la venden a preçios como si fuere limpia”, lo que lleva a los regidores a reiterar la obligación que tienen de coger el agua para beber “de allende la puente contra las açeñas o de la puerta nueva como dicho es”, es decir de lugares en los que no esté contaminada²³. En Valladolid los aguadores cogen agua del río Pisuerga, al que acceden a través del postigo que lleva su nombre (“de aguadores”), que es reparado por el concejo en 1497; y desde los años finales del siglo XV también se abastecen del agua de la fuente instalada en la puerta del Campo, que es de muy superior calidad a la del río; el concejo les autoriza a vender esta a dos maravedís la carga²⁴.

²¹ ARENZANA ANTOÑANZAS, Víctor – *Los libros de actas el concejo de Valladolid (1497-1520). Estudio y descripción*. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid, 2019, p. 268. GARCÍA TAPIA, Nicolás – *Ingeniería y arquitectura en el renacimiento español*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1989, p. 329.

²² RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, José – *Agua, poder y sociedad*, p. 239.

²³ LADERO QUESADA, Manuel Fernando – *La ciudad de Zamora*, pp. 412-414.

²⁴ ARENZANA ANTOÑANZAS, Víctor – *Los libros de actas el concejo de Valladolid*, pp. 268 y 275.

3. Limpieza y salubridad del espacio urbano

El segundo asunto en el que el agua tiene relación con la salud y la higiene es el de la limpieza y salubridad del espacio urbano. Al final del medievo las ciudades toman medidas tendentes a mantener sus calles limpias con una doble intención, higiénica y estética²⁵. El primer aspecto es el que nos interesa por el ambivalente papel que juega el agua en ese empeño. El agua limpia, lo vamos a ver al hablar de los baños, no solo los cuerpos, también los objetos y productos que en ocasiones se lavan en las fuentes como acabamos de ver. Ahora bien, en este aspecto de la limpieza el agua tiene su reverso, pues en determinadas circunstancias provoca suciedad y con ello contribuye a perjudicar la salud, además de ofrecer una mala imagen de las villas y ciudades que no atienden adecuadamente a este problema.

En núcleos en los que las calles no están empedradas, e incluso aunque lo estén, la lluvia convierte las vías urbanas en lodazales, ya que al barro, que se forma como consecuencia de la lluvia caída sobre el suelo de tierra, se unen las inmundicias de todo tipo vertidas por los habitantes. La sociedad del final de la Edad Media es perfectamente consciente de los inconvenientes que de ello se derivan, entre otros los perjuicios para la salud. Por eso procuran, a través de las ordenanzas, mantener en lo posible la limpieza de sus calles, y no es excepcional que obliguen a los vecinos a mantener limpio el entorno de sus viviendas e incluso que cuenten con un cuerpo de limpieza, como sucede en Valladolid²⁶. Las ordenanzas de Ávila lo expresan con claridad, cuando se quejan de los perjuicios que sufren “a cabsa de los grandes lodos e suziedades que en las abocalles avia”; por eso, buscando ofrecer otra imagen, ordenan su limpieza semanal a la vez que prohíben “echar en las dichas calles empedradas basura nin bacinadas nin orines nin aguas teñidas nin xabonaduras nin çernadas”²⁷. Otro ejemplo del daño que pueden causar las precipitaciones lo ofrece Valladolid, villa que tiene un gran protagonismo político al final del siglo XV y comienzos del XVI, y en la que se encuentra la corte y muchos poderosos y visitantes cuando, en febrero 1518, Carlos I es jurado rey. El clima no acompañó a tan sobresaliente acontecimiento y el barro de las calles, fruto de la lluvia y la nieve, deslució el paso de la comitiva tal y como puede leerse en la narración realizada por Lorenzo Vital. Según su crónica, ese lodazal alcanzaba un palmo de alto, lo que estropeó el calzado y vestido de quienes participaron, ya que hicieron el recorrido a pie: “llovía, nevaba y hacía muy mal tiempo, porque el camino estaba fangoso, y lleno de inmundicia,

²⁵ PELAZ FLORES, Diana – “El concejo en las obras públicas de la villa de Valladolid a partir de los libros de actas del siglo XV”. In ARIZAGA BOLUMBURU, Beatriz; SOLÓRZANO TELECHEA, Jesús Á. (coords.) – *Construir la ciudad en la Edad Media*, pp. 605-607.

²⁶ ARENZANA ANTOÑANZAS, Víctor – *Los libros de actas el concejo de Valladolid*, pp. 252-253.

²⁷ MONSALVO ANTÓN, José María – *Ordenanzas medievales de Avila y su Tierra*. Ávila: Institución Gran Duque de Alba, 1990, pp. 189-196, docs. 41 y 52.

sobre la calzada, de un palmo de alto, esos príncipes no dejaron de ir a pie aunque sus pantuflas y calzas de escarlata resultasen estropeadas por dicho fango”²⁸.

Frente a los inconvenientes causados por la lluvia, la única solución era pavimentar, habitualmente empedrar, aunque el resultado solía ser cuando menos mejorable. Pero ese no era el único problema, ya que también había que combatir la suciedad producida por las aguas residuales. En algunos lugares existen albañales, como en Sevilla que conserva, aunque en mal estado, los heredados de época musulmana, que son citados en varias zonas de la ciudad en el siglo XV, y que conducen esas aguas hacia el río; cuando sufren algún desperfecto o atasco su reparación era responsabilidad de los vecinos, ya que a ellos vertían los desagües de las viviendas cuando existían²⁹. Pero contar con ese tipo de canalizaciones parece ser excepcional, al menos hasta finales del siglo XV, cuando empiezan a cubrirse los canales de circulación de aguas sucias. Eso es lo que sucede en Vitoria, donde en 1480 el concejo ordena cerrar esos “cannos, desagües, alcantarillas” para que no se vea la basura que recogen, obra que deberían pagar los vecinos de las calles afectadas³⁰.

Lo habitual hasta finales del siglo XV es buscar su encauzamiento hacia el exterior del casco urbano en superficie, tarea complicada, por carencia de infraestructuras adecuadas y por las costumbres de la población, que además de hacer vertidos por las ventanas, como ya he indicado en el apartado anterior, forman muldares en lugares no convenientes. Ante esa situación las autoridades locales solo tienen a su alcance prohibir y multar, como se constata en las ordenanzas en las que se reflejan tanto las conductas no permitidas como las penas pecuniarias que amenazan a quienes contravengan lo establecido.

Es decir en las villas y ciudades no hay una red de evacuación de aguas sucias. En algunos lugares, para dar salida hacia la calle a las procedentes de las viviendas, hay albañales que parecen ser de responsabilidad particular aunque el concejo puede intervenir. En Medina del Campo, por ejemplo, los desagües de las viviendas salen hasta un pie más allá del muro de la casa, lo que significa que vierten a la calle; eso es lo que se deduce de un conflicto derivado de que el corregidor pide a un destacado vecino de la villa que habilite, para la evacuación de las aguas sucias de su vivienda, una conducción hasta una zona próxima al río, a lo que el interpelado se niega³¹.

Lo más frecuente es la existencia de pequeños cursos de agua que corren por el viario para expulsar la resultante de las precipitaciones hacia el exterior del recinto, arrastrando en el mejor de los casos las basuras; pero al discurrir a cielo

²⁸ VITAL, Lorenzo – “Relación del primer viaje de Carlos v a España.” In GARCÍA MERCADAL, José – *Viajes de extranjeros por España y Portugal*. Tomo 1. Salamanca: Junta de Castilla y León, 1999, p. 705 (cap. 75).

²⁹ COLLANTES DE TERÁN, Antonio – *Sevilla en la Baja Edad Media*, pp. 86-87.

³⁰ RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, José – *Agua, poder y sociedad*, p. 306.

³¹ DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – *Agua y poder*, pp. 131-132.

abierto por las calles solo preservan parcialmente la higiene y limpieza. Eso es lo que encontramos en Paredes de Nava, donde las aguas residuales se conducen así hacia el exterior, a través de las puertas de la villa. Un sistema similar debía de tener Piedrahita a mediados del siglo XV, cuando se construye una “regadera” para que por ella saliese el agua de la barbacana de una de sus puertas, la del Mirón. En Segovia había también canalizaciones de aguas sucias en superficie³². Aranda de Duero aporta información reveladora sobre este tema, ya que cuando se discute sobre el desvío de un pequeño río próximo, el Aranzuelo, de manera que atravesara el casco urbano de la villa, los vecinos declaran que eso sería beneficioso porque favorecería la limpieza de las calles³³.

Cuando algún cauce fluvial atraviesa el caserío o discurre muy próximo al mismo suele ser utilizado para el vertido de aguas sucias. Es decir, es relativamente habitual que se utilicen los cauces que atraviesan la ciudad o que circulan en su entorno inmediato para orientar hacia ellos el desagüe de inmundicias. Pero hasta llegar a ese punto de salida del casco urbano corren por la red viaria, como sucede en Madrid, donde esas aguas son conducidas al exterior de la muralla, a través de una abertura, mediante un albañal que las dirige hasta el cercano arroyo de San Pedro³⁴. La solución es sin duda válida, pero si la corriente es pequeña y los vertidos abundantes surge un problema adicional, ya que se propicia su contaminación de manera que se hace inservible para otros usos.

A los problemas derivados de las precipitaciones y de los desechos de las viviendas se suman los vertidos contaminantes de algunas industrias, y de las carnicerías y pescaderías. Ya me he referido a los talleres artesanos que desde este punto de vista plantean inconvenientes, en particular los del trabajo de la piel y el textil, debido a que, como ya hemos visto, en algunos casos hacen vertidos a las vías públicas, lo que se considera perjudicial para la salud. Así se constata en Cáceres, donde los tintoreros tienen prohibido tirar el agua de sus tinas por las calles³⁵.

Carnicerías y pescaderías son imprescindibles para garantizar el abasto de la población, pero a su vez son potenciales focos de suciedad, y por lo tanto una amenaza más para la salud y el bienestar. Por eso los concejos vigilan su actividad desde este punto de vista. En el caso de la venta de pescado se trata del agua y restos orgánicos que las pescaderas y pescaderos vierten a las calles ensuciando el entorno

³² MARTÍN CEA, Juan Carlos – “La política municipal sobre el agua en los concejos de la cuenca del Duero a fines de la Edad Media”. In DEL VAL VALDIVIESO, M.^a Isabel (coord.) – *Usos sociales del agua en las ciudades hispánicas de la Edad Media*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2002, p. 84. LUIS LÓPEZ, Carmelo – *Colección documental del archivo municipal de Piedrahita (1372-1549)*. Ávila: Institución Gran Duque de Alba, 1989, p. 322. ASENJO, María – *Segovia*, p. 76.

³³ ABAD ÁLVAREZ, Isabel; PERIBÁÑEZ OTERO, Jesús G. – “El control social del agua en la villa de Aranda de Duero. El aprovechamiento del río Aranzuelo a principios del siglo XVI”. In DEL VAL VALDIVIESO, M.^a Isabel (coord.) – *Usos sociales del agua*, p. 129.

³⁴ JIMÉNEZ RAYADO, Eduardo – *Agua y sociedad en Madrid*, p. 187.

³⁵ GARCÍA OLIVA, M.^a Dolores – *Documentación*, p. 301 (Ordenanzas de la basura nº 16 y 17).

del espacio en el que realizan su actividad. Peñafiel, ya a mediados del siglo XIV, prohíbe tirar agua de lavar pescado dentro de la villa; en Ávila está prohibido el vertido de agua de pescado en plazas y calles; en Bilbao y Vitoria tampoco se puede echar el agua de pescado en las calles³⁶. En el caso bilbaíno, en los primeros años del siglo XVI, el concejo llega a un acuerdo con las pescaderas en cuya base está el intento de la autoridad municipal de evitar la suciedad que dispersan en su entorno y la voluntad de estas profesionales de mantenerse en un lugar que consideran adecuado para sus intereses comerciales³⁷. Por su parte las ordenanzas de Zamora prohíben a las pescaderas tirar “agua alguna de cualquier pescado o sardina . . . por las calles”, pero el concejo no confiaba en que sus oficiales cumplieran esta norma, pues establecen también que si los fieles de las calles no lo hacen cumplir serán ellos quienes pagarán la pena³⁸.

No se trata solo de la conducta descuidada de los profesionales, también los vecinos de villas y ciudades pueden provocar contaminación, pues cualquiera puede tirar basuras o agua sucia a las calles; en Segovia, por ejemplo, el guarda del agua se queja de que incluso se echan suciedades a la madre del agua, es decir en la canalización principal de abastecimiento de la ciudad³⁹. Por eso los concejos buscan controlar estas conductas indeseadas y perjudiciales para el conjunto de la población mediante el establecimiento de normas y ordenanzas, como lo hace Cuéllar, que en 1499 prohíbe tirar vacinadas en fuentes y calles; y Zamora, que ordena a los fieles encargados de las calles que obliguen a quien actúe de esa forma a limpiar lo que haya ensuciado, además de imponerle la correspondiente multa⁴⁰.

Otro problema es el que plantean ríos, riachuelos y canales, que si no son cuidados pueden convertirse en agentes negativos para la salubridad general. Esto es claro en el caso de la Meseta, donde son frecuentes los ríos con un fuerte estiaje, lo que unido a que en su cauce brotan plantas y se estanca el agua en verano les hace especialmente peligrosos, porque tal situación da pie a que se conviertan en focos de irradiación de paludismo y otras enfermedades. Eso es lo que sucede en el Zapardiel a su paso por Medina del Campo⁴¹. Por esa razón se busca mantener limpios y despejados los cauces, en particular los que atraviesan el casco urbano, procurando,

³⁶ OLMOS HERGUEDAS, Emilio – *El agua en la norma escrita*, p. 45. MONSALVO ANTÓN, José María – *Ordenanzas*, p. 134 (nº 88).

³⁷ DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – “El agua en las villas vascas del siglo XV”. *IACOBVS. Revista de estudios jacobeos y medievales* 19-20 (2006), p. 161. DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – “Mujeres y espacio público: negociando con el poder en las ciudades castellanas de fines de la Edad Media”. *Temas Medievales* 20 (2012), pp. 114-115.

³⁸ LADERO QUESADA, Manuel Fernando – *Zamora*, p. 410.

³⁹ ASENJO, María – *Segovia*, p. 77.

⁴⁰ OLMOS HERGUEDAS, Emilio – *La Comunidad de Villa y Tierra de Cuéllar*, p. 370 (ley 139). LADERO QUESADA, Manuel Fernando – *Zamora*, p. 409-410

⁴¹ DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – “Preocupación urbanística e intereses económico-sociales en el ocaso de la Edad Media”. In DESPLAT, Charles (ed.) – *Terres et hommes du Sud. Hommage a Pierre Tucco-Chala*. Biarritz: J&D, 1992, p. 375.

como hacen Valladolid, Burgos y Medina del Campo, que las edificaciones sobre los puentes o los voladizos sobre el cauce no entorpezcan el libre correr del agua, bien sea para evitar inundaciones o para que no se estanque y se pudra⁴².

Por último hay que recordar que la preservación de la salud también implica el control de lo que hoy denominaríamos basureros o estercoleros y que en la época suelen ser nombrados como muladares. Las ordenanzas municipales se ocupan del asunto, intentan ordenarlo y procuran que no aparezcan en lugares frecuentados. Los vecinos por su parte, en un momento en que empiezan a aparecer en las viviendas las letrinas o “necesarias”, buscan construirlas, cuando pueden hacerlo, sobre callejones o un espacio no transitado, para que viertan ahí las aguas fecales de la vivienda. Pero eso no está exento de problemas, pues siempre puede haber una parte perjudicada que protesta por la situación creada o por el uso de ese espacio. Eso es lo que sucede al final del periodo que nos ocupa en la villa de Bilbao, donde se enfrentan en pleito, por la utilización de un espacio entre dos viviendas destinado a verter las aguas sucias de una de ellas; según declara la que defiende la propiedad y uso de ese pequeño callejón, la viuda Mari Sánchez de Zurbarán, fue su marido quien lo hizo con ese fin, mientras que la colindante casa de San Lázaro lo niega y pretende utilizarlo en su beneficio⁴³.

4. Los baños en la baja Edad Media

De la higiene general y pública podemos pasar a la personal, es decir a la práctica del baño con intención de limpiar el cuerpo. También se practica en la Edad Media el baño ritual, pero esa faceta del agua purificadora del espíritu que arrastraría las impurezas dejadas por acciones o por algún proceso vital natural, lo dejaremos de lado en esta ocasión en la que los baños ceremoniales y/o los relacionados con las prácticas religiosas no afectan al tema que nos ocupa. Es decir me centraré en el uso personal, social e higiénico del baño, que suele estar regulado por los fueros, y que en la Baja Edad Media pueden ser objeto de atención en las ordenanzas municipales. Estas normas disgregan a los usuarios por comunidad religiosa y por sexo, reservando a cada uno días o turnos precisos. Por ejemplo el fuero de Coria, en el que únicamente se refieren a cristianos, los varones disponen de los lunes, miércoles, viernes y sábado, mientras las mujeres pueden utilizarlos los martes, jueves

⁴² BONACHÍA HERNANDO, Juan Antonio – “El agua en la documentación municipal: los libros de actas”. In DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel (coord.) – *El agua en las ciudades castellanas durante la Edad Media: Fuentes para su estudio*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1998, pp. 51-52.

⁴³ El pleito lo gana finalmente la casa de San Lázaro. DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – “El agua de la discordia”. In CARVAJAL DE LA VEGA, David; EMPERADOR ORTEGA, Cristina (coords.) – *Días de otoño, tardes de archivo. Buenos y malos pleitos en la Real Chancillería de Valladolid*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2017, p. 33.

y domingos. En el siglo XV se documenta algún baño, los de la Burga de Orense, en los que hay dos salas, una para varones y otra para mujeres, lo que permitiría que ambos pudieran utilizarlos todos los días. Cuando están abiertos también a judíos y/o musulmanes, se reparten su uso, así en Sepúlveda los judíos disponían de los viernes y domingos quedando el resto de los días para los cristianos, como sucede también en Cuenca⁴⁴.

En general, la regulación busca preservar el orden social establecido, los derechos de los usuarios, y a los titulares del baño, tanto a los propietarios como a los arrendatarios. Velan por la seguridad, quizá por eso son instalaciones que solo pueden utilizarse de día, quedando prohibido su uso durante la noche. Y procuran que se dé un buen servicio a cambio del pago pertinente en cada caso, si bien puede haber personas exentas, en general los niños y quienes van a ayudar a los que se bañan, pero también familiares o allegados de los propietarios, como sucede en los baños cordobeses de Pedro Ponce y de San Lorenzo, a los que podían acudir gratuitamente las mujeres de la familia; en el segundo de ellos, también las sirvientas y las beatas de una casa próxima muy ligada a la familia noble titular de la instalación⁴⁵.

Aunque se ha sostenido que en la Baja Edad Media se había dejado de practicar el baño en el sector mayoritario de la población, es decir entre los cristianos, la investigación ha puesto de manifiesto que esa idea no se corresponde con la realidad. La limpieza del cuerpo es una práctica recomendada por la medicina como puede constatarse en los *regimina sanitatis*, y seguramente se ve también como una necesidad para asegurar la propia higiene. Además el baño, que la inmensa mayoría de la población realizará en establecimientos abiertos al público, da ocasión de establecer lazos de relación y de socializar con amigos y vecinos, eso sí, del mismo sexo y religión, pues, como ya he indicado, así se constata allí donde tenemos normas reguladoras de su uso, sean fueros u ordenanzas municipales⁴⁶.

⁴⁴ MALDONADO Y FERNÁNDEZ DEL TORCO, José (estudio histórico-jurídico); SÁEZ, Emilio (transcripción y fijación del texto); FERNÁNDEZ HERNANDO, José (prólogo) – *El fuero de Coria*. Madrid: Instituto de estudios de administración local, 1949, art. 115, p. 44. DE UREÑA Y SMENJAUD, Rafael (ed.lit.) – *Fuero de Cuenca: formas primitiva y sistemática, texto latino, texto castellano y adaptación del fuero de Heznatoraf*. Madrid: Academia de la Historia, 1935, art. 21, p. 157. PÉREZ RODRÍGUEZ, Francisco Javier; VAQUERO DÍAZ, Beatriz – “Fuentes y baños en Ourense”, p. 304. SÁEZ, Emilio (edición crítica y apéndice documental); GIBERT, Rafael (estudio histórico-jurídico); ALVAR, Manuel (estudio lingüístico y vocabulario); RUIZ ZORRILLA, Atilano G. (términos antiguos de Sepúlveda); MARÍN PÉREZ, Pascual (Prólogo) – *Los fueros de Sepúlveda*. Segovia: Diputación Provincial de Segovia, 1953, título. 111, p. 103.

⁴⁵ CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “Higiene y baños en Córdoba a finales de la Edad Media a través de la documentación notarial”. *Medievalismo: Boletín de la Sociedad Española de Estudios Medievales* 27 (2017), pp. 83 y 87.

⁴⁶ RUIZ-MORENO, Aníbal – “Los baños públicos en los fueros municipales españoles”. *Cuadernos de Historia de España* 3 (1945), pp. 152-157. DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – “Las mujeres y los baños en los fueros de la Castilla medieval”. In DÍAZ, Pilar; FRANCO, Gloria; FUENTE, M^a Jesús – *Impulsando la Historia desde la Historia de las Mujeres. La estela de Cristina Segura Graño*. Huelva: Universidad de Huelva, 2012, pp. 221-228.

Algunos de ellos parecen estar relacionados con la población musulmana, o eso invita a pensar el de Elche, donde los tenía arrendados un musulmán al iniciarse el siglo XV⁴⁷. Pero en general no parece que fueran de uso exclusivo de ninguna de las comunidades religiosas, como se constata en las normas forales a las que ya he hecho referencia y en algunos casos concretos, como los termales de Fortuna, en Murcia, frecuentados por cristianos y musulmanes. El origen de los de Fortuna se remonta a época musulmana, lo que también se constata en otros casos, como en los de La Reina, cuyo titular en el siglo XV era el concejo de Murcia, que los cedía a censo para su explotación⁴⁸.

En el siglo XV la gran mayoría de los baños que conocemos están abiertos al público, sin embargo existen también baños de uso privado en alguna gran residencia señorial o real. Es el caso del baño que tenía la reina navarra Juana II en el castillo de Tudela⁴⁹. En Castilla contamos con los del palacio real de Tordesillas, construidos en el siglo XIV⁵⁰. Y entre los que pudiera poseer la nobleza hay que citar los que tienen en su residencia los señores de Santa Eufemia, en Córdoba; es cierto que no hay constancia exacta de que fueran para el uso exclusivo de la familia, pero los datos con los que contamos apuntan en esa dirección⁵¹. Es decir el gusto por el baño, seguramente por sus efectos terapéuticos pero también por su valor social y sensorial, era una realidad en toda la sociedad. Porque además de favorecer la higiene y la salud del cuerpo, el baño propicia el descanso, tanto por el efecto del agua como por la animada compañía de quienes lo comparten. Un baño completo contaría con sala fría, templada y caliente, además de alguna estancia destinada a la preparación, que podría servir para que los bañistas dejaran su ropa. Los utensilios necesarios para bañarse parece que los proporciona la persona encargada de la instalación, al menos eso se desprende del fuero de Úbeda que especifica que deben proporcionar a los usuarios “duernas (artesas), cubos y mandiles”⁵².

Tienen también lo que podemos entender como la parte “técnica”, es decir el sistema de abastecimiento, almacenamiento y distribución de agua y la caldera

⁴⁷ SANZ GÁNDARA, Cristina – “El arrendamiento de los baños de una villa bajomedieval en el sudeste peninsular: Elche”. In CLARAMUNT, Salvador – *El món urbà a la Corona d'Aragó del 1137 als decrets de Nova Planta*. Vol. 2. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2003, p. 376.

⁴⁸ EIROA RODRÍGUEZ, Jorge Alejandro – “Los baños de Fortuna: un ejemplo de termalismo medieval en la Región de Murcia”. *Miscelánea Medieval Murciana* 23-24 (1999-2000), pp. 21-26. VELÁZQUEZ SORIANO, Isabel; RIPOLL LÓPEZ, Gisela – “Pervivencias del termalismo y el culto a las aguas en época visigoda hispánica”. *Espacio, Tiempo y Forma* 5 Serie II (1992), pp. 555-580.

⁴⁹ ALEGRÍA SUESCUN, David – “Baños urbanos del patrimonio real en Navarra (siglos XII-XIV)”. In DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel (coord.) – *Usos sociales del agua*, p. 329.

⁵⁰ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Ángel – “El baño del Palacio Real de Tordesillas (Valladolid) y su relación con otros baños de origen islámico en al-Ándalus y en el Magreb”. *Cuadernos de La Alhambra* 41 (2005), pp. 119-131.

⁵¹ CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “Higiene y baños en Córdoba”, pp. 89-94.

⁵² PESET, Mariano; GUTIÉRREZ CUADRADO, Juan (estudio preliminar); TRENCH ODENA, Josep (estudio paleográfico); GUTIÉRREZ CUADRADO, Juan (edición y notas) – *Fuero de Úbeda*. Valencia: Universidad de Valencia, 1979, título IX, ley IIIa, p. 264.

para calentarla. En primer lugar un baño ha de tener un fácil abastecimiento de agua y también un desagüe no contaminante. Por ejemplo, los que estaban en funcionamiento en Valladolid en los primeros años del siglo XV, se levantan junto al Esgueva, por lo que tienen fácil salida del agua sucia; para la captación utilizaban dos pozos que se encontraban en el mismo solar, en una zona en la que la capa freática es accesible⁵³. Necesitan además una caldera y un horno para calentar el agua, y la construcción de los circuitos hídricos en las diferentes salas. Los cordobeses de Pero Ponce, por ejemplo, cuentan con un pozo y una añora para abastecerse de agua que llega al baño por unos caños, y tienen una caldera, tal y como se especifica en los contratos de arrendamiento que se conservan; en principio el mantenimiento debía ser responsabilidad de los propietarios, pero en el caso de estos baños de Córdoba la arrendadora en 1466 debía hacerse cargo del arreglo de la conducción⁵⁴. Sea quien sea el encargado de repararles, mientras están en funcionamiento han de estar en buen estado y garantizar a los usuarios lo necesario para tomar un buen baño a cambio del pago del precio establecido.

En todos los casos, para su correcto funcionamiento, precisan de personas que los atiendan. Por regla general, los titulares de los baños, sea el concejo, alguna institución (la colegiata en el caso de Valladolid) o una persona particular, se ponen en explotación mediante arrendamiento o cesión a censo. Los encargados del baño pueden ser estos arrendatarios, aunque también puede haber otro personal, como en los de Pedro Ponce de Córdoba, donde se documenta una persona encargada de calentar el agua⁵⁵; evidentemente esta función no era precisa allí donde se utiliza una fuente de agua caliente, lo que es excepcional pero real, como se constata en el caso de la fuente de la Burga, en Orense, que abastece uno de los baños de la ciudad desde el siglo XIII, mientras los otros, los que están cerca del Posío no disfrutaban de esa ventaja⁵⁶.

Quienes atienden los baños pueden ser varones, mujeres o la familia de quien lo toma en arriendo. De este último tipo tenemos el ejemplo de los baños de Pedro Ponce, cuyos arrendatarios, el matrimonio formado por Álvar Fernández de Llerena y María García, viven en las casas del baño, y celebraron allí en 1476 el desposorio de su hija, Juana Jiménez, con Juan de Uceda, ceremonia y festejo al que asistieron un nutrido grupo de personas⁵⁷. Hay noticias de mujeres al frente de un baño. Así se observa en los cordobeses de San Lorenzo, que en 1484 los toma en arriendo una viuda, por seis años, a cambio 13.000 maravedís. Otros baños de esa ciudad, los de

⁵³ SANTO TOMÁS PÉREZ, Magdalena – *Los baños públicos en Valladolid. Agua, higiene y salud en el Valladolid medieval*. Valladolid: Ayuntamiento de Valladolid, 2002, pp. 73-76.

⁵⁴ CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “Higiene y baños en Córdoba”, pp. 77-82.

⁵⁵ CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “Higiene y baños en Córdoba”, p. 83.

⁵⁶ PÉREZ RODRÍGUEZ, Francisco Javier; VAQUERO DÍAZ, M^a Beatriz – “Fuentes y baños en Ourense”, p. 304.

⁵⁷ CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “Higiene y baños en Córdoba”, p. 85.

Pedro Ponce, también tuvieron como arrendataria a una mujer, Elvira Rodríguez, en 1466; en este caso el arrendamiento, también por seis años, fue de menor cuantía, 5.800 maravedís, si bien Elvira contrajo además la obligación de reparar los caños que llevaban el agua hasta la fábrica. En el caso de Madrid, donde el titular es el concejo desde que en el siglo XIII los recibe de Alfonso X, a finales del siglo XIV son regentados por una musulmana llamada Xançi; con ella se pierde la pista de ese baño, que debió de ser derruido, sin embargo en el siglo XV hay alguna noticia documental que permite pensar que la villa contaba con una instalación de este tipo. A su vez, los ya mencionados baños de Fortuna tenían como censataria en 1455 a la viuda de Fernán Sánchez Manuel, Mencía López Fajardo⁵⁸. En Valladolid, en 1333 la propietaria era una mujer, María Díaz, viuda de un tendero de paños, Lorenzo Llanes; es ella la que se los vende al prior de la colegiata. Más de un siglo después, en 1449, esos baños vallisoletanos los toma en arriendo un matrimonio artesano formado por Alfonso Fernández y Catalina Fernández, con la obligación de mantenerlos y repararlos⁵⁹.

La relevancia que adquiere esta instalación para la sociedad urbana se refleja en que puede dar nombre a la calle en que se ubican, como sucede en Valladolid, donde los que seguían activos en el siglo XV estaban en la “calle de los baños”. Además, como ya he señalado, se trata de lugares que invitan a la relación social, y que incluso, aunque sea de forma excepcional, pueden acoger celebraciones festivas familiares, como lo hemos visto en la boda que se celebra en uno de los de Córdoba. Pero esto no es sino un aderezo a su función principal, la del descanso y limpieza del cuerpo que contribuye a mantener una buena higiene, lo que favorece la salud.

5. Conclusión

Como hemos podido ver, el agua es un elemento esencial en la preservación de la salud y el mantenimiento de la limpieza y la higiene. Cuando se trata del agua de boca, la sociedad bajomedieval busca disponer de buena agua, para lo cual no duda en emprender obras costosas y complicadas, ordenar el traslado de las industrias y prácticas contaminantes, y prohibir la realización de ciertas actividades allí donde el agua se utiliza para consumo humano.

El agua también puede causar suciedad y perjuicios higiénicos, por eso los concejos procuran combatir ese peligro potencial, empedrando las calles,

⁵⁸ CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “Higiene y baños en Córdoba”, pp. 89 y 82. BURGUETE ORS, Laura; LORENZO ARRIBAS, Josemi – “Limpieza y contaminación en la villa de Madrid”, pp. 93-100. JIMÉNEZ RAYADO, Eduardo – *Agua y sociedad en Madrid*, p. 179. EIROA RODRÍGUEZ, Jorge Alejandro – “Los baños de Fortuna”, p. 26.

⁵⁹ SANTO TOMÁS PÉREZ, Magdalena – *Los baños públicos en Valladolid*, pp. 76-78.

prohibiendo el vertido de aguas sucias y basuras, tanto domésticas como artesanales, y encauzando las que corren por las calles hacia el exterior del casco urbano. Por esta razón desde finales del siglo XV las referencias a albañales van siendo menos excepcionales.

En los aspectos más personales, la limpieza se logra mediante el lavado de ropa, trabajo femenino que se realiza en los cursos de agua y ya al final del siglo XV también en lavaderos. Para la limpieza del cuerpo se siguen utilizando los baños, cuyo uso está regulado y reglamentado por la autoridad concejil todavía en el siglo XV, cuando hay noticias de que siguen en funcionamiento en numerosos núcleos urbanos castellanos.

Health and hygiene regulations in 12th-14th century Norwegian towns

Miriam Tveit¹

Abstract

Urban public health was apparently not an issue in medieval Norwegian town laws. However, this article proposes that ideologies of urban health and an understanding of hygiene formed the basis of the authorities' regulation of the towns. Rather than showing legislation to be ignorant of health issues in the urban population, an analysis of what is hidden in regulations related to other topics may shed light on the governmental, royal, and municipal health policies. This article presents a comprehensive analysis of various primary sources, such as laws, amendments, case laws and saga literature that reveals indirect references to hygiene and public health issues in Norwegian towns. It demonstrates that contemporary ideas of public health were present in the town regulations and disclose the strategies used to secure public health in Norwegian towns, even if public health was not directly regulated or addressed. Specifically, understandings of the hygiene, nutrition, and wellbeing of the urban population were embedded in the regulations on other issues relating to trade, safety, and town planning. The picture emerging from this study provides insight into the policies behind Norwegian urban regulation, where the laws themselves are silent.

Key words

Norwegian; medieval; town law; public health; hygiene.

¹ Nord University.

Regulamentos de saúde e higiene nas cidades norueguesas dos séculos XII a XIV

Resumo

A saúde pública urbana aparentemente não era um problema nas leis medievais norueguesas. No entanto, este artigo propõe que precisamente as ideias de saúde urbana e de higiene formaram a base da regulamentação das cidades pelas autoridades. Mais do que mostrar que a legislação desconhece as questões de saúde da população urbana, a análise do que está oculto nas regulações relacionadas com outros temas pode aportar informação sobre as políticas de saúde governamentais, régias e municipais.

Este artigo apresenta uma análise abrangente de várias fontes primárias, como leis, emendas, jurisprudência e a literatura das sagas, que revela assim referências indiretas à questões de higiene e saúde pública nas cidades norueguesas. No texto explicamos como as ideias contemporâneas de saúde pública estavam presentes já nos regulamentos municipais e revela as estratégias usadas para garantir a saúde pública nas cidades norueguesas, mesmo que a saúde pública não fosse diretamente regulamentada ou abordada. Especificamente, os conhecimentos sobre a higiene, a nutrição e o bem-estar da população urbana foram incluídos nos regulamentos sobre outras questões relacionadas com o comércio, segurança e planeamento urbano. A imagem que emerge deste estudo fornece informações sobre as políticas por trás da regulamentação urbana norueguesa, onde as próprias leis são omissas.

Palavras-chave

Noruega; Idade Média; leis municipais; saúde pública; higiene.

Introduction

This article investigates the concept of urban health as it is presented in Norwegian medieval town regulations. Guy Geltner has argued, based on the case of medieval Lucca, that Italian cities did initiate preventive measures for urban hygiene and health in the 14th century, thus challenging the idea of a lack of government interest in public health.² In the available source material for Norway – a corpus of urban regulations – there is little that directly concerns sick care or hygiene in the kingdom’s approximately dozen towns. Dolly Jørgensen has, however, stressed that “it would be wrong to discount the efforts of the medieval councils simply because they did not understand public health in the same way that later city reformers [...] would”.³ From the 12th to the 14th century, the variety of urban regulations stemmed mostly from royally issued law, both in the form of codified town laws and several amendments, or specific privileges granted to one particular town. To a large degree, the regulations concern peaceful interactions between burghers and the organisation of urban life within the town’s legal boundaries in terms of collective duties, administration, taxes, trade and shipping, in addition to criminal law regarding breaches of the peace and violence. Many rules concern fire prevention regulations, which were important for towns consisting mainly of wooden structures. However, the 12th-century *Bjarkeyjarréttr*, an urban law for the town of Niðaros, and the new Town Law of 1276 and the subsequent amendments did not include direct regulations for improving health and hygiene or preventing disease.⁴ Town regulations in medieval Norway were the responsibility of the local government. However, from the late 13th century onwards, the Norwegian royal authorities took particular interest in minute regulations for the towns of the kingdom and devoted a significant amount of detailed legislation to governing them. The new Town Law of 1276 gave the town councils the privilege of writing their own by-laws as long as they did not contradict the royal town law.⁵ No records of such by-laws have survived, if they ever existed. It could be expected that the town governments would have taken precautions to ensure healthy urban life, but these precautions are obscure to us. Geltner criticise historians of urban history and public health for ignoring records of social practices in the attempt to fully understand pre-modern health interventions.⁶ While this

² GELTNER, Guy – “Healthscaping a medieval city: Lucca’s *Curia viarum* and the future of public health history”. *Urban History* 40/3 (2013), pp. 395-415.

³ JØRGENSEN, Dolly – *Private Need, Public Order: Urban Sanitation in Late Medieval England and Scandinavia*. Virginia: University of Virginia, p. 6. Unpublished PhD thesis.

⁴ The old town laws were called *Bjarkeyjarréttr* printed in NgL = *Norges gamle Love indtil 1387*. Ed. KEYSER, Rudolf; *et al.* vol. I–III. Cristiania: Grøndahl, 1846-49: NgL I, pp. 303–336. MLB = The Town Law = Magnus lagabætir’s Town Law of 1276 (Magnus lagabøtes bylov), printed in NgL II, pp. 181-290.

⁵ MLB VI-2.

⁶ GELTNER, Guy – “Healthscaping a medieval city”, pp. 397-398.

criticism is valid, very few such records of this period from Norway or indeed any Scandinavian towns exist, and there are next to none that can shed light on practices of improving public health. The volume and quality of available records regarding, for instance, Italian or English towns is therefore not comparable to those available for Norway.⁷ To understand the policies of urban health and hygiene in medieval Norway, scholars are left with the normative sources of urban regulations and are sometimes able to juxtapose them with other sources, such as the occasional charter, case law or literary texts of the saga corpus.⁸

The Black Death has been credited as the main catalyst of precautionary measures for public health.⁹ Norwegian towns were severely affected by the Black Death, but none of the various 14th-century town statutes postdating the plague comment directly on its effects or issue rules based on new knowledge of infection control. To search for the legislative consequences of poor health conditions or the outbreak of diseases, such as plagues or epidemics, would be a sensation-driven approach to identifying health regulations.¹⁰ A less dramatic perspective is analysing the preventive measures taken by the urban government – or, in the case of this article, by the royal authorities – and the concepts of health and unhealth that informed everyday proactive regulations. It could be argued that regulations regarding health were unnecessary given the small number of Norwegian towns and, by European standards, their small size.¹¹ Ensuring the availability of supplies and building development, as well as managing the citizens' behaviour, would have been uncomplicated for the town government. However, health-related matters, such as hygiene, the prevention of disease and the medical profession, were not governed by direct rules or regulations.

Given the Norwegian royal authorities' interest in regulating towns, the question arises as to what, if any, the royal policies were regarding urban health. Rather than rendering legislators as oblivious to health issues in the urban population, analysing what is hidden in regulations regarding other topics might shed light on the governmental, royal and municipal health policies. Such an approach has not yet been employed in historiography, and the regulation of urban

⁷ GELTNER, Guy – "Healthscaping a medieval city", p. 399.

⁸ Written documents relating to Norway in the Middle Ages are published in the collection *Diplomatarium Norvegicum*. DN = *Diplomatarium Norvegicum, Oldbreve til Kundskab om Norges indre og ydre Forhold, Sprog, Slægter, Sæder, Lovgivning og Rettergang i Middelalderen*. Vol I-XXIII, Christiania/Oslo: varia, 1847-2011.

⁹ CIPOLLA, Carlo M. – *Public health and the medical profession in the Renaissance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1976, p.11.

¹⁰ CARMICHAEL; Ann G. – *Plague and the Poor in Renaissance Florence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986, pp. 96-97.

¹¹ On the situation of urban law and the Norwegian towns, see TVEIT, Miriam – "Urban law in Norwegian market towns: legal culture in a long fourteenth century". In ARMSTRONG, Jackson W.; FRANKOT, Edda (ed.) – *Cultures of Law in Urban Northern Europe: Scotland and its Neighbours c. 1350-c. 1650*. New York: Routledge, 2020, pp. 105-122.

health in medieval Norway has not been studied in full. Jørgensen's studies of urban sanitation are valuable exceptions, although they primarily focus on the late medieval and early modern period and do not discuss Norwegian urban law per se.¹² Town history often includes a description of life in the town, including housing, diet and social conditions. In her volume on the town of Trondheim (Niðaros) in the Middle Ages, Grethe Authén Blom points to the many sources of stench within the town but also to how its relatively spacious nature served as an advantage in controlling its sanitary conditions.¹³ In his chapters on the medieval period in the work *Norsk byhistorie* ('Norwegian urban history') from 2006, Knut Helle also gives a general outline of the living conditions in the towns based on osteological and archaeological findings.¹⁴ The Norwegian town life that Helle describes was typical for all medieval towns, with a small elite who had access to nutritious food and comfort and a large group of people with few means and no prospects of longevity.

General regulations for conduct in towns

The Town Law of 1276 was originally issued by the administration of King Magnús VI Hákonarson (1263-1280) for the Norwegian town of Bergen, the country's largest town by far and main export hub. However, the law was soon adapted to three small towns of some status, Niðaros, the seat of the Archbishop, and Oslo and Tunsberg, both royal residences. A generic version of the Town Law also survives, suggesting that it became a national urban law during the early 14th century. The Town Law is almost identical in structure and content to its rural counterpart, the *landrecht* or Code of the Realm of 1274.¹⁵ However, in the later document, significant terms have been changed to their urban equivalents and a new book is added that regulates urban life in particular.

Although the urban code did not include regulations on health issues specifically, the law text contains clues to the contemporary understanding of health regulations. Rules on fire safety and access to water in town houses imply that the property owners kept water, although Helle suggests that the town population sought drinking water elsewhere as the structure of the wells in the town houses made them prone to hosting dangerous bacteria.¹⁶ The practice of crafts that were presumed

¹² See especially JØRGENSEN, Dolly – "Private Need, Public Order"; JØRGENSEN, Dolly – "Medieval latrines and the law". *Medium Aevum Quotidianum* 53 (2006), pp. 5-16.

¹³ BLOM, Grethe Authén – *St. Olavs by*. Trondheim: Bruns, 1956, p. 277.

¹⁴ HELLE, Knut – "Fra opphavet til omkring 1500". In Helle, Knut; *et al.* (eds.) – *Norsk byhistorie: urbanisering gjennom 1300 år*. Oslo: Pax, 2006, pp. 23-142, pp. 110-114.

¹⁵ The Code of the Realm from 1274 is printed in RINDAL, Magnus; SPØRCK, Bjørg Dale – *Kong Magnus Hákonsson Lagabøtes landslov, Norrøn tekst med fullstendig variantsapparat*. 2 vols. Oslo: Nasjonalbiblioteket, 2018.

¹⁶ MLB VI-12. HELLE, Knut – "Fra Opphavet til om kring 1500", pp. 113-114.

hazardous was allotted to the edge of the town or outside of the town boundaries. Among these crafts were those that required ovens, such as smithies, saunas and bakers. Their positioning outside of the town protected the wooden town buildings from fire risks.¹⁷ In addition to crafts that were dependent on heat, shoemakers were also consigned to the outskirts of the town if not to beyond the town borders.¹⁸ The reason for this allotment is never clarified in the law texts. However, a likely explanation is concern regarding the stench of the leather tanning, which was also prevalent elsewhere in Europe.¹⁹ Shoemaker collectives usually tanned their own leather. Crafts were presumably allotted in this way based on an understanding of health in which stench caused illness. This perspective is grounded in the theory of miasma, which linked pollution of the air and water to diseases and was widespread in European understandings of health and medicine.²⁰ The regulation of shoemakers was repeated later in King Hákon's great amendment to Niðaros of 1313.²¹ Landlords would be fined if they housed shoemakers in their town houses. The same demand was put forward for householders in Oslo. Further, in 1352, after learning that some people rented out rooms to shoemakers, Hákon's successor King Magnus VI reminded the Oslo townsmen of this regulation.²² The letter of privilege added that only the king could make exceptions to this rule, highlighting that controlling the allotment of shoemakers was first and foremost a question of securing the rights of authorisation for the royal authorities.

The Town Law of 1276 held the property owner responsible for maintaining the adjacent street (*strete*) as well as the building and regulated a street width of 8 ells (a little over 4 metres).²³ Standardising the streets would have been a typical measure for maintenance and control and also for safety regarding traffic and the spread of fire. Archaeological findings have shown that such maintenance was a normal practice in Niðaros before it was codified, providing evidence that the law was based on existing norms for urban planning and safety in densely populated areas.²⁴ The standard width of 8 ells also applied to roads in the countryside according to the Code of the Realm, with maintenance being a collective duty and fines being issued

¹⁷ MLB VI-10.

¹⁸ JØRGENSEN, Dolly – "Private Need, Public Order", pp. 122-123.

¹⁹ ABERTH, J. – *An environmental history of the Middle Ages: the crucible of nature*. London: Routledge, 2012, p. 32.

²⁰ See for instance CIECIEZNSKI, Nathalie J. – "The stench of disease: public health and the environment in Late-Medieval English towns and cities". *Health, Culture and Society* 4/1 (2013), pp. 91-104.

²¹ NgL III, no. 36b.

²² DN VI 208.

²³ MLB VI-4. JOHNSEN, Oscar Albert – *Tønsbergs historie*. Vol. I. Oslo: Gyldendal, 1929, p. 444; NORSENG, Per G.; NEDKVITNE, Arnved – *Middelalderbyen ved Bjørvika: Oslo 1000-1537*. Oslo: Cappelen, 2000, p. 89.

²⁴ CHRISTOFFERSEN, A. – *I kongers kaupang og bispers by: arkeologi forteller byhistorie*. Trondheim: Utg. Strindheim trykkeris forlag, 1992, p. 65. See also pp. 111-112.

for neglecting to keep roads open.²⁵ Furthermore, the Book on town regulations opens with a statement that people should clean the streets before Christmas.²⁶ While these regulations focus primarily on collective duties and orderly living in crowded areas, they attest to a general consciousness of the wellbeing of the kingdom's urban inhabitants expressed by the law-making authorities in laws that are mainly concerned with property and the economy.

Hygiene and sanitation

Several amendments and by-laws concerning the towns were issued by successive Norwegian kings in the decades following the establishment of the Town Law of 1276. Some of these disclose an underlying understanding of the precautions that should be taken in terms of food products and hygiene. A by-law for Bergen from 1282 is illustrative of the rationales of the royal authorities towards towns, trade and public health.²⁷ Bergen was the largest town in not only Norway but Scandinavia as a whole, with an estimated 7,000 inhabitants in the early 14th century.²⁸ It was also a main hub for international trade, where domestic products were exported and imports were purchased by foreign merchants.²⁹ Bergen would therefore have particular conditions for the importing and spreading of infections or diseases. Therefore, the regulations for Bergen cannot be representative of general hygiene regulations for urban Norway. They can, however, illustrate the concepts of urban hygiene and the general policy on sanitation in towns. Furthermore, the regulations for Bergen can provide insight into how the authorities understood the emergence and spread of disease in urban areas.

The by-law was directed towards the retail trade happening in the town itself as well as in the harbour, which mirrored the trade that occurred in all the Norwegian towns. The law concerned trade in the economic sense, referring to the price-fixing of goods and services. However, it also dealt with the sound division of the crafts, as it relegated the sale of animal products such as live cattle and meat to a specific square and the market in the town harbour, with similar rules for the sale of fresh fish.³⁰ The mention of fresh fish (*blauta fiska*) is probably meant to contrast with

²⁵ Code of the Realm, VIII-42.

²⁶ MLB VI-1.

²⁷ NMD = BAGGE, Sverre; SMEDSDAL, Synnøve H.; HELLE, Knut – *Norske middelalderdokumenter*. Bergen: Universitetsforlaget, 1973. NMD, no. 34, pp. 172-74.

²⁸ HELLE, Knut – *Kongsete og kjøpstad: til 1536*. Bergen: Alma Mater forlag, 1982, pp. 488-489.

²⁹ ERSLAND, Geir Atle – "Bergen 1300-1600: A trading hub between the North and the Baltic Sea". In BLOCKMANS, W.; KROM, M.; WUBS-MROZEWICZ, J. (ed.) – *The Routledge Handbook of Maritime Trade Around Europe 1300-1600: Commercial Networks and Urban Autonomy*. Florence: Taylor & Francis, 2017, pp. 428-445.

³⁰ NMD, no. 34, pp. 172-173.

the trade of dried fish (stockfish), which at this point had become a staple product for Bergen. Concentrating potential sources of disease in one location would be sensible. An experience-based understanding of the connection between offal and sickness had led to the establishment of precautionary regulations elsewhere in Europe in the 14th century and earlier.³¹ Similar ideas seem to be behind this by-law. The waterfront may have been used as a trading site so that the harbour could be employed as a waste deposit zone and the sea as wash water. Norwegian towns were all harbour towns, and many of the products sold arrived in the town by ship from the hinterland. Restricting the sale of fresh food products to the harbour would therefore reduce the risk of spreading disease by allowing the products into the streets. However, the same amendment includes a prohibition against throwing garbage from the town houses into the harbour bay.³² Such waste would include urine and production waste. Similar rules concerning waste were introduced for Niðaros further north. A ban on throwing garbage into the Niðaros harbour was issued in King Hákon's amendment for this town in 1313, which was a prohibition targeting pollution of the river delta surrounding the town.³³ The harbour also provided the best facilities for rinsing offal. By referring to waste clogging the harbour, the law may have made reference to other types of industries that produced a large amount of waste, such as the production of wooden and leather products. Such measurements regarding waste mirror the regulations in Italian cities during the same period.³⁴ Geltner interprets similar descriptions in Lucca's 14th-century regulations regarding the allocations of industries, physical infrastructure and waste as part of the normative efforts to "healthscape" the town.³⁵ Regardless, it would seem that the royal apparatus in Norway were observant of securing, separating and providing for the trades in urban areas.

Beyond ensuring the hygienic management of food and waste, the sanitary conditions of the urban population were not regulated in detail. Scandinavian medieval society is often portrayed as having a tradition of cleanliness based on personal grooming involving the habitual use of saunas. Helle acknowledges this tradition when describing the sanitary conditions in the towns of the kingdom but also suggests that the bath houses themselves would be sites for the spread of disease.³⁶ In a legal context, the bath houses' existence is only attested to in regulations regarding the prices of their services and presence in a bathhouse as a valid exemption from

³¹ CIPOLLA, Carlo M. – *Public health and the medical profession*, p. 11.

³² NMD, no. 34, p. 174-175.

³³ *Regesta Norvegica*, vol. 3 859, NgL III, no.c36b. King Hákon's great amendment, Nidaros version. See also CHRISTOFFERSEN, Axel – *I kongers kaupang og bispers*, p. 18.

³⁴ ABERTH, J. – *An environmental history of the Middle Ages*, p. 64.

³⁵ GELTNER, Guy – "Healthscaping a medieval city", pp. 399-400.

³⁶ HELLE, Knut – "Fra opphavet til omkring 1500", p. 102.

collective duties.³⁷ Archaeological excavations suggest that there were latrines near or within the town houses, and regulations regarding the positioning of latrines, as observed in other European town laws, are not found in Bergen's laws until 1487.³⁸ Even so, as Jørgensen states, the idea of the “dirty” medieval town has been rejected by archaeologists who study Scandinavian urban life.³⁹ Most of the general regulations of the town structures, such as buildings and streets, must be understood as expressing an idea of urban health through town planning.

Nutrition and food supply

The range of amendments relating to trade in the wake of the Town Law of 1276 suggests that this law was found wanting, particularly in relation to exports and foreign merchants in Norwegian towns. Trade with the north German towns was becoming increasingly important for the Norwegian economy and as a source of royal income.⁴⁰ Import and export regulations offer insight into royal policies regarding the wellbeing of the people and strategies for obtaining supplies for the kingdom. Several of the amendments issued in the wake of the Town Law concern the import of products that were considered necessary for the population. In 1316, King Hákon demanded that the foreign traders in Tunsberg bring malt, grain and other heavy cargo as import if they were buying stockfish and butter from Norwegian ports.⁴¹ The king complained that the Germans only brought strong ale, trinkets (*glis*) and luxury items.⁴² Clearly, the royal administration saw it as important to exchange domestic food products for equally nutritious goods. The quality of imported goods had also been addressed in the 1282 by-law, as foreign merchants who wintered without bringing food grain products could not buy butter, cod or leather goods, which were presumably the most sought-after exports from the realm.⁴³ Earlier narratives attest that this matter had been an issue between the Norwegian royal authorities and importing merchants before. In one of the contemporary sagas, the Saga of King Sverre, the king expelled German merchants for selling large quantities of wine in Bergen, complaining of the destruction that strong alcohol brought to the town's population in the form of the accompanying

³⁷ MLB VI-17.

³⁸ JØRGENSEN, Dolly – “Medieval latrines and the law”, p. 8.

³⁹ JØRGENSEN, Dolly – “Private Need, Public Order”, p. 14.

⁴⁰ NEDKVITNE, Arnved – *The German Hansa and Bergen 1100-1600*. Köln: Böhlau, 2014; WUBS-MROZEWICZ, Justyna – *Traders, Ties and Tensions: The Interactions of Lübeckers, Overijsslers and Hollanders in Late Medieval Bergen*. Hilversum: Verloren, 2008.

⁴¹ NMD, no. 63, pp. 280-283 (p. 282).

⁴² Other references to trinkets, *glis*: *glismangare* in NgL III no. 15, p. 210.

⁴³ NMD, no. 34, p. 172-73, §2.

drunkenness and violence.⁴⁴ Furthermore, the Germans had also exchanged the drink for butter and cod, thus wasting the country's resources. King Sverre thanked English merchants for bringing wheat, honey and cloth, as well as those who brought products from Orkney, Shetland, the Faroes and Iceland that were useful or necessary for the country. The detailed regulations observed in later laws mirror this sentiment, as the import regulations indicate that the royal authorities had put in place intentional policies to secure deliveries to a country that was not self-sufficient in grain and protect against the drain of the kingdom's resources. Although the idea of a Norwegian grain dependency in the Middle Ages has been refuted in recent years,⁴⁵ these regulations concern the societal value of the goods exchanged rather than their pure economic value for traders and, ultimately, the treasury itself in terms of taxes.

The privileges to buy and sell foodstuffs were also part of royal legislation, and the minute management of the town population's personal consumption further suggests that the authorities kept a close watch over the resources. In the amendments from 1282, the licences for the "mixing of ale" and "women's ale" were revoked.⁴⁶ It is unknown whether "women's ale" referred to a drink specifically for women or one that was mixed by women, although the latter is probable, as mixing drinks was a common occupation for women in medieval towns.⁴⁷ The Town Law of 1276 mentions ale wives as one of the trademark trades that was charged a town tax.⁴⁸ The Bergen by-law further imposes a fine for the purchase of butter and leather for reasons other than personal use. Both of these restrictions suggest the need to control the distribution of food and the licences for producing and selling ale in the towns. While the king had economic interests in controlling trade, such measures also display a conscious policy aimed at monitoring the nutrition of a larger and concentrated urban population. It could be argued that the regulation was a consequence of the king's struggle to restrict foreign control of trade in the late 13th century. However, his successors performed similar actions: for example, King Hákon VI Mangusson (1355-80), in an undated decree, demanded that foreign drinks sold within a town's boundaries (the *takmark*) should be checked for quality and available only at licensed town houses.⁴⁹

⁴⁴ SVERRIS SAGA etter Cod. AM 327 4^o. Ed. Gustav Indrebø. Den historiske kjeldeskriftkommisjon: Oslo, 1920, no. 104, p. 110.

⁴⁵ See for instance: BERTELSEN, Reidar – "Tilkomsten av fiskevær, med særlig blick på kysten mellom Vestfjorden og LoppHAVET". In HANSEN, Lars Ivar; HOLT, Richard; NIEMI, Einar (eds) – *Nordens Plass i Middelalderens Nye Europa. Samfunnsomdanning, sentralmakt og periferier*. Stamsund: Orkana, 2011, pp. 78-88 (at. 84-86).

⁴⁶ NMD, no. 34, no. 4. Women's ale: *dommu mungaot*. No. 6 and 8.

⁴⁷ BENNETT, Judith M. – *Ale, beer, and brewers in England: women's work in a changing world, 1300-1600*. New York: Oxford University Press, 1996.

⁴⁸ MLB III-8, *øtkonor* and *mioðkonor*, NgL II, p. 204.

⁴⁹ NgL III no. 15, p. 210. RN 7 919.

Medicine and sickness

Little is known of the medical profession in the Norwegian realm, although persons with the byname “doctor” appear in the sources as witnesses – for example, King Hákon’s medicus Raymundus Calmeta in Nidaros in 1313 – or as parties in cases, such as the 1336 case that mentions the sale of rural property by the woman Rønnaug “doctor” (*lækner*).⁵⁰ The saga literature includes many references to named doctors and their deeds in times of peace as well as war.⁵¹ Urban law nevertheless bears witness to an expectation that towns would have medical doctors. Copied from the Code of the Realm, the Town Law included that those who inflicted the wounds would also pay for the doctor.⁵² The 12th-century *Bjarkeyjarréttir* also describes fines for different types of wounds inflicted, where the healing process also played a role in determining the compensation.⁵³ Similar principles are found in contemporary rural laws.⁵⁴ One law also describes sending for a doctor in the case of wounds and states that the offender would cover the costs of medical treatment and care.⁵⁵ These “wound fines” were payment for a doctor’s treatment of the wounded.⁵⁶ The rule sardonically includes the instruction that, in case the victim did not survive, the perpetrator was to be killed at the feet of the dead.⁵⁷ Doctors were paid and were apparently expected to treat the wounded and sick for some time, possibly until they recovered or died. The regulation of urban violence relied on the same system of a paid and treating physician.

Presumably, the Norwegian towns would have allowed for people presenting themselves as doctors or healers to perform common treatments, even if urban regulation was not concerned with these professions. Nor were the medical services regulated in any way other than economically in terms of the prices for some treatments: according to the 1282 by-law, bloodletting was to be performed by the barber and the service had a fixed price, while bathing was a profession (for women).⁵⁸ As part of the list of accepted excuses for absence from certain collective

⁵⁰ 1313: DN III 99; 1336: DN III 188.

⁵¹ For instance, Hrafn, in HRAFN SAGA SVEINBJARNARSONAR in sérstaka, in Sturlungasaga, Reykjavík: Íslendingasagnautgáfan, 1948; The sainted King Olaf was credited with healing abilities and called himself a doctor: SAGA OLAFS HIN HELGA, in *Heimskringla* eða Sögur Noregs konunga SNORRA STURLUSONAR. Ed. N. Linder og H. A. Haggson Uppsala, W. Schultz 1869-1872, nos 175 and 200.

⁵² MLB IV-9: *læknes fe*. From older provincial laws, extant version dating to the mid-13th century: Law of Gulaping, G185, *kaupa lækningar*, NgL I, p. 67; Law of Frostaping, FIV-11-12, NgL I, p. 162, and F IV-16-17, NgL I, pp. 163-164.

⁵³ *Bjarkeyjarréttir* 38-41.

⁵⁴ For a detailed example, see the Law of Gulaping, G.185, NgL I, pp. 67-68.

⁵⁵ *Bjarkeyjarréttir* 13 on the help of a doctor in the case of wounds.

⁵⁶ NgL V, Glossarium entries: *lækningarkaup* and *læknisfé*, in *Norges gamle Love*, V, Ed. Gustav Storm and Ebbe Hertzberg, Kristiania: Grøndal&Søn, 1895, p. 416.

⁵⁷ *Bjarkeyjarréttir* 13. A similar phrase is also used in the Law of Gulaping, G.183, NgL I, p. 67.

⁵⁸ In *Norske middelalderdokumenter*, no. 34, p. 174-75, no.10.

duties, *Bjarkeyjarréttr* includes “if someone lie under fire and let themselves be burned, or is keeping watch over his sick wife or children, or over that man he is heir to (...)”.⁵⁹ “Lying under fire” and “being burned” have been suggested to refer to surgical treatments, the closing of wounds or some other cure, as juxtaposed with the procedure of bleeding.⁶⁰ Another rule in the *Bjarkeyjarréttr* mentions being rotated on the grill as a treatment, which afforded the victim extra compensation because of the pain the treatment induced.⁶¹ The same list of valid excuses from duties is included in the Town Law of 1276, but here it is also added that “they who are in the sauna or are being bled” have a valid reason for absence.⁶² In this context, and together with blood-letting, using the sauna was probably meant as a treatment or as a general healthy activity, as it was also seen in contemporary Danish medical texts.⁶³ Presumably, all needs for medical care were considered a reasonable cause for relief from duties.

Other than being testament to the fact that “medical doctor” was a paid profession that was also expected to exist in urban areas, urban laws do not regulate the profession in any way. The maltreatment of patients or non-payment of doctors may have fallen under general legal categories of misconduct.

There is also no mention of any general precautions taken to prevent the outbreak of epidemics, although this issue may have been one regarding which the local urban governments were trusted to have the best knowledge and operate independently. The effects of the Black Death in Norway have been widely discussed, with suggested death rates varying from one-half to two-thirds of the population in the mid-14th century.⁶⁴ However, while more recent research demonstrates that the general decline in the population until 1500 could have been caused by later plagues and recurring epidemics, the kingdom was hit hard by the Black Death. It is also clear that the towns and trade networks between them were key in the spread of the disease.⁶⁵ Given the dramatic consequences of the plagues during the second half of

⁵⁹ *Bjarkeyjarréttr* 134: “liggr undir eldi ok lætr brenna sik eða blóð lætr. eða sitr yfir konu sinni siúkri eða börnum. eða þeim manni er hann er arftaki at”.

⁶⁰ HAGLAND, Jan Ragnar; SANDNES, Jørn – *Bjarkøyretten. Nidaros eldste bylov. Omsett av Jan Ragnar Hagland og Jørn Sandnes. Det Norske Samlaget*. Oslo: Samlaget, 1997, p. 85 n. b.

⁶¹ *Bjarkeyjarréttr* 41. Compensation for pain is mentioned in the rural laws, and treatment by scorching is also mentioned in the Law of Frostaping.

⁶² MLB VI-17.

⁶³ HELLE, Knut – “Fra opphavet til omkring 1500”, p. 102; BJERREGAARD, Mikael Manøe – “Badstuer i middelalderen”. *Kuml*, 57.57 (2008), pp. 211-243 (224-25).

⁶⁴ LUNDEN, Kåre – “Mannedauden 1349-50 i Noreg – kronologisk og geografisk spreiring”. *Historisk tidsskrift* 86 (2008), p. 613.

⁶⁵ Regarding plague as an urban phenomenon in late medieval Norway, see MOSENG, Ole Georg – *Den flyktige pesten: vilkårene for epidemier i Norge i seinmiddelalder og tidlig nytid*. Oslo: Acta Humaniora, 2006, pp. 221-22 and pp. 493-95. On the discussion of the entry of the plague, see LUNDEN – “Mannedauden 1349-50 i Noreg”.

the 14th century, it is puzzling that they did not lead to precautions in the form of written regulations for either the towns or the countryside.

Hospitals and poverty relief

The authority behind the legal reform of the 1270s, King Magnús Hákonsson, supported several enterprises for the care of the sick and the poor. Although his interest in the vulnerable has been emphasised by scholars and explained on the basis of his attachment to the Franciscans in Bergen during his childhood, his reign coincided with a general trend of favouring the mendicant orders. In his will, published in 1277, he donated sums to the existing urban hospitals in the realm and 100 silver marks to the leper hospital St Catherine in Bergen, which he had provided with charter in 1276.⁶⁶ He also gave pious donations to cloisters and hospitals, among them to those in Tunsberg and Oslo, and to a leper hospital in Bergen. The will demonstrates that providing for the welfare of the sick and poor was an honourable deed. Such gifts, as was the case elsewhere in medieval Europe, were commonplace among the wealthier Norwegians, as seen, for instance, in the canon Gerlak's testament to the leper hospital in Oslo in his will of 1304. The bequest is the humble sum of 4 Norwegian marks, but nevertheless hospital was an honourable recipient for the benefit of his soul.⁶⁷

Both the urban authorities and the royal legislative administration likely expected that hospitals would care for those who fell into illness and poverty. Unlike in other European towns, friars' hospitals and poverty relief organised by the church were not well developed in Norwegian towns, nor in the countryside. There were, however, monastical hospitals in all the main towns. Different secular practices of poverty relief that depended on communal effort had developed in the Nordic regions. In the Norwegian kingdom, a persistent ambulatory system – the *fatökra manna flutning*, literally “the moving of poor people” – developed, where the poor would circulate between the households in a village or a town.⁶⁸ A household would lodge a poor person or family for one night before they moved on to the next property. The system implies the moving of the sick who were unable to care for themselves and could not rely on the support of kin.

⁶⁶ 1277:DN IV 3, p. 4. 'Item ad ospitale sancte Caterine leprosorium Bergis centum marcas sterlingorum contulimus. Item ad ospitale pauperum apud Omnes sanctos Bergis sexaginta marcas sterlingorum contulimus.' 1276: DN II 16a-b; HELLE - Kongssete og kjøpstad, p. 617.

⁶⁷ DN II 75: 'Osloie dimidiam marcham puri. hospitali *reprosorum iij marchas noricanas.'

⁶⁸ The National Law, Landaurebolken, §57, NgL II, pp. 140-141. The earliest source that mentions the system is the so-called “New Law” of Hákon Hákonarsson, in the Law of Froståping, Prologue, §17, NgL I, p. 125.

The stress this system placed on the sick recipient is reflected in the statements of Bishop Torgils from the town of Stavanger. In his 1269x70 letter to King Magnus regarding the completion of a hospital next to the town's cathedral, he expressed that this would be a place for the poor who were most ill in the town to either "heal or die, rather than being carried around, sick, wounded and almost dead, between the houses, as has been done before".⁶⁹ The bishop's receipt of royal permission to construct a hospital indicates that urban poverty relief was part of royal policy as well as canonical duty. The ambulatory system was furthermore a burden to the families who housed the poor in turn. A 1302 amendment issued by King Hákon addresses the strategy for the urban households, stating that the poor families were to stay one night in each house according to what is described as "old custom" and that the householders would be fined if they did not comply with the rotation.⁷⁰ As historian Knut Helle has pointed out, the relief provided by the Church and the secular systems could only have been cursory.⁷¹ Nevertheless, consciousness regarding the problem of the poor and sick is evident in the urban regulations.

Conclusion

A survey of the town laws has provided insight into the understanding of health held by the regulatory powers and clarified the preventive measures that were in place to ensure urban health.

Even if the royal authorities from the late 13th century onwards did not prescribe measures to secure the health of urban citizens in otherwise detailed laws, much can be deduced regarding such policies and norms from the extant regulations of the Norwegian towns. As this article has shown, a close reading of the urban regulations reveals how existing ideas of hygiene, nutrition and wellbeing, in addition to safety, were embedded in regulations on trade and town planning. The policies that formed the basis of urban law provide evidence of an underlying understanding of hygiene in accordance with the contemporary theories of miasma, but also in strategies to secure food provisions and combat malnutrition and illness.

⁶⁹ *bot eda bana hælldr en eir være borner siuiker eda sarer eda nesta dauder garda i mædal sem adr var gort:* DN X 4, p. 12. The letter is re-dated to 1269x71, See *Regesta Norvegica*, vol. II, no. 88, p. 62 n.1.

⁷⁰ *æptir fornum vanda:* NgL III, no.13, pp. 43-44.

⁷¹ HELLE, Knut – "Fra opphavet til omkring 1500", p. 106.

Entre fondations pieuses et conflits politiques: les hôpitaux dans les petites villes de la Hesse (13^e-16^e siècle)

Gisela Naegle¹

Résumé

Pour le territoire actuel de la Hesse, on connaît environ 70 hôpitaux, dont une partie étaient installée dans de petites villes du *Land*. Souvent, la disponibilité des sources est restreinte et, à quelques exceptions près, qui concernent surtout des villes importantes comme Francfort, la plupart de ces institutions n'a pas encore fait l'objet d'études scientifiques approfondies. Néanmoins, des petites villes comme Homberg s-/Efze, Treysa, Gudensberg, Melsungen et autres possédaient des hôpitaux. Important point d'appui de l'archevêque de Mayence, Fritzlar en Hesse du Nord, d'importance stratégique dans ses conflits avec le landgrave de Hesse, mais secouée également par des conflits intra-urbains, offre un exemple de la concurrence entre un hôpital ecclésiastique et une fondation urbaine. En dépit de leur petite taille, les institutions des petites villes montrent une très grande diversité : issues de fondations pieuses du seigneur de la ville, de leurs propres citoyens ou d'initiatives du clergé local, laissant parfois des vestiges marquants dans l'urbanisme, elles connurent un sort mouvementé. Leur existence fut également perturbée par des incendies et conflits militaires. L'introduction de la Réforme religieuse fut une césure décisive. Les visitations d'hôpitaux urbains de 1531/1532 furent le moment de dresser un bilan et, sous un contrôle renforcé du landgrave, de réorganiser leur fonctionnement.

Mots-clés

Hôpitaux de petites villes; Saint-Empire (13^e-16^e siècle); Hesse; santé et assistance sociale; urbanisme médiéval.

¹ Justus-Liebig-Universität, Giessen: docteure en histoire, membre des projets de recherche suivants (mars 2023) : « *Más allá de la palabra. Comunicación y discurso político en la Castilla Trastámara (1367-1504) / Beyond the Word. Political Communication and Discourse in Trastámara Castile (1367-1504)*. Ref. PID2021-125571NB-100, granted by MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ and by FEDER A way of making Europe » et "BARMER . Economic Activity, Social Relations and Armed Conflictivity in the Late Medieval Atlantic Port Towns. PID2020-118105GBI00".

Between Pious Foundations and Political Conflicts: Hospitals in Small Towns of Hessen (13th-16th Centuries)

Abstract

In today's *Bundesland* Hessen we know ca. 70 medieval hospitals, partly established in small towns. Very often, the availability of sources is restricted and with some exceptions, mainly concerning important towns like Frankfurt, the major part of them has not yet been thoroughly studied by scientific research. Nevertheless, small towns as Homberg/Efze, Treysa, Gudensberg, Melsungen and others possessed hospitals. As an important stronghold of the archbishop of Mainz, Fritzlar, in the North of Hessen, as a place of particular strategic importance in his conflicts with the Landgrave of Hessen, but also shaken by conflicts within the urban community itself, offers an interesting example for the rivalry between an ecclesiastical hospital and an urban foundation. In spite of their reduced size, the hospitals of small towns show a striking diversity: pious foundations of ecclesiastical institutions, the town lord, its own citizens or local clergymen, sometimes, they left marking traces in urbanism and had a turbulent fate. Their existence was also disturbed by fires and military conflicts. The introduction of the Reformation was a decisive break. So, in 1531/1532, visitations of urban hospitals examined their state. For the Landgrave, they were a chance to strengthen his control and to re-organize their function.

Keywords

Small town hospitals; Holy Roman Empire (13th-16th centuries); Hessen; health and social assistance; urban infrastructure.

Introduction

Au cours des dernières décennies, l'histoire des hôpitaux et des institutions de l'assistance sociale² a connu un essor considérable – y compris au niveau méthodologique. Dans l'ensemble, les paradigmes longtemps dominants de la laïcisation et de la municipalisation des hôpitaux ont été nuancés et l'aspect de l'étude de leur intégration dans la société médiévale a été renforcé³. Destinées à soigner et à assister des malades, des pauvres, à héberger des personnes âgées, des pèlerins ou des voyageurs, à assurer le salut de l'âme de leurs fondateurs, à perpétuer leur mémoire dynastique, familiale ou individuelle, les fondations hospitalières pouvaient être l'œuvre de différents acteurs et groupes sociaux, d'institutions ecclésiastiques, confréries, individus, etc. En ce qui regarde leur emplacement, elles étaient dans une large mesure un phénomène urbain – même si l'on connaît également des exemples d'hôpitaux de village, par exemple en Zélande, aux Pays-Bas⁴. Il faut donc aussi examiner leur insertion dans la société urbaine des lieux de leur installation respective: dans villes de taille très variable, des grandes métropoles et villes d'Empire comme Nuremberg ou Francfort aux petites villes de campagne telles que Treysa en Hesse du Nord⁵. Comme l'ont montré les recherches de Michel Pauly pour l'espace entre Rhin et Meuse⁶ et celles de Jean-Luc Fray pour

² Voir par exemple: PAULY, Michel (dir.); coll. UHRMACHER, Martin; PETTIAU, Hérold – *Les institutions de l'assistance sociale en Lotharingie médiévale*. Luxembourg: Section Historique de l'Institut Grand-Ducal, CLUDEM, 2008; LE BLÉVEC, Daniel – *La part du pauvre. L'assistance dans les pays du Bas-Rhône du XII^e siècle au milieu du XV^e siècle*. 2 vol. Rome: École française de Rome, 2000; CLEMENS, Lukas; HAVERKAMP, Alfred; KUNERT, Romy (dir.) – *Formen der Armenfürsorge in hoch- und spätmittelalterlichen Zentren nördlich und südlich der Alpen*. Trèves: Kliomedica, 2011; CLEMENS, Lukas; DORT, Katrin; SCHUMACHER, Felix (dir.) – *Laienedel und Armenfürsorge im Mittelalter*. Trèves: Kliomedica, 2015; WINDEMUTH, Marie-Louise – *Das Hospital als Träger der Armenfürsorge*. Stuttgart: Steiner, 1995; DIRMEIER, Artur (dir.) – *Organisierte Barmherzigkeit. Armenpflege und Hospitalwesen in Mittelalter und Früher Neuzeit*. Regensburg: Pustet, 2010; etc.

³ Voir par exemple: DIETRICH-STROBBE, Irène – *La Charité à Lille à la fin du Moyen Âge*. Paris: Classiques Garnier, 2020, p. 29; Compte rendu de ce livre par PAULY, Michel – *Sehepunkte* 21 [Online] (2021), n° 5, [Consulté le 29 décembre 2021]. Disponible sur: URL: <http://www.sehepunkte.de/2021/05/34685.html>.

⁴ GOUDRIAAN, Koen – “Die Frühgeschichte des Hospitalwesens in den Grafschaften Holland und Seeland und im Niederstift Utrecht”. In PAULY, Michel (dir.) – *Les institutions de l'assistance sociale*, pp. 197-255, liste d'exemples, p. 227.

⁵ “Treysa, Schwalm-Eder-Kreis”. In *Historisches Ortslexikon* [Online] [Consulté le 30 décembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/idrec/sn/ol/id/4769>. Treysa fit l'objet d'une représentation dans la *Topographia Germaniae* de Matthäus MERIAN (†1650) (édition de 1675, réimpression: Braunschweig: Archiv Verlag, 2005, p. 130 ; texte sur Treysa, p. 136-137). Sur l'image, on peut reconnaître les bâtiments de l'hôpital du Saint-Esprit et un bâtiment près du pont sur la rivière Schwalm qui est identifié comme le *Sondersiechenhaus uf dem Sande*. (GIEBEL, Alfred – “Die beiden Sondersiechenhäuser vor den Stadttoren von Treysa und Ziegenhain”. In *Schwälmer Jahrbuch*, 1978, pp. 119-134; BECK, Walburga – *Untersuchungen über die frühere Verbreitung des Aussatzes im heutigen Hessen – eine erste Bestandsaufnahme*. Ober Rhoden: Ruhr Universität Bochum, 1993, thèse de doctorat en histoire de la médecine, pp. 258-265).

⁶ PAULY, Michel – *Peregrinorum, pauperum ac aliorum transeuntium receptaculum. Hospitaler zwischen Maas und Rhein im Mittelalter*. Stuttgart: Steiner, 2007.

la Lotharingie/Lorraine et la France centrale⁷, d'un point de vue méthodologique, l'approche par l'espace revêt une très grande importance⁸. L'existence des hôpitaux fournit un bon indicateur du critère de centralité et donne des renseignements précieux sur la fonction d'une agglomération dans le réseau urbain⁹ :

“l'implantation topographique urbaine ou périurbaine de la plupart d'entre eux, leurs liens avec des institutions religieuses (abbayes, collégiales) [...] ainsi qu'avec les bourgeoisies urbaines, les services qu'ils rendent non seulement aux pauvres et aux malades de la ville elle-même, mais aux voyageurs et pèlerins [...], enfin l'implantation des biens de ces hospices, leurs richesses, pour les plus importants d'entre eux et leur rôle économique [...] les met en bonne place dans la zone d'interaction des critères économiques et culturels-culturels de la centralité, mais aussi parmi celles des institutions urbaines qui contribuent le plus aux liens ville-*Umland*”¹⁰.

À côté des aspects très prisés depuis longtemps par l'historiographie, tels le droit¹¹ et l'économie des hôpitaux, ainsi que leur fonction comme établissement de crédit¹², quelques-unes des tendances et approches récentes (au cours des dernières décennies), telles l'archéologie¹³, l'histoire de l'art et celle de l'architecture – qui se sont penchées sur l'aspect extérieur des bâtiments¹⁴ – et surtout l'approche

⁷ FRAY, Jean-Luc – *Villes et bourgs de Lorraine. Réseaux urbains et centralité au Moyen Âge*. Clermont-Ferrand: Presses Universitaires Blaise Pascal, 2006; FRAY, Jean-Luc – “Hospices et hôpitaux médiévaux en pays de moyenne montagne de la Lotharingie à la France centrale”. In PAULY, Michel (dir.) – *Les institutions de l'assistance sociale*, pp. 181-196; FRAY, Jean-Luc – “Institutions hospitalières médiévales et problématique historique de la centralité: quelques réflexions méthodologiques à partir des travaux français et allemands”. In IRSIGLER, Franz (dir.) – *Zwischen Maas und Rhein*. Trèves: Kliomedia, 2006, pp. 349-361.

⁸ PAULY, Michel – “Für eine raumbezogene Hospitalgeschichte. Einführende Bemerkungen”. In PAULY, Michel (dir.) – *Les institutions de l'assistance sociale*, pp. 9-17; PAULY, Michel – “La distribution spatio-temporelle des hôpitaux entre Rhin et Meuse au Moyen Âge”. In MONTAUBIN, Pascal; coll. SCHWERDROFFER, Joël (dir.) – *Hôpitaux et maladeries au Moyen Âge*. Amiens: Centre d'Archéologie et d'Histoire Médiévale des Établissements Religieux, 2004, pp. 189-200; voir également, dans le même livre: UHRMACHER, Martin – “Die Verbreitung von Leprosorien und Kriterien zu ihrer Klassifizierung unter räumlichen Aspekten – Das Beispiel der Rheinlande”. pp. 159-178.

⁹ Sur cette notion, voir: GRÄF, Holger T.; KELLER, Katrin (dir.) – *Städtelandschaft, réseau urbain, urban network*. Cologne, Weimar: Böhlau, 2004; ESCHER, Monika; HAVERKAMP, Alfred, HIRSCHMANN, Frank G. (dir.) – *Städtelandschaft – Städtetz – zentralörtliches Gefüge*. Mayence: von Zabern, 2000.

¹⁰ FRAY, Jean-Luc – *Villes et bourgs de Lorraine*, p. 85; PAULY, Michel – *Peregrinorum, pauperum*.

¹¹ REICKE Siegfried – *Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*. 2 vol. Stuttgart: Enke, 1932; IMBERT, Jean – *Les hôpitaux en droit canonique, du décret de Gratien à la sécularisation de l'administration de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505*. Paris: Vrin, 1947; IMBERT, Jean – *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse: Privat, 1982; DROSSBACH, Gisela – “Das Hospital – eine kirchenrechtliche Institution (ca. 1150 – ca. 1350)?”. *Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte, Kanonistische Abteilung* 87 (2001), pp. 510-522; JETTER, Dieter – *Geschichte des Hospitals*. Vol. I: *Westdeutschland von den Anfängen bis 1850*. Wiesbaden: Steiner, 1966.

¹² POHL-RESL, Brigitte – *Rechnen mit der Ewigkeit. Das Wiener Bürgerspital im Mittelalter*. Vienne, Cologne: Oldenbourg, 1996, pp. 132-172; KNEFELKAMP, Ulrich – *Stiftungen und Haushaltsführung im Heilig-Geist-Spital Nürnberg, 14. – 17. Jahrhundert*. Nürnberg: Edelmann, 1989.

¹³ TOUATI, François-Olivier (dir.) – *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube des temps modernes*. Paris: Boutique de l'Histoire, 2004.

¹⁴ CRAEMER, Ulrich – *Das Hospital als Bautyp des Mittelalters*. Cologne: Kohlhammer, 1963; JETTER, Dieter – *Das europäische Hospital*. 2^e éd. Cologne: DuMont, 1987; LEISTIKOW, Dankwart – “Die Leprosorie

comparative européenne ont fait d'importants progrès¹⁵. Se référant à des concepts théoriques de la recherche anglo-saxonne, Guy Geltner essaie de faire fructifier la notion de *healthscaping*. À l'origine, ce concept fut développé par Tom Farley et Deborah A. Cohen pour le débat sur la politique sanitaire des États-Unis du XXI^e siècle¹⁶. Geltner l'adapte au Moyen Âge, et le définit de la façon suivante: "... the physical, social, legal, administrative, and political process of providing urban environments with the means to promote resident's health, safety, and wellbeing"¹⁷.

Il se serait agi d'un idéal commun déjà poursuivi par les gouvernements urbains, cours de justice, corporations de métier et l'Église et autres groupes au Moyen Âge. Ce concept souligne l'importance des mesures sanitaires préventives prises par les autorités médiévales et de la création d'infrastructures permanentes, qui fut parfois sous-estimé.

Dans sa forme territoriale actuelle, le *Bundesland* actuel de la Hesse, qui fera l'objet des démonstrations suivantes, n'est qu'une création d'après 1945. Il a fêté son jubilé des 75 ans en 2020¹⁸ et regroupe des entités historiques différentes, dont l'ancienne *Landgrafschaft*¹⁹ médiévale, des territoires de l'ex-archevêché de Mayence²⁰, d'anciennes petites principautés, comtés et seigneuries et d'anciennes ville d'Empire dont Francfort²¹. Pour l'espace de la Hesse actuelle, on connaît

als Sonderform des mittelalterlichen Hospitals". *Architectura* 16 (1986) pp. 114-129; LEISTIKOW, Dankwart – *Hospitalbauten in Europa aus zehn Jahrhunderten. Ein Beitrag zur Geschichte des Krankenhausbaues*. Ingelheim am Rhein: Boehringer Sohn, 1967.

¹⁵ Sous l'angle comparatif, voir p. ex. BULST, Neithard; SPIESS, Karl-Heinz (dir.) – *Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler*. Ostfildern: Thorbecke, 2015; MATHEUS, Michael (dir.) – *Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich*. Stuttgart: Steiner, 2005; DROSSBACH, Gisela (dir.) – *Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit / Hôpitaux au Moyen Âge et aux Temps modernes*. Munich: Oldenbourg, 2007; SCHEUTZ, Martin, et al. (dir.) – *Europäisches Spitalwesen: institutionelle Fürsorge in Mittelalter und Früher Neuzeit*. Vienne, Munich: Oldenbourg, 2008; SCHEUTZ, Martin, et al. (dir.) – *Quellen zur europäischen Spitalgeschichte in Mittelalter und Früher Neuzeit*. Vienne: Böhlau, 2010. Sur les questions ouvertes, voir: VANJA, Christina – "Offene Fragen und Perspektiven der Hospitalgeschichte". In SCHEUTZ, Martin et alii (dir.) – *Europäisches Spitalwesen*, pp. 19-41.

¹⁶ FARLEY, Tom; COHEN, Deborah A. – *Prescription for a Healthy Nation*. Boston: Beacon Press, 2005.

¹⁷ GELTNER, Guy – *Roads to Health. Infrastructure and Urban Wellbeing in Later Medieval Italy*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2019, p. 20.

¹⁸ KROLL, Frank-Lothar – *Geschichte Hessens*. 3^e éd. revue. Munich: Beck, 2017, pp. 88-89.

¹⁹ Sur le titre de *Landgraf*, voir: TEBRUCK, Stefan – "Landgraf". In CORDES, Albrecht, et al. (dir.) – *Handwörterbuch zur deutschen Rechtsgeschichte*. 2^e éd. remaniée, t. 3. Berlin: Schmidt, 2014, col. 527-532. Sur l'évolution territoriale de la Hesse entre 1247 et 1567, voir la carte suivante: "Hessen 1247-1567". In *Geschichtlicher Atlas von Hessen*. [Consulté le 23 décembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/idrec/sn/ga/id/23>

²⁰ "Erzbistum und Kurfürstentum Mainz sowie Reichsabtei Fulda um 1500 [Archevêché et principauté ecclésiastique de Mayence et abbaye impériale de Fulda vers 1500]". In GATZ, Erwin avec la collaboration de BORDKORB, Clemens; FLACHENECKER, Helmut (dir.) – *Die Bistümer des Heiligen Römischen Reiches von ihren Anfängen bis zur Säkularisation*. Fribourg-en-Brisgau: Herder, 2004, p. 903; accessible in JÜRGENSMEIER, Friedhelm – "Mainz, Erzbistum: Sprengel und Verwaltung", publié le 15 avril 2011. [Consulté le 23 décembre 2021]. Carte disponible sur: *Historisches Lexikon Bayerns*, URL: https://www.historisches-lexikon-bayerns.de/Lexikon/Mainz,_Erzbistum:_Sprengel_und_Verwaltung.

²¹ BROCKHOFF, Evelyn (dir.) – *Von der Steinzeit bis in die Gegenwart. 8.000 Jahre städtebauliche Entwicklung in Frankfurt am Main*. Francfort-sur-le-Main: Societätsverlag, 2016; FRANKFURTER HISTORISCHE

environ 70 hôpitaux²² et, dans 86 lieux²³, environ 94 léproseries²⁴. Les chapelles des 71 léproseries relevées par Jürgen Belker-van den Heuvel étaient placées sous la protection de douze saints patrons. Les choix furent assez variés, mais certains dont saint Nicolas (huit fois), sainte Élisabeth (sept fois), saint Georges (trois fois) Sainte Croix (trois fois) et sainte Catherine (deux fois) furent plus fréquents que d'autres²⁵. En Hesse, une grande partie des hôpitaux et des léproseries furent installées dans les petites villes. De nombreuses villes possédèrent à la fois ces deux types d'établissements hospitaliers. Vu la disponibilité réduite des sources, il n'est pas possible, dans certains cas, de déterminer le type d'un établissement mentionné par les documents médiévaux. La suite de l'article se référera aux aspects suivants: une première partie présentera l'état des sources et de la recherche, ainsi que le paysage hospitalier médiéval de la Hesse, particulièrement de la *Landgrafschaft* médiévale.

L'un des aspects les plus souvent mis en relief par l'historiographie traditionnelle sur les hôpitaux est la thèse de leur "municipalisation" et de leur "laïcisation": d'une institution religieuse, les hôpitaux seraient devenus un enjeu important dans le processus de l'affirmation des villes en tant que communautés politiques qui auraient réussi, de plus en plus, à contrôler leur gestion. L'administration serait de plus en plus passée aux mains des laïques. Récemment, par exemple avec Mathias Kälble, on a également discuté la contribution des institutions et confréries hospitalières au développement même des institutions communales et à la genèse des

KOMMISSION (dir.) – *Frankfurt am Main. Die Geschichte der Stadt in neun Beiträgen*. Sigmaringen: Thorbecke, 1991.

²² TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen zwischen Schwalm, Eder und Fulda*. Darmstadt, Marburg: Historische Kommission Darmstadt, Historische Kommission für Hessen, 2012, p. 18; MORITZ, Werner (dir.) – *Kranken- und Armenpflege in Hessen. Ausstellung der Hessischen Staatsarchive zum Hessentag 1980*. Marburg: Symon & Wagner, 1980, avec une carte (la carte est sans pagination).

²³ Résumé pour la Hesse, avec carte des léproseries: BELKER-VAN DEN HEUVEL, Jürgen – "Dokumentation: Leprosenhäuser in Hessen". In *Die Klapper. Mitteilungen der Gesellschaft für Leprakunde e. V.*, Münster. 5 (1997/1), pp. 7-9, carte: pp. 8-9. [Online]. [Consulté le 23 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.lepramuseum.de/klapper-zeitschrift-kataloge/> ; liste des lieux élargie et mise à jour disponible en ligne sous l'entrée "Hessen". Disponible sur: <https://www.lepramuseum.de/bundesland-proto/bl-h/> .[Consulté le 22 mars 2023]. Cet auteur écrit une série d'articles sur les léproseries dans la revue "Die Klapper" (1986-2006); poursuite sous forme d'une base de données par Klaus Henning: inventaire de plus d'un millier de léproseries en Allemagne (état de février 2022): Lepramuseum Münster-Kinderhaus, Münster, Henning, Klaus, [Online] [Consulté le 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.lepramuseum.de/leprosorien-henning/> ; répertoire sur les léproseries sur le territoire de la RFA, classé d'après les Länder actuels (1986-). [Online, actualisé en février 2022] [Consulté le 23 mars 2023]; sur les bâtiments: FICKENSCHER, Manuela – "Siechenhaus" – [urbs-mediaevalis.de/Studienportal/Gebaudetypologie](http://www.urbs-mediaevalis.de/Studienportal/Gebaudetypologie) [Online], [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur: URL:<<http://www.urbs-mediaevalis.de/pages/studienportal/gebautetypologie/sozialwesen/siechenhaus.php> ; BECK, Walburga – Untersuchungen über die frühere Verbreitung des Aussatzes, avec liste de plus de 70 noms de lieux de léproseries. L'existence de certaines ne peut pas être établie avec certitude: pp. 295-316, carte p. 316.

²⁴ Sur les léproseries, voir particulièrement les recherches de Martin UHRMACHER: p. ex. "Die Verbreitung von Leprosorien und Kriterien zu ihrer Klassifizierung unter räumlichen Aspekten". In MONTAUBIN, Pascal (dir.) – *Hôpitaux et maladeries*, 2004, pp. 159-178.

²⁵ BELKER-VAN DEN HEUVEL, Jürgen – "Hessen" [Online], [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lepramuseum.de/archiv-belker-texte/text-hessen/> texte supprimé au cours du remaniement du site internet cité en décembre 2022.

groupes politiques dirigeants qui, au moins dans certains cas, aurait été antérieure à l'apparition des conseils urbains²⁶. Mais est-ce que ces observations, liées non seulement au domaine de l'histoire de la médecine et de la santé, mais également à celui des stratégies politiques des villes et de leurs élites, ainsi qu'à l'histoire sociale et à celle des conflits, sont aussi valables pour le cas des petites villes, qui ne possédaient souvent qu'une autonomie très restreinte et qui étaient davantage soumises à l'intervention de leurs seigneurs respectifs ? Est-ce qu'on y trouve le même type de conflits entre autorités urbaines et religieuses ? Dans une deuxième partie seront présentés quelques cas d'hôpitaux urbains dont Fritzlar²⁷ (concurrence entre institutions ecclésiastiques et urbaines), Treysa (donations individuelles de citoyens de la ville, rôle important du seigneur de la ville et de la ville même dans la gestion) et Homberg s-/Efze (fondation par une famille de l'élite urbaine).

I. Le paysage hospitalier de la Hesse médiévale

Pour beaucoup des hôpitaux des petites villes de la Hesse actuelle, pour l'époque médiévale, la situation en matière de sources est difficile. Elles furent conservées dans les paroisses, par les curés, ou plus tard, les pasteurs protestants qui participaient à la gestion de ces établissements, dans les archives des villes et des gouvernements urbains, ainsi que dans celles des landgraves et autres seigneurs. Les documents, dont une grande partie est encore inédite, sont très dispersés. Parfois, ils sont conservés aux *Staatsarchive* de Marburg et/ou Darmstadt. Mais beaucoup d'autres reposent encore dans de petites archives qui sont gérées par des bénévoles sans formation d'archiviste et s'avèrent difficiles d'accès – particulièrement en temps de COVID. Souvent, des informations plus détaillées sur les hôpitaux de petites villes ne sont disponibles qu'à partir la fin du 15^e ou au 16^e siècle. Parfois on ne connaît ni la date de leur fondation, ni les noms et l'identité de leur/s fondateur/s et, en général, au moins pour leurs débuts, on ne possède pas de règlements décrivant leur fonctionnement interne. Pour beaucoup d'agglomérations, on n'obtient des renseignements précis que par les « visitations » (inspections) des hôpitaux urbains organisées par les landgraves de Hesse en 1531/1532, voire même plus tardivement. Après les sécularisations de biens d'Église et la dissolution de certains monastères et couvents à la suite du passage au protestantisme, ce fut le moment, pour ce prince, de dresser un bilan d'ensemble sur la situation des hôpitaux et des institutions de

²⁶ KÄLBLE, Mathias – "Sozialfürsorge und kommunale Bewegung. Zur Bedeutung von Hospitälern für die politische Gruppenbildung in der Stadt". In BULST, Neithard (dir.) – *Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler*, Ostfildern: Thorbecke, 2007, pp. 238-271.

²⁷ Sur Fritzlar, voir <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/rsrec/sn/ol/register/ort/entry/634005020:fritzlar> [Online], [Consulté le 31 décembre 2021], (avec carte de la ville médiévale) et références bibliographiques.

l'assistance sociale et d'accroître son contrôle²⁸. En général, avant cette époque, on dispose de peu d'informations sur la vie quotidienne des hôpitaux, le nombre et le statut social exact de leurs résidents et le personnel soignant. Longtemps, dans les hôpitaux de petites villes, il n'y eut pas de médecins. Ces établissements étaient de petite taille : ils comptaient parfois moins de dix pensionnaires, parfois une quinzaine ou vingtaine de personnes qui, en cas de besoin, étaient visitées par des médecins extérieurs. En général, on manque d'informations sur la nature des résidents : qui étaient-ils et pourquoi, et sous quelles conditions et pour quelle durée étaient-ils accueillis ? Parmi les sept hôpitaux de petites villes de Hesse étudiés par Bettina Toson, seul dans le cas de l'hôpital du Saint-Esprit de Fritzlar, on peut donner quelques éléments d'une réponse plus précise, puisqu'il y était formellement interdit d'accueillir des personnes qui pouvaient encore travailler. Plusieurs des hôpitaux présentés dans cet article (mais pas tous) accueillirent des pensionnaires (*Pfründner*). La réponse à la question si, par rapport à la nature de leurs résidents ou en ce qui concerne les critères de l'admission de ces derniers, les hôpitaux des petites villes présentèrent des spécificités par rapport aux grandes villes (qui étaient caractérisées par un artisanat sophistiqué et un commerce plus actif) exigerait des recherches plus poussées sur la population des petites villes et des campagnes de la Hesse médiévale²⁹.

Jusqu'alors, à quelques exceptions près, qui concernent surtout les institutions des villes importantes comme Francfort-sur-le-Main³⁰ et les villes de résidence des *Landgraves*, Marburg³¹ et Kassel³², la plupart des institutions hospitalières des villes de Hesse et surtout de ses petites villes n'a pas encore fait l'objet d'études scientifiques approfondies. À cet égard, la thèse de doctorat de Bettina Toson (2012), consacrée aux hôpitaux médiévaux entre les rivières Schwalm, Eder et Fulda et les cas des petites villes de Felsberg, Gudensberg, Homberg-s/Efze, Melsungen, Spangenberg, Treysa

²⁸ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, pp. 21-22.

²⁹ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 167.

³⁰ MORITZ, Werner – *Die bürgerlichen Fürsorgeeinrichtungen der Reichsstadt Frankfurt im späten Mittelalter*. Francfort-sur-le-Main: Kramer, 1981; JÜTTE, Robert – "Das Frankfurter Heilig-Geist-Spital im 16. und frühen 17. Jahrhundert: Aufgabe und Funktion einer bürgerlichen Fürsorgeanstalt". *Hessisches Jahrbuch für Landesgeschichte* 33 (1983), pp. 145-169.

³¹ ATZBACH, Rainer – "Elisabeth: Das Hospital in Marburg". In WITTSTOCK, Paul Jürgen (dir.) – *Elisabeth in Marburg*. Marburg: Universitätsmuseum für Kunst und Kunstgeschichte, 2007, pp. 10-65; WITTSTOCK, Paul Jürgen – "Das Hospital der heiligen Elisabeth in Marburg: Grabungsbefunde und schriftliche Überlieferung". In BLUME, Dieter, et al. (dir.) – *Elisabeth von Thüringen – eine europäische Heilige, 3. Thüringer Landesausstellung, Aufsätze*, Petersberg: Imhof, 2007, pp. 93-105; MORITZ, Werner – "Das Hospital der heiligen Elisabeth in seinem Verhältnis zum Hospitalwesen des frühen 13. Jahrhundert". In: PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG; HESSISCHES LANDESAMT FÜR GESCHICHTLICHE LANDESKUNDE (dir.) – *Sankt Elisabeth. Fürstin – Dienerin – Heilige. Aufsätze Dokumentation, Katalog*. Sigmaringen: Thorbecke, 1981, pp. 101-116.

³² APEL, Kathrin – "Caritas und Memoria. Das Hospitalwesen der Stadt Kassel im späten Mittelalter". *Zeitschrift des Vereins für hessische Geschichte und Landeskunde* 113 (2008), pp. 33-98.

et Fritzlar³³, ainsi que des études d'historiens d'art, par exemple pour la chapelle de l'hôpital de Butzbach³⁴ font encore figure d'exception. La plupart des publications sur les hôpitaux de petites villes sont l'œuvre d'érudits locaux ou des personnes passionnées d'histoire en tant qu'amateurs et publiées dans les revues de sociétés historiques locales (*Geschichtsvereine*) et dans les volumes publiés à l'occasion de jubilé de fondations des hôpitaux³⁵ ou des anniversaires des premières mentions des communautés urbaines en question. Ces études présentent un niveau très inégal et sont parfois dépourvues de références bibliographiques.

Cet article s'est fixé le but de rendre accessible en langue française un court résumé de l'état de la recherche actuelle et de le mettre en perspective avec quelques réflexions comparatistes (par exemple à propos des résultats de recherches récentes de Jean-Luc Fray, Michel Pauly et Irène Dietrich-Strobbe). En outre, il rajoutera quelques exemples complémentaires, qui, jusqu'alors, furent moins traités par l'historiographie (par exemple Windecken, Bensheim, Frankenberg-s/Eder, Dreieichenhain, Münzenberg, Biedenkopf, Nidda, Grünberg). Il donnera également des renseignements sur l'état de la conservation et l'utilisation actuelle des bâtiments, ainsi que sur la gestion postérieure des fondations médiévales – des éléments qui pourraient servir d'invitation à approfondir ces pistes de recherche. Ceci vaut particulièrement pour l'action du *Landgrave* de Hesse après le passage au protestantisme : ses mesures en vue d'une concentration de la gestion des institutions de l'assistance sociale et des établissements hospitaliers ressemblent à celles de l'Empereur Charles V à Lille. Il serait intéressant d'étudier davantage la question si, en dépit de la différence de religion avec leurs homologues protestants, à cette époque, d'autres princes catholiques prirent des mesures semblables et d'examiner la situation d'autres villes des Pays-Bas bourguignons de ce temps.

Les petites villes de la Hesse, dont la plupart des bâtiments fut construit en bois, subissaient souvent des incendies graves³⁶ et leurs sources pouvaient devenir

³³ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen zwischen Schwalm, Eder und Fulda*. Darmstadt, Marburg: Selbstverlag der Historischen Kommission Darmstadt und der Historischen Kommission für Hessen, 2012.

³⁴ "Mittelalterliche Retabel in Hessen", projet de recherche de la PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG, de la GOETHE-UNIVERSITÄT FRANKFURT et de l'UNIVERSITÄT OSNABRÜCK, financé par la DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT DFG 2012-2015: KAPPELER-MEYER, Angela – "Butzbach, Ehem. Hospitalkapelle St. Wendelin, Wendelinsaltar, um 1520". [Ancienne chapelle de l'hôpital, St. Wendelin, Butzbach, rétable. [Online]. [Consulté le 27 décembre mai 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.org/119471335-Butzbach-ehem-hospitalkapelle-st-wendelin-wendelinsaltar-um-1520.html>

³⁵ TROSSE, Sabine (dir.) – *Eine Stadt im Spiegel der Heilkunst. Streiflichter zu 850 Jahren Fritzlarer Hospitalwesen*. Kassel: Landeswohlfahrtsverband Hessen, 1998; [Ville de] FRITZLAR; HESSISCHES LANDESAMT FÜR GESCHICHTLICHE LANDESKUNDE (dir.) – *Fritzlar im Mittelalter. Festschrift zur 1250-Jahrfeier*. Marburg: Magistrat der Stadt Fritzlar, 1974 [Online] [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur: <https://archiv.ub.uni-marburg.de/eb/2020/0402>.

³⁶ NAEGLE, Gisela – "À la merci des éléments? Catastrophes et contre-mesures dans les petites villes allemandes du Moyen Âge et l'incendie de Frankenberg-s/Eder (1476)". In COSTA, Adelaide Millán da; PRATA, Sara (dir.) – *Pequenas cidades no tempo o ambiente e outros temas*. Lisbonne: Instituto de Estudos Medievais,

victimes des ravages de la guerre de Trente Ans (1618-1648) et d'autres conflits tels que des bombardements de la Deuxième Guerre mondiale qui, entre autres, détruisirent les archives de Francfort et Kassel. Une remarque semblable vaut pour une partie des bâtiments des hôpitaux, surtout ceux des léproseries, qui furent fréquemment construits d'une façon plus éphémère et en matériaux moins durables. Cependant, en dépit des pertes de sources écrites, au moins dans les villes examinées par Bettina Toson et quelques autres, visitées par nous au cours de cette enquête, une partie importante des bâtiments des hôpitaux existent encore, souvent avec d'importantes modifications ultérieures. Très souvent, les bâtiments subsistants ont encore une fonction semblable: comme hôpital, maison de retraite et/ou maison médicalisée (Homberg-s/Efze), siège d'associations d'assistance sociale (par exemple Sainte-Élisabeth à Spangenberg) ou logements sociaux (Gudensberg), etc.³⁷ Ailleurs, comme à Dreieichenhain (hôpital fondé en 1401 par la comtesse Anna de Falkenstein)³⁸, les bâtiments de l'hôpital même ont disparu, mais en 2021 subsistent encore des vestiges du portail d'entrée et la maison du maître de l'hôpital. Cependant, même dans les cas où les bâtiments principaux de l'hôpital ont disparu, la chapelle, plus souvent construite en pierre (et par conséquent moins exposé aux risques d'incendie), a parfois subsisté (ainsi les chapelles en pierre de Münzenberg³⁹, Gudensberg, Frankenberg-s/Eder, Biedenkopf, Felsberg, Wolfhagen, Fritzlar, Spangenberg⁴⁰, Bensheim, etc.). Certains bâtiments montrent une construction 'mixte' entre éléments en pierre et en bois. Dans quelques cas (ainsi à Gudensberg⁴¹ et à Bensheim⁴²) on pense qu'au moins à l'origine, l'espace destiné aux malades et la chapelle formèrent un seul ensemble. D'après Ulrich Craemer, à propos de l'évolution des bâtiments hospitaliers, ceux de Gudensberg (hôpital du Saint-Esprit, fondé en 1365) sont un cas typique.

2021, pp. 363-387; FOUQUET, Gerhard – "Für eine Kulturgeschichte der Naturkatastrophen. Erdbeben in Basel 1356 und Großfeuer in Frankenberg 1476". In RANFT, Andreas; SELZER, Stephan (dir.) – *Städte aus Trümmern. Katastrophenbewältigung zwischen Antike und Moderne*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004, pp. 101-131.

³⁷ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 169.

³⁸ Sur cette ville, voir: DECKER, Klaus Peter – "Dreieichenhain als 'Burgmannenstadt' der Münzenberger und Falkensteiner". In HEIL, Roger; CIVES IN HAGEN (dir.) – *Dreieichenhain im Wandel. 750 Jahre Stadt im Zentrum Europas*. Dreieichenhain: Hayner Burgverlag, 2005, pp. 91-110.

³⁹ Münzenberg, "Ehemalige Hospitalkapelle und Ziehbrunnen", [Online]. [Consulté le 14 septembre 2022]. Disponible sur: <https://denkxweb.denkmalpflege-hessen.de/6191/>

⁴⁰ CRAEMER, Ulrich – *Das Hospital als Bautyp*, pp. 66-67.

⁴¹ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 42; CRAEMER, Ulrich – *Das Hospital als Bautyp*, pp. 48-49.

⁴² Bensheim, chapelle probablement construite au 14^e siècle pour l'Hôpital du Saint-Esprit, [Online]. [Consulté le 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://denkxweb.denkmalpflege-hessen.de/425/>.



Fig. 1 – Sous-titre : Gudensberg, hôpital du Saint-Esprit. Chapelle de l'hôpital et (à droite) bâtiments hospitaliers du début des Temps modernes. Situation à une route. La chapelle est encore un lieu de culte protestant, les autres bâtiments hébergent des logements sociaux. Photo : Gisela Naegle, 2021.

Situé sur une route de transit et équipé d'une niche qui permettait le don d'aumônes par les voyageurs, cet hôpital fut d'abord un *Siechenhaus*, destiné aux lépreux. Plus tard, il fut réaménagé et agrandi en vue de l'accueil d'autres personnes et malades, notamment des *Pfründner* (pensionnaires)⁴³. De même, à Frankenberg-s/Eder la chapelle subsiste et elle se trouve à côté d'une maison médicalisée moderne. À Biedenkopf, où l'hôpital, aujourd'hui disparu, fut fondé par des nobles, les seigneurs de Breidenbach et de Löwenstein (1417), sa chapelle est encore un lieu de culte. Une telle utilisation régulière ou occasionnelle des anciennes chapelles d'hôpital comme lieu de culte ou comme chapelle de cimetière (Felsberg, Grünberg, Melsungen) semble être assez fréquente. Parfois l'usage religieux a repris après une interruption ou bien la chapelle en question a été réaménagé par une communauté religieuse minoritaire (Huguenots à Treysa au début des Temps modernes ; expulsés catholiques des anciens territoires allemands de l'Est après la Deuxième

⁴³ CRAEMER, Ulrich – *Das Hospital als Bautyp*, pp. 48-49.

guerre mondiale à Münzenberg et Butzbach). Certaines fondations existent encore (Fritzlar, Spangenberg, Gudensberg) ou ont parfois existé jusqu'au 20^e siècle (Treysa). À Biedenkopf, d'après une plaque fixée à la chapelle (vue en 2021 par l'auteure), en vertu d'un statut de 1896, la fondation est gérée en commun par la pasteur protestante de la ville et l'ensemble des membres du magistrat (*Magistrat*) urbain. Ailleurs, les anciens bâtiments des hôpitaux ont été transformés en musée municipal (Windecken, Nidda, Grünberg). Dans d'autres cas, sans vestiges subsistants des bâtiments, particulièrement dans le cas de léproseries, même l'emplacement exact des institutions hospitalières médiévales reste parfois incertain. Dans quelques cas, la toponymie donne encore des indices (par exemple: *Am Siechenrasen* à Fritzlar⁴⁴; *Siegenbeltz* à Treysa ; *Spitalgasse* [rue/ruelle de l'hôpital, nombreux exemples], *Gutleutstraße* ["rue des bonnes gens = lépreux", Francfort]⁴⁵ – mais il peut aussi s'agir de fausses pistes.

La plupart des hôpitaux des petites villes de Hesse partagent certains des traits avec leurs homologues des grandes villes et d'autres espaces européens. Ceci concerne particulièrement les critères de centralité et leur situation topographique. En tant que petites villes, par définition, la plupart des villes qui font l'objet de cet article, n'étaient ni villes épiscopales ni villes d'Empire, mais plutôt petites agglomérations qui faisaient figure de centre pour un *hinterland* rural ou étaient situées sur des routes de transit et routes commerciales importantes, dont les 'Lange' et 'Kurze Hessen', routes entre les foires de Cologne-Leipzig / Francfort-Leipzig et autres. Au sein de ces villes, les hôpitaux se situent souvent à proximité directe des routes importantes, des principales rues de transit de la ville, des portes (Steinau, Gudensberg) et de l'eau et/ou des ponts (Fritzlar, hôpital du Saint-Esprit: Fig. 2 : Hôpital du Saint-Esprit, Fritzlar) ; Treysa (à proximité du pont de la Schwalm, directement sur la route), Spangenberg (situation près de la petite rivière *Gosse* [littéralement: "égout"]) ou à proximité de sources (Fritzlar, hôpital Sainte-Marie).

Par rapport à leur situation topographique, les hôpitaux des petites villes de la Hesse médiévale ne se distinguent pas beaucoup de leurs homologues étudiés par Jean-Luc Fray et Michel Pauly. La même remarque vaut à propos de l'emplacement des léproseries qui ressemble à celui des villes dans autres régions européennes: en Hesse, on retrouve la même séparation entre institutions spécialisées dans les maladies particulièrement contagieuses (léproseries, maisons de peste), qui, en général étaient placées en dehors des murs en situation isolée.

⁴⁴ LOHMANN, Clemens – "Das Leprosenhaus am Siechenrasen". In TROSSE, Sabine (dir.) – *Eine Stadt im Spiegel der Heilkunst*, pp. 212-221.

⁴⁵ En exemple, voir le débat sur l'emplacement, l'époque du transfert etc. de la léproserie de Treysa/Hesse. Toponyme du *Siechenbühl*. GIEBEL, Alfred – "Die beiden Sondersiechenhäuser", pp. 119-134; BECK, Walburga – *Untersuchungen über die frühere Verbreitung*, pp. 258-265.



Fig. 2 – Sous-titre : Fritzlar, Hôpital du Saint-Esprit, chapelle de l'ancien hôpital et ferme (exploitée en lien avec l'hôpital jusqu'au XXe siècle). Situation à une route / à proximité de l'eau / à un pont sur un bras de la Eder. Photo : Gisela Naegle, 2021.

Dans la plupart des cas, l'hôpital n'est pas à l'origine des villes. Il est souvent situé ou fondé en dehors des murs ou dans les *Neu* – ou *Vorstädte*. Dans ce cas, il pouvait favoriser leur croissance. Le cas de Bensheim est plutôt rare : l'immeuble de l'hôpital du Saint-Esprit avec une chapelle est situé sur une place de marché en position centrale et il fut utilisé comme hôpital jusqu'à une date très récente⁴⁶.

Comme ailleurs, on peut distinguer plusieurs types de fondations hospitalières par le critère de leur fondateur⁴⁷ : hôpitaux fondés et/ou administrés par l'Église (par des monastères ou des membres du clergé), mais situés dans les villes ; fondations princières : par le prince territorial, le *landgrave* (par exemple : à Marburg, fondation par sainte Élisabeth de Thuringe ; fondation de quatre *Hohe Hospitäler* ("Hauts Hôpitaux") par le landgrave Philippe I^{er} le Magnanime (*1504-†1567)⁴⁸ ; fondations

⁴⁶ Bensheim, chapelle de l'hôpital du Saint-Esprit, [Online]. [Consulté le 2 mai 2021]. Disponible sur : <https://denkxweb.denkmalpflege-hessen.de/425/>.

⁴⁷ Sur le problème typologique, voir par exemple: STUNZ, Holger R. – "Hospitäler im deutschsprachigen Raum als Unternehmen für die *caritas* – Typen und Phasen der Finanzierung". In MATHEUS, M. (dir.) – *Funktions und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler*, pp. 129-159.

⁴⁸ VANJA, Christina – "Die Stiftung der Hohen Hospitäler zwischen Mittelalter und Neuzeit". In FRIEDRICH, Arnd; FRITZ, Heinrich; VANJA, Christina (dir.) – *Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale*

par les seigneurs des villes et autres nobles (ministériaux, *Burgmannen*) ; fondations urbaines par les gouvernements des villes⁴⁹ et par des lignages urbains et/ou des citoyens à titre individuel.

En 1980, à l'occasion d'une exposition des archives du *Land* lors du *Hessentag*, il y eut publication d'une carte d'hôpitaux médiévaux avec indications sur l'époque de la fondation ou de leur première mention⁵⁰. Cette carte regroupait les fondations par quatre tranches temporelles : Avant 1200, de 1200 à 1300, de 1300 à 1400 et à partir de 1400 jusqu'après 1500. À la première époque, les lieux de fondations étaient surtout des centres ecclésiastiques anciens : Fritzlar (centre de mission de saint Boniface), Fulda et Lorsch (abbayes importantes) et la grande ville et future métropole de Francfort-sur-le-Main. D'après cette carte, avec treize entrées, on peut constater une augmentation des fondations / mentions au XIII^e siècle, mais la plupart des fondations ou mentions retenues eurent lieu au 14^e siècle (30) ou après 1400. Parmi les lieux relevés pour le 13^e siècle, il y a encore des centres ecclésiastiques : Hersfeld (abbaye importante), Limburg (importante église médiévale, l'évêché ne fut fondé qu'en 1827)⁵¹, Seligenstadt (monastère important, basilique de l'époque carolingienne, château des *Staufen*) ; des villes d'Empire (Gelnhausen, Frédéric Barberousse fut le fondateur de la ville ; Wetzlar) ou des villes très liées à la dynastie des *Staufen* (Münzenberg, important château de ministériaux de cette époque). D'autres villes dotées d'hôpitaux furent importantes à cause de la présence de dynasties princières dont celle des landgraves de Thuringe / Hesse (ainsi les villes de résidence de Marburg et Kassel). Ailleurs, les hôpitaux furent fondés ou au moins favorisés par les fondateurs ou seigneurs respectifs des villes. Parmi la trentaine des fondations du 14^e siècle, le caractère des villes est plus divers ; cependant, elles sont souvent situées sur des axes commerciaux de transit et des routes importantes entre des villes de foire (dont la route commerciale des *Lange Hessen*, par ex. Treysa ; hôpitaux dans la vallée du Main, de la Kinzig, la Lahn, l'Eder, la Fulda, la Werra)⁵² ou dans les lieux de résidences secondaires des landgraves (Grünberg), des comtes de Hanau (Windecken, résidence comtale jusqu'au transfert à Hanau en 1436)⁵³ ou dans les petites capitales de familles nobles ou princières (Büdingen, etc.). Beaucoup des petites villes dotées d'un hôpital possèdent un château et certains hôpitaux furent

Reform in Hessen im Spiegel europäischer Kulturgeschichte. Petersberg: Imhof, 2004, pp. 33-48.

⁴⁹ Sur ce type de fondation, voir par exemple: KNEFELKAMP, Ulrich – "Stadt und Spital im späten Mittelalter. Ein struktureller Überblick zu Bürgerspitälern süddeutscher Städte". In JOHANEK, Peter (dir.) – *Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800*. Cologne: Böhlau, 2000, pp. 19-40.

⁵⁰ Source: MORITZ, Werner (dir.) – *Kranken- und Armenpflege in Hessen*.

⁵¹ "Limburg an der Lahn, Landkreis Limburg-Weilburg". In *Historisches Ortslexikon* [Online] [Consulté le 23 décembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/idrec/sn/ol/id/8545>.

⁵² "Dokumentation: Mittelalterliche Leprosorien im heutigen Hessen". In *Die Klapper*, 1997.

⁵³ "Windecken, Main-Kinzig-Kreis". In *Historisches Ortslexikon* [Online], [Consulté le 24 décembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/idrec/sn/ol/id/12426>.

fondés par des *Burgmannen*, des nobles impliqués dans l'administration de châteaux (Biedenkopf, Gudensberg⁵⁴).

Par rapport à la configuration générale du paysage hospitalier de la Hesse, l'introduction de la Réforme religieuse fut une césure décisive. En 1531/1532, le Landgrave Philippe I^{er} le Magnanime fit visiter les hôpitaux urbains, puis vérifia et autorisa leurs nouveaux règlements. En 1531, le théologien et prédicateur de cour Adam Krafft lui proposa un nouveau règlement pour l'hôpital de Gudensberg (fig. 1, v.p.h.) que Philippe autorisa et signa en personne. Krafft et Heinz von Lüder, futur *Obervorsteher* (haut directeur) du grand hôpital de Haina, furent chargés de la « visitation » des hôpitaux⁵⁵. À la suite de ces mesures, le secteur de l'assistance sociale et des hôpitaux passa sous un contrôle accru du prince et l'influence des villes diminua⁵⁶. À la même époque, Philippe fonda les quatre *Hohe Hospitäler* (Hauts hôpitaux) dans d'anciens monastères : à Haina (1533, pour hommes, prévu pour cent personnes, aujourd'hui grand hôpital psychiatrique), à Merxhausen (1533, pour femmes, même usage, existe encore comme hôpital psychiatrique), à Hofheim (aujourd'hui: Riedstadt-Goddelau, 1535, pour femmes ; aujourd'hui hôpital psychiatrique) et à Gronau (près de St. Goar, 1542, pour hommes ; détruit pendant la guerre de Trente Ans, il n'existe plus)⁵⁷.

À l'époque de leur fondation, les *Hohe Hospitäler* des landgraves furent également destinés à l'accueil de la population rurale. À cet égard, pour la population rurale (et également pour des personnes souffrantes de maladies mentales), qui ne pouvaient pas bénéficier d'un accueil dans les institutions urbaines, après la sécularisation des monastères et l'introduction de la Réforme religieuse, les *Hohe Hospitäler* devaient remplir des tâches qui, auparavant, avaient été accomplies au moins partiellement, par les monastères. Par l'ampleur de leurs ressources matérielles, ces fondations se distinguaient nettement des hôpitaux des petites villes ; avant la Réforme, l'abbaye de Haina était particulièrement riche, et, du point de vue géographique, elle possédait des propriétés très étendues (surtout dans la région entre Kassel et Francfort-sur-le-Main, dont des maisons

⁵⁴ Dans ce cas, il y eut tout un groupe de fondateurs : le chevalier Hermann von Elben avec son épouse, le chevalier Ekkebrecht von Grifte et le clerc Johann Wiese, le premier prêtre de l'hôpital. Après la mort des époux von Elben, il y eut des conflits entre les autres fondateurs qui exigèrent l'intervention d'une commission d'arbitrage à laquelle participèrent l'officialité de la prévôté de Fritzlar le *Landvogt* de Hesse et des représentants de la ville (TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, pp. 39-40).

⁵⁵ STANISLAW-KEMENAH, Alexandra-Kathrin – “Das wir unsere augen von den Armen nicht sollen wenden”. Die Bedeutung der Armenfürsorge und des Hospitalwesens bei Philipp von Hessen und Moritz von Sachsen”. In FRIEDRICH, Arnd (dir.) – *Das Hospital am Beginn der Neuzeit*, pp. 33-48, ici pp. 36-37.

⁵⁶ STANISLAW-KEMENAH, Alexandra-Kathrin – “Das wir unsere augen von den Armen nicht sollen wenden”, pp. 36-37. Voir également: SCHNEIDER-LUDORFF, Gury – “Die Hosalstiftung Landgraf Philipps des Großmütigen – Theologisches Programm und politische Legitimation”. In FRIEDRICH, Arnd (dir.) – *Das Hospital am Beginn der Neuzeit*, pp. 49-60.

⁵⁷ FRIEDRICH, Arnd (dir.) – *Das Hospital am Beginn der Neuzeit*.

à Francfort, Friedberg, Fritzlar, Gelnhausen, Marburg, etc.)⁵⁸. Aujourd'hui on pourrait encore qualifier cette institution de vraie petite ville hospitalière (psychiatrique) en pleine campagne. À l'époque nazie, les hôpitaux de Haina et de Merxheim furent le lieu des crimes d'euthanasie, qui, sur place, sont thématiques par des tableaux commémoratifs. Par contre, pour les hôpitaux des petites villes, par exemple ceux de Treysa, Gudensberg, Spangenberg, Homberg-s/Efze, Melsungen et Fritzlar, en général, le rayon géographique de leurs possessions ne dépassait guère quelques kilomètres dans l'environnement immédiat, la *Gemarkung*, de leur ville d'implantation et des villages voisins. Cependant, pour l'hôpital Saint-Georges de Melsungen, et celui du Saint-Esprit de Treysa on a des traces d'une fonction comme bailleur de fonds / crédits⁵⁹.

II. Études de cas : les hôpitaux de Treysa ; Fritzlar et Homberg-s/Efze

Cette dernière partie de l'article présentera trois études de cas qui, par rapport au caractère des fondations hospitalières et leurs modalités de gestion, correspondent à trois situations différentes. La Hesse du Nord fut un pays de conflits entre le puissant archevêque et prince-électeur de Mayence et les landgraves, devenus héritiers des comtes de Ziegenhain. À Treysa, le landgrave prit la relève de ces derniers. L'évolution de l'hôpital de cette ville montre une combinaison d'éléments princiers et urbains, parce que le seigneur de la ville et le gouvernement urbain participèrent activement à sa gestion, ainsi que des citoyens-donateurs de la ville. Le cas des hôpitaux de Fritzlar fournit un exemple pour la concurrence entre institutions ecclésiastiques et urbaines et pour les difficultés générées par l'existence de 'grands' conflits politiques entre l'archevêque de Mayence et le landgrave, qui furent également accompagnés par des tensions intra-urbaines. Le troisième cas, celui de Homberg-s/Efze présentera la fondation d'un hôpital par un membre de l'élite urbaine.

À Treysa et Homberg-s/Efze, des dons importants ou, dans le deuxième cas, la fondation de l'hôpital furent effectuées par des membres de familles non nobles dont l'un des membres était prêtre. Le fondateur de l'hôpital du Saint-Esprit de Homberg-s/Efze⁶⁰ (fondée en 1368, après un grave incendie de la ville), le prêtre Heinrich Bischof, était issu d'une famille de riches marchands, membres de l'élite

⁵⁸ "Zisterzienserkloster Haina, Gemeinde Haina (Kloster)". In *Klöster* [Online], [Consulté le 13 septembre 2022]. Disponible sur: <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/idrec/sn/kl/id/7730>; sur les bâtiments, voir : <https://denkxweb.denkmalpflege-hessen.de/130162/> [Online], [Consulté le 13 septembre 2022]. La fondation existe encore, conformément aux documents de 1533, elle gère encore des forêts d'une étendue de 7 468 ha (Haina) et 123 ha (fonds hospitalier de Hofheim). [Online], [Consulté le 13 septembre 2022]. Informations disponibles sur: <https://www.lwv-hessen.de/lwv-politik/unternehmensbeteiligungen/stiftungsforsten/>.

⁵⁹ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, pp. 168-169, liste des possessions pp. 172-186.

⁶⁰ Sur Homberg s-/Efze, voir TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, pp. 58-81.

urbaine locale et du Conseil urbain. Du milieu du 14^e à la fin du 15^e siècle, sa famille fournit à la ville des maires et des échevins dont un autre Heinrich Bischof (maire en 1466, 1479 et 1485), qui fut aussi l'un des trois *provisores* de l'hôpital⁶¹. Jusqu'à la fin de ses jours, le fondateur s'était assuré le contrôle de sa fondation. Il légua le droit de patronage des cinq autels de sa chapelle à ses héritiers. Sa famille garda le droit de proposer les prêtres et réussit longtemps à garder le contrôle de l'administration de l'hôpital. Ainsi, la fondation devint aussi un lieu de *memoria* familiale. Au 16^e siècle, la gestion passa probablement à la ville⁶².

Dans le cas de Treysa, on connaît quelques étapes de la formation de la ville. Depuis 1254, les sources mentionnent six échevins, depuis 1270 un sceau de la ville. Les comtes de Ziegenhain étaient seigneurs de la ville, depuis 1450, par héritage, elle passa aux mains des landgraves de Hesse. Les sources qui permettent de se faire une idée de la taille de la ville et particulièrement du nombre de ses habitants sont assez tardives, elles datent du 16^e siècle : en 1567/1568 il y aurait eu 542 victimes de la peste et, en 1571, 426 foyers avec 1836 habitants⁶³. L'hôpital du Saint-Esprit est mentionné depuis 1367. Une inscription mentionne les mérites d'une donatrice, Élisabeth Vogelsang, qui se serait bien occupée de l'hôpital, mais on ne connaît pas de détails. En 1386, le chapelain Konrad Vogelsänger lui fait don de ses biens et devient son 'tuteur' (*Vormund*) et recteur. Depuis cette époque, ces offices sont réunis et le chapelain de la chapelle de l'hôpital est également son directeur. En 1467, les sources mentionnent un maître de l'hôpital (*Hospitalmeister*). Depuis la Réforme, l'administration de l'hôpital est dirigée par le Premier Pasteur de la ville, le maire et le Conseil urbain. La partie la plus ancienne des bâtiments subsistants est la chapelle, qui fut rénovée en 1560 et détruite par un feu en 1640, puis reconstruite. La fondation (*Hospitalstiftung*) connut une vie assez longue. En dépit de crises, elle ne fut dissoute qu'en 1964⁶⁴. Outre cet hôpital, on connaît également à Treysa une *Städtische Sieche / Siechenhaus*, c'est-à-dire un hôpital pour maladies contagieuses. Administrée par l'hôpital du Saint-Esprit, cette maison hospitalière existe en 1494, hors les murs, près d'un pont sur la rivière la Schwalm. Plus tard, au 17^e siècle, elle fut transférée ailleurs, au *Siegenbeltz*. À Treysa, selon l'époque, avant le passage aux landgraves, la gestion de l'hôpital fut probablement assurée par les comtes de Ziegenhain, les seigneurs de la ville auxquels appartenait le droit de patronage des autels. Parfois le droit de nommer le *Spitalmeister* [maître de l'Hôpital] et les 'tuteurs' de l'hôpital fut exercé conjointement avec la ville, mais au moins en 1386, par le comte seul⁶⁵. Endetté après

⁶¹ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 73, note 83.

⁶² Résumé de TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen...*, pp. 58-81.

⁶³ "Treysa, Schwalm-Eder-Kreis". In *Historisches Ortslexikon* [Online], [Consulté le 30 décembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lagis-hessen.de/de/subjects/idrec/sn/ol/id/4769>.

⁶⁴ Résumé de TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, pp. 115-129.

⁶⁵ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 120.

les conflits militaires du *Sternerkrieg*, ce denier introduisit ses hommes de confiance dans l'administration. Les informations sur la taille de l'hôpital sont tardives: en 1587, l'établissement hébergeait quinze *Pfründner* (pensionnaires, huit hommes et sept femmes), dix-sept pauvres et huit serviteurs (*Gesinde*)⁶⁶.

Le cas de Fritzlar en Hesse du Nord, est assez différent puisque la ville était beaucoup plus importante. Fritzlar fut un important point d'appui de son seigneur, l'archevêque de Mayence, qui faisait partie des princes-électeurs et possédait un important territoire, entouré par les possessions du Landgrave de Hesse. La ville fut de grande importance stratégique dans les conflits de l'archevêque avec ce dernier. Pendant plusieurs siècles, dans cette zone géographique située au centre du Saint-Empire et, très morcelée du point de vue territorial, les deux princes essayèrent, au cours d'une chaîne interminable de conflits, d'arrondir leurs possessions respectives et d'étendre leur zone d'influence⁶⁷. Des petits incidents, conflits militaires, voire même des faides et guerres qui impliquèrent d'autres princes et des nobles furent très fréquentes. En 1232, Fritzlar et le *Stift* Saint-Pierre furent détruits par les troupes du landgrave et la ville comtale de Witzenhausen par ceux de l'archevêque de Mayence. En 1427, dans deux batailles près de Großen-Englis et Fulda, le landgrave vainquit les troupes de l'archevêque et, le 8 décembre, le conflit finit par la paix de Francfort⁶⁸. Mais l'archevêque avait également des conflits avec la communauté urbaine elle-même. En plus, Fritzlar offre un exemple particulièrement intéressant de la concurrence entre un hôpital ecclésiastique et une fondation urbaine dans un contexte de conflits internes durables entre élites urbaines et corporations de métier. Fritzlar était un vieux centre culturel : en 723/724 saint Boniface y fonda un monastère, il y eut là un palais des Carolingiens ; au début du XI^e siècle, on peut faire état d'une agglomération de marchands et d'un marché. À l'époque des Saliens, la ville fut souvent visitée par les rois et détruite en 1079 par leurs adversaires saxons⁶⁹. Dès 1217, on trouve des traces d'un Conseil (*consilium burgi*) de vingt-quatre membres (dont douze siégeant). Le Conseil était soumis à un renouvellement annuel et composé par cooptation. À partir de 1266, il y eut deux maires (*Bürgermeister*). En 1280, la *Neustadt* (nouvelle ville) est mentionnée, qui posséda ses deux propres

⁶⁶ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 126.

⁶⁷ MORAW, Peter – “Die territoriale Zersplitterung im späten Mittelalter”. In SCHULTZ, Uwe (dir.) – *Die Geschichte Hessens*. Stuttgart: Theiss, 1983, pp. 60-71, ici p. 66.

⁶⁸ Détails des conflits dans: AUENER, Wilhelm – “Der Entscheidungskampf zwischen der Landgrafschaft Hessen und dem Erzstift Mainz um die territoriale Vorherrschaft in den hessischen Landen. 1419-1427”. *Zeitschrift des Vereins für Hessische Geschichte und Landeskunde* 46 (1912), pp. 91-167; KÜTHER, Waldemar – “Fritzlar und Mainz”. In [Ville de] FRITZLAR, HESSISCHES LANDESAMT FÜR GESCHICHTLICHE LANDESKUNDE (dir.) – *Fritzlar im Mittelalter*, pp. 168-201. Sur les conflits précédents: VOLK, Otto – “Zur Entwicklung des Kräfteverhältnisses von Mainz und Hessen im 13. Jahrhundert”. In BRAASCH-SCHWERSMANN, Ursula; REINLE, Christine; RITZERFELD, Ulrich (dir.) – *Neugestaltung in der Mitte des Reiches. 750 Jahre Langsdorfer Verträge 1263/2013*. Marburg: Hessisches Landesamt für Geschichtliche Landeskunde, 2013, pp. 199-206.

⁶⁹ TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, p. 134. Description détaillée de l'évolution du *Marienhospital* et *Heilig-Geist-Hospital* (hôpital du Saint-Esprit), pp. 132-162.

maires (mentionnés en 1368), un sceau etc.⁷⁰ Elle se forma autour d'une fondation ecclésiastique, l'hôpital des pauvres, le *Marienhospital*, fondé en 1147 par le doyen (*Propst*), Bruno de Weißenstein. Au 14^e siècle, les relations des deux villes de Fritzlar furent caractérisées par des tensions : la *Altstadt* (i.e. 'Vieille ville') essaya de forcer la *Neustadt* (i.e. 'Nouvelle Ville') à la l'établissement de corporations de métier. Finalement ce conflit provoqua l'intervention du seigneur de la ville, qui interdisit de telles pressions et accorda des privilèges commerciaux aux habitants de la *Neustadt* dans l'autre partie de la ville. À long terme, l'*Altstadt* put renforcer sa position et atteindre son but⁷¹. En 1464, les deux parties de la ville furent unies. Au Moyen Âge, Fritzlar comptait environ 2000-3000 habitants. En 1287, la cohésion interne de la ville fut menacée par des troubles internes, plus tard, aux 15^e et 16^e siècles, par des conflits durables entre le Conseil et les corporations de métier – ce qui renforça la position du seigneur de la ville⁷². À Fritzlar sont attestés plusieurs établissements hospitaliers : avant 1147, un hôpital fut fondé hors les murs. En 1239, l'archevêque Siegfried de Mayence prit l'hôpital Sainte-Marie sous sa protection ; plus tard, il fut géré par un monastère d'Augustiniennes (Fig. 3 : vue de Fritzlar). Pour 1284, on connaît l'hôpital Saint-Georges, un établissement géré entièrement par la ville, sous la direction d'un maître d'hôpital (*Spitalmeister*) nommé par le Conseil urbain⁷³. Il était situé devant l'une des portes de la ville, le *Werkeltor*. Cette première fondation d'origine urbaine s'avéra vite insuffisante et la ville décida de nouvelles mesures qui rencontrèrent d'abord la résistance du monastère des Augustiniennes. À leur avis, pour construire son nouvel hôpital, le Conseil avait choisi un terrain trop proche de leur monastère et elles craignirent une atteinte à leurs droits dans l'administration de la paroisse en question. En 1308, avec l'implication du seigneur archiépiscopal de Fritzlar, les deux partis se mirent d'accord. La ville fut autorisée à fonder l'hôpital du Saint-Esprit hors les murs sur un bras de l'Eder (Fig. 2). Il devait disposer d'une chapelle avec des droits paroissiaux et d'un curé présenté par la ville et fut administré par deux maîtres d'hôpital. La vie interne de l'hôpital fut réglementée par la ville, mais on connaît mal les compétences et fonctions de son personnel⁷⁴. Au début du 19^e siècle, l'hôpital du Saint-Esprit déménagea et

⁷⁰ DEMANDT, Karl E. – "Einleitung: Die Verfassungsgeschichte Fritzlars im Mittelalter". In DEMANDT, Karl E. (éd.) – *Quellen zur Rechtsgeschichte der Stadt Fritzlar im Mittelalter*. Marburg: Elwert, 1939, pp. 1-173, ici pp. 112-113.

⁷¹ DEMANDT, Karl E. – "Einleitung", p. 115.

⁷² DEMANDT, Karl E. – "Einleitung", pp. 64-68.

⁷³ DEMANDT, Karl E. – "Einleitung", p. 65; édition : source n° 69 : Maire et échevins de Fritzlar attestent une donation de Volkmar Hedeminne et de sa belle-fille à l'hôpital Saint-Georges et leur accordent l'exemption d'impôts et charges urbaines. Les donateurs ont l'intention de passer le reste de leurs vies dans cet établissement (1284, pp. 254-255). Dans l'hôpital, ils exercèrent des fonctions qui ressemblent à celles d'un maître d'hôpital. En 1302, ces deux personnes entrèrent dans l'hôpital Sainte-Marie – ce qui pourrait être un indice pour l'abandon de l'hôpital Saint-Georges (TOSON, Bettina – *Mittelalterliche Hospitäler in Hessen*, pp. 141-143).

⁷⁴ Sources: DEMANDT, Karl E. (éd.) – *Quellen zur Rechtsgeschichte der Stadt Fritzlar* n° 114 (Naumburg, 17 juillet 1308, autorisation de la nouvelle fondation par l'archevêque Pierre de Mayence) et n°115 (accord des



Fig. 3 – Sous-titre : Fritzlár, vue de la ville avec ‘Dom’ et l’église Sainte Catherine (à droite avec une petite tour). Ce bâtiment servit autrefois comme chapelle de l’ancien hôpital Sainte-Marie et du monastère des Augustiniennes et fut utilisé par les paroissiens de la *Neustadt* (photo prise à proximité du site de l’ancien hôpital du Saint-Esprit), photo : Gisela Naegle, 2021.

s’établit dans l’ancien monastère des frères mineurs, à son emplacement encore actuel⁷⁵. Jusqu’aux années 1980, il fut encore fourni en vivres par sa propre ferme. Après l’introduction de la Réforme religieuse, en tant que possession de l’archevêque de Mayence, la ville devint une enclave catholique en pays protestant. Ainsi, au 20^e siècle encore se posa la question de savoir si un protestant pouvait figurer en place centrale dans l’administration de la fondation hospitalière ou non⁷⁶. Depuis 1284, Fritzlár disposait d’un *Gutleuthaus* (littéralement une ‘maisons des bonnes gens’,

Religieuses, Fritzlár, 1308), pp. 288-289. Commentaire de DEMANDT: pp. 64-67.

⁷⁵ Sur la forme actuelle de la fondation, voir le site internet de l’hôpital: <https://www.hospital-fritzlár.de/ueber-uns/stiftung-kuratorium/> [Online] [Consulté le 28 décembre 2021]. Site avec images aériens du complexe de bâtiments. Il s’agit d’une SARL d’utilité commune (*Gemeinnützige GmbH*).

⁷⁶ TROSSE, Sabine (dir.) – *Eine Stadt im Spiegel der Heilkunst*.

une léproserie) sur le chemin conduisant vers Zennern (éventuellement, elle fut abandonnée au 14^e siècle et réunie avec une autre léproserie, le *Siechenhaus* Saint-Wendel, située à proximité de l'hôpital du Saint-Esprit⁷⁷.

Conclusions

En dépit de leur petite taille, conformément au constat de la très riche historiographie récente sur les hôpitaux médiévaux⁷⁸ dans l'Empire et ses grandes villes⁷⁹ et les pays voisins (par exemple sur la France⁸⁰ et le Luxembourg et l'espace rhénan au sens large⁸¹), selon lequel "l'hôpital" comme type au singulier n'existe pas, les institutions hospitalières 'urbaines' des petites villes de Hesse montrent une très grande diversité. Les trois études de cas à propos des hôpitaux de Treysa, Fritzlar et Homberg-s/Efze illustrent ce fait. Dans certaines petites villes, à une époque précoce, on peut déjà constater l'existence d'établissements faisant partie de monastères/abbayes ou maisons d'ordres religieux (Fritzlar, Hersfeld, Fulda ; ceux des Antonins, spécialisés dans le traitement du feu Saint-Antoine, à Grünberg) ou des chevaliers teutoniques (par ex. Marburg, lien avec l'hôpital fondé par sainte Élisabeth de Thuringe, ancêtre des landgraves de Hesse, qui inaugure la tradition des hôpitaux Sainte-Élisabeth). D'autres fondations étaient issues de fondations pieuses du seigneur de la ville en cause, des citoyens ou d'initiatives du clergé local ou des nobles (par ex. des *Burgmannen* ou chevaliers).

Bien que le nombre réduit d'études approfondies ne permette pas encore de tirer des conclusions générales, au moins dans une partie des hôpitaux des (très) petites villes, la fondation et l'entretien des hôpitaux semble obéir à des critères qui montrent certaines spécificités (abstraction faite de facteurs généraux comme l'emplacement géographique au sein des villes ; sur des routes commerciales importantes, à proximité de l'eau, etc.). Contrairement aux hôpitaux des grandes villes, leurs seigneurs respectifs, particulièrement les landgraves (dans le cadre de la

⁷⁷ DEMANDT, Karl E. – "Einleitung", p. 67.

⁷⁸ Sous l'angle comparatif, voir surtout les ouvrages collectifs p. ex. BULST, Neithard (dir.) – *Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler*; MATHEUS, Michael (dir.) – *Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler*; DROSSBACH, Gisela (dir.) – *Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit*; SCHEUTZ, Martin (dir.) – *Europäisches Spitalwesen*; SCHEUTZ, Martin (dir.) – *Quellen zur europäischen Spitalgeschichte*.

⁷⁹ Voir p. ex. KNEFELKAMP, Ulrich, – *Stiftungen und Haushaltsführung im Heilig-Geist-Spital Nürnberg, et Das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg vom 14.-17. Jahrhundert. Geschichte, Struktur, Alltag*. Nürnberg: Edelmann, 1989.

⁸⁰ MONTAUBIN, Pascal (dir.) – *Hôpitaux et maladreries au Moyen Âge*; KAMMERER, Odile – "Fondations des hôpitaux dans l'espace alsacien au Moyen Âge". In *Atlas historique d'Alsace*. [Online] Université de Haute Alsace, 2011. [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur: www.atlas.historique.alsace.uha.fr.

⁸¹ PAULY, Michel (dir.) – *Les institutions de l'assistance sociale en Lotharingie médiévale*; PAULY, Michel – *Peregrinorum, pauperum ac aliorum transeuntium receptaculum*; Carte: PAULY, Michel – "Mittelalterliche Hospitäler von 600 bis 1500". [Online] Université du Luxembourg. [Consulté le 28 décembre 2021]. Disponible sur: <https://gr-atlas.uni.lu/index.php/de/articles/re61/mi808>.

politique de la consolidation de leur territoire et particulièrement après l'introduction de la Réforme religieuse), de même que des comtes ou nobles locaux semblent jouer un rôle plus important. Cependant, certains autres traits rapprochent les hôpitaux des petites villes de Hesse des petits établissements des grandes villes : par exemple, à Treysa, l'hôpital du Saint-Esprit (fondé vers 1360) pourrait être une fondation d'une citoyenne de la ville, Élisabeth Vogelsang, augmentée par celle d'un autre donateur portant le même nom de famille, un homme qui faisait partie du clergé local au service du comte. À Homberg-s/Efze⁸², la fondation est proche du type des fondations de petits hôpitaux par les membres de familles patriciennes participant au commerce tels que le *Zwölfbrüderhaus* des Gross à Nuremberg⁸³ ou l'hôpital fondé par Peter von Argun à Augsburg, etc..

En outre, au moins dans l'espace de l'actuelle Hesse du Nord, l'aspect politique est renforcé par la présence de conflits des landgraves avec l'archevêque de Mayence. À cet égard, l'ingérence directe de ces princes est assez typique pour ce genre des petites villes. Au moment de l'introduction de la réforme protestante, en tant que 'grands' acteurs (organisation des « visitations ») et, particulièrement, avec la fondation des *Hohe Hospitäler* de taille importante, les landgraves changèrent durablement le paysage hospitalier du futur *Land*. Situés dans d'anciens monastères, dont la très riche abbaye de Haina, leurs capacités d'accueil dépassèrent largement celles des hôpitaux de petites villes. L'action des landgraves fait penser à certaines évolutions constatées pour les institutions de charité à Lille sous les ducs de Bourgogne et particulièrement aux mesures introduites au temps du futur empereur Charles Quint. En 1527, Charles obligea l'échevinage de Lille à regrouper au sein du Magistrat la gestion de toutes les tables des pauvres de la ville, et le 4 janvier 1527, une ordonnance créa la Bourse commune des pauvres⁸⁴. Dans la Saxe électorale (*Kursachsen*), en 1526, d'après le modèle du *gemeiner Kasten* de la ville de Leisnig (1523) et de l'ordonnance sur les pauvres de Wittenberg (1520/1521), le prince regroupa les revenus de diverses fondations et établissements sous forme d'un *gemeiner Kasten* qui fut installé dans les villes et autres agglomérations. En 1530, en Hesse, le landgrave Philippe prit une mesure directement comparable, faisant une ordonnance sur le *gemeiner Kasten* et, indépendamment de l'assistance des pauvres, il y introduisit le financement des salaires des pasteurs, l'entretien de bâtiments ecclésiastiques et le contrôle sur les écoles⁸⁵. À propos des mesures des ducs de Bourgogne et du futur Charles Quint à Lille, Irène Dietrich-Strobbe

⁸² *Historisches Ortslexikon Fritzlar-Homberg*, p. 86-93

⁸³ FOUQUET, Gerhard – "Zwölf-Brüder-Häuser und die Vorstellung vom verdienten Ruhestand im Spätmittelalter". In BULST, Neithard (dir.) – *Sozialgeschichte mittelalterlicher Hospitäler*, pp. 37-76.

⁸⁴ DIETRICH-STROBBE, Irène – *La Charité à Lille*, p. 501.

⁸⁵ STANISLAW-KEMENAH, Alexandra-Kathrin – "Das wir unsere augen von den Armen nicht sollen wenden", pp. 35-36.

constate: "Ce furent les princes qui, *in fine*, profitèrent au mieux des institutions charitables lilloises en prenant directement ou indirectement le contrôle. Les leviers spirituels, économiques, sociaux qu'offraient les institutions charitables ne pouvaient qu'attirer la convoitise du prince, mais les Lillois le laissèrent agir car ce dernier le leur rendait bien"⁸⁶. Dans les petites villes de Hesse, au 16^e siècle, à propos des ingérences du prince, la situation fut semblable. Par contre, dans les grandes villes / les villes d'Empire comme Francfort-sur-le-Main et autres, la situation est davantage comparable à celle d'autres villes d'Empire du Sud (hôpital du Saint-Esprit à Nuremberg ; hôpitaux de Strasbourg, etc.). Mais, même dans ces 'grandes' villes il y eut des petits établissements hospitaliers qui présentèrent des parallèles avec ceux des petites villes de Hesse comme Homberg-s/Efze.

Pour revenir à la question posée au début : dans les petites villes, il y eut également des processus de laïcisation. Comme ailleurs, dans une première phase, les gouvernements urbains pouvaient renforcer leur contrôle sur le secteur de la charité. Néanmoins, en dépit d'un renforcement de la position des élites urbaines et de l'autonomie des institutions de gouvernement, les hôpitaux ne semblent pas avoir eu pas de rôle décisif pour le développement de la communauté urbaine en tant qu'institution communale. Leur fondation est le plus souvent plus tardive. Dans les petites villes présentées ici, les fondations d'hôpitaux ne furent pas à l'origine des villes, tout au plus, il y eut un renforcement ou une contribution importante à l'essor des *Neu* – ou *Vorstädte*, comme à Fritzlar. Comme pour leurs 'grands' homologues, on peut constater que « l'hôpital de petite ville » comme type n'existe pas en Hesse. La situation des sources impose des limites importantes. Cependant, une analyse approfondie, y compris des caractéristiques des bâtiments et chapelles encore existantes pourrait s'avérer fructueuse, mais elle devrait être menée sur la longue durée et inclure le début des Temps modernes.

⁸⁶ DIETRICH-STROBBE, Irène – *La Charité à Lille*, p. 502.

Administrer les malades : les politiques de santé dans les villes d'Amboise, Chinon et Loches durant la seconde moitié du 16^e siècle

Rémi Demoen¹

Abstract

La maladie et sa gestion occupent une place centrale au sein des sources administratives produites au 16^e siècle dans les petits espaces urbains de Touraine. Parmi eux, Amboise, Chinon et Loches sont des villes royales comptant moins de 3 000 habitants et qui présentent des riches corpus délibératifs pour la période contemporaine des guerres de Religion. Ces documents, produits par les corps de ville et restituant une administration urbaine en fonctionnement, permettent d'étudier les temps d'épidémie et plus encore les politiques de santé mises en place par ces municipalités pour les contenir. Cette communication se propose ainsi de croiser les cas amboisiens, chinonais et lochois, aux chronologies distinctes, pour étudier leurs modalités respectives de gestion de la maladie sur près d'un demi-siècle. Outre une présentation des acteurs et espaces de gestion destinés à administrer les populations contagieuses, les trois corpus documentaires permettent d'envisager les logiques orales et écrites de circulation de l'information dans l'enceinte urbaine, visant à limiter la contagion. L'ensemble permet alors de saisir la place centrale de l'enjeu sanitaire dans les politiques municipales du 16^e siècle.

Keywords

Administration urbaine; politiques de santé et d'hygiène; registres de délibérations; Touraine; première modernité.

¹Université de Tours, CESR de Tours.

Administering the sick: health policies in the towns of Amboise, Chinon and Loches during the second half of the 16th century.**Abstracts**

Illness and its management occupy a central position within the administrative sources produced during the 16th century in the small urban areas of Touraine. Among them, Amboise, Chinon and Loches are royal towns with less than 3,000 inhabitants and provide a rich corpus of deliberations relating to the period of the Wars of Religion. These documents, produced by the town councils and showing a functioning urban administration, make it possible to study times of epidemics and, even more so, the health policies implemented by these municipalities to contain them. This paper thus proposes to cross-reference the cases of Amboise, Chinon and Loches with distinct chronologies, in order to study their respective methods of managing the disease over nearly half a century. In addition to a presentation of the actors and management spaces intended to administer the contagious populations, the three corpuses of documents make it possible to consider the oral and written logics of the circulation of information within the urban enclosure, aimed at limiting the contagion. Together, they allow us to grasp the centrality of the health issue in 16th century municipal policies.

Keywords

Urban administration; health and hygiene policies; deliberative registers; Touraine; early modern times.

La maladie et sa gestion dans les villes intègrent le répertoire des thématiques historiographiques actuelles qui connaissent un renouvellement. Ce travail se concentre principalement sur les capitales et grandes unités urbaines – citons la récente thèse d'Hélène Leuwers sur les praticiens de santé entre Paris et Londres du 14^e au 16^e siècles². Or, cet intérêt renouvelé concerne également les petites unités urbaines de la première modernité, dont les écrits administratifs et écrits de gestion témoignent de politiques municipales en fonctionnement, et plus encore des mécanismes de gouvernement inhérents aux contextes d'épidémies. C'est le cas des trois villes d'Amboise, Loches et Chinon, réparties sur le territoire de Touraine, pour lesquelles sont aujourd'hui conservés une partie de leurs registres de délibérations rédigés durant la seconde moitié du 16^e siècle. Ayant en commun de compter moins de 3 000 habitants, de posséder d'anciennes forteresses royales et de disposer de ponts qui en font des points de passage stratégiques sur les rivières de Loire (Amboise), de Vienne (Chinon) et d'Indre (Loches), les trois espaces urbains partagent de nombreuses caractéristiques concernant leurs infrastructures, leurs administrations et leurs personnels de gestion. Bien que discontinus, leurs écrits délibératifs respectifs rassemblent plusieurs centaines de pages, voire plusieurs milliers dans le cas d'Amboise, et se présentent comme une mise par écrit des assemblées délibératives tenues par les corps de ville, lesquelles ont pour but d'administrer dans le consensus l'espace urbain et la chose publique. De ces mises par écrit de la "parole municipale", nous souhaitons extraire deux types d'informations : celles portant sur les maladies et celles concernant les politiques de gestion sanitaire. L'étude des politiques d'hygiène au sein des registres de délibérations passe d'abord par l'identification et la mise en série d'indicateurs témoignant de la présence de maladies contagieuses et mortelles au sein des trois villes, les termes de "*contagion*" et de "*malladye*" étant les plus fréquents, puis par l'étude des réactions des pouvoirs municipaux destinées à ordonner la société urbaine et à endiguer les vagues épidémiques. Notre analyse étant conditionnée par le contenu des corpus délibératifs, mais aussi par leurs manques, les temps de lutte contre la maladie ne s'inscrivent pas dans une même chronologie pour les trois villes. Nous identifions trois périodes de crise sanitaire à Amboise de 1554 à 1555, de 1562 à 1564 et de 1580 à 1582 ; deux pour le cas chinonais avec plusieurs vagues de peste de 1581 à 1585 et une plus courte de 1589 à 1590 ; enfin, deux périodes à Loches réparties entre avril 1565 et juillet 1566. Ces chronologies distinctes, certes influencées en grande partie par les lacunes des fonds d'archives, soulèvent néanmoins la question de la circulation et de la propagation de la maladie dans un territoire restreint dont les villes d'Amboise,

² LEUWERS, Hélène – *Les praticiens de santé devant la justice: conflits et structuration des activités de soin à Paris et à Londres (XIV^e – milieu du XVI^e siècle)*. Nanterre: Université Paris Nanterre, 2022. Thèse de doctorat sous la direction de Franck Collard. Voir également: DUMAS, Geneviève – *Santé et société à Montpellier à la fin du Moyen Âge*. Boston/Leiden: Brill, 2014.

Chinon et Loches, sont des foyers avérés de passages et d'échanges durant toute la période des guerres de Religion. Toujours est-il que les différences dans le contenu des registres de délibérations offrent des nuances permettant de mieux cerner le fonctionnement de ces politiques de santé. Pour ce faire, nous diviserons en trois temps notre analyse avec d'abord l'étude des acteurs impliqués dans la gestion des malades, ensuite les espaces dédiés à cette gestion, enfin les mesures appliquées par les pouvoirs municipaux en vue de contrôler l'espace urbain et de l'assainir.

Les acteurs des politiques sanitaires dans les villes de Touraine

Il ressort de la lecture des registres de délibérations que les corps de ville sont les promoteurs des politiques sanitaires appliquées au sein des espaces urbains. Ces documents portent de fait un biais, tant par leur système de rédaction que par leur vocation à rendre compte des processus décisionnels, et placent les principaux membres du conseil de ville (officiers royaux, élus, échevins, procureurs et bourgeois de ville) à l'initiative de toute mesure ayant pour objet d'administrer la ville et ses habitants. Au regard des délibérations, ce sont les corps de ville eux-mêmes qui remplissent la fonction de "bureau de santé" observées dans de nombreuses grandes villes du royaume³, et ce alors même qu'aucun praticien de santé n'occupe de fonction au sein du pouvoir municipal⁴. Pourtant, les acteurs à proprement parler de ces politiques sont tout autres. À Amboise, Loches et Chinon, les contextes de maladies sont synonymes de recours à des praticiens, plus ou moins spécialisés, que sont les barbiers et chirurgiens. Ces deux groupes d'artisans, liés aux arts et métiers, dépendent d'une corporation et exécutent, pour les premiers, les opérations de petites chirurgies, quand les seconds s'occupent de tout ce qui touche à la chirurgie en général⁵. Sur le papier, la distinction entre les deux métiers et leurs fonctions semble claire. La frontière devient cependant poreuse à la lecture des écrits urbains.

Les cas amboisien et lochois présentent de grandes similarités dans la façon dont les métiers des praticiens sont sollicités lors des temps d'épidémie. À Amboise, les barbiers et chirurgiens mentionnés restent majoritairement anonymes pour l'ensemble de la période couverte par les documents, mais sont regroupés sous

³ KACKI, Sacha; TZORTZIS, Stéfan; CASTEX, Dominique; SIGNOLI, Michel – "Prévention, pratiques médicales et gestion sanitaire au cours de la deuxième pandémie de peste". In FROMENT Alain (dir.) – *Archéologie de la santé, anthropologie du soin*. Paris: La Découverte, "Recherches", 2019, p. 119-133. Voir également: FLOURY-BUCHALIN, Cécile – "Assainir et protéger le corps de la ville". *Chrétiens et sociétés* 15 (2008), p. 29-58.

⁴ MOULINIER, Laurence, – "Les médecins dans le Centre-Ouest au Moyen Age (XIII^e-XV^e siècle)". In LAURIOUX, Bruno; MOULINIER-BROGI, Laurence – *Scrivere il Medio evo. Lo spazio, la santità, il cibo. Un libro dedicato ad Odile Redon*. Rome: Viella, 2001. pp. 405-429.

⁵ Nous rencontrons une seule mention de médecins dans un procès-verbal amboisien de décembre 1577, contenant une requête pour que ces médecins "soient jurez et expérimentez avant qu'il puisse exercer". Archives communales d'Amboise (désormais abrégé sous: ACA), BB 8, fol. 57.

l'appellation de “*maistres barbiers et chirurgiens dudit Amboise*” ou de “*maistres chirurgiens et barbiers de ceste ville et faubourgs*”. Au contraire, une assignation de juillet 1566 nous permet d'identifier quatre “*maistres chirurgiens barbiers des villes et fousbourgs de Loches et Beaulieu*”⁶. Pour les deux villes, plusieurs mentions évoquent un problème de sous-effectif, particulièrement en période de peste. C'est par exemple le cas d'une délibération d'avril 1563 où les barbiers amboisiens expliquent qu'ils font des visites, des saignées et qu'ils tiennent boutique, mais qu'ils sont en manque d'apprentis en voie de passer la maîtrise⁷. En cette même année à Amboise, le nombre de malades touchés par la maladie, et donc à la charge du pouvoir municipal, s'élève au nombre de soixante quatre. À Loches, les officiers royaux mandent les barbiers et chirurgiens en juillet 1566 afin qu'ils nomment l'un d'eux pour saigner les pestiférés, “*lesquelz barbiers ont fait responses qu'ils ne sont que quatre, deux à Beaulieu et deux en ceste ville et qu'il ne pourront seigner lesdits pestiférez, ne iceulx pensser à médicamenter*”⁸. Les praticiens recommandent en conséquence de faire appel à un certain Aubin Dubrinbal, ses qualifications n'étant pas précisées, pour les assister dans leur tâche. L'accès à la maîtrise semble ainsi être un frein au métier et contraste avec le cas chinonais, où les praticiens documentés pour la décennie 1580 sont une famille, composée du chirurgien Mathieu Renard, son fils Étienne et sa femme, lesquels ont la charge des malades de la ville et du “*sanitat*”, lieu où sont envoyés et enfermés les malades menaçant la sécurité urbaine. L'activité de la famille Renard est richement documentée dans l'écrit délibératif. Il est ainsi précisé qu'ils font “*bon devoir, grand soing et perilleux labeurs*” pour visiter les malades de la contagion et leur apporter un “*traictement*”⁹. Nous trouvons, comme à Loches, l'usage du verbe “*médicamenter*” pour qualifier l'activité de soigner les malades¹⁰. Ce sont également eux qui administrent le sanitat, lieu où sont envoyés et enfermés les malades menaçant la sécurité urbaine. Plus exactement, une délibération d'août 1585 fait état d'un contrat passé entre le chirurgien et la ville accordant à la famille Renard le droit d'habiter les logis du sanitat en échange de “*recevoir, traicter, garder et visiter bien et duement les malades de ladite contagion*”¹¹. C'est enfin aux Renard que revient la charge d'enterrer les morts de la contagion dans les jardins et cimetières alentours.

⁶ Archives départementales de l'Indre-et-Loire (désormais abrégé : ADIL), E DEPOT 132 / BB 4, fol. 60 v°. La frontière entre chirurgiens et barbiers est difficilement discernable à la lecture des registres de délibérations. À Loches, Jean Jouhaurt, Jehan Bonnet, Michel Bourau et Robert du Pré sont désignés comme “*maistres chirurgiens barbiers*”. Pourtant, à la ligne suivante, le procès-verbal ne mentionne les quatre praticiens que comme “*lesquelz barbiers*”.

⁷ ACA, BB 6, fol. 380.

⁸ ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 60 v°. Beaulieu est une ville accolée à Loches, dont l'administration dépendait d'un autre corps de ville.

⁹ Archives municipales de Chinon (désormais abrégé : AMC), BB 2, fol. 77.

¹⁰ AMC, BB 2, fol. 93 et 124 v°.

¹¹ AMC, BB 2, fol. 77.

La mise en regard des trois villes révèle ainsi deux organisations distinctes concernant les principaux acteurs de la gestion des malades au sein de l'espace urbain. D'un côté, nous trouvons des barbiers et chirurgiens limités en nombre par leur métier et les titres qui en dépendent. De l'autre, à Chinon, nous identifions moins de praticiens, lesquels n'ont pas tous de titre (seul Mathieu Renard est qualifié de chirurgien, sans pour autant être un "*maître*" comme à Amboise ou Loches), mais dont les tâches apparaissent plus diversifiées concernant les malades et leur gestion. Comme dans les petites villes de Normandie à la même période, ces praticiens témoignent d'une pluriactivité et non d'une spécialisation médicale (tout particulièrement la chirurgie) telle qu'elle commence à se développer dans les grands foyers urbains¹². Ce constat est encore plus flagrant à l'étude des acteurs secondaires ayant la charge d'assister les maîtres-praticiens.

Deux groupes sont distinguables. Le premier comprend des gens de métiers régulièrement mentionnés comme apportant leurs savoirs, compétences ou produits en complément des actions des barbiers et chirurgiens. C'est par exemple le cas des apothicaires vendant les substances nécessaires pour "*médicamenter*" les malades, ou encore des religieux pouvant œuvrer dans le domaine spirituel. Les registres de délibérations chinonais montrent ainsi que le chirurgien Mathieu Renard est secondé dans sa tâche en août 1585 par le frère augustin Estienne Bonnelier, lequel a l'office de "*confesser, consoler et administrer lesdits pestiférez chacun mois*"¹³. Le second groupe se compose d'habitants ou de journaliers réquisitionnés par le conseil de ville en période de crise pour seconder les maîtres-praticiens dans les tâches les plus simples, voire les plus ingrates. Les cas lochois et chinonais présentent à ce titre de grandes similarités. Dans les deux villes, sont commis des hommes et femmes devant s'occuper des malades, les enterrer et nettoyer leurs maisons et possessions¹⁴. Plus précisément présentés, les députés de Loches se composent de deux hommes et deux femmes, chaque genre ayant une tâche distincte. Poussant un tombereau¹⁵, les premiers doivent rassembler les corps, les transporter, puis les enterrer une fois la nuit tombée. Le groupe féminin doit quant à lui "*f(air)e les lessives et blanchissement*", c'est-à-dire laver les linges et nettoyer les ustensiles de maison¹⁶. Une femme est

¹² SINTIC, Bruno – *Petites Villes de Normandie: Pont-Audemer, Harfleur, Louviers, Neufchâtel, villes secondaires de la région de Rouen, 1450-1550*. Mont-Saint-Aignan: Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2012, pp. 353-396. Voir en comparaison: LEUWERS, Hélène – *Les praticiens de santé*, 2022.

¹³ AMC, BB 2, fol 77. Les comptes de ville gardent la trace des salaires destinés à ces religieux officiant en temps de peste. C'est par exemple le cas du frère Jehan Bernard, payé 3 écus un tiers pour ses services en mai 1585. AMC, CC 1, fol. 33.

¹⁴ À Loches, nous trouvons dans un extrait que les hommes et femmes nommés devaient "*servir et traiter les mallades de peste es les inhumier qu'ilz meurent au cimetiére de Vignermonet et nettoyer les maisons*". ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 58 v°.

¹⁵ Voiture de charge à deux roues.

¹⁶ ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 59.

également désignée pour porter les vivres et médicaments¹⁷. À Chinon, les habitants nommés pour seconder les maîtres praticiens ont pour obligation de loger à l'écart du reste de la population et de se présenter tous les matins aux halles de la ville à sept heures, pour prendre leurs fonctions, mais aussi pour attester de leur bonne santé.

Ce second groupe d'assistants se caractérise par des signes visuels et sonores distinctifs, leur permettant d'être immédiatement identifiés par la société urbaine. Toujours à Chinon, cela se traduit par le port d'une verge blanche au bout de laquelle se trouve une clochette servant à "*advertir ceulx qui seront aux rues et places publiques se retirer*"¹⁸. De même, de grandes croix blanches sont tracées sur les portes des maisons des malades pour que personne n'y entre. Dans le cas lochois, les deux hommes chargés de déplacer les corps doivent placer à l'avant du tombereau des grands paniers rouges, appelés mandelles. Cette distinction par la couleur se retrouve dans de nombreuses villes du royaume, dont Tours où un règlement de 1530 précise que les aides aux praticiens doivent également se vêtir de rouge¹⁹.

L'analyse des acteurs sollicités en période de crise sanitaire met en lumière l'existence de protocoles stricts destinés à ordonner le soin des malades ou de leurs dépouilles. Bien que ces règlements varient quelque peu entre les trois villes, ils ont en commun de fournir une assistance aux maîtres barbiers et chirurgiens ; ces derniers, quels que soient leur organisation et fonctionnement, n'étant pas en nombre suffisant pour gérer les corps et la maladie en période d'épidémie. Nous observons ici une première différence fondamentale avec les grandes villes du royaume telles que Poitiers, où la médecine universitaire a influencé les pratiques de soins autant que les processus décisionnels depuis la fin du 14^e siècle²⁰. À Amboise, les registres paroissiaux retracent les réseaux de sociabilité de deux médecins amboisiens : honorable homme Pierre Mescuyn et maître Mathurin Moreau²¹. Hormis leurs rapports avec les nombreux officiers royaux résidants dans la paroisse saint-Florentin, le premier praticien est absent des registres de délibérations quand le second est inscrit comme présent à trois assemblées générales pour l'ensemble du second XVI^e siècle, assemblées qui ne traitent pas des épidémies et de leur gestion²². Dans nos trois villes, cette tâche de gestion semble donc revenir aux barbiers et chirurgiens, secondés par leurs assistants.

¹⁷ ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 59 v^o.

¹⁸ AMC, BB 2, fol. 58 v^o.

¹⁹ VONS, Jacqueline – "Les lieux de soins à Tours sous l'Ancien Régime". *Histoire des sciences médicales* 46/4 (2012), pp. 357-366.

²⁰ MOULINIER, Laurence – "Les médecins dans le Centre-Ouest", pp. 405-429.

²¹ ACA, GG 3, fol. 12 et 26. Ils sont présentés comme «*medecins*» ou «*medecins à Amboise*».

²² Voir par exemple : ACA, BB 6, fol. 212.

Isoler les malades-pestiférés : les espaces de la gestion

À partir de la seconde moitié du 16^e siècle, la gestion de l'espace urbain et son contrôle en période d'épidémie passe par un quadrillage de l'espace²³, une réorganisation des logiques de circulation dans les rues et l'isolement des malades pour endiguer la contagion. Des espaces sont ainsi nécessaires pour gérer, par l'exclusion, les individus menaçant l'ordre sanitaire et social de la ville. Léproserie, maladrerie, sanitat, ces lieux ont en commun, outre leur vocation d'accueillir pauvres et malades, de disposer d'administrateurs, tels que la famille Renard à Chinon, de se situer hors des murailles et de prendre différents noms selon les périodes. Loches dispose ainsi simultanément d'une "leproserye" et d'une "maladrerye", dont les logis sont précisés comme se trouvant "loing de maisons"²⁴. Le terme de sanitat, aussi écrit "sanitas" et présent dans les documents d'Amboise et Chinon, est quant à lui propre au bassin de la Loire, et ce bien que nous rencontrions des exemples poitevins²⁵. Jacqueline Vons identifie dès 1518 des projets d'édification de ces bâtiments à Tours, inspirés du modèle des Lazarets de Venise, administrés par le pouvoir municipal et ayant la vocation d'empêcher la circulation des malades, tant dans les villes que dans les campagnes²⁶. Ils sont ainsi la trace d'une laïcisation des structures destinées au soin et à l'hygiène, propre à l'histoire sanitaire du 16^e siècle. En témoigne l'entretien des bâtiments et des malades par les deniers de ville issus des amendes délivrés par les pouvoirs municipaux. Dans les registres de délibérations amboisiens, une léproserie devenue sanitat est mentionnée durant la décennie 1560. Un procès-verbal de mars 1579 consigne une requête de l'occupant du bâtiment de la léproserie formulée à l'encontre des jeunes Amboisiens, lesquels suivent l'école dans ce même bâtiment et le dégradent. L'édifice a ainsi changé de fonction entre 1554 et 1579. De fait, la ville fait construire, sur demande royale, un sanitat durant l'année 1566, lequel pourrait avoir remplacé la léproserie dans ses fonctions d'isoler les malades, et dont les bâtiments servent désormais à l'instruction de la jeunesse. Cette hypothèse est appuyée par une lettre close reçue en mars 1566 qui autorise les Amboisiens à faire "usage de pieds d'arbres en la foret d'Amboise pour aider à l'edification d'ung sanitat pour loger les pauvres malades"²⁷. L'extrait souligne autant les processus décisionnels, de l'administration royale vers le pouvoir municipal, que la responsabilité et la charge du conseil de ville à l'égard des pestiférés.

Les documents chinonais apportent, quant à eux, de nombreuses informations sur les spécificités matérielles du bâtiment du sanitat. Entre 1584 et

²³ FOUCAULT, Michel – *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard, Tel, 1993, p. 229.

²⁴ ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 60.

²⁵ Voir par exemple dans les *Séries* de Guillaume Bouchet, sieur de Brocourt.

²⁶ VONS, Jacqueline, – "Les lieux de soins", pp. 357-366.

²⁷ ACA, BB 7, fol. 37.

1585, Chinon est touchée par plusieurs vagues successives de peste et la structure existante n'est plus suffisante pour accueillir les malades. Une remontrance des habitants précise que les infrastructures sont en mauvais état et qu'elles ne permettent pas d'isoler les pestiférés dans la mesure où elles se trouvent trop près du grand chemin. Il est alors requis de faire lever, avec l'accord du roi, un impôt de 300 écus pour "*faire bastir autres maisons plus commodes et logeables au bout des jardins et près dudit sanitat*"²⁸. Croiser l'écrit délibératif avec le compte de ville du receveur des deniers communs des années 1584 à 1587 offre un suivi documenté de l'achat du nouveau bâtiment et des aménagements qui y sont faits. L'ensemble des dépenses pour le chantier s'élèvent ainsi à 57 écus et 26 sols. Sept maçons, six menuisiers, deux maîtres couvreurs et des "*manouvriers*" sont employés pour une besogne de six jours. Les matériaux inscrits dans le document comptable révèlent des travaux sur la toiture, mais surtout un pavage au sol, dans chaque pièce de la structure, destiné à assainir l'ensemble. Le compte précise de plus qu'un paveur est payé pour besogner sur un pont, situé entre le sanitat et un cimetière proche, et servant à joindre les deux espaces²⁹. La nouvelle infrastructure semble ainsi plus adaptée pour gérer le nombre de "*malades infectés de contagion que pululent de jour en jour*" durant ces deux années, autant que pour limiter la propagation de la maladie au sein de l'espace urbain. Plus généralement, ces politiques d'investissement dans la réfection de bâtiments destinés à accueillir les malades et pauvres semblent communes à l'ensemble des espaces urbains, petits ou grands, comme en témoigne par exemple l'étude de Bruno Sintic sur les petites villes de Normandie de la fin du Moyen Âge³⁰. C'est une question d'échelle qui distinguent les espaces à forte densité de population. Laurence Molinier observe de fait un écart entre la quinzaine d'établissements de vocation médicale à Poitiers et le reste des petites villes du Poitou qui "n'ont pas plus qu'une maladrerie et une aumônerie"³¹.

Les procès-verbaux consignés dans nos registres de délibérations mettent en lumière les acteurs et infrastructures urbaines dont disposent les trois villes pour limiter la diffusion de la maladie en période de peste. Soulignons ici que leur vocation respective est d'abord d'isoler les contagieux, et ce bien avant d'entreprendre les traitements. Nous allons dans un dernier temps nous intéresser aux mécanismes d'agencement de ces deux supports de gestion sur lesquels s'appuient les corps de ville. Nous allons, en d'autres termes, étudier les politiques municipales, les modalités de gestion en somme, qui ont pour vocation de préserver la chose publique par l'ordonnement de la vie urbaine.

²⁸ AMC, BB 2, fol. 77 à 78.

²⁹ AMC, CC 1, fol. 5 à 8.

³⁰ SINTIC, Bruno – *Petites Villes de Normandie*, pp. 353-396.

³¹ MOULINIER, Laurence – "Les médecins dans le Centre-Ouest", pp. 405-429.

Les mesures prises par les corps de ville pour gérer la maladie

Les organisations urbaines et les politiques de gestion sanitaire à Amboise, Loches et Chinon sont similaires et bien documentées dans leurs écrits délibératifs respectifs. Dans les trois cas, les vagues épidémiques sont synonymes d'une police stricte appliquée par les pouvoirs municipaux, soit la réglementation des pratiques et des activités dans le but de limiter la contagion et sa propagation. Les mécanismes perceptibles sont alors les mêmes pour les trois espaces urbains et peuvent se diviser en trois temps distincts.

– La première des mesures prises par les corps de ville, dont il ne faut pas négliger la supervision par des officiers royaux de justice (le bailli ou ses lieutenants), s'attache d'abord à limiter la circulation de pestiférés et malades provenant de l'extérieur. Des gardes renforcées sont alors mises en place aux principales portes de la ville pour empêcher toute entrée. C'est une politique de cloisonnement, qui détourne les populations vagabondes, potentielles porteuses de maladie, et qui se déplacent en nombre sur les routes de Touraine. Dans une supplique des Lochois adressée au roi en juillet 1547, suivie d'une réponse de l'administration datée de novembre, il est précisé que Loches se trouve sur l'un des plus grands chemins de la châtellenie, voyant le passage de *“marchants et aultres gens de tous estats, voitures, marchandises en charroix sur chevaux et allans à pied et a cheval de ladite ville de Loches à Bourges et Lyon pour le fait de leur négociations”*³². Cet exemple souligne que la ville, malgré sa petite démographie, se trouve être, comme Amboise et Chinon, un point de passage stratégique au sein du territoire de Touraine autour de laquelle gravitent des populations mouvantes. L'interdiction de la foire d'Amboise de décembre 1581, permettant d'éviter les flux de personnes en provenance des régions alentours, est une autre illustration de l'attractivité commerciale de ces espaces urbains. Le cas amboisien offre à ce titre une riche documentation concernant la mise en application des mesures de cloisonnement lors des périodes de peste déclarées. Il est ainsi consigné dans une délibération de juin 1581 qu'un ordre doit être donné *“pour evicter que les estrangers et personnes n'entrent en ceste ville afin d'éviter les malladies de peste”*³³, le procès-verbal de la semaine suivante précisant les dispositions prises, à savoir qu'il faut *“un homme pour détourner les pauvres passant en ceste ville”*. Enfin, un mois plus tard, des spécifications sont inscrites présentant les modalités de limitation de circulation : *“prendre garde que les allés et venant ne soit de Tours, Bloys, ou autre lieux où se trouve la maladie de peste”*³⁴. Ces trois extraits éclairent ainsi les conditions de contrôle mises en place par le pouvoir municipal amboisien, se traduisant par le cloisonnement de l'espace

³² ADIL, E DEPOT 132 / DD 10.

³³ ACA, BB 8, fol. 160.

³⁴ ACA, BB 8, fol. 161.

urbain, mais également des logiques de circulation de l'information entre villes d'une même province³⁵. Ayant pris connaissance de cas de peste à Tours et Blois, le corps de ville repousse les populations qui en proviennent, et ce par le moyen de gardes armés, de barrages aux principales portes et d'infrastructures défensives telles que des ponts-levis.

– En synchronie avec ce temps de clôture et de contrôle de l'espace urbain, faisant de la ville un îlot fermé au reste du territoire, les pouvoirs municipaux s'attachent à ordonner la vie au sein des murailles. Cela se traduit par l'isolement des malades qui sont dirigés vers les lieux dédiés à cet effet que sont les maladreries et sanitats. Là encore, la circulation de l'information est essentielle pour permettre aux conseils de ville de prendre les justes dispositions lorsque se déclarent des cas de maladie. Les documents amboisiens et chinonais consignent des épisodes particulièrement instructifs à ce sujet. En mai 1555, les échevins d'Amboise sont informés par le vicaire de l'église Saint-Denis d'Amboise, l'une des paroisses principales de la ville, que, depuis six semaines, plusieurs habitants sont morts de maladie. Le procès-verbal du vicaire précise que les malades se trouvent au faubourg Saint-François et qu'ils logent dans une maison ayant pour enseigne une salamandre. Le pouvoir municipal décide en conséquence de faire rassembler les habitants de la ville et des faubourgs pour les informer de la situation. Tout individu ayant récemment fréquenté la maison à la salamandre ne peut retourner dans son foyer et doit s'isoler jusqu'à nouvel ordre³⁶. Les registres de délibérations consignent ainsi des témoignages épars de la rumeur, ou "*bruit*" selon le vocable de cette période, une donnée orale essentielle à la société urbaine en période de peste puisque porteuse d'informations. Plus encore, ils révèlent les dispositifs d'ordonnement et de gestion qui en découlent : "*A esté ordonné q(u'il) s(er)a enjoinct à ceulx qui s(er)ont trouvez en danger de lad(ite) malladie, eulx vuider leurs maisons et eulx retirer si bon leurs semble en la maison de la leprerie dud(it) Amboise*"³⁷. À Chinon, ce sont les élus, dont la tâche est de recueillir les requêtes et remontrances des habitants, qui informent en juillet 1589 le conseil de ville de la contamination de plusieurs maisons où ont été retrouvés "*sept ou huict corps morts de ladite maladie*"³⁸. Les échevins s'appuient alors sur un règlement produit en 1585, lors d'une vague de peste précédente. Parmi les dix articles publiés aux carrefours de la ville, l'un porte sur la visite des logis du sanitat pour s'assurer de leur bon état, quatre concernent les devoirs des praticiens et leurs commis de

³⁵ Notons qu'un système inverse est perceptible dans une délibération lochoise du 27 mars 1567. Dans un souci d'obtenir des exemptions fiscales, les échevins prennent la décision d'informer le roi et le gouverneur de Touraine de la présence de la maladie dans la ville : "*est encores plus urgente et necesaire d'en advertir le roy et mondit sir le duc de Montpensier c'est que au commencement du mois de mars, le danger de peste a ja commencé es fousbourgs de ceste ville*". ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 62 v^o.

³⁶ ACA, BB 6, fol. 59 v^o.

³⁷ ACA, BB 6, fol. 33.

³⁸ AMC, BB 2, fol. 111.

visiter périodiquement les malades, de déplacer les dépouilles et de cadenasser les maisons infectées, enfin, un dernier ordonne aux habitants ayant connaissance de cas de maladie d'en prévenir immédiatement les autorités urbaines sous peine de châtimens. Le règlement mobilise ainsi les acteurs ayant une charge dans la gestion des malades (maîtres barbiers et chirurgiens, secondés par les commis et députés), les structures d'isolement (sanitat, maladrerie, léproserie), mais aussi les modalités de contrôle et de surveillance de l'espace urbain par la maîtrise des informations qui circulent. Bien que seuls les documents chinonais gardent la trace d'un protocole organisant la vie urbaine en période d'épidémie, nous formulons l'hypothèse que des ordonnances similaires étaient en usage à Amboise, vu la proximité des mesures prises durant toute la seconde moitié du 16^e siècle, et à Loches où des mesures similaires sont consignées et précisées comme étant publiées³⁹.

– Le troisième et dernier temps propre au gouvernement urbain en période de peste se traduit par un ensemble de mesures visant à nettoyer la ville. Comme dans les autres espaces urbains du royaume, et notamment dans le cas bien documenté de Lyon⁴⁰, il s'agit pour les pouvoirs municipaux de purifier et de retrouver un état sanitaire antérieur à l'arrivée de la maladie. Dans les trois corpus documentaires, ces mesures sont similaires et se présentent sous la forme de listes normatives imposées aux habitants, se plaçant le plus souvent dans la continuité des règlements évoqués ci-dessus. C'est à Chinon en août 1589 que cette police de ville est la plus clairement consignée. Parmi les principales mesures se trouve l'interdiction aux habitants de laisser des "*immondices*"⁴¹ dans les rues et aux taverniers de vendre des marchandises ; l'instauration d'une "*politique de deffence*" à l'encontre des revendeurs de "*poissons salles, oignons et autres fruictz*", lesquels doivent désormais vendre à l'extérieur de la ville, mais aussi à l'égard des bouchers qui ne peuvent plus saigner les animaux dans l'enceinte urbaine, ni jeter les tripes et carcasses dans les rues ; enfin, l'obligation pour tous les Chinonais d'allumer de grands feux tous les soirs pour purifier l'air. Des mesures similaires sont inscrites en juillet 1565 à Loches, auxquelles s'ajoute l'ordre de vider sous huit jours les fumiers qui se trouvent dans l'enceinte de la ville, de sortir les porcs habituellement nourris dans l'enceinte urbaine et de ne plus jeter d'immondices sous les deux principaux ponts, le tout sous peine d'amende. Dans les trois espaces urbains, la mise en application de cette police repose sur le rôle des sergents nommés par le conseil de ville et payés sur les deniers communs. Outre leur participation attestée dans le nettoyage des villes, portes et

³⁹ Voir par exemple les mesures et interdictions inscrites durant le mois de juillet 1566 où, entre autres, les malades ne peuvent "*aller ou vaquer par ceste ville et fousbourgs*". ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 57. Concernant l'affichage des ordonnances au sein de la ville, le règlement de juillet 1565 précise un délai d'application "*dedant huict jours après la publication*". ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 35.

⁴⁰ FLOURY-BUCHALIN, Cécile – "Assainir et protéger le corps de la ville", pp. 29-58.

⁴¹ Synonyme d'ordures, de débris, de détritus, tant matériels qu'organiques. Le terme se retrouve dans de nombreuses villes du royaume de France à la même période, et notamment à Lyon.

ponts, ces représentants du pouvoir municipal ont vocation à contrôler la bonne mise en œuvre du règlement tout en ayant le droit, par délégation, de dispenser des peines pécuniaires. À Amboise, ce contrôle devient surveillance par l'instauration d'un système de rapports journaliers, tenus par les sergents, et destinés au conseil de ville⁴². Dans cette même ville, les politiques d'assainissement des rues et ruelles, propres aux périodes de danger de peste, sont synonymes de pavage, entrepris tant par le pouvoir municipal que par les habitants devant leurs maisons. Dans une perspective plus générale, nous avons vu que le nettoyage des logis et des linges est l'une des tâches principales des députés chargés de seconder les maîtres-praticiens, tâche qui est reprise par l'ensemble des habitants à l'échelle de la ville. Enfin, c'est essentiel, les politiques sanitaires des trois villes se concentrent également sur la gestion des corps et des cimetières. Dans le cas chinonais, l'existence d'un pont permet d'agencer le sanitat et un lieu de sépulture, déjà proches l'un de l'autre. À Amboise, l'afflux de dépouilles dû à la maladie implique de manière périodique le réaménagement des cimetières répartis autour de l'espace urbain. C'est ainsi qu'en avril 1563, une "*place vague*" située dans un grand jardin à l'extérieur de la ville remplace temporairement les cimetières afin d'éviter que les corps ne stagnent dans l'enceinte urbaine⁴³. Le vocable de "*fousse*" est utilisé à Loches pour qualifier les trous creusés par les commis⁴⁴. Précisons cependant que les documents attestent d'une hiérarchisation des dépouilles dans l'action d'inhumer et que ces fosses ne concernent que les défunts reconnus comme riche d'au moins 50 sols chacun⁴⁵ – le reste du procès-verbal n'étant pas assez précis pour déterminer le sort de ceux qualifiés de pauvres.

Cette politique sanitaire vient ainsi clore ce que nous avons identifié comme un cycle en trois temps, une valse administrative et organisationnelle resurgissant à chaque nouvelle période de peste et venant contraindre la société urbaine. Le plus souvent sur demandes royales, les ordonnances et règlements relatifs aux contextes épidémiques, inscrits dans les registres de délibérations, révèlent un besoin de contrôle de la part des pouvoirs municipaux autant qu'une proximité avec les mesures prises dans les autres petites et grandes villes du royaume⁴⁶. Contrôle des flux de circulation, contrôle des hommes et de leurs actes, contrôle de la salubrité de l'espace urbain, des sols, des eaux, et même de l'air. En raison de la nature des documents, les procès-verbaux consignés mettent en valeur la police de ville et les

⁴² ACA, BB 7, fol. 91.

⁴³ ACA, BB 6, fol. 380.

⁴⁴ KACKI, Sacha; TZORTZIS, Stéfan, CASTEX, Dominique; SIGNOLI, Michel — "Prévention, pratiques médicales et gestion sanitaire", pp. 119-133.

⁴⁵ ADIL, E DEPOT 132 / BB 4, fol. 58 v°.

⁴⁶ FLOURY-BUCHALIN, Cécile — "Assainir et protéger le corps de la ville", pp. 29-58. Voir également : GIRAUDET, Christophe — "Le milieu médical à Decize à la fin du Moyen Âge". *Annales de Bourgogne*, t. 72 (2000), pp. 237-264.

diverses politiques de santé et d'hygiène, dans la mesure où elles monopolisent temporairement les dépenses du receveur des deniers communs. Grande absente de notre analyse, la question des religieux (confréries, ordres religieux, monastères urbains) et de leur rôle durant les épidémies est à considérer. À Tours comme à Poitiers, villes de près de 15 000 habitants, se dénombre plus d'une dizaine d'aumôneries réparties dans l'enceinte urbaine à la fin du Moyen Âge⁴⁷. Outre les rares traces de prières pour les malades ou de circulation de l'information, leur collaboration avec les praticiens dans nos petites unités urbaines, tant pour accueillir que soigner, reste insaisissable. Dans une même perspective, il faut souligner la discrétion, voire l'absence, de médecins. Plusieurs études sur les villes de Bourgogne, du Nivernais ou de la région montpelliéraine attestent dès le 15^e siècle de praticiens formés dans les universités des capitales régionales qui officient par la suite dans des petits espaces urbains, leurs salaires étant prélevés sur les deniers communs⁴⁸. Citons l'exemple de Decize⁴⁹. Ce manque est à interroger pour le cas de nos villes de Touraine au temps des guerres de Religion, tout particulièrement au regard des médecins de cour qui y résidaient en même temps que la couronne au tournant du 16^e siècle. À Amboise, l'exemple de maître Mathurin Moreau suggère qu'un ou des médecins officient dans l'enceinte urbaine, mais que durant les temps d'épidémies, ils n'interfèrent pas dans les mesures et réglementations promues par le corps de ville.

En conclusion, il ressort de la lecture des registres de délibérations, jointe aux comptabilités, une même logique de préservation de la chose publique. Elle se met en application dans le cloisonnement de la ville (quarantaine urbaine), dans l'ordonnancement des valides et l'isolement des malades (quarantaine de la société urbaine), et dans l'assainissement de l'espace *intra muros*. De ces règlements, ordonnances et protocoles, nous retenons surtout l'intérêt des pouvoirs municipaux pour la communauté urbaine. Au même titre qu'il faut des ponts pour maîtriser le territoire environnant, il faut des lieux pour recevoir et contenir les pestiférés. Investir dans l'agrandissement du sanitat, comme payer des prêcheurs, c'est agir pour défendre et préserver la chose publique. Aux yeux de l'historien, les temps d'épidémies, tout comme les temps de guerre et de présence de la soldatesque, cristallisent ainsi les enjeux même du gouvernement urbain au 16^e siècle.

⁴⁷ MOULINIER, Laurence – “Les médecins dans le Centre-Ouest”, pp. 405-429; VONS, Jacqueline – “Les lieux de soins à Tours”, pp. 357-366.

⁴⁸ DUMAS, Geneviève – *Santé et société à Montpellier*, 2014. Voir également: WOLFF, Philippe – “Recherches sur les médecins de Toulouse aux XIV^e et XV^e siècles” In WOLFF, Philippe – *Regards sur le Midi médiéval*. Toulouse: Privat, 1978, pp. 125-142.

⁴⁹ GIRAUDET, Christophe – “Le milieu médical à Decize”, pp. 237-264.

Tempos de epidemia em oitocentos: as instituições sanitárias e políticas de higiene nas cidades de Braga e Guimarães

Sílvia Pinto¹

Resumo

Na centúria oitocentista, em Portugal, à semelhança do que sucedeu noutros países europeus, houve mudanças significativas no modo como o poder político encarava a doença. As reformas levadas a cabo em diversas áreas, incluindo na da sanidade, e o movimento higienista tiveram efeitos positivos no domínio da saúde pública, em particular no combate às pestilências e, conseqüentemente, na redução do número de infeções e de óbitos.

O nosso estudo incide, essencialmente, sobre as medidas específicas tomadas nas cidades de Braga e de Guimarães com o propósito de controlar e combater as epidemias que surgiram ao longo do século XIX, bem como identificar e analisar a atuação das instituições que intervieram na sua conceção e implementação.

Para a realização do nosso trabalho, procedemos à recolha e análise das deliberações tomadas pelas autoridades sanitárias e administrativas das duas cidades, tomando ainda em consideração a atuação de outras instituições, designadamente das comissões de socorros. A par de outros recursos documentais, os jornais publicados na época são uma importante fonte de informação sobre as matérias em apreço.

Palavras-chave

Epidemias; instituições sanitárias; imprensa; Braga; Guimarães.

¹ Universidade do Minho.

Epidemic times in XIX century: health institutions and higienic policies in the cities of Braga and Guimarães

Abstract

In the nineteenth century, in Portugal, how happened in other European countries, there were significant changes in the way of political power faced the disease. The reforms carried out in several areas, including health, and the hygienist movement had positive effects in the field of public health, in particular in the fight against pestilence and, consequently, in reduction the number of infections and deaths.

Our study focuses, essentially, on specific measures in the cities of Braga and Guimarães with the purpose of controlling and combating epidemics that arose throughout the nineteenth century, as well as analyzing the performance of the institutions that intervened in their creation and implementation.

To carry out the work, we will proceed with the request and analysis of the deliberations of the health and administrative authorities of both cities, also having attention to the actions of other institutions, namely the relief commissions. In this sense, in addition to other documentary sources, the newspapers published at that historic period will be an important source of information on the study theme in question.

Keywords

Epidemics; health institutions; press; Braga; Guimarães.

Introdução

O século XIX é considerado, por muitos autores, como o século das epidemias e, por isso, importa perceber quais os fatores que motivaram a disseminação de cada um dos surtos epidémicos ocorridos. Entre outros, podemos referir a revolução industrial, o crescimento desordenado das cidades, bem como a revolução dos transportes, que veio facilitar o movimento de pessoas, mercadorias e também de doenças. Podem, ainda, ser apontadas como causas da sua propagação as peregrinações religiosas e a política de expansão colonial seguida pelos países europeus. Além das já conhecidas de outros períodos históricos, a centúria de oitocentos foi marcada pelo aparecimento de novas epidemias².

A chegada de novas enfermidades à Europa, como foi o caso da cólera, alterou de forma significativa a maneira como o poder político encarava as doenças contagiosas. Portugal não foi exceção e, como resultado, as entidades administrativas e sanitárias do país organizaram um conjunto de reformas sociais e promoveram mudanças na área da saúde pública. A limpeza de praças, ruas e mercados, a criação de estruturas de saneamento e o fornecimento de água potável eram consideradas medidas prioritárias. Além destas, também a consciencialização da população, em particular dos estratos sociais mais necessitados, para a necessidade de adotar hábitos de higiene pessoal e de cuidar a alimentação, foi considerada fundamental para prevenir e combater as epidemias.

Os comportamentos da gente mais pobre eram usados como explicação para a ocorrência de surtos epidémicos, o que justificava a importância dada à higiene privada, divulgada diversas vezes pela imprensa do século XIX. O jornal “O Comércio de Guimarães”, aquando do flagelo da peste bubónica, denunciava a falta de higiene da população do Norte do país e, para corrigir essa situação, alertava para a necessidade da educação social. Recomendava que se “Ensine o povo a amar a limpeza, a boa e sã limpeza, que revigora e dá ao corpo, como às habitações, um aspeto de frescura e beleza”, pois, só assim, a população seria capaz de “resistir às invasões de pestes mortíferas”³. Numa fase em que a medicina estava longe de acompanhar a velocidade com que as epidemias do século XIX atingiam as populações, as medidas tomadas para salvaguardar a higiene pública constituíram um recurso para evitar o aparecimento e a propagação desses males.

² Entre elas estariam a cólera, febre-amarela, tifo, gripe, varíola, sarampo, peste, tuberculose e febre-tifoide. Estas doenças flagelaram particularmente o país, essencialmente nas décadas de 30, 50, 80 e 90 devido ao desenvolvimento em simultâneo, de várias epidemias, no mesmo período. Consulte-se ESTEVES, Alexandra – “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas”. In HERNADEZ Borge, Julio; GONZALEZ Lopo, Domingo (ed.) – *Antiguos e nuevos desafios*. Santiago de Compostela: Alvarellos Editora, 2017, p. 186.

³ Hemeroteca da Sociedade Martins Sarmento (doravante HSMS), “A Nossa Educação”. *O Comércio de Guimarães*, ano XVI, nº1414 (25 de agosto de 1899), p. 1.

O nosso trabalho trata das medidas sanitárias implementadas pelas autoridades administrativas de Braga e Guimarães, cidades situadas na região do Minho, no norte de Portugal. João de Meira descreve-a como uma região maldita, “onde se representam tragédias”, visíveis na pobreza da população e na insalubridade dos espaços públicos e privados, fatores favoráveis ao aparecimento de doenças e epidemias⁴.

Alberto Sampaio, escritor vimaranense, partilha esta ideia num estudo elaborado em 1885 sobre a economia rural do Minho, afirmando que, em geral, a população era “desleixada na limpeza e no vestuário, sobretudo quando trabalhava”⁵. A indumentária do dia-a-dia, habitualmente suja e remendada, que não protegia os corpos do frio nem da chuva, fazia parte do cenário feito de miséria. A maioria dos habitantes vivia da agricultura, auferia salários baixos e as suas condições de vida eram muito precárias. A falta de higiene era visível nas casas, que, de facto, não primavam pelo asseio nem pelo conforto. Nas palavras de Alberto Sampaio, “as habitações são commumente pobres, sem aceio e carecem de conforto necessário a uma vida remediada”. Para o minhoto, a casa funcionava como um prolongamento da área de trabalho, com divisões que desempenhavam essa função, sendo ainda, por vezes, partilhada com animais. Além do mais, a sua alimentação era pobre, à base de pão de milho, peixe salgado e caldo. A carne rareava na mesa⁶. A ausência de cálcio e de vitaminas tornava os corpos mais vulneráveis e mais expostos ao aparecimento de todo o tipo de moléstias⁷.

O objetivo central da nossa investigação consiste em analisar a forma como as instituições administrativas e sanitárias das cidades de Braga e Guimarães geriram os surtos epidémicos que ocorreram ao longo do século XIX, dando particular relevo às medidas de higiene então adotadas, à intervenção dos hospitais e às formas de prestação de assistência aos mais necessitados. Para o nosso estudo, importa, ainda, evidenciar as mutações e as permanências das normas implementadas pelas duas cidades. A imprensa local e as atas de vereação das respetivas câmaras municipais

⁴ MEYRA, João Monteiro de – *O concelho de Guimarães* (Estudo de demografia e nosografia). Porto: Typografia a vapor da empresa Gudes, 1907. Dissertação inaugural apresentada à Escola Medico-Cirurgica do Porto, p. 128. O autor opõe-se ao que Ramalho Ortigão referiu na obra *As Farpas*, sobre a quase inexistência de moléstias – “cinco ou seis doenças tradicionais” –, afirmando que no Minho se morria de velhice, “no Minho morre-se de fome, morre-se de trabalho, morre-se de pouco resguardo contra as intempéries do clima. pp.128-129.

⁵ SAMPAIO, Alberto – “Estudos de economia rural do Minho. A terra, os homens, e a administração pública”. *Revista de Guimarães* 2 (4), out-dez (1885), p. 223.

⁶ Sobre a pobreza nutricional das refeições dos mais pobres leia-se ESTEVES, Alexandra – “A alimentação nas cadeias do Alto Minho no século XIX”. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; ESTEVES, Alexandra (coord.) – *Hábitos alimentares e práticas quotidianas nas instituições portuguesas. Da Idade Moderna ao período liberal*. Braga: Lab2Pt, 2015, p.114.

⁷ ESTEVES, Alexandra; PINTO, Sílvia – “Quando a morte espreita: as epidemias no Minho entre o século XIX e as primeiras décadas do século XX”. *Revista M. Estudo sobre mortos a morte e o morrer*, vol.6. nº11 (2021), p.131. Leia-se MEYRA, João Monteiro de – *O concelho de Guimarães*, p. 126: “No concelho de Guimarães, como para todo o Minho não se come carne. (...) Na aldeia come-se caldo, o tradicional cozimento da carne gallega com raros feijões baiando, em parco fio d’azeite (...)”.

serão as principais fontes de estudo, além da bibliografia médica produzida na época, incluindo teses e relatórios clínicos.

Ao longo do século XIX, as autoridades médicas e administrativas passaram a encarar a saúde da população como um valor, que se traduzia no direito de salvar a integridade humana. Este direito foi reconhecido pela legislação nacional e internacional, traduzido na criação de mais condições para o desenvolvimento médico e científico⁸. As grandes reformas da saúde no Portugal oitocentista foram levadas a cabo por Passos Manuel. Defendia que, sem descuidar a cura, a prioridade era a prevenção de doenças. Em 1837, é aprovado um novo regulamento de saúde pública e criado um Conselho de Saúde Pública, relativamente autónomo do poder político. No entanto, as mudanças foram de curta duração, sendo reformuladas em 1844, no governo de Costa Cabral, que criou órgãos para a inspeção das condições de higiene nos distritos, concelhos e paróquias. Mais tarde, em 1868, foi extinto o Conselho de Saúde Pública, dando lugar à Junta Consultiva de Saúde Pública, que abrangia diversas áreas, desde o controlo de surtos epidémicos à inspeção de condições de higiene em estabelecimentos públicos, como hospitais, cadeias e indústrias⁹.

De facto, a reforma 1868 considerou a saúde pública como assunto de elevada importância, que não podia ficar entregue apenas a médicos. Assim, a Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, que representava o poder central e as suas extensões locais (governos civis, administrações de concelho e regedores das freguesias) ficou novamente responsável pelas funções deliberativas e executivas de matérias relacionadas com a saúde pública e higiene social. Esta reforma colocou, portanto, nas mãos das autoridades administrativas competências no âmbito da saúde. A comunidade médica assume, novamente, responsabilidades nesse campo só com a chegada do século XX¹⁰.

É também durante o século XIX que se desenvolvem trabalhos noutras áreas ligadas à saúde, como a epidemiologia. São exemplo os estudos de John Snow, epidemiologista, que mostram a associação entre a falta de condições de higiene pública e privada e o aparecimento de doenças contagiosas. Refere, por exemplo o contágio da cólera através de águas contaminadas e não através da inalação de miasmas¹¹. São,

⁸ ALVES, Jorge Fernandes; CARNEIRO, Marinha – “Saúde Pública e política do “Código Sanitário ao Regulamento geral de 1901”. *Cultura, Espaço e Memória*, nº 5 (2018), p. 30.

⁹ Veja-se PITA, André – *A cólera em Lisboa (1833.1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermidades auxiliares*. Lisboa: Universidade Nova, 2017. Dissertação de mestrado, pp. 36-38.

¹⁰ ESTEVES, Alexandra – “A ação do Estado na prevenção e no combate às epidemias do século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo”. In ESTEVES, A. et all. (coord.) – *Políticas sociais em perspetiva: estudos em debate*. Braga: Lab2PT, 2017, p. 151. Sobre o assunto leia-se ainda COSME, João – “As preocupações higio-sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do século XX). *Revista da Faculdade de Letras III série*, vol.7 (2006), pp. 181-195.

¹¹ ALMEIDA, Maria Antónia Pires de – “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, v.18, n.4, out.-dez (2011), p. 1069.

igualmente, de assinalar as descobertas de Robert Koch e Louis Pasteur referentes aos bacilos de doenças epidémicas, como a cólera e a tuberculose, ou até do uso da vacina como meio de prevenção desses males¹².

Em Portugal, os progressos na área da saúde fizeram-se notar também através da criação de unidades hospitalares especializadas no tratamento de determinadas patologias e de instituições viradas para a assistência social. O pânico causado pelas epidemias levou ainda ao aparecimento de charlatães, que se aproveitavam da ingenuidade e da ignorância das pessoas, principalmente das que viviam em zonas rurais, tentando impingir soluções de cura, como elixires e bálsamos à base de ópio, e mezinhas preparadas à base de ervas¹³. Os surtos epidémicos eram vistos por muita gente como um castigo divino, pelo que se invocava a misericórdia divina para evitar ou mitigar os males que podiam trazer¹⁴. Por outro lado, apesar dos avanços conseguidos, notava-se ainda uma elevada resistência das populações aos tratamentos médicos e ao internamento hospitalar, o que dificultava o tratamento das doenças epidémicas e o combate à sua propagação.

Epidemias em oitocentos: instituições e medidas sanitárias em Braga e Guimarães

Para esclarecer a natureza e o alcance das medidas tomadas para enfrentar os vários surtos epidémicos faremos referência, ainda que de modo bastante sucinto, a doenças que ocorreram no século XIX.

Depois de ter deixado o nicho indiano, por volta de 1817, a cólera acabou por chegar a Portugal em 1832. Atingiu várias vezes o país, ao longo do século XIX, afetando de modo diferenciado as diversas regiões e espalhando o medo pela população. Sendo desconhecidas as causas da doença e dada a inexistência de meios eficazes

¹² No final do século XIX e inícios da centúria de XX, quando diversas doenças epidémicas dizimavam a população da Europa, destacaram-se os estudos realizados por Pasteur e Koch num dos ramos da medicina – a bacteriologia. Pausteur, microbiologista francês, é considerado o fundador da imunoterapia, como confirmam os trabalhos que desenvolveu sobre a imunização das galinhas contra a cólera, a vacinação preventiva das ovelhas contra o carbúnculo e o tratamento profilático da raiva. Intimamente ligados à obra de Pasteur estão os estudos de Robert Koch, médico bacteriologista alemão, baseados na invenção de diferentes medidas profiláticas e introdução dos primeiros ensaios terapêuticos, entre os quais a descoberta da tuberculina em 1891. Estes estudos levaram-no à descoberta de novos agentes patogénicos e à epidemiologia das doenças infecciosas no homem, entre as quais a cólera, a febre tifoide e a tuberculose. Leia-se FERRAZ, Amélia Ricon – “Ricardo De Almeida Jorge. Médico e Humanista Portuense. Higienista Intemporal”. *Arquivos de Medicina* 22(2/3), (2008), p. 92-93.

¹³ Veja-se CASCÃO, Rui – “O crescimento demográfico – ritmos e factores”. In MATTOSO, José – *A história de Portugal – o Liberalismo (1807-1890)*. Vol.V. Lisboa: Editorial Estampa, 1998, p. 373.

¹⁴ Na notícia publicada pelo jornal vimaranense “Religião e Pátria” pode-se ler “Levantemos aos céus as nossas vozes, mas levantemo-las com fervor, fé e piedade. (...) Seja a contrição de nossas culpas e a humildade de nossas preces, a prevenção por nós tomada, para que Misericórdia Divina se apiade de nós, afastando para longe, o devastador flagello que nos ameaça”. In HSMS, “O cholera”. *Religião e Pátria*, nº 32, (26 de agosto de 1865), p. 1.

para a combater, as autoridades apostaram, sobretudo, na via higienista, tendo em vista a melhoria das condições de salubridade nos espaços públicos.

O *Relatório da epidemia da Cholera Morbus em Portugal 1855 e 1856* refere que o primeiro surto de cólera não afetou o distrito de Braga. No entanto, nos manuscritos do escritor vimaranense João Lopes de Faria são mencionados casos de cólera em Guimarães, em 1833¹⁵. Aquando do primeiro surto epidémico, as autoridades procuraram levar a população a adotar hábitos de higiene pública e privada, houve fiscalização dos locais de venda de produtos, foi reforçada a limpeza dos espaços públicos e até foram estabelecidas regras para funerais. A questão do enterramento dos mortos terá sido discutida em reunião da Câmara Municipal de Guimarães, tendo sido reconhecida a necessidade da construção de um cemitério afastado do núcleo habitacional, pois acreditava-se que as epidemias, como a cólera, poderiam ser propagadas através da inalação de gases pestilentos provenientes de cadáveres infetados pela doença¹⁶. Outras diligências foram discutidas, incluindo a construção de uma cadeia limpa e arejada, que respeitasse as regras de higiene, para se evitar que a doença se espalhasse¹⁷.

As medidas de cariz sanitário foram adaptadas às particularidades dos surtos posteriores, que ocorreram nas décadas de 50, 60 e 80 do século XIX. Aquando da segunda vaga de cólera, na década de 50, foi constituída uma comissão de socorros para auxiliar os coléricos, ficando encarregada de promover as medidas sanitárias julgadas oportunas, e foi ponderada a criação de um hospital para os tratar¹⁸. Para debater esta hipótese, foram efetuadas reuniões com representantes de várias instituições locais, como a Santa Casa da Misericórdia e a Ordem Terceira de São Domingos¹⁹.

¹⁵ A mesma ideia é defendida por Luís de Pina, médico vimaranense, que, na sua tese, dá conta que nos anos de 1832 e 1833, a cólera, por ele designada de “febres malignas”, invadiu o Hospital de S. Francisco, na época assistido por padres, tendo vitimado alguns deles. Veja-se PINA, Luís – *Vimaranes. Materiais para a história da Medicina Portuguesa*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1929, Tese de Candidatura ao grau de Doutor, p. 291.

¹⁶ Sobre os métodos de limpeza e purificação do ar veja-se a descrição de FARIA, João Lopes de – *Efemérides Vimaranenses*. Sociedade Martins Sarmento, vol. II, 12 maio de 1833, fol.138. Descreve-se a entrada de um grande número de carros com pinhas, ramos de loureiro e alecrim, a pedido dos juiz almotacés. As ervas aromáticas foram distribuídas pela população vimaranense para que fizessem fogueiras durante a noite, à porta das casas.

¹⁷ Arquivo Municipal Alfredo Pimenta (doravante AMAP), *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1834-1836, sessão de 13 de dezembro de 1834, fol.88.

¹⁸ O hospital para coléricos foi instalado na Casa dos Coutos, localizado no Largo da Misericórdia. Tanto filantropos como entidades públicas, como a Santa Casa da Misericórdia, a Ordem Terceira de S. Francisco e a Ordem Terceira de S. Domingos, não perderam tempo em contribuir para a compra de lençóis e remédios, entre outros produtos. Assim, em seis dias, foi montado o projetado hospital, que começou a receber doentes em julho de 1855 e continuou até novembro do mesmo ano, quando a epidemia desvaneceu. Veja-se CALDAS, António Ferreira – “Hospitais”. In CALDAS, António Ferreira – *Guimarães. Apartamentos para a sua história*. 2ª edição. Guimarães: CMG/SMS, pt.2, 1996, p. 8.

¹⁹ AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 27 de junho de 1855, fol. 154.

O período entre os meses de julho e setembro de 1855 constituiu uma das piores fases da cólera em Guimarães, sendo mesmo classificado numa das reuniões da Câmara Municipal como “de muita gravidade devido flagelo da *cholera morbus* que desgraçadamente se achava nesta cidade”²⁰. Na altura, o Administrador do Concelho e o Provedor da Santa Casa da Misericórdia insistiram na necessidade de construir um novo cemitério, uma vez que os existentes eram insuficientes para o número de vítimas da doença²¹. Foram novamente discutidas providências, incluídas no Código de Posturas, relacionadas com a limpeza da cidade, que previam, por exemplo, a proibição de estrumeiras, a presença de porcos em casa e a lavagem e caiação das habitações pelo menos três vezes no ano. Previa-se, ainda, a inspeção de locais de venda de produtos alimentares, como açougues, padarias e peixarias, bem como a proibição de despejos de água pela janela, prática ainda frequente. Estas medidas, vistas como essenciais para a salvaguarda da higiene pública, tinham carácter obrigatório e quem não cumprisse sujeitava-se ao pagamento de multas²².

É de realçar a ação educativa da imprensa local através da constante publicação de notícias sobre a prevenção e o tratamento da doença. No caso de Braga, a população era sensibilizada para a importância dos cuidados de higiene e apelava-se às autoridades administrativas para que garantissem a limpeza dos espaços públicos. Em junho de 1855, o jornal “O Bracarense” dava conta da necessidade de criação de um hospital para coléricos, pois o Hospital de S. Marcos, além de se encontrar sobrelotado, não tinha recursos necessários para o tratamento da enfermidade, bem como da constituição de uma comissão de socorros para ajudar os mais pobres, até porque havia maior probabilidade da propagação da doença em locais onde houvesse pobreza e falta de higiene²³. No mês seguinte, o “Pharol do Minho” anunciava que o estado sanitário da cidade “não é assim tão mau como se tem querido pintar”, relatava os esforços da Santa Casa da Misericórdia e das autoridades administrativas e de saúde tendo em vista a prevenção da cólera e informava que o hospital para coléricos existente na zona das Águas Ferreas estava “guarnecido de todo o necessário para a ocasião”. Noticiava, ainda, que estava assegurada a disponibilidade de macas, caso a doença grassasse com intensidade na cidade, a organização de comissões de socorros nas diferentes paróquias, para acudir as pessoas mais carecidas, bem como a concessão de autorização aos boticários para a venda de medicação a pessoas pobres, sendo

²⁰ AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1853-1856, sessão de 27 de setembro de 1855, 173v.-174 fols.

²¹ As funções do administrador do concelho consistiam, sobretudo, na fiscalização de edifícios públicos, como, por exemplo, cemitérios e outros considerados insalubres, como hospitais, cadeias e mercados, além da inspeção de zonas de venda de produtos alimentares e da gestão dos processos de vacinação. Leia-se ESTEVES, Alexandra – “A ação do Estado na prevenção e no combate às epidemias do século XIX”, p. 151.

²² PINTO, Sílvia – “Impacto das epidemias no espaço público vimaranense de oitocentos: uma visão através da imprensa vimaranense”. In ESTEVES, Alexandra (coord.) – *O Hospital dos Dois Lados do Atlântico: Instituições, Poderes e Saberes*. Braga: Lab2PT. 2021, p. 214

²³ HSMS, S/t, *O Bracarense* (22 junho de 1855), nº3, p. 1.

a despesa suportada pelo Governo Civil. Na mesma notícia, era destacado o sucesso das medidas tomadas, que teriam carácter preventivo, dada a ausência de casos de cólera na cidade de Braga²⁴.

A gripe, já conhecida das populações europeias, fez-se notar novamente nas últimas décadas da centúria oitocentista, mais precisamente entre 1889 e 1890. A pandemia de *influenza*, denominada de gripe russa, foi a última da centúria oitocentista e a primeira da era bacteriológica²⁵. Em dezembro de 1889, segundo o jornal “Commercio do Minho”, a epidemia da gripe já teria chegado a Paris, onde se procedeu ao fecho das escolas como medida preventiva. Países como Alemanha, Áustria, Suíça e Rússia estavam também referenciados, com grande número de casos de infetados com a gripe russa. A recente chegada da doença à Bélgica e a Espanha, foi também assinalada no artigo do periódico bracarense²⁶.

Em Guimarães, foi essencialmente a partir de janeiro de 1890 que a doença foi noticiada na imprensa local. A 8 de janeiro, o jornal “Religião e Pátria” dava conta da presença da enfermidade na cidade: “já cá a temos, a incommoda e aborrecida doença”. Os registos de entradas de doentes no Hospital da Santa Casa da Misericórdia da cidade corroboram essa informação²⁷. Na mesma notícia podia ainda ler-se que, apesar do carácter benigno da doença, o cuidado com os resfriados deveria ser reforçado e o tratamento assegurado, para que não “degenere em outra moléstia mais grave”²⁸. O mesmo jornal avisava que a “grippe, *influenza*”, apesar de nada ter de perigosa, era uma moléstia epidémica com transmissão mais fácil e rápida do que todas as outras epidemias²⁹.

Devido ao elevado nível de transmissibilidade, a doença, apesar de benigna, poderia evoluir para situações bem graves, devido a complicações respiratórias, sob a forma de pneumonias e bronquites, por exemplo³⁰. As medidas sanitárias, os sintomas e as formas de tratamento faziam das matérias tratadas pela imprensa. A urgência da tomada de decisões para o controlo da epidemia é notada na reunião camarária de 13 de janeiro de 1890, com a proposta de autorização para que a Comissão Municipal se

²⁴ HSMS, S/t, *Pharol do Minho*, nº 151 (26 de julho de 1855), p. 3.

²⁵ COSTA, Lígia; MERCHAN-HAMAN, Edgar – “Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização do cenário”. *Revista Pan – Amaz Saúde* 7 (1), (2016), p. 14.

²⁶ HSMS, A epidemia “influenza”. *Commercio do Minho* nº 2502, (19 de dezembro de 1889), p. 3.

²⁷ Em 1890, a epidemia de gripe ocorre em Guimarães entre os meses de janeiro e março, sendo registada a entrada de cerca de 105 doentes, sendo 47 mulheres e 58 homens. Pode ainda observar-se a existência de um pico da doença entre os meses de fevereiro e março, com o aumento do número de entradas de doentes. Mesmo assim, considera-se que a moléstia tinha carácter benigno, pois quase a totalidade dos doentes teve alta do hospital, com as indicações do estado clínico de “Cura” ou “Melhor”. Informação retirada a partir da análise dos Livro de entrada de doentes no Hospital – Homens – 1883-1890, Livro de entrada de doentes no Hospital – Mulheres – 1886-1890 e Livro da entrada de doentes – Homens – 1886-1892, do Arquivo do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães.

²⁸ HSMS, “Influenza”. *Religião e Pátria*, nº 4 (8 de janeiro de 1890), p. 2.

²⁹ HSMS, “A febre dengue”. *Religião e Pátria*, nº 3 (4 de janeiro de 1890), p.2.

³⁰ FERRERO, Sara Garcia – “La gripe de 1889-1890 en Madrid”. Universidad Complutense de Madrid: Facultad de ciencias políticas y sociología. 2018. Tese de Doutoramento, p. 25.

reunisse com várias entidades, incluindo o Provedor da Santa Casa da Misericórdia, o Administrador do Concelho, farmacêuticos e facultativos “e mais pessoas que julgueis convenientes para se acordarem medidas adoptadas para a conjuntura e tomar providências que julgam necessárias”³¹.

O quotidiano da população minhota era frequentemente abalado por outras doenças que se tornaram um problema de saúde pública, como a hidrofobia. São vários os casos de raiva relatados na imprensa das cidades de Braga e Guimarães. Por diversas vezes, é noticiada a morte de vítimas de ataques canídeos, cujos sintomas só se começam a manifestar alguns dias depois do ataque³². Devido ao elevado número de ocorrências, foi criado, em 1892, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, destinado ao tratamento antirrábico. A nível local, algumas cidades tinham um fundo monetário que era usado para o abate dos cães infetados pela raiva, como forma de prevenir e combater a doença. No entanto, as populações preparavam as suas mezinhas para curar as mordeduras de cães raivosos ou procuravam quem as soubesse. Em junho de 1890, o jornal “Religião e Pátria” noticiava que algumas vítimas da mordida de um cão hidrófobo, em Guimarães, foram a Felgueiras procurar um indivíduo que se dizia “possuir remédio para tão horrível moléstia”³³.

Na mesma linha estariam as medidas de prevenção e de saúde pública tomadas aquando do surto de peste bubónica, que flagelou a cidade do Porto entre 1899 e 1900. No decorrer da História, houve três grandes surtos de peste, que tiveram lugar nos séculos VI, XIV e XIX. O último fez-se notar em 1855 na China, e foi a partir de Hong Kong que a doença se espalhou por diferentes partes no globo, já na década de 1890³⁴. A cidade do Porto foi a primeira da Europa a ser atingida, em julho de 1899. A gestão da moléstia e a decisão sobre as regras preventivas foram lideradas por Ricardo Jorge, médico portuense dos Serviços Municipais de Saúde. Para fazer face à gravidade da enfermidade, tomou medidas que não agradaram à população portuense, devido ao incómodo e ao prejuízo que acarretavam, além de se alegar que o número de óbitos entretanto registado não justificava a sua aplicação. Mesmo assim, em agosto daquele ano, foi estabelecido um cordão sanitário, que isolava a cidade do resto do reino.

³¹ AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães, 1887-1890*, sessão de 13 de janeiro de 1890, fols.131-132v.

³² Os sintomas poderiam incluir mal-estar geral, convulsões violentas que se faziam acompanhar da perda de sono e de apetite. No “Commercio do Minho” é relatado um caso que aconteceu em França. Refere-se que “três dias depois da mordedura o doente “soltava urros medonhos e mordia todos aquelles que se aproximavam d’elle. Era tal o seu estado que os médicos tiveram que matá-lo, abrindo-lhe uma veia”. “A hidrofobia”. n.º 2549, (14 de abril de 1890), p. 2.

³³ HSMS, “Cão hidrófobo”. *Religião e Pátria*, n.º 50, (18 de junho de 1890), p. 2.

³⁴ A transmissão da doença era feita pelas pulgas dos ratos e, entre os humanos, podia haver transmissão direta pela pele, nariz e boca, um processo conhecido por Ricardo Jorge e descrito num dos seus primeiros relatórios. Veja-se ALMEIDA, Maria Antónia – “As epidemias nas notícias em Portugal: Cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918”. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 21, n.º 2, abr-jun (2014), p. 695.

Por estarem perto do principal foco de infeção de peste bubónica, as instituições administrativas e sanitárias de Braga e Guimarães não se retraíram na tomada de decisões que pudessem evitar a chegada da doença ou atenuar os estragos que poderia causar. Na imprensa periódica de Braga foi publicado um conjunto de medidas, mencionadas num edital do Governador Civil do Distrito, sobre o controlo e inspeção de pessoas e mercadorias enquanto durasse o surto epidémico no Porto³⁵. Foram ainda instituídas diversas normas, como o dever de as pessoas informarem as autoridades no caso de sintomas que indicassem peste, para facilitar o diagnóstico e o tratamento da doença; quem viesse do Porto só podia chegar a Braga pela estação de Famalicão, na qual havia um posto de desinfeção³⁶. Os passageiros que viajavam entre o Porto e Guimarães eram alvo de inspeção por um médico contratado pela Câmara Municipal de Guimarães, com o objetivo de efetuar “a inspeção sanitárias, na estação da Trofa, a todos passageiros vindos da cidade do Porto e das estações próximas”³⁷.

A preocupação com o controlo da doença ficou patente na reunião extraordinária da Câmara Municipal de Guimarães, realizada em agosto de 1899, com presença de médicos da cidade, na qual o Administrador do Concelho apresentou um conjunto de medidas preventivas, que previam o fornecimento de desinfetante aos mais pobres, a inspeção dos estábulos pelo veterinário municipal, a lavagem das ruas e limpeza de regatos e esgotos, a inspeção das águas das fontes públicas, afixando-se letreiros que assinalassem as que não tinham condições de consumo, a aquisição “d’águas necessárias para o maior abastecimento da cidade”, a escolha de um edifício para o isolamento e tratamento dos doentes, a aquisição de estufas para o serviço de desinfeção e ainda a solicitação à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto para que tornasse públicas as suas resoluções sobre o tratamento e a profilaxia da peste. As medidas anteriormente descritas poderiam mesmo fazer parte do Código de Posturas Municipais³⁸.

No final da década de 1890, não era apenas a peste bubónica que preocupava as autoridades sanitárias, pois também a tuberculose era motivo de atenção. Esta doença foi considerada como um problema social, que atingia sobretudo os mais pobres. Altamente contagiosa, provocou uma elevada mortalidade no país. A nível nacional, as principais medidas para o controlo da doença resultaram na criação, em 1899, da Liga Nacional contra a Tuberculose, da autoria de Miguel Bombarda, e ainda da

³⁵ ESTEVES, Alexandra; PINTO, Sílvia – “Quando a morte espreita: as epidemias no Minho entre o século XIX”, p. 142.

³⁶ HSMS, S/t, *Commercio do Minho*, ano XXVII, nº 3:957 (24 de agosto de 1899), p.2

³⁷ AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1899-1901, sessão de 30 de agosto de 1899, fols. 24v-25v. Contratou-se o Dr. Manuel da Silva, com remuneração de 9.000 reis, para proceder à inspeção de pessoas e mercadorias vindas do Porto, “Isto enquanto não for estabelecido o respectivo cordão sanitário.

³⁸ AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1899-1891, sessão de 21 de agosto de 1899, fols. 21v.-22v.

Assistência Nacional aos Tuberculosos, tendo como principal objetivo a criação de condições e espaços para combater doença, incluindo sanatórios e dispensários.

No mesmo ano, a Associação Médica do distrito de Braga defendia que, tal como Lisboa, Porto e Coimbra, também a cidade bracarense precisava de um sanatório para os padecentes de tuberculose pulmonar e apontava a zona da Falperra como o melhor local para a sua construção.³⁹ A urgência do pedido era justificada pelo elevado número de tísicos no distrito. Já em Guimarães, foi pedido apoio para a instalação de um posto de desinfecção que facilitasse a prestação de assistência aos portadores desta doença infecciosa. Segundo notícia publicada no jornal “Vimaranense”, a cidade estava rodeada “de excellentes altitudes” para a construção de um sanatório, “onde as auras salubres que lá se respira vao levar a vida aos pulmões dos doentes”⁴⁰.

Ainda em 1899, jornais vimaranenses davam conta da existência de doentes de varíola na cidade, sendo a maioria crianças⁴¹. A varíola era conhecida, popularmente, por bexigas e foi uma das enfermidades mais comuns no século XIX. Uma das medidas de prevenção foi a obrigatoriedade da vacinação, em vigor desde aquele ano. No entanto, a maioria dos pais, por ignorância ou medo, recusava vacinar os filhos, o que acabava por prejudicar não apenas os seus descendentes, mas também toda a sociedade.

A varíola desenvolveu-se com maior gravidade ao longo do século XX. Em várias ocasiões, a imprensa periódica de Guimarães e Braga publicaram as regras sanitárias a adotar e formas de tratamento. Outra doença infecciosa que se espalhou pelo país, fazendo até companhia à varíola, foi o tifo. Também conhecido como tabardilho ou febre das prisões, marcou presença na Europa desde o século XV. A cidade de Braga foi seriamente afetada por esta moléstia nos primeiros séculos da contemporaneidade. Em novembro de 1890, surgiam notícias de que um surto grassava no centro da cidade⁴². Sobre as medidas tomadas, é de realçar a criação de um posto de despiolhamento, que mais tarde foi transformado em hospital, designado por Hospital do Espírito Santo. Com o aumento do número de casos, considerava-se que a melhor forma de combater o tifo consistia no isolamento dos doentes em hospitais apropriados, com boa ventilação, e na desinfecção de quem com eles contactasse. Também em Guimarães a doença foi referenciada em algumas aldeias⁴³.

³⁹ HSMS, “Melhoramentos locais – Estradas e sanatórios”. *O Commercio de Guimarães*, nº 1409 (8 de agosto de 1899), p. 1.

⁴⁰ HSMS, “Contra a tuberculose”. *Vimaranense*, nº 775 (20 de junho de 1899), p. 1.

⁴¹ HSMS, “Varíola”. *O Commercio de Guimarães*, nº 442 (25 de fevereiro de 1890), p. 3.

⁴² HSMS, “Tifo em Braga”. *O Commercio de Guimarães*, nº 605 (6 de novembro de 1890), p. 3.

⁴³ HSMS, “Typhos”. *O Commercio de Guimarães*, nº 588 (8 de setembro de 1890), p. 2.

Ao longo do século XIX, outras doenças se fizeram notar, ainda que assumissem contornos endémicos, como a difteria, escarlatina e o sarampo. Em julho de 1890, a imprensa vimaranense aludia a casos de sarampo em Guimarães, embora com caráter benigno⁴⁴.

Conclusão

Apesar dos desenvolvimentos notados em áreas como a epidemiologia e a saúde pública, ao longo do século XIX, as doenças epidémicas continuaram a flagelar as populações, através da ocorrência de diversos surtos.

A chegada de novas enfermidades à Europa mudou a forma como outras doenças contagiosas eram encaradas pelas instituições políticas e de saúde. No caso particular da cólera, a resposta higienista mostrou-se fundamental para o controlo da moléstia, numa fase em que a medicina estava longe de acompanhar a velocidade com que atingia as populações. Num contexto adverso, o conceito de higiene ganhou uma nova dimensão e por isso as diligências tomadas na época foram várias vezes repetidas aquando da ocorrência de outros surtos epidémicos, como a peste bubónica, tuberculose e até o tifo.

Portugal procurava acompanhar os progressos alcançados, a nível internacional, em matéria de higienismo e saúde pública. É essencialmente a partir da segunda metade do século XIX que as autoridades de saúde nacionais começam a elaborar um conjunto de normas de proteção da salubridade como forma de preservar o bem-estar da população.

Não é despropositado afirmar que o medo provocado pelas doenças e, em particular, pela epidemia de cólera refletiu-se, de forma positiva, no plano científico, devido à procura de meios de prevenção e de tratamento, além do desenvolvimento da saúde pública e da medicina social. Medidas direcionadas para a educação e para a inculcação de hábitos de higiene privada e pública na população e a criação de infraestruturas para o combater as enfermidades estiveram na lista de prioridades das autoridades sanitárias de Braga e de Guimarães, durante a época oitocentista.

Nas cidades em estudo, a gestão das normas sanitárias era feita pelo governador civil do distrito de Braga, que as transmitia aos administradores de cada concelho. A título de exemplo, podemos referir o ofício enviado por aquele responsável ao administrador do concelho de Guimarães, a propósito da peste bubónica que grassava no Porto. Nele é recomendado aos representantes camarários a realização de uma reunião para deliberarem sobre a aquisição de desinfetante e outro material médico, bem como sobre as ações a desenvolver tendo em vista a melhoria do saneamento e

⁴⁴ HSMS, "Sarampo". *Religião e Pátria*, n.º 9 (19 de julho de 1890), p. 2.

da higiene da população vimaranense⁴⁵. Pode ainda ser mencionado como exemplo de continuidade das medidas de prevenção das doenças epidemiológicas, a formação de comissões de socorros e a instalação de hospitais em edifícios adaptados para o tratamento de doentes coléricos, em ambas as cidades, aquando do surto de cólera na década de 1850. Desta forma, é possível perceber que a gestão de doenças epidemiológicas envolvia diversas entidades, a começar pelo governador do distrito e os administradores de cada concelho, seguindo-se, nas freguesias, o regedor, que devia comunicar ao administrador do concelho casos suspeitos de doenças e os locais sem condições de higiene⁴⁶.

⁴⁵ AMAP, *Atas das reuniões da Câmara Municipal de Guimarães*, 1899-1901, sessão de 21 de agosto de 1899, fols. 21v.-22v.

⁴⁶ O mesmo é suportado por Luís de Pina, na sua tese, onde é afirmado que “A higiene pública seguia escrupulosamente as medidas tomadas noutras terras do país, no que respeita a invasão de epidemias”. Leia-se PINA, Luís – “Vimaranes. Materiais para a história da Medicina”, p. 302.

PARTE II

*As estruturas de saúde
pública: recursos, poder e
materialidade*

L'équipement hospitalier des petites villes en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. Entre tradition charitable et préoccupations de santé publique

Marie-Claude Dinet-Lecomte¹

Résumé

Grâce aux enquêtes administratives du XVIII^e siècle et à l'apport de nombreuses thèses en histoire démographique, urbaine et hospitalière, il est pertinent de s'interroger sur l'assistance et les conditions sanitaires des petites villes dans le royaume de France sous l'Ancien Régime. Après avoir précisé les seuils inférieur et supérieur (environ 1000-5000 habitants), puis l'état du réseau hospitalier, nous examinerons les types de secours à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital avant de conclure sur un relatif bon équipement sanitaire qui témoigne des débuts de la médicalisation, en dépit des disparités.

Mots clé

Hôpital; charité; médecin; chirurgien; apothicaire.

¹ Université de Picardie.

**Hospital equipment in small cities in France in the 17th and 18th centuries.
Between charitable tradition and public health concerns**

Abstract

Thanks to the administrative surveys of the 18th century and the contribution of numerous theses in demographic, urban and hospital history, it is relevant to question the assistance and the sanitary conditions of the small towns in the kingdom of France under the Ancien Régime. After having specified the lower and upper population thresholds (approximately 1000-5000 inhabitants), and the state of the hospital network, I will examine the types of relief inside and outside the hospital before concluding on a relatively good sanitary equipment which testifies to the beginnings of medicalization, despite the disparities.

Keywords

Hospital; charity; doctor; surgeon; apothecary.

Si l'histoire de nos pays accorde une place de choix aux grandes villes, capitales ou métropoles des époques moderne et contemporaine, il n'en est pas de même pour les petites cités ou les gros bourgs, souvent perçus par leurs contemporains comme des entités somnolentes, voire condamnées à un déclin irrémédiable. Beaucoup d'historiens leur ont emboîté le pas, à l'exception toutefois de certains érudits locaux qui, à des fins de patriotisme de clocher ont pu chanter à toute époque les charmes et les faits glorieux de leur petite cité!

Pourtant, un tournant historiographique mérite d'être signalé, car sans l'essor de la démographie historique dans les années 1950-1970, nous ne serions pas en mesure de nous interroger aujourd'hui sur l'assistance et les conditions sanitaires des petites villes aussi bien en France qu'en Occident! Le raccourci peut paraître audacieux; je m'en expliquerai plus loin. Retenons simplement en introduction que la révolution de l'histoire quantitative et qualitative fondée sur le traitement sériel des sources et sur le croisement de matériaux divers (registres paroissiaux, recensements, documents fiscaux, archives municipales et hospitalières, testaments, dons, correspondances...) a permis de faire irruption dans tous les milieux urbains et ruraux, d'en ouvrir les portes à tous les étages et de s'interroger sur les comportements.

C'est pourquoi, en tant qu'héritière de ce courant historique, je propose d'en chercher les prolongements dans l'examen des structures de santé diverses et inégales qu'on rencontrait dans les petites villes françaises aux XVII^e et XVIII^e siècles. Cependant, même si les enquêtes se multiplient au XVIII^e siècle, il faut savoir que les données chiffrées que les instances gouvernementales commencent à réunir restent approximatives, lacunaires par définition et par destruction de certains fonds d'archives. De plus, les mots n'ont pas le même sens qu'à notre époque. L'expression «structures de santé» est à la limite de l'anachronisme. Dans les sociétés traditionnelles ou sous l'Ancien Régime, il est préférable de parler d'institutions charitables d'assistance, de secours prodigués sur place ou à domicile, le tout étant organisé autant par un personnel religieux que laïc. Avant de voir comment il agissait, j'insisterai d'abord sur le cadre méthodologique puis sur l'état du réseau hospitalier à la veille de la Révolution française.

Comment retrouver les petites villes?

A la base de la hiérarchie urbaine, la place des petites ville n'est pas très visible. Paris avec plus de 650 000 habitants à la veille de la Révolution écrase la perspective. On ne compte alors que 8 métropoles régionales de plus de 50 000 h (Lyon, Marseille,

Rouen, Nantes, Bordeaux, Lille, Toulouse, Strasbourg)², le tissu urbain étant constitué par une majorité de villes comprises entre 2000 et 10 000 h (soit 645 cités qui concentrent la moitié de la population urbaine)³.

Du règne de Louis XIV (1643-1715) à la fin de celui de Louis XVI (1774-1792), la population totale est passée de 20 à plus de 28 millions d'habitants, la population urbaine de 3 550 000 à 5 860 000, ce qui correspond à un taux d'urbanisation de 17 à 20,5% qui repasse sous la barre des 20% durant la Révolution. Un français sur 5 est citadin: ceci prouve que le monde de la ville est minoritaire, cependant riche et attractif dont l'augmentation des effectifs résulte davantage de l'exode rural que de l'accroissement naturel. Facteur de vulnérabilité qui retentit sur la santé de la population.

La cartographie met en évidence des zones plus denses d'urbanisation du côté du Bassin parisien, la Normandie, l'Alsace, l'axe rhodanien, la vallée de la Garonne dans une moindre mesure et surtout de la Provence alors que les Alpes, le Massif central (à l'exception de la Limagne) et une grande part de la façade atlantique paraissent sous-urbanisées pour des raisons géographiques et historiques.

Compter les petites villes, estimer leur poids, les situer, c'est bien. Les définir c'est mieux. Or le seuil inférieur de classement qui distingue la petite ville du bourg et le seuil supérieur qui la sépare de la ville moyenne est approximatif. Par exemple, le critère de 2000 habitants agglomérés ne fut adopté qu'en 1846 car dans le prolongement de l'Ancien Régime, les recenseurs de la première moitié du XIX^e siècle hésitaient entre 1000 et 2000h dans la mesure où un nombre non négligeable de bourgs et de bourgades ont longtemps gardé des aspects de cités fortifiées, des sièges de petites juridictions, bref des fonctions urbaines que les contemporains savaient reconnaître. Aussi, n'est-il pas étonnant que le géographe Robert de Hesseln dans son *Dictionnaire universel de France*, paru en 1771 distingue cinq ordres de villes, le cinquième constitué d'une myriade de petites villes de quelques milliers de personnes dont les 2/3 ont moins de 2000h!

Compte tenu des réalités de terrain, on peut retenir des localités de 1000 h environ ou de 200 feux car selon le multiplicateur (4 ou 5) on obtient 800 ou 1000! En fonction du degré d'équipement et le rayonnement de ladite localité, on bascule ou non dans la dénomination de ville. C'est encore plus flou pour le seuil supérieur. Là encore le dénombrement en habitants ou en feux n'est qu'un indice parmi d'autres. Si la cote de 10 000h nous introduit dans la tranche des villes moyennes, celle

² DUPÂQUIER, Jacques – *Histoire de la population française. De la Renaissance à 1789*. T. 2, 2e éd. Paris: PUF, 1991, pp. 81-98.

³ DUPÂQUIER, Jacques – *La population française aux XVII^e et XVIII^e siècles*. 2e éd. Paris: PUF, 1993, p. 92.

de 8000h retenue par Hesseln semble plus crédible. Toutefois le choix de René Le Mée⁴ nous pousse à examiner en priorité les petites villes de moins de 5000h.

Récapitulons. La France possède vraisemblablement 500 villes environ entre 1000 et 5000h. Cette dernière tranche est à privilégier car elle correspond le mieux au semis provincial des petites villes qui font figure de premiers chef-lieu dans un rayon de 20 à 30 km. Rassurez-vous, nous n'avons ni les moyens ni l'intention de les passer en revue!

Si un tel corpus n'a jamais donné lieu à des recherches au plan national, il a été investi en revanche au plan régional par plusieurs historiens dans le cadre de l'ancien doctorat d'Etat. Après la série des grandes thèses d'histoire urbaine⁵, l'intérêt s'est déplacé vers les réseaux urbains pour mieux appréhender la hiérarchisation et la structuration spatiales du phénomène urbain. L'Anjou, la Bretagne, le Dauphiné et la Bourgogne ont fait l'objet d'études intéressantes pour notre sujet. Christine Lamarre, auteur d'un ouvrage intitulé, *Petites villes et fait urbain en France au XVIII^e siècle. Le cas bourguignon*, Editions Universitaires de Dijon, 1993 fournit des relevés de première main, en particulier sur l'équipement médical et hospitalier. Spécialiste de l'hôpital de Dijon et tributaire du Docteur Bolotte⁶ qui avait déjà procédé à un recensement des hôpitaux de Bourgogne, elle ne pouvait pas être insensible à la densité hospitalière de cette région et encore moins aux magnifiques apothicaireries que la plupart des hôtels-Dieu ont conservées.

Parallèlement à ces grandes recherches régionales et à la faveur du renouvellement de l'histoire hospitalière, ont été lancées dans les années 1970-90 des enquêtes sur la médicalisation des villes et des campagnes, sur les épidémies, sur le recensement et la répartition des hôpitaux à la fin de l'Ancien Régime. Mais la corrélation avec la taille des villes n'est pas toujours réalisée. Les résultats ont souvent été publiés dans des numéros thématiques de revues universitaires. Par exemple, celui qui s'intitule *Médecins, médecine et société en France aux XVIII^e et XIX^e siècles*, paru en septembre-octobre 1977 dans les *Annales, Economies, Sociétés et*

⁴ LE MÉE, René – *Dénombrements, espaces et sociétés. Recueil d'articles. Cahiers des Annales de Démographie Historique*. Paris: Société de démographie historique, 1999, 180 villes de 2000 à 2999, 222 villes de 3000 à 4999... (recensement de 1806), p. 211. Voir aussi LEPETIT, Bernard – *Les villes dans la France moderne (1740-1840)*. Paris: Albin Michel, 1988.

⁵ GOUBERT, Pierre – *Beauvais et le Beauvaisis de 1600 à 1730*. Paris: S.E.V.P.E.N., 1960; DEYON, Pierre – *Amiens, capitale provinciale. Etude d'une société urbaine au XVII^e siècle*. Paris: Mouton, 1967; GARDEN, Maurice – *Lyon et les lyonnais au XVIII^e siècle*. Paris: Belles lettres, 1970; FRECHE, Georges – *Toulouse et la région Midi-Pyrénées au siècle des Lumières (vers 1670-1789)*. Paris: Éd. Cujas, 1974; PERROT, Jean-Claude – *Genèse d'une ville moderne: Caen au XVIII^e siècle*. Paris: Mouton, 1975; BARDET, Jean-Pierre – *Rouen aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Paris: Société d'édition d'enseignement supérieur, 1983; POUSSOU, Jean-Pierre – *Bordeaux et le sud-ouest au XVIII^e siècle. Croissance et attraction urbaine*. Paris: EHESS, 1983.

⁶ BOLOTTE, Marcel – *Les hôpitaux et l'assistance dans la province de Bourgogne au dernier siècle de l'Ancien Régime*. Dijon: Association bourguignonne des Sociétés Savantes, 1968; LAMARRE, Christine – *L'hôpital de Dijon au XVIII^e siècle*. Langres: Dominique Guéniot, 2004, organisatrice du colloque de 2004, *L'hôpital et la ville. 800 ans de vie hospitalière à Dijon*. Dijon: CHU; Marie-Claude DINET-LECOMTE – «Les religieuses et la ville sous l'Ancien Régime: une volonté commune de secourir», pp. 103-126.

Civilisation contient l'article majeur de Muriel Jeorger sur «la structure hospitalière de la France à la fin de l'Ancien Régime» (p. 1025-1051). En dépit d'incertitudes liées au traitement des sources, elle réussit à proposer des cartes par département des différentes sortes d'hôpitaux jusqu'au nombre de lits pour 1000 habitants; pour finir, elle esquisse des hypothèses pour expliquer pourquoi telle ou telle région est bien ou mal pourvue selon la densité de population, les flux de circulation des hommes, des marchandises et selon les sensibilités religieuses tournées vers les œuvres de miséricorde...

On comprendra aisément que la jeune doctorante que j'étais en soutenant en 1982 à l'Université de Tours une thèse de 3^{ème} cycle sur l'histoire des hôpitaux blésois ait été fort impressionnée par la base de données de M. Jeorger. Ce n'est pas un hasard si pendant 15 ans j'ai entrepris de réunir le plus d'informations possible sur les sœurs hospitalières pour savoir comment elles desservaient les hôpitaux en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. Il s'agissait de combler une lacune historiographique car, en dehors de quelques monographies et d'études à forte connotation hagiographique menées au sein de certaines communautés religieuses, aucune synthèse d'ensemble n'avait été tentée⁷. Le terme générique de sœurs hospitalières inclut autant les laïques qui ne prononcent pas de vœux, des milliers de congréganistes appartenant à une trentaine d'instituts séculiers que des religieuses hospitalières à vœux solennels comme les Augustines.

En confrontant Archives nationales, archives des communautés, Archives départementales, municipales et surtout hospitalières, on parvient à un total approximatif de 12 000 hospitalières réparties en 1789 dans près de 2000 établissements charitables⁸, ce qui correspond à l'ordre de grandeur établi par M. Jeorger (1961). La triple approche démographique, hospitalière et religieuse permet de dresser un état des lieux éclairant et de montrer des disparités régionales.

Pour quel état des lieux?

Avant de parcourir le paysage hospitalier français à la fin de l'Ancien Régime, il est important de souligner que le nombre approximatif de 2000 établissements fut une constante durant plusieurs siècles (au moins du XVI^e au début du XIX^e siècle) en raison de la forte tradition dans ce domaine et de son enracinement durable

⁷ L'ouvrage de LANGLOIS, Claude – *Le catholicisme au féminin. Les congrégations françaises à supérieure générale au XIX^e siècle*. Paris: Cerf, 1984 porte sur la «révolution congréganiste» au XIX^e siècle.

⁸ DINET-LECOMTE, Marie-Claude – *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*. Paris: Honoré Champion, 2005, pp. 424-425. Ouvrage central du dossier d'habilitation à diriger des recherches en histoire moderne soutenu en 2003 à l'Université de Lyon 2, sous la direction du Professeur Jean-Pierre Gutton.

dans un territoire profondément christianisé. Les fermetures ont été globalement compensées par des reconversions et des créations même si les réformes du règne de Louis XIV visaient à rationaliser la carte hospitalière et à essayer d'uniformiser les bureaux d'administration des hôpitaux⁹.

Selon M. Jeorger, les 1961 hôpitaux¹⁰ se répartissent en trois catégories:

– **387 hôtels-Dieu** qui soignent gratuitement depuis leur fondation les «pauvres malades». C'est la seule structure médicale au sens actuel du terme avec naturellement les moyens thérapeutiques de l'époque. Ils sont établis dans toutes les villes, à proximité de la cathédrale dans les cités épiscopales, résultat d'une fondation épiscopale ou canoniale, mais aussi dans les petites villes (plus d'un tiers du total), nous y reviendrons, disposant en moyenne au XVIII^e siècle de 20 à 80 lits (Rien à voir avec les 1219 lits de l'Hôtel-Dieu de Paris selon J. Tenon auteur des *Mémoires des hôpitaux de Paris*, 1788).

– **177 hôpitaux généraux** qui correspondent à une nouvelle génération d'hôpitaux créés au XVII^e pour enfermer comme en Espagne, aux Pays-Bas espagnols, en Italie les pauvres et les mendiants. En fait, tous les historiens qui ont étudié les registres d'entrées, de sorties ou de sépultures des admis sont unanimes sur le fait que l'hôpital général recevait davantage d'orphelins et de vieux que de vagabonds. Mieux, les listes d'attente au XVIII^e siècle comparables à celles de nos maisons de retraite démolissent la vision idéologique de Michel Foucault sur le «grand Renfermement», «tiers-ordre de la répression...»¹¹. Les premiers apparaissent avant l'édit de 1662 qui les généralise, les derniers dans la première moitié du XVIII^e siècle. On les trouve en priorité dans les grandes villes, sièges d'une intendance mais aussi dans des villes de moins de 10 000 habitants afin de recueillir beaucoup de miséreux dans le besoin et un certain nombre de marginaux (prostituées, fous à défaut d'institutions spécialisées). Ce genre d'établissement à la capacité d'accueil assez importante où la discipline et le travail sont de rigueur n'a pas de vocation médicale, au mieux des infirmeries se généralisent au XVIII^e siècle. Les malades sont évacués vers l'hôtel-Dieu de la ville.

– **1397 hôpitaux ou hospices polyvalents** constituent la 3^{ème} catégorie, de loin la plus massive principalement représentée dans les petites villes et les bourgs sous des appellations variables. Ils disposent rarement plus d'une douzaine de lits destinés aux nécessiteux du secteur, car les passants ou les travailleurs saisonniers préfèrent s'adresser directement aux hôtels-Dieu.

⁹ IMBERT, Jean – *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*. Paris: PUF, 1993.

¹⁰ Chiffre approximatif après péréquation entre les données sous-estimées de Necker (800) et surestimées de Jacques Tenon (2326), président en 1790 du Comité de la Mendicité de la Constituante ayant laissé un gros fonds d'archives à la Bibliothèque nationale de France.

¹¹ FOUCAULT, Michel – *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon, 1961.

Précisons que cette typologie a laissé de côté la centaine d'hôpitaux militaires que compte le royaume à la veille de la Révolution. Ils sont nombreux sur les frontières du nord et de l'est, développés dans les ports militaires tout en étant présents dans des petites villes à intérêt stratégique. Mais comme j'ai pu le vérifier¹², le célèbre édit de 1708 qui crée le service de santé des Armées n'a pas débouché sur de véritables créations puisque beaucoup de soldats étaient accueillis en seconde ou troisième lignes dans des hôpitaux civils existants, c'est à dire les hôtels-Dieu où des salles leur étaient dédiées.

Quand on recoupe les enquêtes nationales avec des monographies locales et régionales¹³, il ressort que les petites villes entre 1000 et 5000h présentent trois niveaux d'équipement hospitalier.

– Celles de plus de 2000h sont presque toutes dotées d'un ou de deux hôpitaux dont l'un est un hôtel-Dieu souvent ancien, desservi par des religieuses augustines, d'un hôpital polyvalent, desservi par une autre communauté ou d'une façon plus rare d'un hôpital général comme à Issoire¹⁴ ou à Château-Thierry¹⁵.

– Entre 1000 et 2000h, on relève au mieux un hôpital d'une capacité de 10 à 20 lits, même si l'exemple de Noyers¹⁶ (1800h au XVIII^e siècle, aujourd'hui jolie petite cité touristique de l'Yonne), nous révèle que les deux petits hôpitaux de six lits chacun n'ont pas réussi à fusionner!

– En revanche, en dessous du seuil de 1000 habitants, c'est aléatoire. On peut trouver une maison hospitalière ou maison de charité qui ne compte que quelques lits ou qui se contente de distribuer des secours à domicile selon les ressources d'une fondation ou d'un bureau des aumônes contrôlé par l'assemblée des habitants. C'est l'option que choisit le duc de Rohan, seigneur de Blain en Bretagne, fondateur d'un petit hôpital desservi en 1726 par deux sœurs de saint Thomas de Villeneuve¹⁷,

¹² DINET-LECOMTE, Marie-Claude – «Les hôpitaux militaires en Picardie. Une logistique sanitaire aux XVII^e et XVIII^e siècles». In *La géographie militaire de Picardie du Moyen Age à nos jours*. Amiens: Encrage, 2006, p. 31-49.

¹³ Outre C. LAMARRE, LEBRUN, François – *Les hommes et la mort en Anjou aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Paris: Mouton, 1971; FAVIER, René – *Les villes du Dauphiné aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Grenoble: Grenoble. Presses Universitaires de Grenoble, 1993; HICKEY, Daniel – *Local Hospitals in Ancient Regime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 1997.

¹⁴ BELLANDE, Bernard – *L'ancien hôpital général d'Issoire. Histoire institutionnelle et sociale de 1674 à la Révolution*. Montpellier: Impr. Universitaire, 1963, ancien hôtel-Dieu érigé en hôpital général en 1674, pourvu d'une communauté de sœurs de saint Joseph de Clermont après 1724.

¹⁵ Objets de notices dans DINET-LECOMTE, M.-C. et MONTAUBIN, P. (dir.) – *Les hôpitaux de Picardie du Moyen Âge à la Révolution. Répertoire et guide des sources*. Amiens: Encrage, 2014, pp. 201-202: l'hôpital général ou de la Madeleine fondé en 1717 à Château-Thierry (4700h), destiné à recevoir des petits orphelins s'ajoute à l'ancien Hôtel-Dieu et à l'Hôpital de la Charité desservi par des Frères de saint Jean de Dieu.

¹⁶ BOLOTTE, Marcel – *Les hôpitaux et l'assistance*, p. 217.

¹⁷ Congrégation fondée en 1661 par le Père Ange Le Proust (1624-1697), augustin, grand admirateur de Thomas de Villeneuve canonisé en 1658. Il assigne à la nouvelle communauté la fonction de rétablir les petits hôtels-Dieu de Bretagne. Voir nos cartes les concernant dans DINET-LECOMTE, Marie-Claude – *Les sœurs hospitalières en France*, p. 484.

transformé en 1774 en maison de charité dont la charge est désormais confiée à une congrégation plus locale et plus mobile, celle des sœurs du saint Esprit de Plérin.

Plus on descend dans le classement, moins on rencontre de religieuses même si les instituts séculiers comme les filles de la Charité, celles de Nevers et surtout celles de saint Joseph du Puy-en-Velay n'hésitent pas, quand elles ont assez de candidates à envoyer des binômes dans les bourgades; l'une soigne, l'autre fait l'école.

Au-delà des généralisations, il existe des situations contrastées. A la différence de l'Île-de-France et de la Provence qui comptent beaucoup d'hôpitaux, la Bourgogne et la Picardie se situent dans une assez bonne moyenne. Seulement, à y regarder de près à l'aide des études qui y ont été menées, on note que la Bourgogne ne compte que trois hôtels-Dieu situés dans des villes moyennes alors que la Picardie en compte une vingtaine jusque dans des petites villes comme Rue, Saint-Riquier, Saint-Valery... tous desservis par des Augustines. A ce titre, la Picardie appartient au modèle d'organisation de la France septentrionale caractérisée par une forte densité d'hôtels-Dieu et de communautés augustines. La proximité de la capitale lui permet d'avoir une arrivée massive des filles de la Charité ou d'autres congréganistes quand les filles de Vincent de Paul ne parviennent pas à satisfaire les demandes. L'installation d'un séminaire pour former des filles de Charité issues des classes populaires à Eu à la limite de la Picardie et de la Normandie montre l'urgence ressentie à recruter.

Le schéma est différent en Bourgogne où la majorité des hôtels-Dieu et des hospices sont encadrés par la communauté locale des hospitalières de sainte Marthe (issue de la prestigieuse fondation de l'hospice de Beaune), fières notamment de former des sœurs apothicaires. Filles de la Charité et autres séculières desservent les autres établissements bien qu'à la base comme partout ailleurs des laïques s'occupent des petites structures qui n'ont ni les moyens ni l'intention d'obtenir des congréganistes. Ajoutons que la «fille dévote», la «veuve pieuse» ou le couple de gardiens «dévoués» mènent, sauf exception une vie quasi monastique au service des pauvres qu'ils reçoivent, assistent ou visitent même s'ils n'ont pas un statut canonique!

Hôpitaux et desserte en Bourgogne au XVIII^e siècle¹⁸

Hôtel-Dieu	9	soit	14%
Hôpital général	4		6%
Hospice	50		80%
Total	63 dont 32 ont moins de 20 lits		100%

Tab. 1 – Hospitalières de sainte Marthe: 19, Filles de la Charité: 18, Augustines: 3, autres séculières: 17.

Hôpitaux et desserte en Picardie au XVIII^e siècle et cartes¹⁹

Hôtel-Dieu	55	soit	64%
Hôpital général	11		12%
Hospice	21		24%
Total	87 dont près de la moitié ont moins de 10 lits		100%

Tab. 2 – Religieuses augustines ou d'un autre ordre: 21, congréganistes: 40 dont 1/2 de filles de la Charité, autres «dévotes» ou indéterminées: 23.

La cléricisation et la féminisation²⁰ du personnel hospitalier s'amplifie au XVIII^e siècle dans le royaume de France. Une imbrication de réseaux complémentaires se lit aisément sur les cartes. Malgré le progrès de l'anticléricisme des Lumières et la violence de certaines de leurs critiques contre les hôpitaux, il est significatif que l'utilité sociale des sœurs de charité soit saluée par Voltaire et ses amis! Il est temps de se demander quelles sortes de secours elles apportaient à la population des petites villes.

¹⁸ BOLOTTE, Marcel – *Les hôpitaux et l'assistance*, p. 266-267, LAMARRE, Christine – *L'hôpital de Dijon*, p. 386 et 394 et DINET-LECOMTE, M.-C. – *Les sœurs hospitalières*, carte des communautés hospitalières en Bourgogne vers 1790, p. 182.

¹⁹ DINET-LECOMTE, M.-C. et MONTAUBIN, P. (dir.) – *Les hôpitaux de Picardie*, cartes et commentaire, p. 605-633.

²⁰ Disparition des frères de saint Augustin. Le seul ordre hospitalier masculin présent dans 33 établissements en France est celui des Frères de saint Jean de Dieu, CHAGNY, André – *L'ordre de saint Jean de Dieu*. 2 vol. Lyon: Lescuyer, 1951-1953.

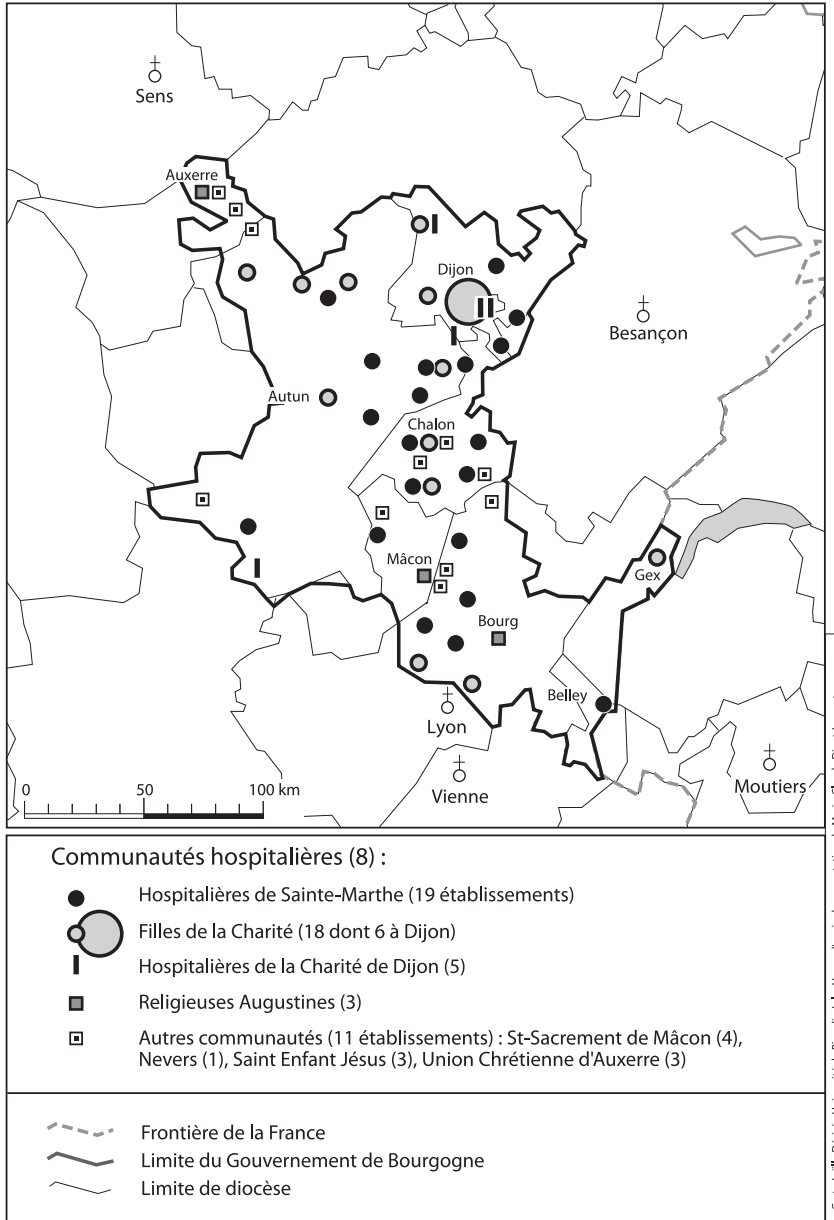


Fig. 1 – Carte des communautés hospitalières en Bourgogne vers 1790.

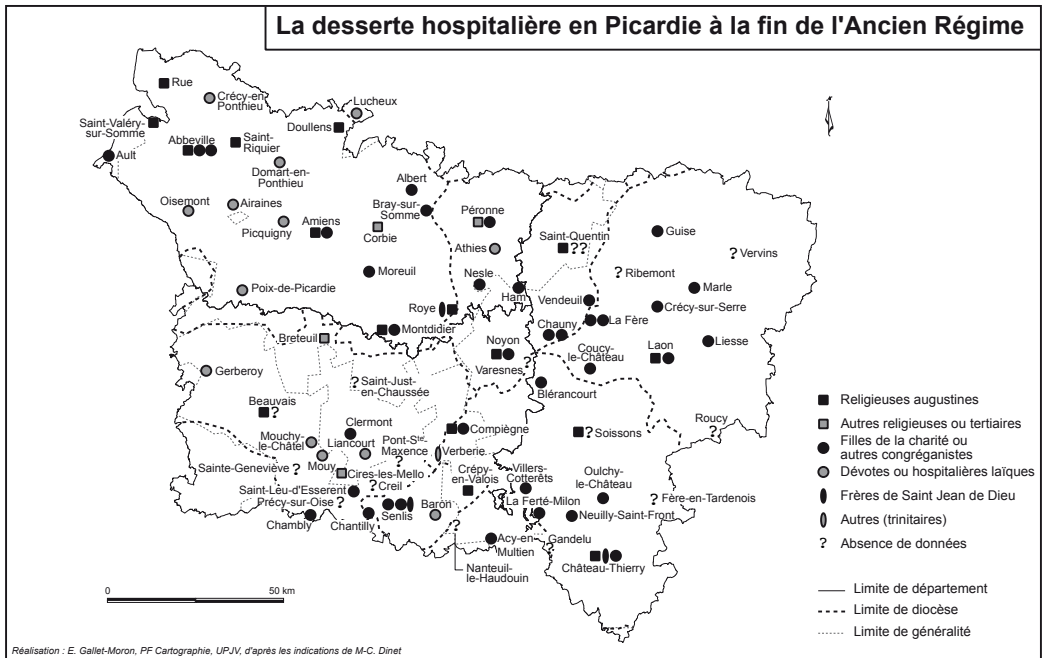


Fig. 2 – Carte des communautés hospitalières en Picardie vers 1790.

Quels types de secours?

Le terme de secours plus étendu que soins ou traitements, plus neutre et moins anachronique que services ou actes médicaux me semble convenir davantage à la question de savoir comment les malades, les accidentés, les infirmes et les plus fragiles étaient pris en charge dans les petites villes où l'équipement hospitalier était parfois très sommaire. Y répondre suppose deux précautions élémentaires: faire face à la rareté des sources sanitaires en «faisant feu de tout bois» en grappillant notamment dans les comptes et délibérations hospitalières puis, s'affranchir de la lourde tradition historiographique marquée par le scientisme et l'anticléricalisme qui ne conçoit l'histoire médicale et sanitaire qu'à l'aune des performances actuelles. Or pour notre période et le tournant du XVIII^e siècle, on n'est pas dans le degré zéro de la médicalisation²¹!

²¹ Explicité dans notre chapitre 7 de DINET-LECOMTE, M.-C. – *Les sœurs hospitalières*, intitulé «les sœurs hospitalières, agents de médicalisation?», p. 309-358 en tenant compte des travaux de J. Léonard, d'O. Faure et des anglo-saxons (C. Jones, O. Keel qui n'opposent pas le corps et l'âme, ni le Care du Cure).

A priori, moins nombreux que dans les grands hôpitaux, les documents iconographiques ou des pièces de mobilier existent aussi dans les petits établissements. Quand ils n'ont pas été détruits, volés ou dispersés, qu'on peut encore les admirer *in situ* et les confronter à un riche fonds d'archives, ils permettent de mieux appréhender le quotidien des soins. Par exemple, ce tableau anonyme du XVII^e siècle (Fig. 3) qui représente une religieuse augustine de l'hôtel-Dieu de Saint-Riquier (au nord-ouest d'Amiens) au chevet d'un malade est conservé dans le petit musée de l'ancien hôpital transformé aujourd'hui en maison de retraite²². Même si la scène est théâtralisée et traitée par l'artiste en forme d'ex-voto avec l'apparition de saint Joseph, patron de la bonne mort, l'important est de relever ici la matérialité du geste charitable qui soigne et qui fait partie des sept œuvres de miséricorde prodiguées aux «pauvres malades» perçus comme «membres souffrants



Fig. 3 – Tableau anonyme d'une religieuse augustine à l'Hôtel-Dieu de Saint-Riquier, XVII^e siècle.

²² Ce tableau figure parmi les œuvres des hôpitaux de Saint-Riquier, de Rue et d'autres établissements dans le cahier iconographique de notre ouvrage sur DINET-LECOMTE, M.-C. et MONTAUBIN, P. (dir.) – *Les hôpitaux de Picardie*, p. 580.

de Jésus Christ». A titre de comparaison, conservé au Musée de l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, *La présentation de la famille Stoppa à Notre Seigneur* par Dolivet en 1695, d'une facture supérieure rend à la fois hommage au bienfaiteur de l'Hôtel-Dieu mais aussi à la prestigieuse communauté des religieuses augustines, représentées à gauche du tableau²³(Fig. 4).



Fig. 4 – Tableau représentant les augustines de l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry au XVII^e siècle.

Fondé au XIII^e siècle, l'hôtel-Dieu saint Nicolas de Saint-Riquier avait une communauté mixte de frères et de sœurs jusqu'en 1556. Comme ailleurs, dès la fin du Moyen Âge, les sœurs remplacent les frères. On en compte 23 au XVIII^e siècle; elles élisent un prêtre, maître de l'hôtel-Dieu qui dépend de l'évêque d'Amiens; elles assurent «le gouvernement des pauvres», aidées de quatre servantes et de cinq valets. Au début du XVIII^e siècle, l'hôpital est agrandi, doté d'une nouvelle chapelle; le tout distribué autour d'un cloître briques et pierres. Le nombre de lits est porté un peu plus tard à 18 lits, souvent doublés en cas de besoin, soit 30 à 40 assistés pour une petite ville qui ne dépasse pas les 1300 habitants. En 1788, sœur Marianne note qu'il a été pansé 109 malades (dont beaucoup de soldats) et qu'il en est mort 9... Chacune à son office, l'économe, la supérieure, l'apothicaire, la lingère et la buandière responsables de la propreté du linge, les sœurs de la salle des malades qui remplissent le rôle de l'infirmière actuelle... sont-elles régulièrement assistées d'un médecin ou d'un chirurgien comme à Amiens ou Abbeville?

Même si cela n'est qu'occasionnel et révèle que la sœur doit à toute heure du jour ou de la nuit savoir comment procéder, il convient de souligner que ces chiffres

²³ DINET-LECOMTE, M.-C. et MONTAUBIN, P. (dir.) – *Les hôpitaux de Picardie*, p. 574. La fermeture de l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry (au sud de l'Aisne) pose le problème de la conservation d'un patrimoine artistique exceptionnel dont on ne voit pas encore l'issue en raison du peu d'intérêt porté aux musées hospitaliers en France.

d'encadrement sont nettement supérieures à la moyenne, même à l'échelle de la Picardie. Ce qui suscite de la part du Dr Colombier, inspecteur général des hôpitaux, créature de Necker, des critiques malveillantes à l'égard de ces communautés d'augustines jugées «pléthoriques» dont il ne comprend pas le sens des vœux solennels alors qu'il vante l'organisation des filles de la Charité soumises à une supérieure générale, bien présentes en Picardie, envoyées au compte-goutte par la maison-Mère (une religieuse pour 8 à 12 lits alors que dans les communautés augustines surchargées par la présence de sœurs âgées et «caduques», le rapport est inférieur). Colombier n'a pas cherché à compter les sœurs valides. Promoteur des réformes hospitalières de Necker qui pousse les hôpitaux à aliéner leurs biens, il raisonne déjà en termes de rentabilité.

Dès 1710, la communauté de Saint-Riquier envoie deux religieuses à l'hôtel-Dieu de Rue à 30 km au nord de la baie de Somme qui lui aussi, est devenu une maison de retraite et dont on peut retrouver la silhouette sur une aquarelle de 1850 (Fig. 5) (Collection Macqueron de la Bibliothèque Municipale d'Abbeville), choisie pour illustrer la couverture de l'ouvrage collectif sur les hôpitaux de Picardie. Là encore, les chiffres sont étonnants dans une localité de 1100 habitants: une communauté de 15 augustines pour 8 lits destinés aux passants, aux malades locaux et aux soldats dans un bâtiment reconstruit en 1780 plus fonctionnel, après un incendie en 1741 avec l'aide de l'évêque d'Amiens.



Fig. 5 – L'Hôtel-Dieu de Rue (Picardie) en 1850 (aquarelle).

Un autre petit trésor insuffisamment exploré²⁴ est à rechercher dans les sous-séries des comptes hospitaliers, c'est à dire les dépenses journalières de l'économe ou de la sœur pharmacienne qui, selon les lieux et l'humeur de «l'apothicairesse» livre aussi bien des récriminations contre la mauvaise qualité de certaines drogues achetées à des apothicaires en ville, des recettes de confitures, des précisions sur le travail des aides pour broyer, cuire ou distiller que la liste hétéroclite mais très instructive des matières premières (végétales et animales) peu coûteuses que le personnel transforme en tisanes, sirops, collyres, cataplasmes, onguents... Tout cela pour des montants peu élevés qui ne représentent que 3 à 4% du total des dépenses et qui font dire à des historiens pressés qu'une telle indigence interdit de parler de soins et que finalement on ne dispose que de remèdes de «bonne femme» et de substances bizarres! Anachronisme patent car le prix de revient est nécessairement dérisoire, établi à la différence de notre époque sur la transformation gratuite de produits bon marché ou provenant des jardins et vergers de l'hôpital. De plus l'absence de statut et de diplôme n'empêche pas l'apothicairesse de se conformer aux ordonnances du médecin et du chirurgien, de travailler avec les pharmacopées du temps, au premier rang desquelles Nicolas Lémery auteur du célèbre *Dictionnaire universel des drogues* (1697, maintes fois réédité). Dès 1646, Vincent de Paul très pragmatique demandait à ses filles de bien observer les gestes des médecins, de s'adapter à la diversité des malades et de se former entre elles.

Dans le petit hôpital de Sartrouville (au Nord-ouest de Paris, pas plus de 1800h au moment), desservi par deux filles de la Charité, l'inventaire de 1734²⁵ énumère les ustensiles, les lancettes et palettes à saigner, les livres de pharmacie et de dévotion, le détail du linge et celui destiné aux pauvres malades. A la manière d'un archéologue ou d'un détective, on doit s'interroger sur la signification de ce matériel – si dérisoire à nos yeux mais si important pour l'époque-, sur ses usages et sa portée. Sans qu'on puisse répondre d'une façon précise, sachons que cet exemple est loin d'être isolé, même à l'échelle des hôpitaux modestes. Il traduit la volonté de secourir et de soigner. C'est d'autant plus méritoire qu'on manque de véritable nosographie des maladies (d'où le terme générique de «fièvres») et de remèdes efficaces, qu'on tâtonne, qu'on reproduit les gestes du chirurgien, qu'on se transmet les savoir-faire, qu'on mise sur la propreté du linge, l'abondance de la nourriture, sorte de «thérapie alimentaire» qui reconstitue les organismes fatigués et dénutris, sur l'évacuation des «miasmes», sur la conquête de l'eau, du propre et du sain; et si un généreux donateur l'impose, on ne mettra qu'un seul malade par lit!

Mais qu'en est-il des malades non admis, de ceux des bourgs et des villages dépourvus d'hôpital, de médecins trop rares et trop chers? Sont-ils condamnés à

²⁴ DINET-LECOMTE, M.-C. – «Pour une histoire des sœurs apothicaires dans la France moderne». *Revue Mabillon*, Nouvelle série 9, t. 70 (1998), pp. 221-244.

²⁵ Archives nat. S 6175.

recourir au rebouteux, à la matrone ou à implorer les saints guérisseurs comme certains historiens des XIX^e et XX^e siècles l'ont prétendu en opposant médecine savante et culture populaire²⁶ ? L'analyse des topographies médicales nuance le propos. Celle de Bourgogne de 1786-88 recense dans la petite ville de Noyers évoquée plus haut la présence d'un médecin, de cinq chirurgiens et de deux sages-femmes, en rapport avec la fonction hospitalière. L'exemple n'est pas unique puisque le calcul du taux de médicalisation pour l'ensemble des petites villes étudiées est d'un professionnel de santé pour 465 habitants en sachant qu'il y a deux fois plus de chirurgiens que de médecins, soit une sorte de « surmédicalisation » relative et paradoxale des petites villes même si des plaintes existent contre l'insuffisance de formation de certains chirurgiens²⁷. A partir de 1721, Helvétius²⁸, premier médecin de la reine procède à la confection de boîtes de médicaments qui sont expédiées par les services des intendants puis confiées en priorité aux curés et aux sœurs de charité en vue d'une distribution à l'échelle des petites localités. L'acheminement est attesté en Bourgogne ainsi que dans d'autres régions.

Le dernier type de secours qui mérite d'être mentionné concerne la lutte contre les épidémies. Moins spectaculaires que les dispositifs mis en place par les villes en temps de peste²⁹, plus réglementaires que médicaux, les mesures prises dans les années 1770 contre la dysenterie témoignent d'une logistique remarquable. Les différentes offensives de la dysenterie épidémique associée au typhus ont freiné la croissance de la population française au XVIII^e siècle, ayant touché l'ouest du pays et en premier lieu la Bretagne. Les spécialistes³⁰ estiment le nombre de victimes à 175 000 dont 45 000 environ pour la Bretagne. Ils soulignent le rôle décisif des subdélégués des intendants, des médecins des épidémies en relation avec la Société Royale de médecine, les chirurgiens de la Marine et les municipalités aux abois sans toujours vérifier comment les choses se passaient concrètement sur le terrain. A l'aide de documents conservés dans les Archives de la Maison Mère des filles du

²⁶ Vision nuancée par LEBRUN, François – *Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Paris: Temps actuels, 1983 ; GOUBERT, Jean-Pierre – *Malades et médecins en Bretagne, 1770-1790*. Rennes: Institut Armoricaïn de Recherches Historiques, 1974 et son article, «L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790». *Annales E.S.C.* 32 n° 5 (1977), pp. 906-926.

²⁷ LAMARRE, Christine – *L'hôpital de Dijon*, p. 377-378. Les petites villes de Provence sont aussi bien pourvues en médecins et en chirurgiens, *Atlas de la Révolution française. Médecine et santé*, n°7, Ed. de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1993, carte p. 25.

²⁸ Dynastie de médecins, ici Jean-Claude-Adrien (1685-1755). Les boîtes contiennent des purgatifs, des vomitifs, de la thériaque, de la poudre contre la dysenterie, des remèdes pour les plaies et les blessures.

²⁹ Dr BIRABEN, Jean-Noël – *Les hommes et la peste dans les pays européens et méditerranéens*. 2 vol. Paris-La Haye: Mouton, 1975-1976. On pourrait ajouter les effets meurtriers de la variole, environ un million de victimes en France pour le seul XVIII^e siècle, d'après DARMON, Pierre – *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*. Paris: Perrin, 1986. L'inoculation fut lancée à grande échelle en Franche-Comté entre 1765 et 1787.

³⁰ LEBRUN, François – «Une grande épidémie en France au XVIII^e siècle. La dysenterie de 1779». In *Hommage à M. Reinhard. Sur la population française au XVIII^e et au XIX^e siècle*. Paris: Société de démographie historique, 1973, pp. 403-415 et GOUBERT, Jean-Pierre – *Malades et médecins en Bretagne*, p. 348 et suivantes.

saint Esprit de Plérin (près de Saint-Brieuc) que j'ai déjà en partie publiés³¹, on peut compléter le dossier et suivre comment elles se sont dévouées au service des malades atteints par la dysenterie à partir des 19 maisons de charité, desservies par 117 sœurs (1789), dont l'hôpital de Blain évoqué précédemment. Changer les matelas souillés, porter des couvertures, isoler les malades, mettre les convalescents à la diète, donner des médicaments quand il en reste, rassurer... voici les multiples tâches sanitaires effectuées par ces femmes fatiguées qui réclament souvent une nouvelle monture pour se déplacer dans la boue des chemins creux de Bretagne. Les témoignages laissés par les recteurs (prêtres), les médecins et les subdélégués convergent pour saluer leur dévouement mais aussi leurs compétences³². «Habile dans l'art de la chirurgie, très diligente et au fait de l'application des remèdes propres à guérir cette maladie, Marie-Françoise du saint Esprit... mérite une gratification».

Enfin, à l'autre bout du royaume, l'exemple de Belfort (4200h) en Alsace cristallise tous les points évoqués ci-dessus à travers le témoignage d'Antoine Carlhan, excellent botaniste devenu médecin de la ville et de ses deux hôpitaux de 1755 jusqu'à son décès en 1776: l'ancien hôpital bourgeois sainte Barbe où il organisa la pharmacie avec l'aide de quatre hospitalières de sainte Marthe et l'hôpital militaire ouvert en 1720 dans cette place-forte stratégique où il soigne 350 malades entre janvier et octobre 1766. Il ne compte que 12 décès malgré la dysenterie, essayant d'améliorer ses propres traitements selon ses écrits³³. Sans doute, Belfort a-t-elle bénéficié de plusieurs atouts favorisant une telle collaboration entre tous les acteurs de santé: le Magistrat, les autorités militaires soucieuses de la préservation des hommes, les administrateurs, les hospitalières et ce fameux médecin digne et modeste représentant de la médecine pragmatique des Lumières.

Au terme de ce tour d'horizon incomplet car le corpus potentiel des 500 petites villes n'a pas été radiographié en totalité, on parvient néanmoins par recoupements à se rendre compte que la majorité d'elles bénéficient d'un bon équipement hospitalier et médical. La complémentarité des secours et la collaboration entre les divers acteurs de santé (en dépit des rivalités) s'appuient sur un tissu social, institutionnel et culturel favorable aux progrès de la médicalisation et évoquent une sorte de

³¹ Questionnaire adressé par les administrateurs de l'hôpital de Blain à la Supérieure des filles de la Charité de Plérin, 1777-1778 et réponse de Mgr l'évêque de Saint-Brieuc, *Les sœurs hospitalières...*, pp. 499-503.

³² Thème repris par LEONARD, Jacques – «Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent en France au XIX^e siècle». *Annales E.S.C.* 32 n° 5 (1977), pp. 887-905, de conclure: «La cornette et le caducée ne font pas trop mauvais ménage. En tout cas, on ne peut pas opposer rigoureusement pouvoir clérical et pouvoir médical; les religieuses occupent une position stratégique à l'intersection des ces deux domaines aux frontières floues». Volonté de puissance et misogynie des médecins affirmées dès le XVIII^e siècle.

³³ Archives Mun. Belfort, II4/5, 1766, *Médecine et assistance en Alsace, XVI^e-XX^e siècle. Recherches sur l'histoire de la santé*, Strasbourg: Libr. Istra, 1976, p. 135-144. En dehors des périodes d'épidémies, les monographies hospitalières sont unanimes pour constater que les hôtels-Dieu n'étaient pas des «mouroirs», la mortalité se situant, selon les lieux entre 10 et 13% du total des malades en période normale.

«sociabilisation» des soins car on échappe ici à l'anonymat des grandes villes et au dénuement des campagnes environnantes.

Survivances d'anciens réseaux charitables réactivés? Préfiguration des dispensaires, d'hôpitaux de proximité ou d'hospices ruraux dans les chefs-lieux de cantons qui auraient mieux résisté pendant la tourmente révolutionnaire? Relais indispensables à la mise en place du maillage sanitaire avant la vague de l'hygiénisme? Comment répondre quand il manque des travaux d'envergure sur l'histoire de la médicalisation³⁴ sous tous ses aspects, sans *a priori*, ni bornage chronologique qui tend parfois à opposer modernistes et contemporanéistes dans une compétition stérile comme si les médiévistes, les archéologues ou les anthropologues n'avaient pas leur mot à dire?

Espérons que la crise sanitaire actuelle liée au Covid fasse repartir la recherche historique et puisse inspirer nos technocrates de la santé, formés aux politiques de rentabilité, promoteurs de nouveaux modèles fondés sur un hôpital performant, de plus en plus déshumanisé, éloigné des patients qui continue à supprimer des lits et à ne pas écouter son personnel ! Toujours d'actualité, la célèbre exhortation de François Rabelais, «science sans conscience n'est que ruine de l'âme» devrait inciter nos décideurs à plus de sagesse et à savoir tirer les leçons d'un passé qui n'est pas forcément aussi archaïque qu'ils ne le croient.

³⁴ GOUBERT, Jean-Pierre – *La médicalisation de la société française, 1770-1830*. Waterloo-Ontario: Historical Reflections Press, 1982; KEEL, Othmar – *L'avènement de la médecine clinique en Europe, 1750-1815*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2001; FRIOUX, Stéphane; FOURNIER, Patrick; CHAUVEAU, Sophie – *Hygiène et santé en Europe. De la fin du XVIII^e siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*. Paris: Sedes, 2011. Plusieurs tournants dans la médicalisation: 1750, 1770, 1789, fin XIX^e siècle?

Recursos médicos e assistenciais para as pequenas cidades no Portugal Moderno: das políticas régias às práticas locais

Laurinda Abreu¹

Resumo

Este texto parte da premissa de que a saúde e a assistência foram assumidas pela coroa portuguesa, especialmente desde o reinado de D. Manuel I, como questões da governação, com múltiplos propósitos, inclusive de organização do território enquanto espaço físico e social. Das diferentes vertentes que integraram esse processo, abordam-se as da regulação das formações em saúde (empíricas e académicas), a reforma dos hospitais, a fundação das misericórdias e a provisão de cuidados médicos às populações mais pobres. Dentre estas, dar-se-á particular atenção aos curadores oficiais e sua relação com os hospitais e as misericórdias, a partir de duas interrogações: pode a oferta de recursos em saúde e de assistência ser incluída nos critérios definidores de centro urbano? Vislumbram-se, no tempo em apreço, políticas específicas para incentivar/ impor solidariedades regionais entre localidades com diferentes capacidades de recrutamento de agentes de saúde? Como fonte documental, privilegia-se a informação constante numa base de dados composta, entre outros elementos, por registos de agentes de saúde que operaram em Portugal e no império desde os finais do século XV até às primeiras décadas do século XIX.

Palavras-chave

Hospitais; misericórdias; recursos de saúde; centros urbanos; Portugal Moderno.

¹ Universidade de Évora.

Healthcare and welfare resources for small towns in Early Modern Portugal: from royal policies to local practices

Abstract

The premise underlying this article is that the Portuguese crown, especially from the reign of King Manuel I onwards, took on the provision of healthcare and poor relief as a governance issue with a number of aims, not least the organisation of the country in terms of both physical and social space. The aspects of this process discussed here are the regulation of healthcare training (empirical and academic), hospital reform, the founding of *misericórdias*, and healthcare provision for the poorest segments of the population. Within this analysis, particular emphasis is placed on official healers and their relations with the hospitals and *misericórdias*, with a view to addressing two questions: can the provision of healthcare and poor relief services be included among the criteria that define a town, and is there any sign in this period of specific policies to encourage or impose regional cooperation among localities that differed in their ability to recruit healthcare personnel? The primary documentary source used is the information contained in a data base composed, inter alia, of records of healthcare agents operating in Portugal and its empire from the end of the 15th century until the early nineteenth century.

Keywords

Hospital; *misericórdias*; healthcare; small towns; early modern Portugal.

Introdução

As transformações socioeconómicas ocorridas na baixa Idade Média, conjuntamente com a Peste Negra, impeliram as autoridades a procurar novas soluções para enfrentar o agravamento da pobreza e da miséria, geradoras de tensões sociais e violência, particularmente disruptivas nas cidades². Nos locais onde o poder central era menos forte, as elites urbanas tenderam a assumir maior protagonismo no campo da assistência, cientes das vantagens políticas que dali podiam colher. Foi esse o caso de Aragão³ e da França⁴, mas, também, das cidades italianas, onde o fenómeno terá começado⁵. Ainda assim, podiam coexistir situações distintas dentro dos mesmos territórios ou em função dos diferentes sectores assistenciais: veja-se a reforma dos hospitais desencadeada na Europa após o Concílio de Viena, de 1312, que foi quase sempre conduzida pelos governos centrais. A partir dos finais do século XV, num contexto de recorrência dos surtos epidémicos, do aumento das migrações resultantes da fome e da falta de trabalho, monarcas e outros governantes procuraram recuperar algum protagonismo perdido. Num quadro, simultaneamente plural e dinâmico⁶, a relação entre as autoridades centrais e as elites locais dependeu de um complexo feixe de razões e, até, da posição assumida pela Igreja. Recorde-se, a título de exemplo, o apoio da Igreja galicana às políticas de assistência e controlo social implementadas pela monarquia francesa ao longo da época moderna.

Em Portugal, como em Bolonha⁷, os governantes intervêm activamente na organização e distribuição dos recursos assistenciais desde as últimas décadas de

² É abundante a bibliografia sobre esta temática. Dentre as obras clássicas, veja-se MOLLAT, Michel – *Les pauvres au Moyen âge, étude sociale*. Paris: Hachette, 1978; GEREMEK, Bronislaw – *La Potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Gallimard, [1986], 1987; PULLAN, Brian – *Rich and Poor in Renaissance Venice: The Social Institutions of a Catholic State, to 1620*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971; GUTTON, Jean-Pierre – *La société et les pauvres en Europe*. Paris: Presses Universitaires de France, 1974; JÜTTE, Robert – *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

³ LÓPEZ TERRADA, María Luz – “Health Care and Poor Relief in the Crown of Aragon”. In GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew; ARRIZABALAGA, Jon (eds.) – *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*. London: Routledge, 1999, p. 178.

⁴ SAUPIN, Guy – “Le pouvoir municipal en France à l'époque moderne. Bilan historiographique des vingt dernières années”. In *Le pouvoir municipal : de la fin du Moyen Âge à 1789*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2012, pp. 15-55 [Em linha]. [Consultado a 7 Novembro 2020]. Disponível em <http://books.openedition.org/pur/127119>.

⁵ CAVALLO, Sandra – *Charity and power in early modern Italy. Benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Para um quadro geográfico mais abrangente, uma relevante perspectiva dos diferentes interesses em causa encontra-se em VAN LEEUWEN, Marco H. D. – “Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe”. *Journal of Interdisciplinary History* 24, 4 (1994), pp. 589-613.

⁶ Que não pode ignorar as motivações puramente espirituais e religiosas, que também terão existido, mas que não são o cerne deste texto. Sobre o assunto, veja-se a estimulante síntese apresentada por JONES, Colin – “Some recent trend in the history of charity”. In DAUTON (ed.) – *Charity, self-interest and welfare in the English past*. London-New York: Routledge, 1996, pp. 51-63.

⁷ TERPSTRA, Nicholas – “De-Institutionalizing Confraternity Studies: Fraternalism and Social Capital in Cross-Cultural Contexts”. In BLACK, Christopher; GRAVESTOCK, Pamela (eds.) – *Early Modern Confraternities in Europe and the Americas: International and Interdisciplinary Perspectives*. Aldershot: Routledge, 2006,

Quatrocentos, precedendo mesmo a Inglaterra, de todos o caso mais estudado e mais conhecido⁸. É a partir do pressuposto de que a saúde e a assistência foram consideradas pela coroa como objectos da governação, com intentos, também, de controlo do território e da população⁹, que se estrutura o presente texto. Dando particular atenção aos oficiais de saúde e sua articulação com os hospitais e as misericórdias, procurar-se-á, por um lado, averiguar a relação entre a oferta destes recursos e algumas tipologias de aglomerados populacionais e, por outro, verificar o impacto das orientações régias quanto à formação e recrutamento dos curadores, concretamente de médicos, cirurgiões e boticários.

Contrariamente às misericórdias e aos hospitais, sobre os quais existe abundante bibliografia¹⁰, é escassa a produção científica em Portugal sobre os oficiais de saúde na época moderna¹¹, dando azo a que a historiografia tradicional, muitas vezes de carácter teleológico e heróico, continue a fazer caminho¹². Também por esta razão, este trabalho se assume de cariz exploratório e em desenvolvimento. Documentalmente, está escorado numa base de dados composta por mais de 25 000 registos nominativos de agentes de saúde encartados pelos organismos da administração central e/ou recrutados pela administração local ou entidades dependentes da tutela régia, entre meados do século XV e os inícios do século XIX¹³.

pp. 264-283. Do mesmo autor, "Apprenticeship in Social Welfare: From Confraternal Charity to Municipal Poor Relief in Early Modern Italy". *The Sixteenth Century Journal* 25, 1 (1994), pp. 101-120.

⁸ Só para referir um dos autores que mais se dedicaram a estes assuntos, tenha-se em conta a obra de Paul SLACK, de que salientamos *Poverty and Policy in Tudor and Stuart England*. London-New York: Longman, 1988; *The English poor law, 1531-1782*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

⁹ Sobre este tópico, consulte-se, entre outros, INNES, Joanna – "The Regulation of Charity and the Rise of the State". In HITCHCOCK, David; McCLURE, Julia (eds.) – *The Routledge History of Poverty, c. 1450-1800*. London: Routledge, 2020, pp. 3-20; SASSIER, Philippe – *Du bon usage des pauvres. Histoire d'un thème politique (XVIIe-XXe siècle)*. Paris: Fayard, 1990. Para Portugal, ABREU, Laurinda – "Assistance et santé publique dans la construction de l'État moderne: l'expérience portugaise". *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 61, 3 (2014/3), pp. 67-97.

¹⁰ Entre obras de autores não especializados e de investigadores académicos, a bibliografia sobre as misericórdias poderá já ultrapassar os 2000 títulos. Destes últimos, refira-se, apenas por falta de espaço, a primeira geração de historiadores que, a partir da década de 1980, iniciou novas abordagens às temáticas da caridade e da assistência: Isabel dos Guimarães Sá, Maria Marta Lobo de Araújo e Maria Antónia Lopes e Laurinda Abreu.

¹¹ Para a Idade Média merecem destaque os trabalhos de Iona McCleery, nomeadamente McCLEERY, Iona – "Medical licensing in late medieval Portugal". In TURNER, Wendy J.; BUTLER, Sara M. (eds.) – *Medicine and the Law in the Middle Ages*. Leiden: Brill, 2014, pp. 196-219. E, ainda, de FARELO, Mário – "On Portuguese Medical Students and Masters Travelling Abroad: an Overview from the Early Modern Period to the Enlightenment". In CUNNINGHAM, Andrew; GRELL, Ole Peter; ARRIZABALAGA (eds.) – *Centers of Medical Excellence?: Medical Travel and Education in Europe, 1500-1789*. Farnham, England; Burlington, VT: Ashgate, 2010, 127-147. Mais bem conhecidos são os boticários, com relevo para a investigação de DIAS, José Pedro Sousa – *Droguistas, boticários e segredistas. Ciência e Sociedade na Produção de Medicamentos na Lisboa de Setecentos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2007.

¹² Da nova geração, salienta-se o trabalho em curso de Luís Ribeiro Gonçalves e, dentre os textos já publicados, "Médicos no regresso da peregrinação académica: modalidade e conflito no Portugal Quinhentista". In POLÓNIA, Amélia, et al. (ed.) – *História e Ciência: Ciência e Poder na Primeira Idade Global*. Porto: Universidade do Porto, 2016, pp. 58-77.

¹³ Dados recolhidos no âmbito do projecto *Decisão política, necessidades colectivas e afirmação profissional: o Hospital de Todos-os-Santos em perspectiva*, PTDC/HIS-HIS/113416/2009, a fonte de todos os mapas

A saúde e a assistência: configurando o campo

O monarca responsável pela abordagem mais abrangente na área da assistência e da saúde em Portugal, na época moderna, foi D. Manuel I (1495-1521). Ainda que prosseguindo as diligências dos seus antecessores, a ele se deve um conjunto de reformas que deram corpo a uma oferta diversificada e plural. Tendo começado por intervir separadamente nos hospitais, nas misericórdias e na formação de cirurgiões e médicos, a partir de 1510, quando entregou os primeiros hospitais às misericórdias, o monarca abria caminho àquela que seria a característica mais marcante da história da assistência em Portugal: o domínio das misericórdias. No devir do tempo e na paisagem arquitectónica das terras, as misericórdias acabariam por se transformar em sinais de distinção das povoações, quase sempre a par da igreja matriz e da câmara municipal. Na geografia dos poderes, a volumetria e imponência dos seus edifícios atestam, na maior parte dos casos, a riqueza e o poder das elites locais.

A primeira misericórdia, a de Lisboa, foi oficialmente reconhecida em Agosto de 1498, sob o beneplácito da rainha D. Leonor, que então governava em representação do seu irmão, D. Manuel I, ausente em Castela. Em Dezembro de 1521, à morte do monarca, existiam já 77 misericórdias espalhadas pelo reino e império¹⁴; seriam pelo menos 258 no dealbar de Seiscentos; quase 400 nos finais do século XVIII, 317 na metrópole¹⁵.

As misericórdias ergueram-se seguindo o modelo das confrarias de raiz medieval. Formatadas pelo discurso cristão das 14 obras de misericórdia (sete espirituais e sete corporais), distinguiam-se das suas congéneres em três pontos principais: os alvos das suas práticas assistenciais deveriam ser os grupos mais frágeis da comunidade – presos, pobres, doentes e condenados pela justiça –, não os próprios confrades; deveriam assegurar uma participação social paritária ao nível dos seus membros (irmãos) e corpos dirigentes; deveriam reger-se segundo as normas do compromisso da Misericórdia de Lisboa. Este último ponto não era de somenos importância. Apesar de a coroa autorizar que as terras fizessem adaptações pontuais, como a idade de admissão dos irmãos, não permitia alterações que desvirtuassem as regras estruturantes deste compromisso – que teve quatro versões até ao século XIX: o manuscrito, de 1498; e os impressos, de 1516, de 1577 e de 1618. Só a partir da aprovação do

apresentados neste texto. Os mapas são da autoria de Luís Gonçalves Ribeiro, a quem agradecemos o trabalho realizado.

¹⁴ Alguns dados sobre a organização deste universo no império português podem encontrar-se em ABREU, Laurinda – “Health care and the spread of medical knowledge in the Portuguese empire, particularly the Estado da Índia (sixteenth to eighteenth centuries)”. *Medical History* 64, 4(2020), pp. 449-466.

¹⁵ Para a cronologia das misericórdias e problemas associados, veja-se PAIVA, José Pedro – “O movimento fundacional das misericórdias (1498-1910)”. In *Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, 1. Porto, 2009, *A solidariedade nos séculos: a confraternidade e as obras: actas*. Porto: Santa Casa da Misericórdia, 2009, pp. 397-412.

compromisso, chancelado com a assinatura do monarca, as misericórdias tinham existência legal e podiam aceder aos múltiplos benefícios inerentes à situação de confrarias de protecção régia, mormente os que facilitavam o seu funcionamento.

Uma análise mais atenta aos compromissos da Misericórdia de Lisboa de 1498 e de 1516 permite concluir que terá havido intencionalidade da coroa ao escolher as novas confrarias para assinalar a mudança que estava em curso em relação à percepção das capacidades curativas dos hospitais. Com manifesto atraso em relação à França, Inglaterra ou às cidades italianas¹⁶, a partir dos anos finais de Quatrocentos, Portugal desencadeou a reforma dos hospitais fazendo desaparecer muitos deles, vários, meras albergarias destinadas a acolher pobres, peregrinos e viajantes, no máximo por três noites. Poucos destes espaços dispunham de cirurgiões e sangradores, ainda menos de médicos. O primeiro hospital médico no sentido moderno do termo, o Hospital de Todos os Santos, foi iniciado por ordem de D. João II, em 1492. Já inaugurado por D. Manuel I, o seu regimento, de 1504, elaborado a partir dos regimentos dos hospitais italianos de Santa Maria della Scala, em Siena, e de Santa Maria Nuova, em Florença, serviu de matriz, por determinação régia, quer aos novos hospitais quer aos que estivessem a laborar sem estatutos¹⁷.

A mudança de percepção quanto aos usos dos hospitais foi oficializada no primeiro compromisso da Misericórdia de Lisboa, quando misericórdias e hospitais ainda faziam caminhos separados. O entendimento da doença como antecâmara da morte e a visita aos doentes como uma dádiva concedida a quem se aproximava do fim da vida, uma das sete obras de misericórdia corporais, fixadas por S. Tomás de Aquino na Suma Teológica (1265-1273) a partir das palavras atribuídas a Jesus “porque estava (...) enfermo e Me visitastes” (Mt 25,31-16), surgia no primeiro compromisso da misericórdia de Lisboa ligeiramente alterada para “visitar e curar os enfermos”. No compromisso de 1516, a fórmula sofria nova mudança, declarando-se que “a segunda [obra de misericórdia] é curar os enfermos”. Apesar de os compromissos manterem a indicação de que a visita aos enfermos era um acto de caridade a que os irmãos estavam obrigados, determinavam também que, sempre que a gravidade da doença o exigisse, os doentes deviam ser encaminhados para os hospitais, onde deveriam permanecer “o tempo que for necessário para suas saúdes”. Ao fazer

¹⁶ Sobre estas questões seguimos dois textos em particular: ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde: o legado de D. Manuel I (1495-1521)”. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (coord.) – *As sete obras de misericórdia corporais. Santas Casas de Misericórdia, sécs. XVI-XVIII*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2018, pp. 35-57. E “Tensions between the Físico-Mor and the University of Coimbra: The Accreditation of Medical Practitioners in Ancien-Regime Portugal.” *Social History of Medicine* 31, 2 (May 2018), pp. 231-257.

¹⁷ Desenvolvimento mais pormenorizado em ABREU, Laurinda – *O poder e os pobres. As dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Grádiva, 2016, pp. 19-73. Sobre a importância do modelo do Regimento do Hospital de Todos os Santos nas orientações do Regimento de 1514, veja-se SÁ, Isabel dos Guimarães – “Os Hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno”. In *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora*. Évora: s.n., 1996.

transcrever no compromisso da Misericórdia de Lisboa de 1516 o privilégio que lhe concedera em Novembro de 1498, coagindo os hospitais da cidade a receber os doentes por ela enviados, a coroa facilitava a sua transposição para as outras misericórdias, como veio a acontecer.

A afirmação dos hospitais como espaços *médicos* demandava a existência de curadores, de resto acompanhando o sentir geral da sociedade, o que se traduzia num crescente aumento da oferta, com pouca ou fraca regulação. Para atalhar a situação, D. Manuel I promulgou, em 1515, o regimento do físico-mor (alterando-o ligeiramente em 1521, para reforçar a autoridade deste). À semelhança do que acontecia em França, o cargo recaía sobre o primeiro médico do rei, a quem foram atribuídas, entre outras, três competências principais: autorizar determinados cirurgiões a exercer como médicos; acreditar os diplomas médicos obtidos no estrangeiro; fiscalizar boticas e boticários. Complementarmente, ainda que sem lhe atribuir regimento (o que só aconteceu em 1631), o monarca reforçava a autoridade do cirurgião-mor – também o seu primeiro cirurgião – sobre os praticantes de cirurgia e demais actividades empíricas na área da saúde.

Ao físico-mor e ao cirurgião-mor entregou D. Manuel I o processo de verificação de todas as licenças de trabalho para o exercício da cirurgia e da medicina, sujeitando a novos exames todos aqueles que não as apresentassem. Entre novas cartas e confirmações de licenças, as chancelarias régias registam, de 1496 a 1521, 252 cartas de cirurgia (223 diplomas de cirurgia e 29 licenças para “curar de cirurgia” – cartas temporárias, atribuídas a indivíduos com formação incompleta – 99 cartas para o exercício pleno da medicina e 10 licenças para “curar de medicina” (licenças temporárias e bastante restritivas do ponto de vista dos *actos médicos* autorizados), num total de 361 curadores. Neste universo, estavam vários judeus e muçulmanos recém-convertidos ao cristianismo e que necessitavam de ver reconhecida a sua nova identidade.

Uma das consequências do regimento de 1515 foi a elevação do físico-mor ao estatuto de concorrente da universidade na graduação de médicos, como logo foi assumido pela academia. Apesar da precariedade dos dados, sabe-se que, em 1537, foram matriculados 11 alunos na Faculdade de Medicina, já fixada em Coimbra; 10 em 1540. Números reduzidos, portanto, que tornam credível a informação de que em 1550 apenas foram licenciados 7 médicos. Nesse mesmo período (1537-1550), o físico-mor graduou 86 médicos, uma discrepância que se manteve até aos primeiros anos do século XIX¹⁸. Não sendo o domínio dos empíricos uma idiosincrasia na-

¹⁸ Informações mais pormenorizadas sobre estes números podem encontrar-se nos já referidos textos, ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde”; ABREU, Laurinda – “Tensions between the Físico-Mor and the University of Coimbra”.

cional, ele parece ter tido aqui uma dimensão superior à verificada noutros países da Europa¹⁹.

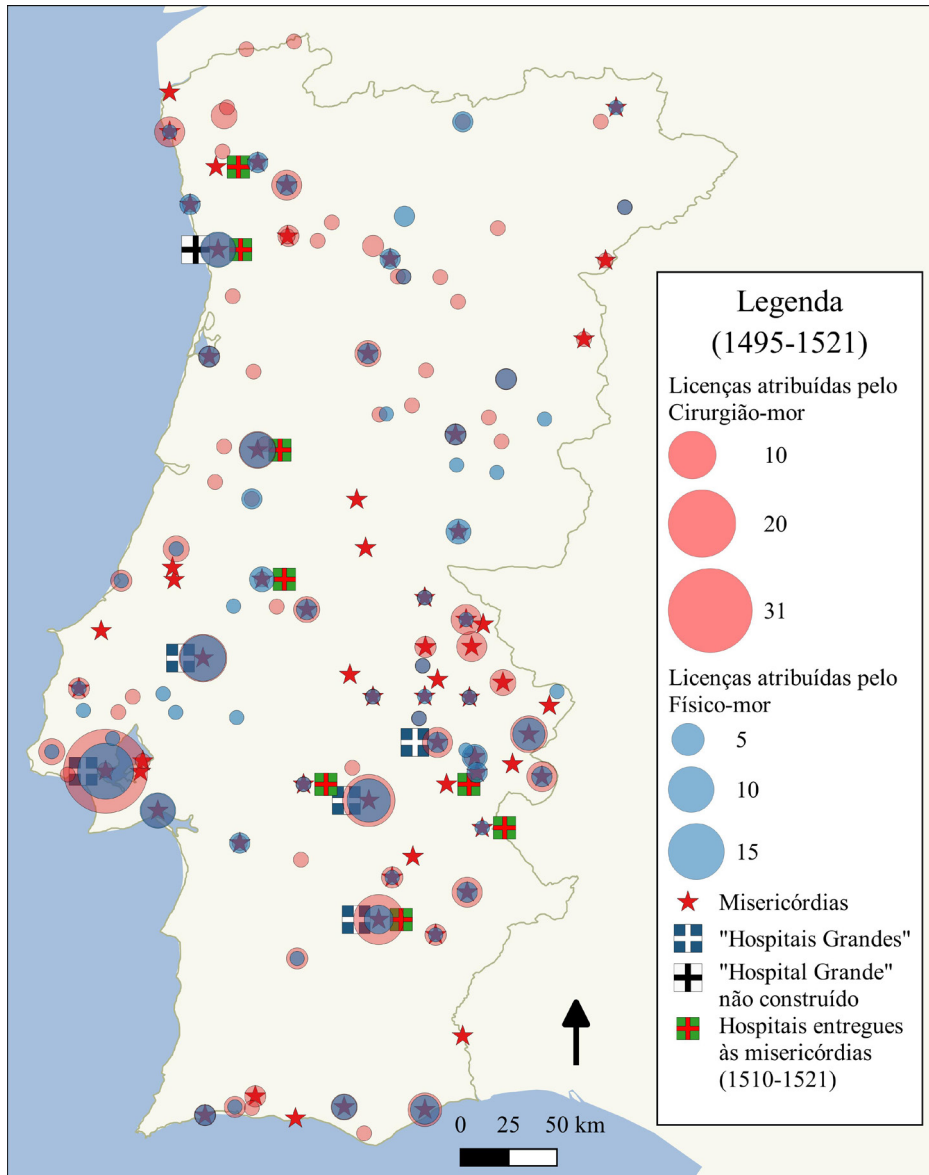


Fig. 1 – Recursos formais de saúde e assistência ao tempo de D. Manuel I (1495-1521)²⁰.

¹⁹ Como se pode verificar em LINDEMANN, Mary – *Medicina y sociedade en la Europa Moderna. 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2001, pp. 114 e ss.

²⁰ ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde”, p. 52.

Ao serviço de privados ou de instituições, boa parte destes homens era recrutada pelas elites locais. Em última instância, eram elas que decidiam se implementavam as orientações da coroa no tangente às questões de saúde, ou se as recusavam. Foi este o caso das que governavam a câmara do Porto, ao rejeitarem, em 1502, a proposta régia para a criação de um “hospital grande”, como os que estavam a surgir em Lisboa, Santarém, Beja ou Évora. Todavia, se nos grandes centros urbanos o quadro social estava relativamente definido e as elites tinham força para impor a sua vontade, a situação era diferente nos de menor dimensão, muitas vezes sem nobreza, de sangue ou adquirida, ou mesmo indivíduos com condições para subir os degraus de uma sociedade rigidamente hierarquizada. Em função desta realidade, poderá não ter sido circunstancial a imposição de um equilíbrio social no seio das misericórdias, entre nobres e representantes dos ofícios e serviços (designados oficiais).

A saúde e a assistência no jogo político

Apesar de os compromissos das misericórdias preverem uma presença equitativa entre nobres e oficiais, a coroa sabia que a maioria das terras não tinha nobres em número suficiente para cumprir semelhante determinação. Por isso, não se opôs quando as misericórdias começaram a preencher esses lugares com indivíduos cujas ocupações eram localmente mais valorizadas, por exemplo as de ourives ou de mercadores. Ora, ao registar, num livro de entrada de irmãos, um membro do povo como pertencendo à nobreza, as misericórdias averbavam, com a aquiescência real, um procedimento que era de *nobilitação* local, cujo impacto transcendia o lado social e simbólico: franqueavam a entrada de novos membros na categoria dos “melhores da terra”, e essa era uma condição necessária para aceder aos cargos do poder concelhio²¹.

Para quem provinha dos estratos mais baixos da população, a chegada às misericórdias era, em si, um objectivo que, não raras vezes, culminava um percurso iniciado em confrarias menos valorizadas. Durante o trajecto, iam acumulando conhecimentos e relações sociais, que poderiam posteriormente capitalizar nas eleições para os corpos dirigentes das misericórdias e das vereações municipais. Análises a alguns destes itinerários mostram estes homens, depois de instalados, a circular entre estas confrarias e os senados camarários e a construir redes clientelares muitas vezes alimentadas com o património de ambas as instituições²². Mesmo nos casos

²¹ Como estudado em ABREU, Laurinda – “The Crown and poor relief: structuring local elites (Early Modern Portugal)”. In SANDÉN, Annika (coord.) – *Demografi – hälsa – rätt: en vänbok till Jan Sundin. Demography – health – Justice: a festshrift to Jan Sundin*. Linköping: Forfattarna, 2008, pp. 161-169.

²² A composição social das confrarias é um elemento relevante quando se analisa o modo como, a nível nacional, foram distribuídos os recursos assistenciais e de saúde. Por exemplo, os casos de Évora e Setúbal

em que esses processos não são tão óbvios, ou não estão documentados, na segunda metade do século XVI, as terras já se tinham apercebido das potencialidades das misericórdias para produzir novas categorias sociais e captar património, o que terá facilitado a sua rápida disseminação. Porém, não foram as únicas a tirar proveito das misericórdias.

Como nos demais países católicos na época moderna, boa parte da assistência era custeada pelas esmolas e doações caritativas, com frequência associadas a funções salvíficas como a celebração de missas pelas almas dos doadores e do seu círculo de familiares e amigos – um movimento que explodiu na sequência do Concílio de Trento. O facto de, em Portugal, desde cedo, as misericórdias investirem na construção de capelas ou igrejas, ou associarem-se a edifícios já existentes, e não a simples altares, como comumente acontecia com outras confrarias, dava-lhes visibilidade na comunidade e mostrava ter condições para officiar as missas pelas almas do purgatório²³. Acresce a isso o apoio concedido por D. João III à captação de bulas de indulgências junto dos papas, bulas particularmente generosas para com os fiéis que privilegiassem as misericórdias no momento de redigirem os seus testamentos. Paralelamente, a coroa conseguia, no mesmo concílio de Trento, que o papa reconhecesse as misericórdias como confrarias de protecção régia, portanto de carácter laico, momento a partir do qual apressou a transferência dos hospitais para a sua administração. O labor da coroa no sentido de centralizar o controlo da assistência e da saúde nas confrarias por si tuteladas teria uma derradeira etapa em 1593, quando determinou, primeiro para Lisboa, depois para todas as misericórdias que o solicitaram, que estas não poderiam ter a concorrência de outras confrarias nos sectores assistenciais onde já operavam.

Com capacidade para prestar assistência aos vivos e aos mortos, circunstância privilegiada pelos doadores, a segunda metade do século XVI marcou um tempo de acelerado crescimento patrimonial das misericórdias, o que servia na perfeição os interesses da coroa, que, assim, entregava às populações a responsabilidade financeira pelos seus pobres e doentes. E quando se verificou que nem as misericórdias nem os hospitais dispunham dos recursos necessários para exercerem as funções que lhes estavam cometidas, a coroa não hesitou em apoiar os seus pedidos junto do papado

revelariam que os administradores dos hospitais, isto é, os irmãos que governavam as misericórdias, eram proprietários de herdades (Évora), barcos de pesca e salinas (Setúbal). Ao abrirem gratuitamente os hospitais aos trabalhadores migrantes, garantiam a mão-de-obra de que necessitavam para as tarefas agrícolas, piscatórias e salineiras, todas sazonais, das quais dependiam as suas fortunas pessoais e familiares. Evidentemente que não só de trabalhadores se compunha o universo dos assistidos nos hospitais, mas, nas grandes cidades, eram o grupo dominante e preenchiam os requisitos do internamento hospitalar: eram pobres e não tinham apoio local. Está ainda por fazer o levantamento sistemático da situação a nível nacional que permita verificar, por exemplo, se os comportamentos variaram conforme a dimensão dos núcleos urbanos.

²³ Ao criar condições às misericórdias para se tornarem as principais instituições de assistência das suas comunidades, D. Manuel I abriu-lhes caminho para a concentração de património, apesar das hesitações iniciais demonstradas a esse respeito.

para que as verbas recebidas para rezar as missas pelas almas dos instituidores fossem destinadas aos hospitais: afinal, tratar dos doentes também era uma obra pia, e os seus benefícios espirituais não eram inferiores aos resultantes das missas.

Outra parte interessada nestes arranjos foram as câmaras municipais²⁴. A maioria, com orçamentos reduzidos e múltiplos encargos, dentre outros, com a criação dos expostos (na íntegra, ou partilhados com as misericórdias, no caso de estarem alocados aos hospitais por elas anexados) e pagamentos dos ordenados de alguns curadores, só pontualmente terão reclamado maior protagonismo nesta área. Por outro lado, o facto de, com frequência, as elites camarárias serem as mesmas que dominavam as misericórdias também fazia com que um maior investimento das câmaras nestas áreas sociais não fosse absolutamente prioritário do ponto de vista da capitalização social e política.

Por esta razão, o poder local reagiu negativamente quando, em 1568, o regente do reino, o cardeal D. Henrique, impôs a 74 municípios, distribuídos pelas comarcas de Lamego, Pinhel, Castelo Branco, Torre de Moncorvo e Portalegre, o pagamento anual de 750\$000 réis a fim de custear 30 bolsas de estudo para formar médicos na Universidade de Coimbra²⁵. O valor do tributo foi calculado em função dos orçamentos dos municípios, previamente verificados pelos funcionários régios. Em 1606, Lamego e Portalegre viram as suas contribuições agravadas, respectivamente, de 110\$000 réis para 150\$000 réis, e de 227\$000 réis para 264\$000 réis, ano em que foram chamados a concorrer pela primeira vez municípios nas comarcas de Coimbra, Esgueira, Leiria, Alenquer, Santarém, Setúbal, Évora, Beja, Campo de Ourique e Elvas. O total colectado subiu então para os 1600\$000 réis e passou a incluir a formação de 20 boticários sob a tutela da mesma universidade.

Designado por *Arca dos médicos e dos boticários*, no *Regimento dos médicos e boticários cristãos-velhos*, de 1604 (o documento que codifica o funcionamento deste novo instrumento social), o sistema de bolsas de estudo tinha entre os seus objectivos obrigar o poder local a investir na saúde das populações; aumentar os recursos em saúde com formação académica; atrair estudantes de medicina para a Universidade de Coimbra e afastar os cristãos-novos, tradicionalmente associados às actividades curativas. Como estímulo ao pagamento da dita contribuição, em 1575, a coroa determinava que os estudantes oriundos das terras tributadas deveriam ter prioridade no acesso às bolsas de estudo, no pressuposto implícito de que regressariam aos seus locais de origem depois de formados.

²⁴ Exemplos sobre as cidades hanseáticas foram analisados por JÜTTE, Robert – “Health care provision and poor relief in early modern Hanseatic towns. Hamburg, Bremen and Lübeck?”. In GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew (eds.) – *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe, 1500-1700*. London: Routledge, 1997, pp. 108-128.

²⁵ Segue-se aqui o nosso trabalho, “Assistance et santé publique dans la construction de l’État moderne”.

Complementarmente, o monarca dava o seu patrocínio ao acordo celebrado entre o físico-mor, Sebastião Rodrigues de Azevedo, e a universidade, logo no início da década de 1570, segundo o qual aquele se comprometia a suspender a acreditação de médicos formados no estrangeiro a troco de uma compensação anual de 80\$000 réis paga pela academia. O acordo vigorou durante algum tempo, tendo sido suspenso por Filipe I de Portugal em 1596, eventualmente com o intuito de reactivar o fluxo de estudantes portugueses que todos os anos se deslocavam para Salamanca, movimento que tinha declinado desde o ajuste entre o físico-mor e a universidade. O imbróglgio legal motivado por esta determinação ultrapassa o âmbito deste texto. Contudo, cabe ressaltar a decisão régia tomada logo em 1608, no sentido de compensar a academia pela perda do monopólio na formação de médicos, dando primazia aos seus diplomados aquando dos concursos promovidos pela administração pública, tribunais, misericórdias, hospitais, entre outros.

Não tardou, no entanto, que os pressupostos de atribuição das bolsas de estudo definidos em 1568 fossem subvertidos por quem os administrava na universidade: no início do século XVII, as bolsas já estariam a ser concedidas a troco de compensações, monetárias ou em géneros, em vez de premiarem a qualidade dos candidatos, proveniência geográfica e limpeza de sangue. Apesar destes problemas, e de muitos outros relacionados com a cobrança dos valores em causa, o sistema manteve-se ao longo de todo o Antigo Regime, sendo apenas reformado durante o consulado pombalino. Com o argumento de que o esquema em vigor era injusto e criador de tensões entre os municípios, não só pela diferença dos valores que pagavam, mas, sobretudo, porque isentava alguns deles, em Agosto de 1774, Sebastião José de Carvalho e Melo substituiu-o por uma cobrança geral e igualitária, diminuindo o valor médio do tributo (abaixo dos 6\$000 réis contra a média anterior, um pouco superior a 18\$000 réis). Como resultado, o valor da arrecadação subiu de 1600\$000 réis para os 4065\$510 réis anuais, o que significava um reforço significativo de capital na saúde, uma vez mais sem custos para o Estado. Nessa mesma linha de pensamento, o mesmo governante optou por proteger o património das misericórdias e dos hospitais das leis desvinculadoras e desamortizadoras, sabendo que, se o perdessem, o governo teria de intervir financeiramente no sector, à semelhança do que estava a acontecer um pouco por toda a Europa.

Porém, só muito marginalmente esta reforma se reflectiu no crescimento do número de curadores verificado nas últimas décadas de Setecentos. O principal centro de graduação foi, sim, o Protomedicato, uma instituição surgida em 1782 com o proclamado intento de corrigir os abusos que se verificavam nas formações em saúde tuteladas pelo físico-mor e pelo cirurgião-mor. Num universo altamente concorrencial e conflituoso, o novo organismo, que funcionou enquadrado pelos regimentos do físico-mor (1515-1521) e do cirurgião-mor (1631), acabaria por

reforçar o poder dos empíricos sobre os académicos, num contexto das dificuldades sentidas pela Faculdade de Medicina na implementação da reforma pombalina, de 1772. É elucidativo a este propósito o facto de os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, ambos desaparecidos em 1782, terem sido ressuscitados e os seus ocupantes guindados à direcção do Protomedicato. Refira-se ainda que, na prática quotidiana, o local de formação dos médicos – em Coimbra, no estrangeiro ou por graduação pelo Protomedicato de estudantes de medicina ou de cirurgições – mostrou ser pouco relevante nas escolhas das elites locais quando os recrutavam para as suas terras.

Os recursos em saúde impactaram nas pequenas cidades?

O mapeamento dos elementos constantes na base de dados atrás identificada, com cerca de 21 000 registos de agentes de saúde relativos a Portugal, e a sua conexão com as misericórdias e os hospitais existentes no mesmo período (Fig. 2) mostra uma concentração de meios na Estremadura, Alentejo interior e raiano e Algarve litoral; maior rarefacção a norte, onde escasseiam os hospitais e existem menos misericórdias, mas abundam os curadores recrutados pelos municípios. Que informações se poderão extrair deste mapa na sua relação com o panorama urbano de Portugal na época moderna?

A resposta não se afigura nem simples nem directa. O primeiro escolho a enfrentar deriva das dificuldades conceptuais e objectivas em definir centro urbano para estes tempos. Num país quase sem cidades de tamanho médio ou mesmo pequeno, menos de um quarto da população viveria em vilas e cidades, circunstâncias que se terão mantido até ao início do século XIX, apesar de algumas variações regionais²⁶. Dos 17 centros urbanos identificados no numeramento de 1527-1532, apenas três tinham mais de 2 mil fogos: Lisboa liderava, com mais de 13 mil fogos, só de longe seguida pelo Porto, com cerca de 3 mil, e Évora, com pouco mais que 2800. É preciso baixar aos 500 fogos para encontrar um número de aglomerados com algum relevo; das mais de três dezenas contabilizados, 76% situavam-se a sul, metade dos quais na comarca Entre Tejo e Odiana²⁷. Nos finais do século XVIII, a percentagem da concentração urbana a sul terá subido para os 80%, embora se comesçassem a salientar vários centros do norte do país, como Guimarães, Aveiro, Viana da Foz do Lima e Braga.

A relação entre a existência de recursos em saúde (Fig. 2) e taxa de urbanidade é clara e não surpreende: nos territórios mais urbanizados, há mais instituições

²⁶ Segundo os estudos de Teresa Ferreira Rodrigues e Maria João Guardado, em *História da População Portuguesa*. In RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) – *História da População Portuguesa*. Porto: CEPESE/Edições Afrontamento, 2008, respectivamente pp. 159-246 e 247-287.

²⁷ RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) – *História da População Portuguesa*, p. 188.

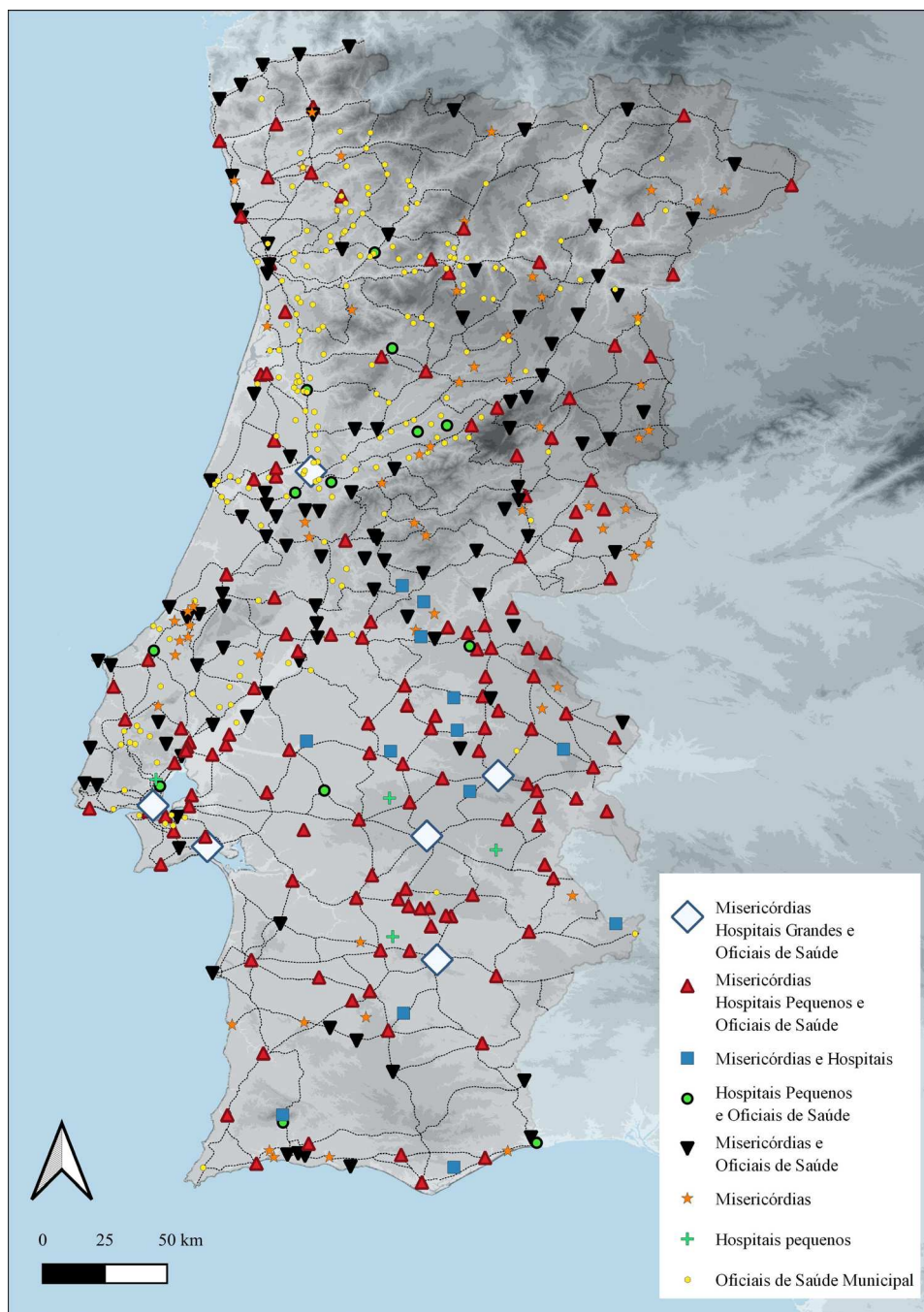


Fig. 2 – Distribuição de recursos de saúde e assistência (1496-1820).

assistenciais e é maior o papel das misericórdias enquanto pólo agregador dos demais dispositivos. Acima de todos, sobressai o Alentejo, onde predominam as terras régias e onde residia um número considerável de médicos e cirurgiões cristãos-novos: as misericórdias administravam a maioria dos hospitais e eram as principais recrutadoras de médicos, cirurgiões e boticários. É certo que o mesmo acontecia noutros locais, de distintas grandezas populacionais, desde os mais pequenos, como Aveiro, Vila do Conde, Castelo Branco e Covilhã; aos médios, como Guimarães, Coimbra, Setúbal, Tavira, Lagos e Olivença; ou a um grande centro, como Santarém, um dos primeiros a ser dotado de um hospital grande²⁸. Todavia, o padrão repete-se: trata-se, *grosso modo*, de centros localizados no Algarve e na Estremadura que, a par do Alentejo, detinham as maiores taxas de urbanização. Não obstante, ao contrário do que acontecia neste último, os anteriores estavam geograficamente dispersos²⁹.

O que ainda não se consegue saber é se a diversidade e concentração de recursos em torno das misericórdias foi propiciada pelo desenvolvimento urbano das terras ou se contribuiu para a expansão da urbanidade de algumas delas. Conscientes de que só futuros estudos de micro-história conseguirão explicar estes processos na sua totalidade, parece-nos que pode ter havido lugar às duas circunstâncias, ambas ancoradas nas condições criadas por D. Manuel I às misericórdias, atrás referidas, que transportam consigo um modelo específico de organização do poder: nos locais mais urbanizados, com elites fortes, social e politicamente dominantes, as misericórdias funcionaram como mais um centro de poder e uma nova fonte de financiamento. Uma situação que deve ser filtrada à luz de várias especificidades, como a dimensão e características da comunidade e, também, níveis de riqueza e tipologia das elites. Em cidades de pendor aristocrata, como era o caso de Évora, os ganhos associados à participação na vida de uma misericórdia podiam ser diminutos, quando não inexistentes. Já nos locais em que havia algum dinamismo económico, particularmente de cariz mercantil, representação político-institucional, mesmo que mínima, por exemplo ao nível da justiça e administração³⁰, e indivíduos prontos para assumir a condução dos destinos das terras, as misericórdias serviram de plataforma para concretização dos seus desejos de ascensão social. Ainda está por estudar a relação entre este movimento e o primeiro grande surto urbano ocorrido em território nacional ao tempo de D. Manuel I³¹, mas é uma hipótese de trabalho a explorar. Anos mais tarde, em 1613, a Misericórdia do Porto, articulada com a de Lisboa, haveria de tentar travar o reconhecimento da misericórdia de Arrifana de Sousa

²⁸ O processo relativo aos “hospitais grandes” encontra-se pormenorizado em ABREU, Laurinda – “Oferta e regulação em saúde”.

²⁹ É igualmente devida uma referência à presença de centros de atractividade, como ocorria com a universidade em Coimbra, cuja influência se derramava pelas áreas limítrofes.

³⁰ HESPANHA, António Manuel – *As Vésperas do Leviathan. Instituições e Poder Político. Portugal – século XVII*. Coimbra: Almedina, 1994, p. 87.

³¹ RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) – *História da População Portuguesa*, p. 190.

(Penafiel), com a argumentação de que a localidade não tinha condições para ter tal instituição e que os homens mais abastados apenas queriam fazerem imediatos á Sua Magestade”, isto é, tornar-se privilegiados e eximir-se dos encargos devidos à câmara do Porto. Uma pretensão que o rei ausente recusou liminarmente, reconhecendo o direito de a população ter a sua misericórdia³². Se só em 1741 Arrifana de Sousa ascendeu à categoria de vila e concelho, nas terras em que existia câmara municipal e as misericórdias foram usadas como instrumento de elevação social, as novas elites passaram a emular os comportamentos das elites tradicionais. Em ambos os casos, a vida da comunidade gravitava em torno das misericórdias e das câmaras municipais, administradas por um grupo circunscrito de homens, que deixavam pouco espaço à afirmação de poderes concorrenciais.

Nesta conjectura explicativa, que associa a maior disponibilidade de recursos de saúde a zonas urbanas ou com condições para serem urbanizadas, as misericórdias são tomadas como representação política da coroa, que através delas se faz presente, até no plano simbólico, através das insígnias do poder real (a coroa e os castelos) que transportavam nas suas bandeiras. Esta será uma das razões que poderão explicar o dinamismo fundacional de misericórdias durante a monarquia dual, traduzido em cerca de cinco dezenas destas confrarias, localizadas sobretudo em pequenas localidades do interior do país.

Situação distinta era a que ocorria no território mais povoado mas menos urbanizado, ainda que com distintas densidades populacionais, da província de Entre Douro e Minho, nas comarcas de Guimarães, Lamego, Porto e Viseu; e em Vila Real, na província de Trás-os-Montes e Alto Douro, territórios socialmente dinâmicos e com mais graduações sociais intermédias. No caso de Guimarães, apenas a sede de comarca e Amarante tinham misericórdias (Guimarães, também hospital), enquanto nas restantes localidades os cuidados médicos eram prestados por oficiais de saúde ao domicílio. Um outro exemplo encontra-se já na comarca de Viana do Castelo, circunscrição onde existiam misericórdias na maior parte dos concelhos, excluindo Coura, mas não hospitais, excepto em Viana. As misericórdias, conjuntamente com as câmaras municipais, eram aqui os principais recrutadores de curadores. Condição idêntica à de Guimarães, com poucas misericórdias e quase ausência de hospitais, ocorria nas terras de fronteira, nas comarcas da Guarda, Castelo Branco, Miranda, Pinhel e Moncorvo; a diferença é que, nestes casos, foram os municípios a assegurar a contratação de oficiais de saúde.

Desta diversidade de modelos, caracterizada pela dispersão de meios, não será alheio o predomínio das terras senhoriais, eventualmente menos dispostas a acatar as sugestões régias para fundar misericórdias. Foi nesta zona que os cirurgiões

³² Processo analisado em ABREU, Laurinda – “As Misericórdias portuguesas de Filipe I a D. João V”. In *Misericordiarum. Fazer a história das Misericórdias*, vol. 1. Lisboa: Universidade Católica/União das Misericórdias Portuguesas, 2002, pp. 48-49.

estiveram mais presentes, fruto de centros de formação, particularmente activos no século XVIII³³, associados, ou não, ao hospital da Misericórdia do Porto, e depois desmultiplicados em vários espaços de examinação dinamizados por Manuel Gomes de Lima Bezerra. Como já estudado, estes centros facilitaram a construção de carreiras de cirurgiões formadores e cirurgiões examinadores, cargos transmitidos de pais para filhos, que poderão ter permitido construir redes de poder nada negligenciáveis, ainda assim exíguas quando se pensa numa geografia mais alargada e na capacidade, económica e social, por exemplo, para estabelecerem misericórdias ou fazê-las crescer de modo a imporem-se como centros únicos de poder. Neste sentido, a pulverização dos recursos assistenciais, materializada na existência de pequenos hospitais e pequenas misericórdias como entidades separadas, também lhes poderá ter sido mais útil do ponto de vista do exercício de alguma influência. Por outro lado, o elevado número destes curadores disponíveis no mercado, além de outros curadores não encartados, em povoações de reduzida dimensão, dependentes da agro-pecuária, poderia satisfazer as necessidades dos seus habitantes: faziam sangrias; aplicavam clisteres e emplastos; consertavam ossos, suturavam cortes e feridas, entre tantos outros curativos. Pouco mais se oferecia na maioria dos pequenos hospitais. Com a particularidade de, no caso de locais mais isolados, ter menos pertinência a existência deste tipo de instituições (*hospitais-albergues*): como se observa na figura 2, a localização dos hospitais esteve associada às principais rotas terrestres para o interior e o norte do reino – veja-se, por exemplo, o eixo do rio Tejo. Repita-se, contudo, que só estudos de história local e regional poderão confirmar ou infirmar estas hipóteses explicativas, que, em momento algum, desvalorizam a existência de grandes centros urbanos e poderosas misericórdias no Norte do país.

Independentemente de a concentração de meios assistenciais e de saúde à volta das misericórdias estar mais associado aos espaços urbanos e de a dispersão de recursos ou ausência de instituições aos contextos rurais, quando a informação é desagregada por área geográfica, é possível avançar um pouco mais no conhecimento destas realidades locais: por exemplo, consegue-se acompanhar a evolução dos movimentos de fixação de médicos, cirurgiões e boticários e da sua circulação entre as diferentes localidades. De acordo com os documentos de 1568 e de 1606, atrás aludidos, as zonas que ficaram isentas da tributação para as bolsas de estudo (Fig. 3) podem, grosseiramente, ser agrupadas em dois conjuntos, que espelham as assimetrias da distribuição regional da população: um que junta o Algarve e Trás-os-Montes, zonas ruralizadas (com exclusão do Algarve litoral), menos povoadas,

³³ Veja-se ABREU, Laurinda – “A formação de cirurgiões no Norte de Portugal nos finais do Antigo Regime. O papel de Manuel Gomes de Lima”. In *Atas do V Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto – Misericórdia, Liberdade, Património*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2021, pp. 447-459.

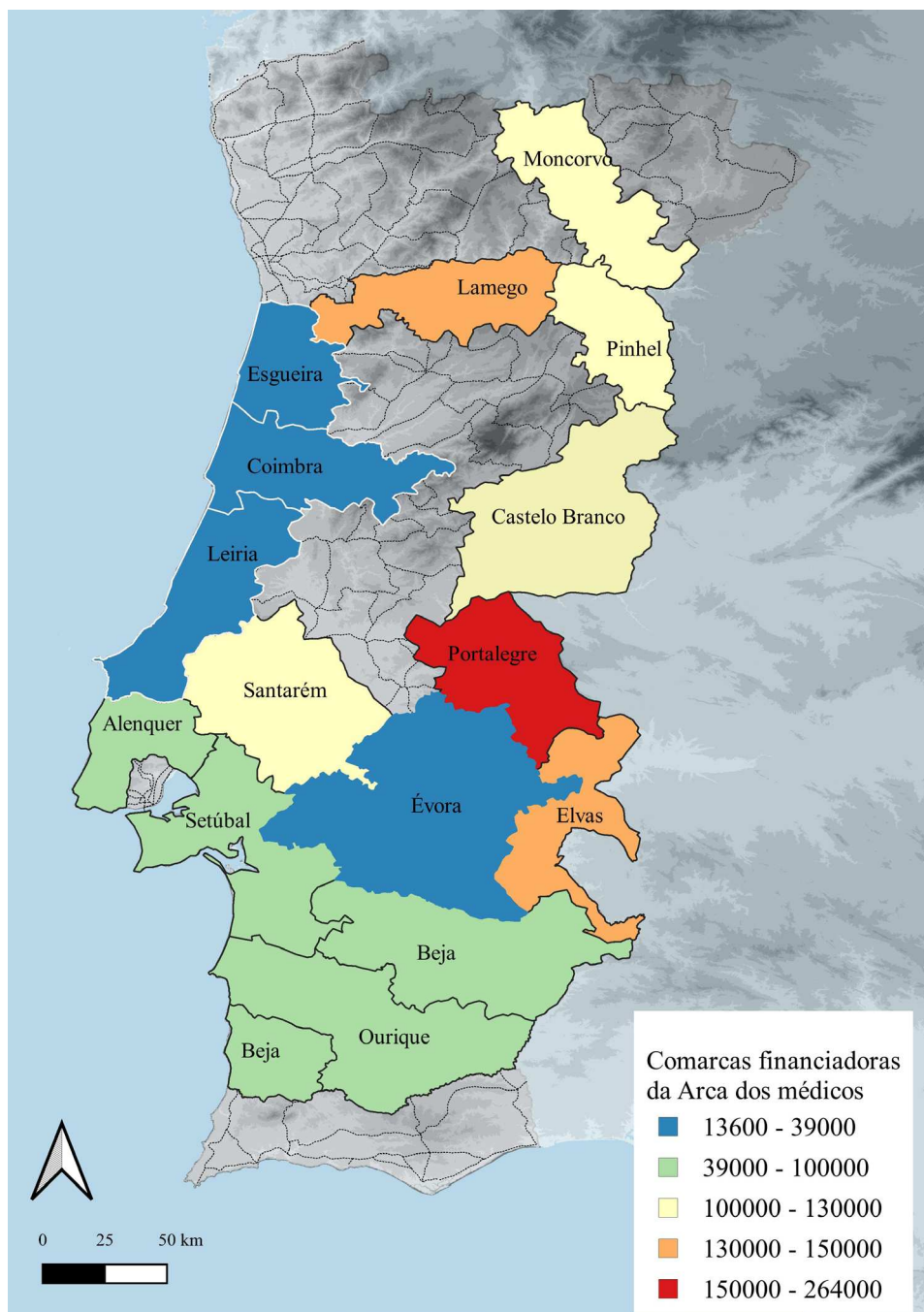


Fig. 3 – Comarcas financiadoras das bolsas de estudo para médicos e boticários.

de povoamento concentrado e com grandes espaços desabitados³⁴; o outro grupo congrega as províncias de Entre Douro e Minho e comarcas que pertenciam às zonas hoje identificadas como Beira e Alto Alentejo, onde (à exceção da Estremadura) se encontravam mais moradores: se, no primeiro caso, a coroa terá decidido não impor um novo tributo devido à rarefação populacional, no segundo poderá ter partido do princípio de que as populações seriam auto-suficientes.

Excluindo Pinhel, Castelo Branco e Moncorvo, para os quais não existem dados individualizados, verifica-se que as comarcas sobre as quais recaíram os tributos mais elevados eram as de Portalegre, a mais onerada, com 264\$000 réis; logo seguida da de Lamego, com 150\$000 réis e de Elvas, com 140\$000 réis, as três perfazendo 544\$000 réis, isto é, 34% do total dos 1600\$000 impostos em 1606. As menos penalizadas eram as comarcas de Évora, Esgueira, Coimbra e Leiria.

Alargando o foco de análise e comparando as comarcas contribuintes com as localidades que recrutaram recursos humanos em saúde, verifica-se que as terras, mesmo que não concordassem com o pagamento deste tributo, apreenderam a sua lógica e procuraram ser compensadas pelo investimento realizado: as que financiaram as bolsas de estudo acabaram a recrutar médicos e boticários, mas, também, cirurgiões, assim completando a habitual tríade de curadores mais requeridos pelas populações. É ainda relevante indicar que, na maior parte dos casos, os salários dos curadores foram pagos, por opção régia, através das sisas, o mais importante imposto real (10%), a que estavam obrigados todos os vendedores e compradores, salvo os eclesiásticos e os comendadores da Ordem Militar de Avis. Uma ocorrência que faz pressupor que terá havido intencionalidade da parte da coroa em manter nas povoações parte do rendimento tributado, sob a forma de serviços de saúde³⁵.

Mais significativo, contudo, é a confirmação de que houve transferências regionais entre localidades com diferentes capacidades económicas. Vejam-se alguns exemplos nas comarcas de Santarém e Setúbal (Fig. 4): 11 municípios foram arrolados para financiar as bolsas de estudo, mas quase 60 localidades que gravitam à sua volta recrutaram curadores, inclusivamente médicos, um bem caro e escasso. Especialmente vincada, está a linha do Tejo e as terras próximas de Lisboa, quer na margem sul, quer na região do Oeste.

³⁴ Embora se tenham registado comportamentos distintos ao longo do século XVIII, conforme demonstrado pela obra coordenada por RODRIGUES, Teresa Ferreira (coord.) *História da População Portuguesa*, pp. 257-260.

³⁵ Além das sisas, os salários dos curadores podiam sair das rendas que os municípios deviam partilhar com a coroa e, ainda, das fintas, estas últimas as menos utilizadas por penalizarem sobremodo os pobres, por não terem privilégios de isenção.

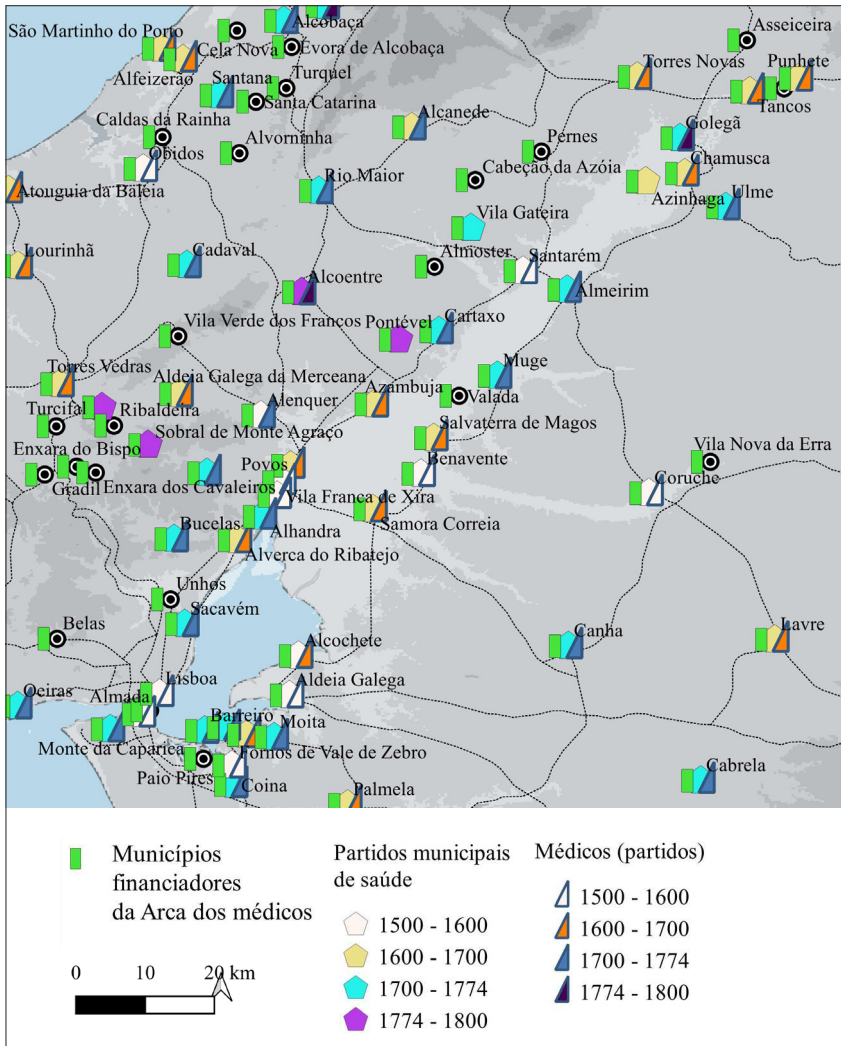


Fig. 4 - Localidades contribuintes e recrutadoras de recursos de saúde nas comarcas de Setúbal e Santarém (1606-1800).

Se o olhar se deslocar para a comarca de Portalegre (Fig. 5), observa-se que dos 15 concelhos tributados, apenas Seda, Alter Pedroso e Alegrete não tiveram partidos de saúde. Mas se se introduzir novos indicadores, como hospitais e misericórdias (Fig. 6), mostra-se que desde o século XVI, Seda e Alter Pedroso tinham misericórdia e hospital, enquanto em Alegrete havia misericórdia. Ou seja, à partida, teriam recursos próprios, não estando dependentes deste novo mecanismo redistributivo. Já o caso de Abrantes (Fig. 5 e Fig. 6) permite afirmar com segurança que o

reconhecimento régio pelo papel desempenhado na restauração da independência, materializado na atribuição do título de “notável vila”, em 1641, foi o motor da expansão da localidade que, por sua vez, atraiu um aumento exponencial dos recursos de saúde.

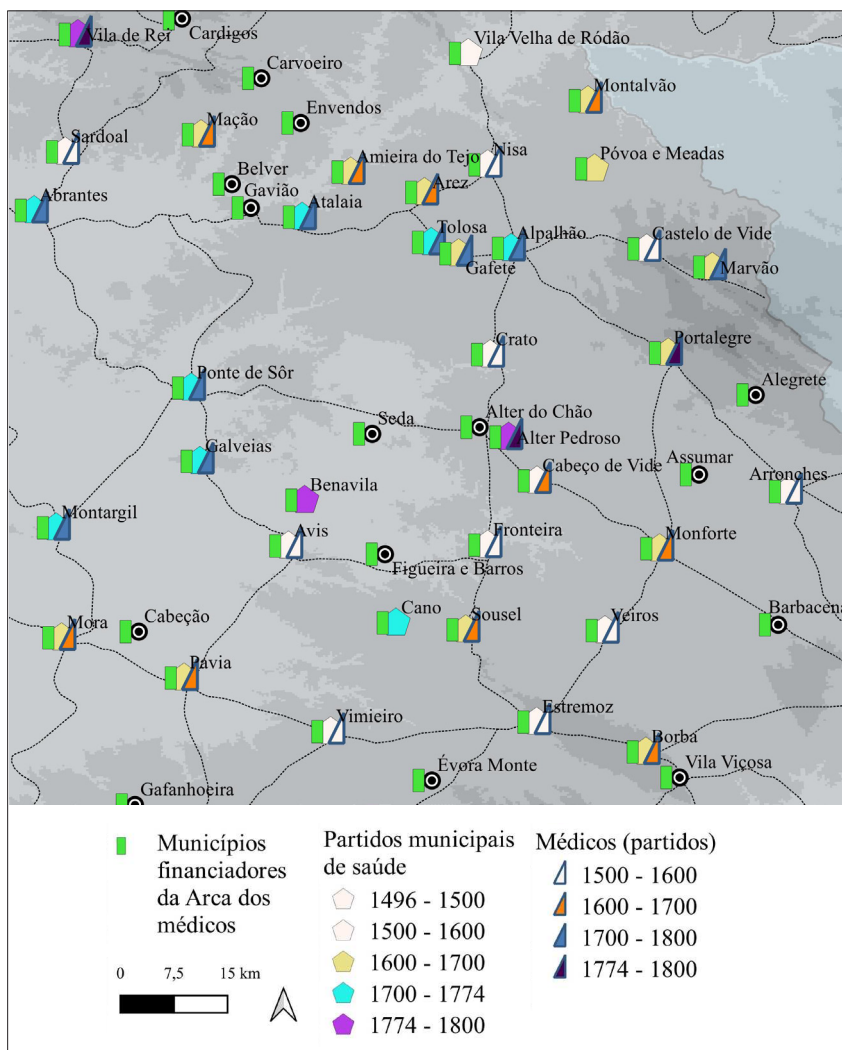


Fig. 5 – Localidades contribuintes e recrutadoras de recursos de saúde na comarca de Portalegre (1606-1800).

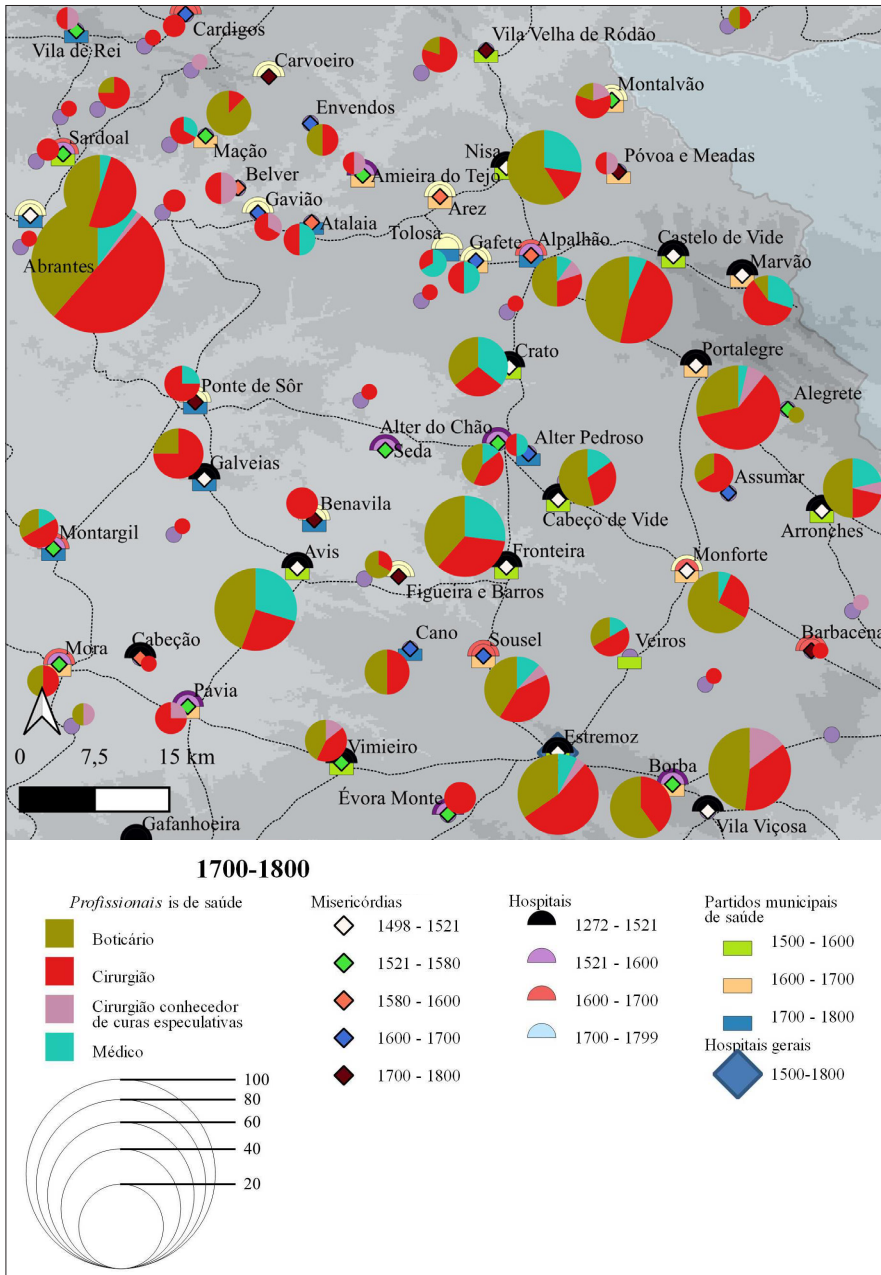


Fig. 6 – Localidades contribuintes e recrutadoras de recursos de saúde nas comarcas de Portalegre e Évora (1700-1800).

Concluindo

Numa investigação onde há ainda mais questões do que respostas, todas as conclusões são frágeis e passíveis de serem alteradas com o desenvolvimento do estudo. No entanto, e sem surpresas, verifica-se que, ao longo da época moderna, a quantidade e diversidade de recursos assistenciais e de saúde esteve dependente da dimensão das localidades e da força das elites que as governavam. Nos territórios mais urbanizados, ou com condições socioeconómicas para se urbanizarem, a tendência foi para a centralização desses recursos nas misericórdias, administradas por homens que circulavam entre elas e as câmaras municipais, dominando umas e outras, em redes familiares e clientelares que podiam durar várias gerações. Nas demais localidades, mais populosas e mais rurais, socialmente mais dinâmicas, mas com poucos grupos fortes, terras onde a presença senhorial era maior, dominou a dispersão e a atomização de recursos.

Neste processo, as bolsas de estudo para formação de médicos e boticários instituídas nos finais da década de 1560, bem como a opção pelas sisas como principal meio de pagamento dos salários dos médicos, boticários e cirurgiões recrutados pelo poder local, misericórdias e hospitais, foram organizadas pela coroa com base na reciprocidade entre os diferentes municípios e entre estes e o poder central. Em ambas as situações, parte do investimento feito pelas populações deveria regressar ao local de partida sob a forma de serviços de saúde.

Por fim, recorde-se que, apesar da insistência régia na formação académica de médicos, a prestação de cuidados de saúde em Portugal na época moderna foi garantida pelos cirurgiões, alguns deles elevados à categoria de médicos, quer pelo físico-mor, quer pelo Protomedicato. O universo dos cirurgiões foi, também, um universo de poderes, individuais, familiares e clientelares (em termos dos mecanismos de formação e sua regulação). Acredita-se, mesmo, que o seu elevado número e importância que adquiriram, a par do carácter rural das pequenas comunidades que serviam, terão tido algum impacto no modo como foi organizado este campo social, nas terras por onde circulavam. Todavia, só estudos sistemáticos de malha mais fina e que acompanhem as variações dos quantitativos populacionais ao longo do período em análise poderão, efectivamente, trazer dados mais fidedignos que ajudem a compreender a relação entre os recursos em saúde, humanos e materiais, e o tecido urbano português.

A muralha enquanto marco físico e simbólico na gestão da peste em contexto urbano: o exemplo da cidade de Viseu nos séculos XVI e XVII

Liliana Andrade de Matos e Castilho¹

Resumo

A presença da muralha consagrava o estatuto urbano de uma povoação, e delimitava, física e simbolicamente, a cidade da não cidade. A muralha de Viseu, viu a sua funcionalidade alterar-se ao longo da Época Moderna, perdendo progressivamente o seu carácter militar, mas mantendo inalteradas as suas funções políticas e morfológicas.

A utilização da muralha enquanto cerca pandémica, promovida pelo Concelho, mas obedecendo, num dos casos, a instruções da administração central, ficou particularmente clara aquando dos surtos de peste de 1577 e 1637.

A cidade fechou-se sobre si mesma, encerrando, em 1637, três das sete portas da muralha e nomeando guardas-mores para as restantes. Os habitantes da cidade foram escalonados para fazerem guarda a uma das portas e elegeram-se dois provedores da saúde e quatro meirinhos.

Os “estrangeiros” foram proibidos de entrar no burgo sem licença, e foi aprovado um corpo legislativo definindo as penas para os prevaricadores, como se infere da análise dos livros de atas da Câmara.

A muralha surge assim como recurso eficaz na defesa da cidade face a uma ameaça externa, epidémica e invisível neste caso, mas concretizada em todos os que fossem estranhos à urbe e a cuja presença convinha a todo o custo furtá-la.

Palavras-chave

Peste; muralha; Viseu; séculos XVI e XVII.

¹ Instituto Politécnico de Viseu (IPV)/Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, Universidade do Porto (CITCEM-UP).

The city wall as a physical and symbolic landmark in the management of plague in an urban context: the example of the city of Viseu in the 16th and 17th centuries.

Abstract

The presence of the wall consecrated the urban status of a village, and physically and symbolically delimited the city from the non-city. The Viseu city wall saw its functionality change throughout the Modern Period, progressively losing its military character, but keeping its political and morphological functions unchanged.

The use of the wall as a pandemic fence, promoted by the Council, but following, in one of the cases, instructions from the central administration, was particularly clear during the plague outbreaks of 1577 and 1637.

“Foreigners” were prohibited from entering the borough without a permit, and a legislative body was passed defining the penalties for offenders, as can be seen from the analysis of the city council minutes books.

The city closed in on itself, closing, in 1637, three of the seven gates of the city wall and appointing main guards for the rest. The inhabitants of the city were assigned to guard one of the gates and two health care providers and four bailiffs were elected.

The city wall thus appears as an effective resource in the defense of the city against an external threat, epidemic and invisible in this case, but implemented in all those who were strangers to the city and whose presence it was convenient to steal it at all costs.

Keywords

Plague; wall; Viseu; 16th and 17th centuries.

Em contraste com o carácter aberto do campo era a presença da muralha que consagra o estatuto urbano de uma povoação, e que delimitava, física e simbolicamente, a cidade da não cidade. Construída por motivos essencialmente defensivos a sua funcionalidade foi sendo alterada ao longo da Época Moderna, perdendo progressivamente o seu carácter militar, mas mantendo inalterada sua função de delimitação do espaço urbano.

A construção da muralha da cidade de Viseu teve início no reinado de D. João I e encontrava-se concluída em 1472, no reinado de D. Afonso V. O perímetro amuralhado rodeava a cidade medieval previamente existente, alcandorada em torno ao morro da Sé, e apresentava sete portas interligando o exterior com o interior através dos principais eixos viários.

A cerca da cidade seguia assim da Porta do Soar, também chamada de S. Francisco ou Arco dos Melos, ainda existente, pela atual Rua Silva Gaio onde na intersecção com a Rua da Cal se abria a Porta da Senhora das Angústias cujo arranque do arco ainda é visível na muralha. Daí continuava rua abaixo até à Porta dos Cavaleiros, prosseguindo desta até às traseiras do Convento das Freiras onde se abria a Porta de S. Sebastião, infletia à atual rua Capitão Silva Pereira onde, no cruzamento com a rua do Gonçalinho se abria a Porta de S. Miguel. Subia ao Rossio de Santa Cristina onde, à entrada da Rua da Árvore, ficava a Porta do Senhor Crucificado cujos arranques ainda são visíveis, continuava para Cimo de Vila onde se encontrava a Porta de São José, no local onde atualmente a Rua Formosa intercepta a Rua Direita, subindo de novo até à Porta do Soar fechando o circuito (Fig. 1).

O nome dado às várias Portas vai sofrer ligeiras alterações, ao longo do tempo, tal como a restante toponímia, mas é possível verificar a sua localização através de confrontações ou referências viárias e geográficas.

Cada porta tinha um Santo protetor ou por vezes dois, um no interior e outro no exterior, alguns dos quais deram nome às portas. Na Porta do Soar estavam Santo António e São Francisco de Borja, na Porta de Nossa Senhora das Angústias a respetiva imagem também referida como Nossa Senhora do Pranto ou Nossa Senhora do Postigo; na Porta do Arco estava também a imagem da Virgem; nas Portas de São Sebastião e São Miguel os respetivos Santos; em Santa Cristina, Cristo Crucificado e em Cimo de Vila estava S. José no exterior e Nossa Senhora da Graça no interior².

A muralha nunca teve ameias, mas tinha um passeio de ronda, guardado por dois parapeitos, um interior e um exterior, ao qual se acedia por degraus cravados na própria muralha, ainda visíveis junto da antiga Porta da Senhora das Angústias.

Embora as muralhas propriamente ditas estivessem na sua origem sob jurisdição militar, com a perda gradual da sua função bélica, a sua alçada foi passando

² CASTILHO, Liliana – *Geografia do quotidiano. A cidade de Viseu no século XVI*. Viseu: Arqueohoje, Lda. E Antropodomus, Projecto Património, 2009. pp. 95-96.

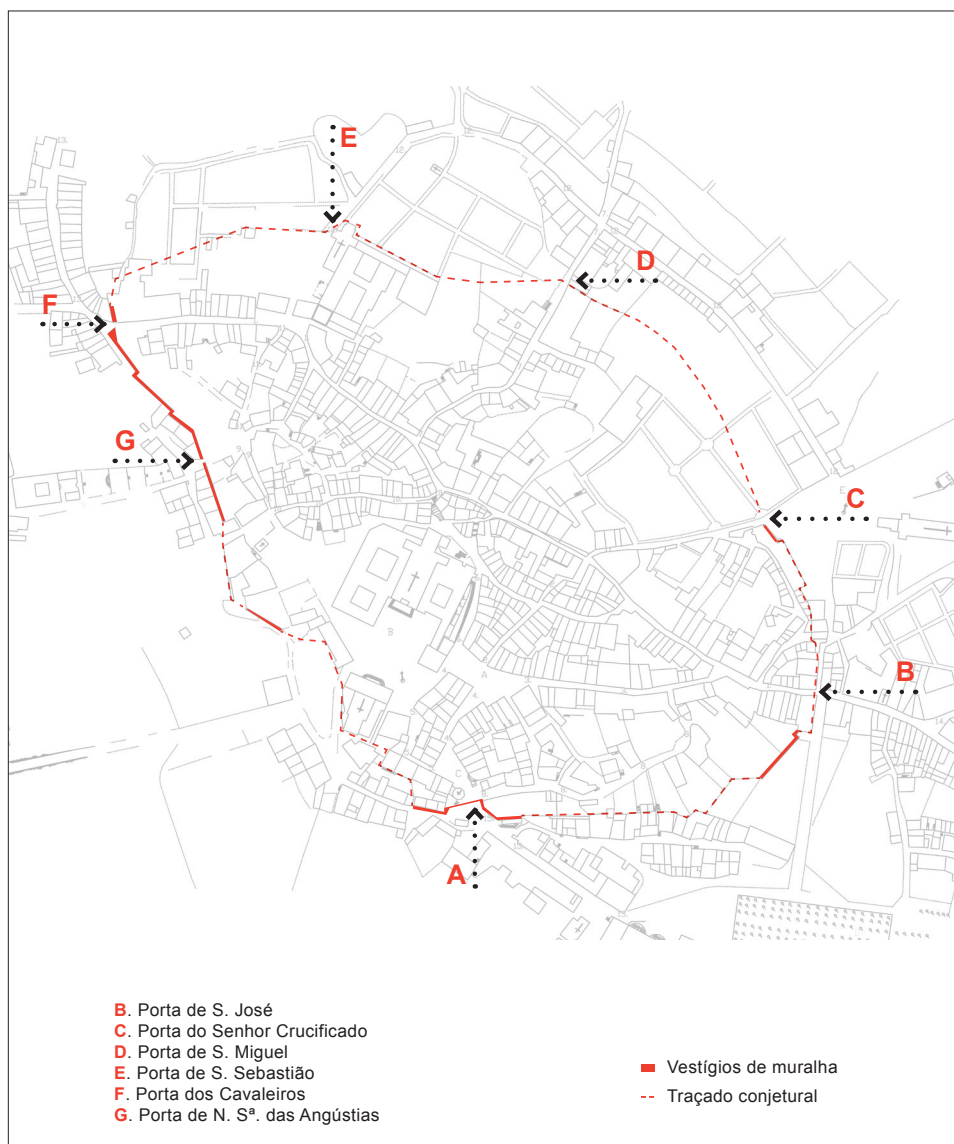


Fig. 1 – Muralha da cidade de Viseu e respetivas portas. Desenho baseado no levantamento camarário de 1867 (sem escala). Duplex.

gradualmente para o poder civil de quem dependia a sua conservação e gestão. Nesse sentido era o Concelho que autorizava ou não qualquer alteração nas mesmas, normalmente solicitada pela tentativa constante, ao longo de toda a época moderna, de apropriação do espaço público por privados no interior da cidade. A construção de edifícios acoplados à muralha nunca foi proibida, mas o seu derrube em caso de necessidade militar ou de ameaça à integridade da muralha ficava sempre a cargo do proprietário do imóvel de acordo com as Ordenações do Reino³.

As Portas da muralha simbolizavam não só os pontos de acesso à cidade, o espaço breve onde a linha de separação entre o espaço urbano e o não urbano podia ser quebrada, mas igualmente a charneira na cobrança de alguns impostos municipais. Nesse sentido, e de acordo com Bonet Corrêa, numa cidade as muralhas pertenciam à jurisdição militar e as portas à civil⁴, o que justificou a permanência das segundas, mais do que das primeiras, aquando da perda do seu carácter funcional.

Os impostos sobre a compra e venda de produtos eram aplicados apenas no interior da cidade, sendo a venda de alguns géneros fora dela estritamente proibida uma vez que os furtava ao devido imposto. Nas Atas de Vereação da Câmara da cidade de Viseu surgem várias referências à proibição de atravessar mercadorias, ou seja, introduzi-las na cidade sub-repticiamente, ou “vender de agacho”, subtraindo os produtos à almotaxaria camarária.

Perdido o seu carácter militar, a muralha vai manter intacta a sua função política e simbólica, ao longo de toda a Época Moderna, e servir de marco físico entre a cidade e a não cidade, e no caso dos surtos pandémicos que assolaram o país, separando, em caso de peste (e independentemente da sua natureza), os vizinhos, a proteger, dos estrangeiros, de quem era prudente suspeitar.

Essa utilização é claramente perceptível, através da análise dos Livros de Atas da Câmara, nomeadamente aquando dos surtos de 1577 e 1637.

A 20 de Março de 1577 reúne a Câmara e manda a António de Lemos, meirinho, que chame à sessão todas as pessoas da cidade para resolverem sobre assunto de gravidade, que no caso é “a peste que grasa da Galiza pera o Porto”⁵, e a necessidade de tomarem contra o caso medidas de defesa.

Embora a decisão coubesse à Câmara, em caso de assuntos de muita gravidade para a cidade, era habitual chamar os habitantes da mesma para que participassem da decisão. A forma como a convocatória era feita salientava, no entanto, a diferença de trato em função da condição social. O povo era informado da reunião através de

³ CASTILHO, Liliana – *Construindo a cidade: Viseu nos séculos XVII e XVIII*. Porto: CITCEM/Edições Afrontamento, 2017. p. 30.

⁴ BONET CÔRREA, António – *El Urbanismo en espana e Hispanoamerica*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1991.

⁵ Biblioteca Municipal de Viseu. Livro de Atas da Câmara 1577, fol. 10.

pregão lançado na Praça da cidade, pelo porteiro da Câmara, enquanto os cidadãos eram chamados pelo meirinho da cidade.

Reunida toda a gente que à Câmara pode ir, os oficiais da Câmara comunicaram que “eram enformados”⁶, sem no entanto indicarem qual a fonte da informação, “que a cidade de Coymbra e do Porto e outros lugares se guardavam dalguns lugares impedidos do porto para galiza ao longo da costa cujos nomes nam sabia”⁷, e que a cidade de Coimbra mandara despejar os pobres estrangeiros que nela havia “pello grande inconveniente que podia recrecer, e pella corrução deles vir a cidade a cayr em enfermidade perigosa, por cuja causa ficasse oferecida”⁸.

Informavam também que diariamente chegavam à cidade muitos pobres de diversos lugares e alguns que parecia terem vindo expulsos de Coimbra e que era necessário tomar medidas para se guardar do mal a cidade e povo dela e atalhar aos inconvenientes que daí podiam advir.

Indicam ainda que, no caso de a cidade adoecer, todo o povo “passaria muyto trabalho porque seria causa de cessarem todos os mantimentos que a ella vinhão”⁹. Daí se depreende que, no caso de a cidade ser visada pela peste, a quarentena impediria as trocas comerciais e dificultaria o abastecimento da cidade, difícil per si, nomeadamente no tocante a carne e lenha, já em épocas salubres¹⁰.

Como medidas preventivas, procurando evitar a contaminação do burgo, decidiu-se expulsar todos os pobres estrangeiros, de fora da cidade e seus termos, dentro de três dias, sob pena de serem presos e castigados e que ninguém os pudesse receber nem agasalhar em sua casa sob idêntica pena. A associação entre a pobreza e um risco acrescido de contágio era comum no quadro mental da época.

A decisão foi comunicada à população da forma habitual, lançando pregões pela Praça e locais costumados. A execução da ordem ficava a cargo dos quadrilheiros que se mandou fossem notificados para esse efeito. A eles competia vigiar a sua quadilha de vinte homens e garantir que todos os estrangeiros eram expulsos.

Espécie de polícia municipal, não é possível apurar quantos quadrilheiros existiam na cidade de Viseu à data, uma vez que o seu número variava em função do número de moradores. A escolha e nomeação, por três anos, era feita pela população e pelo Concelho, podiam andar armados e possuíam uma vara como símbolo de identificação.

A 21 de julho do mesmo ano continuam as preocupações da edilidade com o surto de peste, tendo chegado notícia, uma vez mais de fonte não discriminada, de

⁶ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 10v.

⁷ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 10v.

⁸ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 10v.

⁹ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 10v.

¹⁰ CASTILHO, Liliana – *Geografia do quotidiano*, pp. 48-55.

que a cidade do Porto se guardava da Galiza e de Matosinhos e Esposende e Leça por “morrerem nos ditos lugares de peste”¹¹.

Reconhecendo a necessidade de aumentar o cuidado e vigilância, de modo a que a cidade se guardasse, da maneira costumada, dos ditos lugares, com os quais havia muito comércio e trato, procederam à eleição de guardas-mores para as portas da muralha.

A estes competia a guarda do perímetro sanitário da cidade, demarcado fisicamente pela muralha e tendo nas portas da mesma as vias de penetração mais prováveis da peste e dos seus agentes, pontos frágeis de ligação entre a cidade e não cidade, que se impunha guardar escrupulosamente.

Os guardas-mores eram escolhidos pelos oficiais da Câmara de entre os cidadãos ou homens bons do Concelho, com o intuito de que o seu prestígio social contribuísse para a autoridade do cargo¹².

Foram eleitos para a Porta do Arco e Caneiro (S. Sebastião) João Ferrão de Castelo Branco, para a Porta do Soar Francisco Lopes de Castelo Branco, para a Porta de Cimo de Vila (S. José) a Pedro de Almeida, para a Porta da Regueira (S. Miguel) a Francisco Cardoso e para a Porta de Santa Cristina a Melchior de Montalvo (Fig. 2).

Nesta primeira listagem não surge referência à Porta de Nossa Senhora das Angústias, mas dias mais tarde, quando Francisco Lopes de Castelo Branco pede escusa porque “por ser velho e doente nam podia com o trabalho do carego”¹³, na nomeação do licenciado Francisco de Figueiredo em sua substituição é indicado que asseguraria funções não só na Porta do Soar, mas também na Porta do postigo da Ribeira (Porta de Nossa Senhora das Angústias).

Para além de controlarem as entradas e saídas da população, os guardas-mores tinham o encargo de nomear guardas-pequenos, normalmente homens do povo que ficariam sob as suas ordens e garantiriam a vigilância efetiva da Porta e das ruas que lhes coubessem no repartimento. Tinham ainda liberdade para definir as penas a aplicar em caso de transgressão. No caso de a peste entrar na cidade e esta ser obrigada a cumprir quarentena, a eles cabia colocar bandeiras brancas sobre o perímetro da muralha, de forma a alertar quem dela se aproximasse¹⁴.

Nenhuma pessoa podia ser recebida na cidade, sob pena de 10 cruzados, sem que tivesse a licença de cada um dos guardas-mores, e se algum dos guardas-mores negasse a entrada, nenhum outro a poderia autorizar, sob pena de multa e prisão a definir pelo que a houvesse negado. Igualmente sob pena de 10 cruzados estava

¹¹ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 27v.

¹² ABREU, Laurinda – “The city in times of plague: preventive and eradication measures against epidemic outbreaks in Évora between 1579 and 1637”. *SIDeS, Popolazione e Storia* 2 (2006), pp. 109-125, p. 113.

¹³ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 29v.

¹⁴ ABREU, Laurinda – “The city in times of plague”, p. 113.



Fig. 2 – Porta do Soar. Fotografia da autora.

interdita a entrada de vestuário por se considerar um modo privilegiado de contágio: “que nam entre nem hum fato nem pessoa sob a dita pena”¹⁵.

Os meirinhos e quadrilheiros da cidade deviam obedecer aos guardas-mores e dar execução aos seus mandados e penas.

O cargo de guarda-mor não era particularmente apreciado, por muito trabalhoso, por um lado, e por outro, por obrigar à permanência na cidade, o que em caso de peste não agradava às elites. Nos meses seguintes assistimos a escusas e substituições frequentes.

A 3 de agosto pede escusa Francisco Cardoso, guarda-mor da Porta do muro da Regueira por ter de ir para fora a serviço de Desembargador que estava na cidade a mando d’el Rei “e que por esse respeito não podia usar o dito officio e guardar a dita porta”¹⁶. Nomearam em sua substituição Manuel de Carvalho.

A 17 do mesmo mês é nomeado para a Porta do Arco e porta travessa que vai para as hortas do Arco (D. Sebastião) a António Moreira de Castelo Branco em substituição de João Ferrão de Castelo Branco que pedira escusa por ir para fora.

A 1 de outubro é nomeado o licenciado Manuel Antunes para a porta de Cimo de Vila em substituição de Francisco Lopes de Castelo Branco e a 5 do mesmo mês António Frões da Mota para a Porta do Soar e postigo da Calçada (Nossa Senhora das Angústias) em substituição do licenciado Francisco de Figueiredo que tinha que ir a Coimbra a negócios.

As últimas nomeações que nos surgem datam do mês de novembro, em que Urbano de Gouveia e Gaspar de Queiroz Castelo Branco são nomeados para guardas-mores das portas da Regueira e do Arco, por os anteriores “terem carrego dellas há muitos dias e levarem nisso muito trabalho”¹⁷.

Após essa data a ameaça de peste deve ter aliviado porque não surgem mais posturas referentes a esse assunto na centúria de quinhentos.

As “pestes” vão assolar ciclicamente a Europa, e de igual modo Portugal, ao longo de toda a época moderna. A porta de entrada mais frequente eram os portos de mar, mas rapidamente as pandemias se espalhavam pelo território, de forma mais ou menos rápida.

Este surto, de 1577, parece ter tido origem na Galiza ou nos portos de mar do norte do país, e ter-se espalhado para sul, ao longo da costa, e para o interior. Não parece corresponder ao de 1579/80, que assolou grande parte da Europa e que atingiu com particular gravidade a cidade de Lisboa, tendo-se daí expandido para a zona sul do país.

Comuns a todo o território eram, no entanto, as condições propiciatórias à gravidade das investidas pandémicas. A década de 70 foi conturbada a vários níveis,

¹⁵ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 27v.

¹⁶ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 30v

¹⁷ B.M.V. L.A.C. 1577, fol. 43

tendo-se feito sentir tremores de terra, cheias e maus anos agrícolas, que levaram a uma escassez de produtos agrícolas, principalmente cereais, grandes fomes, e enfraquecimento generalizado da população¹⁸.

Na cidade de Coimbra, por exemplo, vamos encontrar referência a epidemias, de origem variada como febres violentas, modorra, catarro, tabardilho ou peste bubónica ao longo de toda a segunda metade do século, tendo levado a um decréscimo de 20% na população entre 1567 e 1599. Não surgindo referida como causa direta a peste regista-se, no entanto, uma anormal mortalidade no ano de 1577¹⁹.

Números ainda mais expressivos do aumento da mortalidade surgem em Guimarães, tendo uma das suas freguesias registado, em finais do século XVI, um aumento de óbitos entre os 32 e os 43%²⁰.

A escassez de registos de óbitos, para o período em causa, na cidade de Viseu, e a ausência de outras fontes de informação, não nos permitem perceber as consequências dos surtos epidémicos para a cidade, em termos de aumento mortalidade.

No século XVII, ainda sob o governo filipino, é a cidade assolada por nova ameaça de peste. Desta feita o aviso do perigo e da necessidade de ativar medidas preventivas provém do poder central, tendo a Duquesa Margarida de Áustria, Governadora de Portugal, ordenado, em nome de sua Majestade “pera se guardar nesta cidade e termo e comarca do mal da peste”²¹ devendo tomar nesse sentido a Câmara as providências necessárias.

Mais uma vez o carácter defensivo da muralha, não no sentido militar, mas sanitário, foi ativado, diferindo, no entanto, algumas medidas em relação ao surto de 1577. Decidiu-se que ficariam abertas apenas quatro portas, a saber a Porta do Arco, a de Santa Cristina, a de Cimo de Vila (S. José) e a de Massorim (Soar), mantendo-se, no entanto, a obrigação de nomeação de um guarda-mor para cada uma delas.

Para a Porta de Cimo de Vila foi nomeado como guarda-mor João Sampaio Pereira, para a de Santa Cristina Francisco Cardoso Moreira do Loureiro, para a Porta do muro do Arco a Gaspar de Queirós Castelo Branco e para a porta do muro do Soar a Fernão Vaz do Amaral “pera dar a guarda dellas cada dia e despachar o fato e pessoas que ouverem de sair e entrar”²².

A cidade foi também partida em instâncias e cada habitante tinha que servir de guarda à respetiva porta, provavelmente como guardas-pequenos, um dia sob pena de cinco cruzados, sem que, no entanto, a documentação explicita se se tratava de um dia por mês, por ano, ou durante a duração do surto. Para proverem guarda à Porta

¹⁸ BARBOSA, Maria Hermínia Vieira - *Crises de mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX*. Guimarães: Núcleo de Estudos de População e Sociedade Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 2001. p. 11.

¹⁹ BARBOSA, Maria Hermínia Vieira - *Crises de mortalidade em Portugal*, p.12.

²⁰ BARBOSA, Maria Hermínia Vieira - *Crises de mortalidade em Portugal*, p. 12.

²¹ B.M.V. L.A.C. 1637, fol. 14.

²² B.M.V. L.A.C. 1637. fol. 14v.

do Soar ficaram os moradores da mesma rua, os do Rossio, da Praça e do Miradouro, para a Porta de Cimo de Vila os moradores dessa rua desde a porta de Rodrigo de Almeida até à Porta do muro, para a Porta de Santa Cristina a rua de Rodrigo de Almeida e Regueira até à Porta do muro e para a Porta do Arco os moradores dessa rua, da pedra de Gonçalvino para baixo, da rua do Carvalho e dos arrabaldes da Ribeira.

Os habitantes dos arrabaldes tinham que servir igualmente de guardas das portas da muralha da sua zona, tal como tinham igualmente contribuído para a sua construção, embora na prática não auferissem da sua proteção.

Quem se furtasse ao seu dia de serviço de guarda à porta, não tendo motivo justo de escusa, pagaria de coima “ate cinco cruzados pera os meirinhos e acusador sem apelaçam nem agravo”²³.

Como reforço das medidas de controlo sanitário foram também eleitos dois provedores da saúde e dois meirinhos, um para cada duas portas. Para a Porta de Santa Cristina e Cimo de Vila elegeram como provedor da saúde a João Pais do Amaral e como meirinho Pedro Rabelo, cidadão, e para as Portas do Arco e do Soar a Francisco Botelho como provedor da saúde e Francisco Tourais como meirinho (Fig. 3).

Na mesma reunião reviram a decisão tomada duplicando o número de meirinhos, de dois para quatro ficando cada um encarregue de sua Porta, a saber: na porta de santa Cristina Pedro Rabelo, na Porta de Cimo de Vila Manuel de Figueiredo, na Porta do Arco Francisco Tourais e na Porta do Soar Francisco de Figueiredo.

A documentação não apresenta uma descrição exata das funções desempenhadas pelos provedores da saúde, mas o modelo seria certamente o verificado para outras cidades portuguesas²⁴. Cargo temporário, que surgia apenas em caso de ameaça epidémica, recaía, à semelhança da guardaria das portas da muralha, sobre pessoas proeminentes do ponto de vista social.

As portas da cidade que se decretou continuarem abertas encerravam no entanto à noite, depois das trindades e abriam de novo apenas às sete da manhã: “mandasem aos guardas das portas soba a ditta pena que não abram as dittas portas pella manham senão as sete oras da manham e a noute ate a trindade e fora destas senão posam abrir as dittas portas salvo com licença do guarda-mor”²⁵. Esta medida procurava evitar entradas furtivas ou falsos reconhecimentos, mais facilmente praticados a coberto da escuridão.

Em relação às três portas que se decidiu encerrar, foi determinado pela câmara que “se tapasem todos de pedra e cal e por elas se não sirva ninguém”²⁶.

²³ B.M.V. L.A.C. 1637, fol. 15v.

²⁴ ABREU, Laurinda – “The city in times of plague”, p. 113.

²⁵ B.M.V. L.A.C. 1637, fol.16.

²⁶ B.M.V. L.A.C. 1637, fol.16v.



Fig. 3 – Porta do Arco ou dos Cavaleiros. Fotografia da autora.

Os “estrangeiros” que entrassem na cidade sem licença estavam sujeitos a coima, vinte cruzados se entrassem sem fato e cinquenta se entrassem com fato, o que denota a ligação estabelecida à época entre a roupa contaminada e o risco de contágio: “quanto as pessoas que entrarem se fora com fato sem licença de qualquer qualidade que sejam ou sem fato pagaram os que trouxeram fato cinquenta cruzados e o fato queimado e os guardas mores lhe não poderam moderar esta pena salvo em câmara com parecer dos vereadores e os que entrarem sem fato pagaram vinte cruzados sem apelaçam nem agravo”²⁷.

Os oficiais do Concelho recomendam ainda que os Guarda-mores e mais oficiais nomeados sirvam os seus cargos com muita vigilância e cuidado e evitem as estalagens e vendas de fora da cidade²⁸, recomendação relacionada não só com a manutenção do respeito pela sua autoridade, mas igualmente para evitar que usassem do privilégio dos seus cargos para serem eles mesmos agentes de contágio.

O surto de 1637 surge referenciado para outras zonas do país e, uma vez mais, na sequência de maus anos agrícolas e escassez cerealífera, que levaram a uma fome generalizada em todo o território nacional, mas particularmente sentida no Alentejo e nas Beiras. Para além da óbvia fragilização física que a fome provocava, e que exponenciava a gravidade dos surtos epidémicos, a escassez alimentar levava igualmente ao aumento de circulação de pessoas pobres que ocorriam às cidades, principalmente a Lisboa e outros grandes centros, em busca de assistência²⁹.

Este surto foi potencialmente agravado pelo aumento da carga fiscal imposta pelo governo filipino e pelas sucessivas revoltas que se fizeram sentir no país entre 1637 e 1640.

As medidas verificadas nos dois surtos de que a documentação nos dá notícia inserem-se assim no que era comum à época, quer no tocante à tomada de decisões apenas aquando da ameaça de peste, quer na sua concretização. A única exceção é a referência, quer no século XVI, quer no século XVII, às cartas de saúde, que em outras cidades eram exigidas a quem pretendesse entrar³⁰ e das quais não encontramos qualquer referência na cidade de Viseu.

Em relação às entidades a quem cabia fazer a gestão da crise, o Concelho surge como única autoridade atuante, em ambas as situações, parecendo apresentar um elevado grau de autonomia, ao contrário do que sucede em outras cidades³¹.

A situação política era, no entanto, diversa em 1577 e 1637, quer a nível nacional, quer a nível local. Aquando do surgimento do surto de 1577 Viseu era ainda Senhorio pertença da Infanta D. Maria, última detentora do título por doação de seu

²⁷ B.M.V. L.A.C. 1637, fol.16.

²⁸ B.M.V. L.A.C. 1637, fol.16.

²⁹ BARBOSA, Maria Herminia Vieira - *Crises de mortalidade em Portugal*, p. 16.

³⁰ ABREU, Laurinda - “The city in times of plague”, p. 114.

³¹ ABREU, Laurinda - “The city in times of plague”, p. 114.

meio-irmão D. João III. A Infanta viria a falecer sem herdeiros a 10 de outubro de 1577 e o Senhorio reverteu para a Coroa extinguindo-se definitivamente.

Se, durante o tempo em que esteve de posse do Senhorio, pelo menos desde 1547, vamos encontrar eco na documentação da sua interferência efetiva, e nem sempre pacífica, nos assuntos do Concelho, enviando correspondência ou apresentando um “ouvidor” em seu nome e exigindo por exemplo que não “elegessem vereadores sem lho fazerem saber”³², não há referência a qualquer intervenção no tocante à ameaça de peste. Derivasse esse facto da prática corrente ou do estado debilitado da Infanta, que se encontrava enferma pelo menos desde julho, a realidade é que os oficias da Câmara usaram de toda a autoridade e autonomia na deliberação das medidas a tomar e na nomeação dos agentes necessários à sua aplicação.

Em 1637, se a aparência é de centralização e reforço da autoridade régia, vindo o aviso do perigo e a ordem para tomar as necessárias medidas preventivas da parte d’el Rei, na prática as decisões operativas foram igualmente tomadas pelos oficiais do Concelho, sem que em momento algum surgisse referência à necessidade de consultar e informar o monarca, ou seus representantes, antes de as implementar.

Quer num caso, quer noutro, a principal medida para evitar o contágio consistiu na criação de uma cerca profilática e na tentativa de controle da movimentação da população. Desconhecendo-se a causa da(s) doença(s), uma vez que o termo genérico “peste” abarcava várias condições, bem como a melhor forma de a tratar, o único método de combate eficaz era o isolamento e a desinfecção.

A muralha surge assim, em ambos os casos analisados, como recurso eficaz, gerido pela Câmara com o concurso da demais população, na defesa da cidade face a uma ameaça externa, epidémica e invisível, permitindo o encerramento da urbe sobre si mesma e evitando a entrada de quem pudesse trazer consigo a contaminação. Marco físico e simbólico que facilitava a definição e a defesa de uma linha de charneira entre a cidade e o espaço envolvente e entre os habitantes e os estrangeiros, cuja presença convinha evitar para escapar ao mal maior.

³² B.M.V. L.A.C. 1547, fol. 5v.

«Espirital Grande de Lixboa»: a arqueologia de um espaço de saúde pública em Época Moderna

*André Bargão*¹

*Sílvia Casimiro*²

*Sara da Cruz Ferreira*³

*Francisca Alves-Cardoso*⁴

*Rodrigo Banha da Silva*⁵

Resumo

No alvorecer da Modernidade, Portugal teve um papel preponderante no desenvolvimento da Europa. A Lisboa, núcleo urbano com considerável densidade populacional e porto de referência das principais rotas comerciais, chegava constantemente gente em busca de melhores condições de vida, promovendo a difusão de conhecimentos nesta cidade multicultural. Contudo, esta afluência de gentes também favorecia a propagação de epidemias e, conseqüentemente, o aumento dos índices de mortalidade. Neste precário quadro sanitário, agravado pela carência alimentar e pelo facto de os pequenos hospitais/albergarias não suprirem as necessidades de um crescente número de pobres e doentes, tornou-se urgente a criação de um novo e grande hospital. Esta conjuntura foi determinante na construção do Hospital Real de Todos-os-Santos em 1492. Durante o seu funcionamento o edifício foi alvo de constantes

¹ Centro de Humanidades (CHAM-NOVA FCSH/UAç); Bolseiro de Doutoramento Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) (SFRH/BD/133757/2017).

² Atalaia Plural, Arqueologia, Património e Território; Instituto de Estudos Medievais, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa (IEM – NOVA FCSH); Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa (LABOH-CRIA – NOVA-FCSH); EcoPast, Universidade de Santiago de Compostela (USC).

³ Centro de Humanidades (CHAM-NOVA FCSH/UAç); Bolseira de Doutoramento Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) (SFRH/BD/137142/2018).

⁴ Laboratório de Antropologia Biológica e Osteologia Humana (LABOH-CRIA, NOVA-FCSH).

⁵ Centro de Arqueologia de Lisboa (CAL/CML/DMC/DPC); Centro de Humanidades, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa (CHAM – NOVA FCSH/UAç).

reformulações, procurando responder ao crescente número de doentes (muitos vindos de pequenas cidades ou de outras geografias além-mar), e/ou motivados por factores circunstanciais mais estritos. Um claro exemplo recaiu na zona tardoza onde, na primeira metade de setecentos, um corredor de circulação deu lugar a um espaço funerário.

O presente trabalho explora novas interpretações sobre a evolução deste espaço, e os particularismos da gestão de “saúde pública” entre Lisboa e outras cidades.

Palavras-Chave

Séculos XVI-XVIII; Lisboa; Assistência; Hospital Real de Todos-os-Santos; Espaço funerário.

«Espirital Grande de Lisboa»: the archeology of a public health complex from the modern era

Abstract

At the dawn of Modernity, Portugal played a leading role in the development of Europe. People

were constantly arriving in Lisbon, an urban centre with a considerable population density and a reference port for the main trade routes, in search of better living conditions, promoting the dissemination of knowledge in this multicultural city. However, this influx of people also favoured the spread of epidemics, increasing the mortality rates. In this precarious health situation, exacerbated by food shortages and because small hospitals weren't able to provide care to a growing number of people in need, it became urgent to create a large hospital.

This conjuncture was decisive in the construction of the Hospital Real de Todos-os-Santos in 1492. The hospital suffered constant renovations, seeking to respond to the growing number of patients (many from small towns or overseas geographies) and/or motivated by more strict circumstantial factors. A clear example was found in the rear area of the hospital where, in the first half of the 1700s, a corridor was converted into a burial ground.

The present work explores new interpretations regarding the evolution of this space, as well as the peculiarities of “public health” management between Lisbon and other cities.

Keywords

16th-18th centuries; Lisbon; Health assistance; Royal Hospital of All-Saints; Burial ground.

Introdução

“[...] Há mais nesta cidade um rio de porto, o melhor que há em toda a costa do mar descoberto, aonde acodem e entram em cada um ano: mil e quinhentas naus e caravelas de todas as partes da Cristandade, e isto um ano por outro [...]”⁶. Esta descrição de João Brandão (de Buarcos) de Lisboa em 1552 denuncia em escassas, mas significantes palavras, o ambiente cenográfico da cidade em meados da centúria. A capital do reino seria o centro de uma ampla rede de acessos terrestres, viários, provenientes do termo de Lisboa e, também, de outros espaços mais longínquos. A localização geográfica e a evidente abertura ao oceano, não obstante o forte carácter fluvial, permitiu e potenciou o incremento de contatos comerciais com outros territórios, relações estreitadas por via marítima e que, certamente, marcavam a paisagem do estuário do Tejo. Pode ter sido perante esta paisagem que o “cavaleiro fidalgo da Casa Real” elencou as vastas origens das embarcações que aportavam em Lisboa provenientes do “Norte” e do “Levante”, desde o circuito atlântico como Galiza, Astúrias, França e Flandres, à rede mediterrânica, como Sevilha, Málaga, Génova, Nápoles ou Veneza.⁷ Deste modo, a multiplicidade de procedências consolidou o comércio e dotou os respetivos agentes e mercadorias de forte protagonismo no desenvolvimento e prosperidade da cidade definindo, permanentemente, as vivências.

Nos alvares da modernidade Lisboa era, então, uma “plataforma giratória” de saberes, de gentes, de novos objetos. Se esta receptividade ofereceu à cidade um conjunto de novidades e hábitos que rapidamente se observaram no quotidiano português, terá igualmente aberto espaço à introdução de doenças e surtos até então ativos noutras cidades europeias⁸, e com impacto muito expressivo na população⁹.

Um quadro potenciador de doenças

Este ambiente de disrupção do quotidiano e inquietação justificou a elaboração e execução de medidas de emergência capazes de combater e conter crises epidémicas, através de legislação e correspondência entre a Coroa e a Câmara da cidade.

⁶ BRANDÃO, João – *Grandeza e Abastança de Lisboa em 1552*. Org. José da Felicidade Alves. Lisboa: Livros Horizonte, 1990, p.111.

⁷ BRANDÃO, João – *Grandeza e Abastança*, p. 112.

⁸ ABREU, Laurinda – *O Poder e os Pobres. As Dinâmicas Políticas e Sociais da Pobreza e da Assistência em Portugal (Séculos XVI-XVIII)*. Lisboa: Gradiva, 2014.

⁹ RIJO, Delminda – “A Envolvente da Morte no contexto das Crises de Mortalidade em Lisboa (2.ª Metade do Séc.XVI – inícios do Séc.XVII)”. *História, Revista da FLUP* IV Série, Volume 7 (2017), pp. 98-119. CASIMIRO, Sílvia – *(Re) Construção da Morte: O contributo da arqueotanatologia para a interpretação de contextos funerários (O Hospital Real de Todos-os-Santos como estudo de caso)*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. Tese de Mestrado (em revisão).

O século XV presenciou um incremento de relações comerciais estabelecidas via marítima. Lisboa, integrada num processo de complementaridade comercial com outros portos portugueses, nomeadamente com o Porto e Lagos¹⁰, acolhia mercados de várias cidades europeias onde, em alguns casos, se viviam surtos e crises de saúde pública. Esta conjuntura sanitária rapidamente se propagou a outras cidades, incluindo a Lisboa. Pelo menos, desde o reinado de D. João I que se presenciou a aplicação de medidas¹¹ no concelho de Lisboa perante a chegada e o desembarque de tripulantes doentes, sendo a ação do infante D. Duarte determinante: “[...] sem mais tardança deveis de mandar o dicto navio e todos os homeens que em elle veherom que se foram fora da cidade e porto pera honde lhes aprouguesse que nom estevessem mais hi”¹². A esta particular atenção para com navios estrangeiros que aportassem no Tejo, determinou-se que fossem enumerados e referenciados eventuais doentes ou mortos a bordo; caso se verificassem, estas embarcações seriam impedidas de fundear em Lisboa durante um período de quarenta dias.

A percepção da existência de uma doença que se propagava velozmente pelas cidades e com eventual foco e disseminação em ambientes náuticos obrigou D. João II, a 16 de outubro de 1492, a reforçar as medidas de contenção, ordenando a construção de dois esteios assinalados em Alcântara, a partir dos quais não seria autorizado a qualquer navio com origem em locais assolados com surtos pestíferos, transpor em direção a Lisboa¹³. Esta sucedeu a outras medidas profiláticas redigidas pelo *Príncipe Perfeito* e destinadas à Câmara de Lisboa, nomeadamente uma carta datada de 5 de setembro de 1492 onde se afirma: “Porque nos parece que é uma coisa mui perigosa para a boa guarda dessa cidade [que] algumas naus, assim de nossos naturais, como estrangeiros, que vêm de lugares perigosos em que morrem de pestenença, do que se às vezes recebe muito dano disso e perigo, nos parece que seria uma coisa muito boa e folgaríamos de se fazer um alpendre no topo duns pardieiros, que estão além um pouco de Santa Maria de Belém. E uma cruz de pedra grande em uma ponta, que está além dos moinhos de Fernão Lourenço, para as naus que vierem de lugares perigosos, não passarem da marca da cruz”¹⁴.

¹⁰ MIRANDA, Flávio; FARIA, Diogo – “Lisboa e o comércio marítimo com a Europa nos séculos XIV e XV”. In FONTES, João Luís Fontes, *et alii* (coords.) – *Lisboa Medieval: Gentes, Espaços e Poderes*. Lisboa: IEM-Instituto de Estudos Medievais, 2016, p.249.

¹¹ AML, *Livros dos Pregos*, fol. 258v; VIEGAS, Inês; GOMES, Marta (coord) – *Livro dos Pregos. Estudo introdutório, transcrição paleográfica, sumários e índices*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 2016, pp. 474-475.

¹² AML, *Livro dos Pregos*, fol. 258v; VIEGAS, Inês; GOMES, Marta (coord) – *Livro dos Pregos. Estudo*, p. 475.

¹³ AML, *Cópia do Livro 1.º do Provimento da Saúde*, fols. 6v-7. ALBERTO, Edite Martins; SERAFIM, Paula – “A Cidade de Lisboa e a luta contra as epidemias”. In ALBERTO, Edite; SILVA, Rodrigo Banha da; TEIXEIRA, André (coords) – *O Hospital Real de Todos-os-Santos: Lisboa e a saúde*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 2020, p. 609.

¹⁴ AML, *Cópia do Livro 1.º do Provimento da Saúde*, fol. 11. CARVALHO, Augusto da Silva – *Crónica do Hospital de Todos-os-Santos*. V Centenário da Fundação do Hospital de Todos-os-Santos 1492-1992. Lisboa: Tipografia A. Coelho Dias, Lda., 1949.

A amplitude geográfica europeia com focos pestíferos seria do conhecimento de D. Manuel I. À semelhança do que se praticava em cidades como Génova, o monarca ordenou esvaziar Lisboa por um período de dias, acomodando os habitantes desalojados no termo da cidade e não permitindo o seu regresso até indicação em contrário¹⁵, e a 23 de julho de 1520 traçou uma nova normativa em que expôs a urgente necessidade de se construir um edifício para acolher e tratar enfermos de peste em terrenos junto à ponte de Alcântara, com fácil acesso a água, espaço desprovido de construções e, assim, liberto para enterramentos de quem padecia desta maleita¹⁶. A replicação do que se implementava noutras urbes portuárias não foi um ato isolado: em 1526, D. João III incumbe ao desembargador Pedro Vaz a missão de verificar e registar que medidas estavam vigentes em Itália e de reflectir a sua aplicabilidade ao caso português¹⁷. A observância de conjunturas sanitárias e as decisões tomadas para combate a doenças e epidemias noutras geografias exigiu, e justificou, uma constante atualização e adaptação de medidas já em prática em Lisboa sendo, por esse motivo, frequentemente alicerçadas e registadas em documentos e alvo de criação regimental no decorrer dos reinados seguintes.

A cidade de Lisboa e as condições sanitárias

Como já se verificou, a transição do século XV para o século XVI presenciou uma inédita dinâmica cosmopolita em Lisboa, acentuando e acelerando transformações quer urbanísticas, quer no quotidiano. Esta relação estará em uníssono com a crescente concentração demográfica verificada na cidade¹⁸, para a qual terão contribuído, não obstante os habitantes efetivos, gentes oriundas do termo e arredores na procura de melhores condições de vida¹⁹ e mercadores estrangeiros que estabeleceram uma comunidade fixa e residente. Espaços até então vazios viram-se ocupados por edifícios habitacionais; despontaram balcões, sacadas, varandas e passadiços tomando espaço às ruas já de si congestionadas por bancas de víveres

¹⁵ AML, *Cópia do Livro 1.º do Provimento da Saúde*, fols. 13v.-13v.

¹⁶ AML, *Cópia do Livro 1.º do Provimento da Saúde*, fols. 65-68. ALBERTO, Edite Martins; SERAFIM, Paula – “A Cidade de Lisboa e a luta”, p. 611.

¹⁷ AML, *Livro dos Regimentos e Posturas da Casa da Saúde*, fols. 31-41v. ALBERTO, Edite Martins; SERAFIM, Paula – “A Cidade de Lisboa e a luta”, p. 613.

¹⁸ FRANÇA, José-Augusto – *Lisboa: Urbanismo e Arquitectura*. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência, 1980, p.78.

¹⁹ RIJO, Delminda – *A Representação da Freguesia de Santa Justa (Lisboa) nos Róis de Confessados (1693-1702)*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2011. Tese de Mestrado. BARBOSA, Maria Hermínia Vieira – *Crises de Mortalidade em Portugal desde meados do século XVI até ao início do século XX*. Guimarães: Núcleo de Estudos de População e Sociedade, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, 2001, p. 9. RODRIGUES, Teresa – *Crises de Mortalidade em Lisboa: séculos XVI e XVII*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 1987. Tese de Mestrado.

e cerâmicas²⁰. Esta relação entre crescimento demográfico e urbanístico incrementou a acumulação de lixos e detritos, extra e intramuros, que reforçado pelas parcas condições e preocupações higiénicas e de saneamento, potenciou a propagação de epidemias. Este cenário, inevitavelmente, fomentou a intervenção régia com o intuito de combater, eficazmente, quadros de calamidade²¹.

Tal como a zona ribeirinha, “[...] lugar onde a próxima maré alta-alta os arrasasse a todos para o largo”²², uma porta, parte do fosso de muralha ou qualquer outro local desocupado serviu de lixeira, tornando-se uma prática comum na cidade²³. A 15 de novembro de 1432 é feita referência a estes episódios com vista a proibir o despejo indevido de detritos “[...] nam seja nenhua pessoa tam ousada [...] que lance nem mande lançar Esterco nem azeuell nem outras luxarias quaaesquer que sejam des a estaca que estaa posta na rribeira em direito da fomte da froll ataa a pomte que estaa sobre o rrego das priuradas [...]”²⁴ e, em 1458, os vereadores de Lisboa proibiam que “no camjnho que vay de sam mateus pera sam domjngos lancem bestas mortas nem câaes nem esterco nem outra çujidade nenhuua”, sendo registado pelo escrivão do concelho Gomes Eanes de Montagraço “na cidade de lixboa nam sseja nenhua pessoa de quallquer estado E condiçom que seja tam ousada que lance esterco nem azeuell nem outra çujidade nenhua na rrua do ouro que he a betesgua”²⁵. A apreensão de D. João II em 1484 face às deficientes condições de higiene foi enfatizada, descrevendo uma cidade suja: “o trabalho da pestilença andar na cidade á grande immundicia das esterqueiras e monturos, e aos males e peccados que na mesma cidade se commetiam”²⁶. Os indivíduos que infringissem a regulamentação, estariam sujeitos a pena de coima: “[...] toda a negra ou pessoa outra; que andar ganhando a leuar baços e cisco ao mar, os leue, assim de dia como de noctte, daqui em diante, em canastras serradas, e de tal altura que possam caber nella os ditos baços, e serrarse de maneira que não sejam vistos pello pouo; e qualquer que for achada leuar os ditos baços ou cisco em outra cousa, senão nas ditas canastras sarradas, será presa”²⁷.

²⁰ ARAÚJO, Renata – *Lisboa: a Cidade e o Espectáculo na Época dos Descobrimentos*. Lisboa: Livros Horizonte, 1990, p. 24.

²¹ BARGÃO, André – *Vivências do Quotidiano do Hospital Real de Todos-os-Santos (Lisboa): os contextos do poço SE do claustro NE*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2015. Tese de Mestrado, p. 2.

²² GONÇALVES, Iria – “Na Ribeira de Lisboa, em finais da Idade Média”. in *Um olhar sobre a cidade medieval*. Cascais: Patrimonia Histórica, 1996, p.70.

²³ PACHECO, António – *De Todos-os-Santos a São José: textos e contextos do «espiritual grande de Lixboa»*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, 2008. Tese de Mestrado, p. 12.

²⁴ *Livro das Posturas Antigas*. Transcrição paleográfica de Maria Teresa Campos Rodrigues. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 1974, p. 6

²⁵ *Livro das Posturas*, p. 6. PACHECO, António – *De Todos-os-Santos*, p. 13.

²⁶ OLIVEIRA, Eduardo Freire de – *Elementos para História do Município de Lisboa*. Tomo I. Lisboa: Typografia Universal, 1885, p. 462. PACHECO, António – *De Todos-os-Santos*, p. 13.

²⁷ OLIVEIRA, Eduardo Freire de – *Elementos*, p.464n.

O século XV chegou ao fim com um amplo conjunto de medidas implementadas com o objetivo de resolver o problema de má gestão de lixos, sendo para isso criado e/ou reformulada a organização da limpeza da cidade, mas contrastando com o que se registava até então, uma nova rede de escoamento de águas residuais (esgotos domésticos, cursos encanados) alicerçada em condutas de primeira ordem (“canos reais”), condutas públicas de segunda e terceira ordem e, finalmente, canalizações privadas²⁸. Esta rede, descrita no documento “Estes sam os cannos que a nesta cydade de Lixboa”, cópia de um manuscrito não datado, provavelmente do segundo quartel do século XVI, encontrava-se intrinsecamente integrada na vontade expressa da Câmara de Lisboa, em 22 de janeiro de 1486, em criar sistemas de canalização sob as principais ruas e, ao encontro destes, canos provenientes de cada habitação: “Que se deue fazer por alguas Ruas prinçipaaes canos mui grandes, e por outras Ruas outros mais pequenos, que vão teer a elles; e de cada casa cano que vaa teer aos ssobre ditos, per onde possam deytar suas agoas çujas e a elles”²⁹.

Lisboa encontrava-se, assim, envolvida num quadro sanitário precário e com graves crises de mortalidade³⁰. Este momento dramático ter-se-á devido a fortes surtos pestíferos que, a par com conjunturas desfavoráveis de maus anos agrícolas, escassez alimentar, fome e catástrofes naturais³¹, agravaram o já débil sistema assistencial. Perante esta realidade, os pequenos hospitais e albergarias não conseguiram suprir a necessidade de um crescente número de pobres e doentes, tornando-se urgente a criação de um novo e grande hospital com capacidade para responder às necessidades de uma grande e cosmopolita cidade como Lisboa. Neste sentido, e após as acções necessárias de execução de escambos e aquisição de rendimentos, bem como as fundamentais autorizações papais, em 1492 é fundado o Hospital Real de Todos-os-Santos³².

²⁸ AML, *Livro dos Pregos*, fols. 333-335. BUGALHÃO, Jacinta – “Um novo centro urbano, junto ao tejo: contributos da Arqueologia”. In TEIXEIRA, André; VILLADA PAREDES, Fernando; SILVA, Rodrigo Banha (coords.) – *Lisboa 1415 Ceuta: Historia de dos ciudades – História de duas cidades*. Ceuta: Ciudad Autónoma Ceuta; Lisboa: Câmara Municipal Lisboa, 2015, p. 48. BUGALHÃO, Jacinta; TEIXEIRA, André – “Os canos da Baixa de Lisboa no século XVI: leitura arqueológica”. In TEIXEIRA, André (coord.) – *Cadernos do Arquivo Municipal – Ceuta e Lisboa: 600 anos*, 4, série II. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, p. 90.

²⁹ OLIVEIRA, Eduardo Freire de – *Elementos*, Tomo XII p. 585. PACHECO, António – *De Todos-os-Santos*, p. 16.

³⁰ BARBOSA, Maria Hermínia Vieira – *Crises de Mortalidade*. CASIMIRO, Sílvia – *(Re) Construção da Morte*.

³¹ SOUQUET-LEROY, Isabelle; RÉVEILLAS, Hélène; CASTEX, Dominique – “The Impact of Epidemics on Funerary Practices in Modern France (16th-18th centuries)”. In TARLOW, Sarah (ed.) – *The Impact of Epidemics on Funerary Practices in Modern France (16th-18th centuries)*. Warsaw/Berlin: De Gruyter Open Lda, 2015. CASIMIRO, Sílvia – *(Re) Construção da Morte*.

³² BARGÃO, André – *Vivências do Quotidiano do Hospital Real*, p. 4. RAMOS, Rute – *O Hospital de Todos-os-Santos: História, Memória e Património Arqueológico (Sécs. XVI-XVIII)*. Évora: Universidade de Évora, 2019. Tese de Doutoramento, p. 84.

O Hospital Real de Todos-os-Santos ou “Esprital Grande de Lixboa”

O reinado de D. João II ficou marcado por uma ampla e profunda reestruturação das associações assistenciais e do modelo de prestação de cuidados de saúde. Esta acção ficou fundamentada quando o monarca solicita ao Papa Sisto IV em 1479 a permissão para anexar num só estabelecimento medicalizado e central, as rendas e as funções até então dispersas por cerca de 40 pequenas casas, hospitais e albergarias, medida que ficou em vigor com a bula *Ex debito sollicitudinis officio pastoralis*. Porém, com sucessivas crises políticas e outros constrangimentos, este documento perde a validade com o falecimento do pontífice em 1484, sendo renovada e reformulada em 1486 por Inocêncio VIII na bula *Iniunctum nobis de super*. Esta nova intenção pretendeu alargar a autorização de anexação de pequenos organismos a todo o reino, promovendo uma reforma mais abrangente³³.

Data de 15 de maio de 1492 o início da construção do Hospital Real de Todos-os-Santos, efeméride amplamente descrita e elogiada por cronistas de época e posteriores, que referem a presença do monarca no lançamento da primeira pedra ou a beleza e notabilidade arquitetónica do edificado, como refere Damião de Góis em 1554 “A primazia sobre todos os hospitais reais, embora muito numerosos e célebres, que se encontram através da Espanha ou das restantes regiões do mundo cristão”³⁴. Este elogio a um dos principais edifícios públicos da cidade não é inocente quando se reflete na evidente inspiração arquitetónica em modelos hospitalares italianos como o *Ospedale di Santa Maria Nuova* de Florença (1334), o *Ospedale di Santa Maria della Scalla* de Siena (1440), o *Ospedale de S. Matteo* de Pavia (1449) ou o *Ospedale Maggiore* de Milão (1456), de onde se importou um desenho de planta de tipologia cruciforme. Esta distribuição dos espaços internos gerou uma quadripartição, privilegiando a organização pragmática e funcional do edifício, num binómio assistência-culto: quatro alas principais, localizando-se a monumental igreja voltada ao Rossio, e as enfermarias distribuídas em torno dos restantes três braços (a Este da capela-mor, a enfermaria de S. Vicente para homens de febres; a Norte, a enfermaria de Santa Clara, para mulheres; a sul, a enfermaria de S. Cosme, para homens feridos), não apartando a existência de quatro pátios internos e um espaço hortícola nas tra-seiras do complexo hospitalar³⁵.

A criação do Hospital Real primou pela evidente inovação desde o momento da sua conceção. Não obstante o desenho arquitetónico, a criação do Regimento em 1504 que, além do forte carácter normativo e regulador das rotinas e obrigações do

³³ LEITE, Ana Cristina – “O Hospital Real de Todos-os-Santos”. In PEREIRA, Paulo (dir.) – *Hospital Real de Todos-os-Santos: 500 anos-catálogo*. Lisboa: Museu Rafael Bordalo Pinheiro, 1993. p. 7

³⁴ GÓIS, Damião – *Elogio da Cidade de Lisboa-Urbis Olisiponis Descriptio*. Trad. Aires do Nascimento. Lisboa: Guimaráes Editores, 2002.

³⁵ LEITE, Ana Cristina – “O Hospital Real”, p. 10.

corpo de trabalho do hospital, revelava um forte pendor formador e de ensino³⁶. Aliás, neste documento fundacional é igualmente referida a existência de uma quarta enfermaria, apartada das já referidas, designada por “caza das boubas” para o tratamento da sífilis, refletindo a prevalência da doença em Lisboa. Ademais, Ruy Dias D’Ysla, físico andaluz, começou a exercer no Hospital Real um importante e pioneiro papel no estudo e cura da doença. Aqui desenvolveu os conhecimentos empíricos que deram origem ao *Tratado contra el mal serpentino*, de 1539³⁷.

Se o espaço temporal entre a primeira bula papal e o início da construção do hospital foi prolongado em cerca de 13 anos, a sua construção no espaço da cerca e das hortas do convento medieval de S. Domingos (terrenos e espaço necessários para a finalização do projeto hospitalar adquiridos por D. Manuel I através de escambos) foi célere. Em 1501 estaria a receber os primeiros doentes e, apesar de comumente se datar o *terminus* da empreitada em 1503, sabe-se através da descrição de Lisboa redigida pelo nobre flamengo Jan Tacoen Van Zillebeke, que visitava a cidade em 1514, que as obras ainda prosseguiam³⁸. Numa perspetiva exterior ao Hospital Real, a construção deste complexo consolidou o desenho urbanístico e desenvolveu uma nova estética arquitetónica no espaço citadino, uniformizando a fachada do vizinho convento de S. Domingos e integrando-o no projeto. Estava assim desenhada uma nova praça, no antigo Rossio medieval³⁹.

Durante os seus quase três séculos de funcionamento, o Hospital Real mereceu a atenção de distintos monarcas, que imprimiram sucessivos melhoramentos ao edifício. Contudo, parte destas campanhas de obras resultaram de vários desastres naturais, particularizando-se dois grandes incêndios, em 1601 e 1750, e o grande terramoto de 1755⁴⁰. Seja por ter sido alvo da constante atenção régia, seja em consequência dos cataclismos ou, ainda, das necessidades de adaptação do espaço à criação de novas enfermarias dedicadas a especialidades médico-cirúrgicas (registavam-se cinco em 1504, 14 em 1755 e 22 em 1775)⁴¹, o Hospital Real foi um edifício em permanente estaleiro.

Considerando os primeiros esboços e planos de reconstrução da cidade traçados em 1759 após a massiva destruição de 1755, um novo desenho de 1770 traduziria a decisão de desistir de reerguer o hospital e, em seu lugar, criar uma nova praça, a

³⁶ MOITA, Irivalva – “O Hospital Real de Todos-os-Santos: enfermarias, aposentadorias, serviços”. In PEREIRA, Paulo (dir.) – *Hospital Real de Todos-os-Santos: 500 anos – catálogo*. Lisboa: Museu Rafael Bordalo Pinheiro, 1993, p. 46.

³⁷ DIAZ DE ISLA, Ruy – *Tratado cõtra el mar serpentino*. Ed. fac-similada. Lisboa: Comissão Organizadora do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos e Ordem dos Médicos, 1992.

³⁸ STOLS, Eddy; FONSECA, Jorge; MANHAEGHE, Stijn – *Lisboa em 1514. O Relato de Jan Taccoen van Zillebeke*. Cadernos de Cultura, 8. Vila Nova Famalicão: Edições Húmus, 2014, p. 107.

³⁹ CARITA, Helder – *Lisboa manuelina e a formação de modelos urbanísticos da Época Moderna: 1495-1521*. Lisboa: Livros Horizonte, 1999, p. 77.

⁴⁰ LEITE, Ana Cristina – “O Hospital Real”, p. 10.

⁴¹ PACHECO, António – *De Todos-os-Santos*, p. 220.

Praça da Figueira. A projeção e materialização deste novo plano urbano conduziu à sua transferência para o devoluto colégio de Santo Antão dos Jesuítas, entretanto expulsos do reino, posteriormente conhecido por Hospital de S. José⁴².

Intervenções arqueológicas

Aquele que outrora se constituiu como o mais importante edifício assistencial público de Lisboa, viria a ser notícia em 1953 quando, num momento de campanha de obras e remodelação do espaço Restaurante Irmãos Unidos (localizado no quarteirão que divide as atuais praças do Rossio e da Figueira), foi colocado a descoberto, e registado por Gustavo Matos Sequeira, o remanescente dos degraus cimeiros da Igreja de Todos-os-Santos.

No início da década de 1960, aquando da implementação da rede de metropolitana de Lisboa no Rossio, os trabalhos de construção obliteraram profundamente as ruínas. Não obstante o achado prévio e isolado de um poço forrado a silharia, e a abertura de “trincheiras” a norte e oeste da praça sem qualquer peritagem arqueológica, os trabalhos de Arqueologia iniciaram-se somente a 22 de Agosto de 1960 coordenados pela olisipógrafa Irisalva Moita. A prioridade na salvaguarda dos vestígios da frontaria do hospital, bem como a importância dos demais achados arquitetónicos, justificou e impulsionou a escavação do pátio NO, da Ermida de Nossa Senhora do Amparo e dos baixos da enfermaria de Santa Clara e compartimentos anexos⁴³.

Na viragem do milénio, um projeto camarário de renovação do espaço público implicou a instalação de um parque automóvel subterrâneo. O novo enquadramento legal da *praxis* arqueológica nacional, a sensibilidade histórica-arqueológica da Praça da Figueira, bem como o conhecimento e acervo coletado pelo Museu da Cidade, determinaram a responsabilização do Serviço de Arqueologia daquela instituição pelas escavações arqueológicas, sob a direção de Rodrigo Banha da Silva. Assim, entre setembro de 1999 e outubro de 2001, foram exumados cerca de 4200 m² de sedimento, permitindo a reconstituição de mais de dois terços do hospital, registando-se o remanescente de considerável parte do piso térreo nunca antes intervencionado, incluindo a área do tardoz do edifício⁴⁴ (Fig.1).

⁴² PACHECO, António – *De Todos-os-Santos*, p. 102.

⁴³ MOITA, Irisalva – “Hospital Real de Todos-os-Santos: Relatório das escavações a que mandou proceder a C.M.L. de 22 Agosto a 24 Setembro 1960”. *Revista Municipal* 101/102 (2.º e 3.º trimestres 1964) pp. 76-100; 104/105 (1.º e 2.º trimestres 1965) pp. 26-103; 106/107 (3.º e 4.º trimestres 1965) pp. 7-57; 108/109 (1.º e 2.º trimestres 1966) pp. 42-59.

⁴⁴ SILVA, Rodrigo Banha da – *As “marcas de oleiro” em terra sigillata da Praça da Figueira: uma contribuição para o conhecimento da economia de Olisipo (séc.I a.C.-séc.II d.C.)*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, 2005. Tese de Mestrado. BARGÃO, André; FERREIRA, Sara; SILVA, Rodrigo

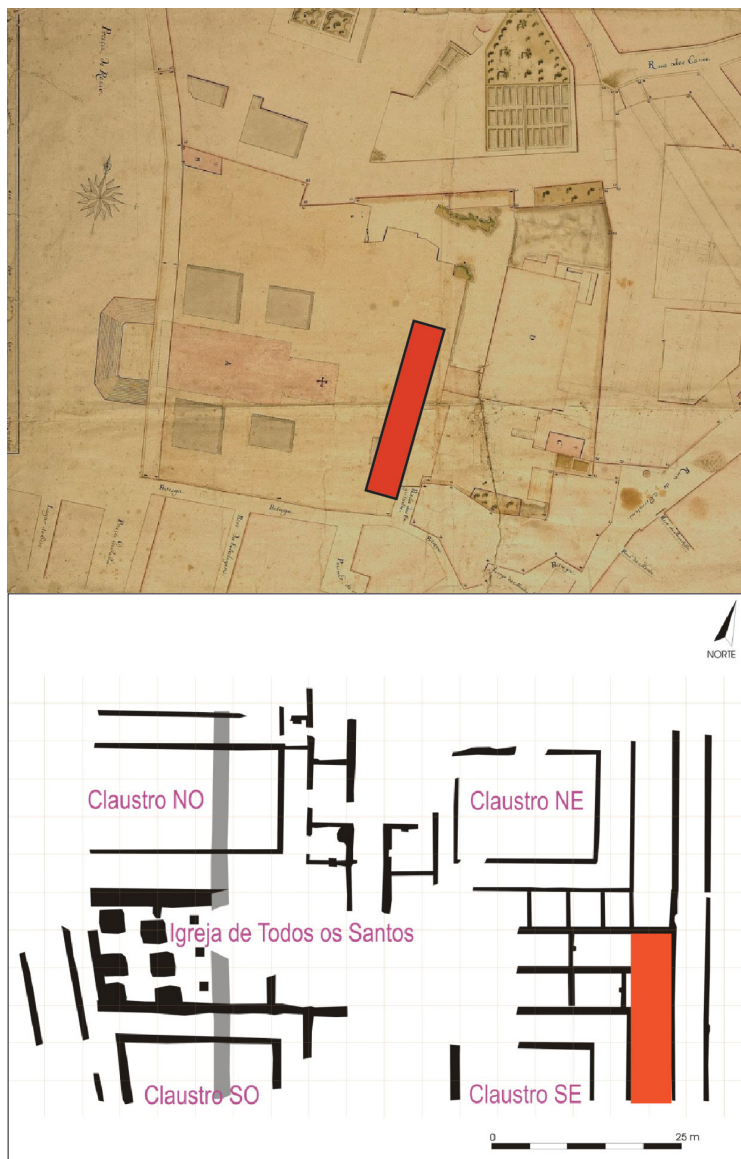


Fig. 1 – Planta topographica, e exacta do Sitio, que comprehende a Ilha em que estava edificado o Hospital Real de Todos os Santos desta Cidade, o Convento de São Domingos e Cazas assim do Ill.mo e Exm.o Marquês de Cascaes, como as dos particulares / a qual foi tirada na prezença do Sargento Môr Philippe Roiz de Oliveira, pello Ajudante Guilherme Joaquim Paês de Menezes, e o Discipulo Thomas Roiz da Costa a que assiatiarão também outros Discipulos do dito Sargento Môr, e que se finalizou a 9 de Dezembro de 1750. Guilherme Joaquim Paes de Menezes/Filipe Rodrigues de Oliveira. D.100R (disponível em <http://purl.pt/22488>). Lisboa, Biblioteca Nacional de Portugal (adaptada); e, Levantamento arqueológico da intervenção de 1999-2001. Rodrigo Banha da Silva (adaptada). Área do tardoz do Hospital Real de Todos-os-Santos.

Um espaço funerário inusitado

No tardoz do edifício original do Hospital Real documentou-se uma profunda reforma estrutural, com a sua ampliação para leste. Durante os trabalhos arqueológicos foi identificado um corredor de circulação, da fase inicial do hospital, e uma profunda reforma desenvolvida no reinado de D. João V (1706-1750), nomeadamente a edificação de um monumental arco barroco, do qual se identificaram as bases, lançadas a partir da zona mesial do corpo traseiro do hospital e conectando-o com a nova Casa de S. Camilo de Lélis, edificada no espaço das hortas do hospital. Nesta primeira metade do século XVIII, o antigo corredor de circulação é convertido em espaço funerário⁴⁵. A conversão deste espaço afigura-se inusitada, uma vez que o Cemitério de Sant’Ana servia o hospital – motivo pelo qual também era conhecido como Cemitério dos Pobres do Hospital “[...] porque as pessoas de qualidade, iam ser sepultadas nas igrejas ou adros das ordens religiosas a que pertenciam, muitas das quais para a igreja de S. Domingos”⁴⁶. Durante os grandes surtos epidémicos, os cadáveres eram ainda transportados para enterrar noutros cemitérios “porque aquele não bastava”⁴⁷.

Neste espaço funerário, associadas ao hospital, para além de um ossário que continha remanescentes biológicos humanos de pelo menos 6 indivíduos, foram identificadas 9 sepulturas primárias – 4 múltiplas – duas duplas, uma tripla e uma quádrupla – e seis individuais, duas das quais sobrepostas⁴⁸.

Os cadáveres foram depositados ao longo do corredor, nas sepulturas escavadas de um modo rudimentar, sem forma bem definida, refletindo pouco investimento na sua elaboração. Já a disposição das sepulturas parece mais organizada: distribuídas por duas faixas dispostas ao longo do corredor, deixando um espaço entre faixas, provavelmente, como área de circulação. Este espaço sepulcral parece resultar de uma necessidade urgente de gestão de cadáveres, durante tempo suficiente para que houvesse necessidade de recorrer a um ossário, para reutilizar as sepulturas. Neste sentido, a preocupação na gestão do espaço prender-se-ia menos com o cuidado

Banha da – “Memórias de duas intervenções: o remanescente do Hospital Real de Todos-os-Santos em 1960-1961 e 1999-2001”. *SCAENA-Revista do Museu de Lisboa-Teatro Romano. Atas do Colóquio Irisalva Moita – Vida e Obra*, 2 (2021), pp. 80-91.

⁴⁵ CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – “O Hospital Real de Todos os Santos: Testemunhos do Século XVIII”. In ALBERTO, Edite; SILVA, Rodrigo Banha da; TEIXEIRA, André (coords) – *O Hospital Real de Todos-os-Santos: Lisboa e a saúde*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 2020, p. 510. SILVA, Rodrigo Banha da – As ‘marcas de oleiro’.

⁴⁶ CARVALHO, Augusto da Silva – *Crónica do Hospital de Todos-os-Santos*. V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos 1492-1992. Lisboa: Tipografia A. Coelho Dias, 1992, p. 64. CASIMIRO, Sílvia; ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos os Santos*, p. 510.

⁴⁷ CARVALHO, Augusto da Silva – *Crónica do Hospital de Todos-os-Santos*, p. 64. CASIMIRO, Sílvia; ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos os Santos*, p. 510.

⁴⁸ Inicialmente pensou-se que estas duas sepulturas sobrepostas compunham uma única sepultura múltipla (veja-se na figura 3). Foi ainda identificada uma outra sepultura primária individual, contudo, verificou-se que a mesma era anterior à construção do Hospital Real. CASIMIRO, Sílvia – *(Re) Construção da Morte*.

prestado aos mortos, e mais com a supressão de riscos para a saúde dos vivos. Aliás, a presença de conjuntos de remanescentes biológicos humanos articulados, ou parcialmente articulados, que não pertencem a nenhum dos indivíduos sepultados – como o caso de um pé – reforça a ideia de descuido na prestação de cuidados aos mortos, nomeadamente na transferência de elementos ósseos das sepulturas para o ossário, com o objetivo de as reutilizar⁴⁹.

No total, associados às sepulturas primárias foram exumados 17 indivíduos, maioritariamente depositados em decúbito supino, com a exceção de um indivíduo (identificado numa sepultura individual), que terá sido depositado em decúbito ventral⁵⁰ (Fig. 2). De acordo com a posição dos indivíduos, bem como a conexão entre elementos ósseos e o volume corporal, a grande maioria dos cadáveres foi



Fig. 2 – Vista de duas sepulturas individuais sobrepostas (A e B). A) antes da escavação da sepultura mais recente; B) vista da sepultura mais antiga (Imagem: Centro de Arqueologia de Lisboa).

⁴⁹ CASIMIRO, Sílvia – *(Re) Construção da Morte: O contributo da arqueotanatologia*. CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos os Santos*, p. 510.

⁵⁰ CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos os Santos*, p. 511.

amortalhado, confirmando o que nos é, subtilmente, transmitido pelas fontes históricas, que referem, para o efeito, serem por vezes usados os lençóis das camas⁵¹.

Os cadáveres foram depositados nas sepulturas e cobertos com terra, sem recurso a caixão, sendo que a sua decomposição terá decorrido em espaço colmatado, mantendo-se a conexão anatómica das peças ósseas após a decomposição dos tecidos moles. No momento da inumação ter-se-á priorizado o aproveitamento do espaço, em detrimento da preocupação com a orientação canónica dos cadáveres. Este facto verifica-se sobretudo nos casos de sepulturas múltiplas, observando-se que os indivíduos foram depositados alternadamente, em sentidos opostos (pés de um, sobre o crânio de outro), e com pouco tempo de intervalo decorrido entre enterramentos, uma vez que não foram observadas perturbações significativas nos esqueletos⁵².

Relativamente aos perfis biológico e patológico, este conjunto de indivíduos é bastante heterogéneo, não sendo possível determinar padrões específicos associados a uma mesma sepultura: foram identificados não-adultos, e adultos de ambos os sexos. O mesmo acontece com as alterações ósseas de natureza patológica, não se registando qualquer padrão entre indivíduos que partilham sepultura⁵³. Destaca-se um caso provável de sífilis associado ao esqueleto de uma mulher adulta (sepultura múltipla – quádrupla)⁵⁴. Este caso poderá constituir um testemunho direto da atividade do Hospital Real de Todos-os-Santos no tratamento desta patologia. Importa, contudo, esclarecer que o reduzido número de casos de sífilis identificados em contexto arqueológico no território português, não deixa de contrastar com o panorama transmitido pelas fontes históricas, que descrevem a sífilis como um flagelo social e um foco de preocupação primordial da saúde pública, durante vários séculos. Porém, este tipo de informação aferida a partir de fontes escritas foi já caracterizada como um “diagnóstico social”, sendo reconhecido que esta grande expressão de casos de sífilis não se deveu unicamente a esta patologia, mas sim a um conjunto de doenças sexualmente transmissíveis (DST) que eram diagnosticadas e classificadas como sífilis. Apenas na transição do século XIX para o XX foi possível isolar os agentes causadores destas DST e tratar estas patologias de forma distinta⁵⁵.

⁵¹ CARVALHO, Augusto da Silva – *Crónica do Hospital Todos-os-Santos*, p. 64. CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos os Santos*, p. 510.

⁵² CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos...*, pp. 511. CASIMIRO, Sílvia – (Re) *Construção da Morte: O contributo da arqueotanatologia*.

⁵³ CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – *O Hospital Real de Todos os Santos*, p. 511.

⁵⁴ ASSIS, Sandra; CASIMIRO, Sílvia, ALVES CARDOSO, Francisca – “A possible case of acquired syphilis at the former Royal Hospital of All-Saints (18th century): a comparative methodological approach to differential diagnosis”. *Anthropologischer Anzeiger*. 72/4 (2015), pp. 427-449.

⁵⁵ MITCHELL, Piers – “Improving the use of historical written sources in paleopathology”. *International Journal of Paleopathology* 19 (2017), pp. 88-95. CASIMIRO, Sílvia – (Re) *Construção da Morte: O contributo da arqueotanatologia*.

Para procurar explicar a existência deste espaço funerário, quando o Cemitério de Sant'Ana servia o Hospital Real, exploram-se três hipóteses: a primeira prende-se com a possibilidade de o cemitério estar sobrelotado ou inacessível, exigindo uma área alternativa, acessível e disponível para o enterramento imediato de cadáveres. A segunda hipótese considera uma eventual necessidade de criar um espaço diferenciado adequando, para o efeito, o extinto corredor. Por fim, a terceira hipótese vincula o uso deste espaço a um acontecimento específico, ocorrido entre o início do reinado de D. João V (1707) e a construção dos arcos que formaram a ligação entre o Hospital e as instalações dos padres Camilos (1754), uma vez que uma das sepulturas (dupla) é cortada pelo seu embasamento⁵⁶ (Fig. 3).



Fig. 3 – Vista da sepultura múltipla (dupla) que é afectada pelo arco que ligava o Hospital Real às instalações dos padres Camilos (Imagem: Centro de Arqueologia de Lisboa).

Ainda que omissa na documentação e nas fontes escritas, certo é que o momento de desativação deste espaço enquanto corredor de circulação e a sua transformação em espaço funerário terá ocorrido no início de setecentos. Este dado é sugerido pelo acervo coletado nos depósitos arqueológicos onde foram depositados os cadáveres, registando-se uma ampla cultura material cronologicamente heterogénea (Fig. 4): além de objetos datados dos séculos XV-XVI (como o tacho e o copo, bem como o prato em cerâmica vidrada – Fig. 4, peças 1, 2 e 4) e século XVII (com reflexo na taça em cerâmica modelada – Fig. 4, peça 3), os mais tardios enquadram-se nas produções de faiança portuguesa das olarias de Lisboa. Segundo a bibliografia mais

⁵⁶ CASIMIRO, Sílvia – (Re) Construção da Morte: O contributo da arqueotanatologia.

recente sobre o tema⁵⁷, os exemplares de covilhete e prato em faiança com a gramática decorativa “semi-círculos” concêntricos terão sido produzidos entre 1640 e 1700 (Fig. 4, peças 5, 6 e 10), a “faixa-barroca” entre 1660-1750 (Fig. 4, peça 11) e o motivo de “contas” entre 1680-1770 (Fig. 4, peça 8), indo de encontro à cronologia apontada para o alguidar em cerâmica vidrada (Fig.4 , peça 9) ou ao púcaro setecentista em cerâmica vermelha fina (Fig. 5).



Fig. 4 – Representação gráfica e fotográfica da amostra cerâmica exumada nos depósitos arqueológicos onde foram depositados os cadáveres.

⁵⁷ CASIMIRO, Tânia – “Faiença portuguesa: datação e evolução crono-estilística”. *Revista Portuguesa de Arqueologia* 16 (2013), pp. 351-367.

Ora, sabendo-se pelo levantamento “Planta Topographica, e exacta do Sitio, que comprehende a Ilha em que estava edificado o Hospital Real de todos os Santos desta Cidade [...]” que o corredor de acesso que oblitera os enterramentos já está documentado em 1750, necessariamente este horizonte funerário terá que se enquadrar entre as profundas reformas de D. João V (1707) e a construção do acesso às novas instalações dos padres Camilos transferidos em 1754.



Fig. 5 – Vista de uma sepultura individual e pormenor de um púcaro setecentista (Imagem: Centro de Arqueologia de Lisboa).

Considerações finais

Volvidos 530 anos da sua fundação, aos olhos de hoje o Hospital Real de Todos-os-Santos pode ser lido enquanto um pólo de confluência, à semelhança da própria cidade em que estava inserido. A Lisboa e ao Hospital Real chegavam pessoas de zonas periféricas, de povoações do termo e de longe, como Mafra, Torres Novas, Coimbra ou Portalegre, ou de geografias mais distantes e longínquas⁵⁸.

Esta rede de conexões, além de documentada em fontes escritas, está igualmente perceptível no registo arqueológico detetado no hospital através de materialidades e objetos. Não obstante produções cerâmicas regionais do Prado, em Guimarães, do Alto Alentejo, ou das Caldas da Rainha, ainda que em reduzida proporção quando comparadas com as produções das olarias de Lisboa, foram identificadas peças que são reflexo da ampla rede de contatos.

No século XVI, de Espanha chegavam ao hospital peças de uso à mesa elaboradas nas oficinas de Sevilha; de Itália, os elaborados e coloridos pratos de majólica de inspiração renascentista produzidos em Montelupo ou Veneza, garrafas revestidas a vidro das olarias do rio Reno ou as apreciadas peças em porcelana chinesa. No século XVII, o novo hábito de fumar encontrava-se já enraizado e prova disso é a aquisição de cachimbos de caulino holandeses e ingleses e, em pleno século XVIII registou-se o uso de produções cerâmicas britânicas⁵⁹.

E como se refletiu o Hospital Real além-mar? Os momentos disruptivos descritos no início do presente texto não foram exclusivos de Lisboa, verificando-se inquietações semelhantes nos destinos portuários nos oceanos Atlântico e Índico decorrentes da expansão marítima. Neste sentido, verificou-se a urgência da criação de edifícios assistenciais inspirados no Hospital de Lisboa, quer no esboço arquitetónico, quer na experiência, quer na política assistencial. D. Manuel I percebeu que o desenvolvimento de uma estratégia assistencial era fundamental para o sucesso da empresa em que apostara. Assim, rapidamente criou espaços e estruturas destinadas a acolher doentes e feridos dotadas de corpo de trabalho especializado, de que são exemplo Moçambique, Baçaim, Diu ou Goa, São Salvador da Baía, Rio de Janeiro ou Cabo Verde⁶⁰.

⁵⁸ CASIMIRO, Sílvia – *(Re) Construção da Morte: O contributo da arqueotanatologia*.

⁵⁹ BARGÃO, André – *Vivências do Quotidiano do Hospital Real*, p. 38.

⁶⁰ SOUSA, Germano – *História da Medicina Portuguesa durante a Expansão*. Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores, 2013.

O Hospital Velho de Nisa. História, Arqueologia e Arquitetura de um edifício hospitalar oitocentista

Sílvia Ricardo¹

Resumo

O Hospital da Misericórdia de Nisa, ou Hospital Velho, foi edificado em 1785 por disposição testamentária e patrocinado por doações. Arquitetonicamente, caracteriza-se por ser um edifício oitocentista, que confina com a Igreja da Misericórdia, partilhando a mesma linha de fachada, com dois pisos com enfermarias, uma varanda e uma farmácia.

Os registos arqueológicos e de arqueologia da arquitetura revelaram dados muito interessantes acerca deste espaço, concretamente, o aterro da fossa séptica com material hospitalar, alterações de vãos e de cotas de soleira, alterações da estrutura interna do edifício, reutilizações de elementos funerários e/ou arquitetónicos no enchimento dos paramentos internos.

As exigências de sanidade pública diminuíram o hospital e no decorrer do século XX é construído um novo hospital, deixando o Hospital Velho à mercê de novas apropriações e utilizações.

Foi recentemente alvo de um projeto de recuperação e valorização por parte da Câmara Municipal de Nisa, que permitiu aprofundar o conhecimento deste emblemático edifício, principalmente fruto dos trabalhos arqueológicos. O presente artigo sintetiza os resultados da intervenção arqueológica cruzando-os com os dados históricos conhecidos e uma reanálise dos elementos arquitetónicos do edifício.

Palavras-chave

Alentejo; Nisa; hospital; arqueologia de salvaguarda; Misericórdia.

¹ Centro de História de Arte e Investigação Artística, Universidade de Évora (CHAIA - UEvora).

Nisa's old hospital. History, archeology and architecture of a 18th century hospital building

Abstract

The Hospital da Misericórdia de Nisa, or Hospital Velho, was built in 1785 by will and sponsored by donations. Architecturally, it is characterized by being a 19th century building, which borders the Igreja da Misericórdia, sharing the same façade line, with two floors with infirmaries, a balcony, and a pharmacy. Archaeological records and architectural archeology revealed very interesting data about this space, specifically, the landfill of the septic tank with hospital material, alterations to spans and threshold levels, alterations to the internal structure of the building, reuse of funerary elements and/or architectural features in filling the internal walls.

Public health requirements reduced the hospital and during the 20th century a new hospital was built, leaving the Old Hospital at the mercy of new appropriations and uses.

It was recently the target of a recovery and enhancement project by the Municipality of Nisa, which allowed for a deeper understanding of this emblematic building, mainly the result of archaeological work. a reanalysis of the architectural elements of the building.

Keywords

Alentejo; Nisa; hospital; rescue archaeology; Misericórdia.

1. Introdução

O Hospital Velho, ou Hospital da Misericórdia de Nisa, localiza-se na atual Praça do Município, anexo à Igreja da Misericórdia.

Este edifício, propriedade do Município de Nisa e utilizado de forma esporádica, encontrava-se havia vários anos em avançado estado de degradação. Seguindo uma política pública de recuperação e regeneração do centro histórico, o referido município investiria, no ano de 2019, num projeto de recuperação/requalificação do edifício. Os objetivos principais eram a criação de um espaço para a instalação do fundo documental municipal e de serviços técnicos municipais.

Uma vez que o edifício do Hospital Velho se encontra na área de proteção da Muralha do castelo de Nisa, Porta de Montalvão e Porta da Vila, classificada como MN – Monumento Nacional², e na ZEP da Igreja da Misericórdia de Nisa, classificado como MIP – Monumento de Interesse Público³, o projeto de arquitetura foi alvo de parecer por parte da Direção Regional de Cultura do Alentejo. Este órgão tutelar emitiria despacho condicionado a trabalhos arqueológicos.

Seria assim, no âmbito desta intervenção, possível conhecer e reunir novos dados acerca do edifício. Para tal seria empregue uma metodologia multidisciplinar, iniciada pela pesquisa bibliográfica e documental passando posteriormente pela realização de sondagens arqueológicas seguidas de acompanhamento arqueológico. E por último o levantamento e registo parietal do edificado seguindo os princípios da Arqueologia da Arquitetura.

Os resultados obtidos, e aqui apresentados, são bastante interessantes quer ao nível da arqueologia, como ao nível da arquitetura do edificado. Através do acompanhamento arqueológico foi possível reconhecer e interpretar a evolução do edifício e registá-lo para a posteridade.

2. O Conjunto Arquitetónico da Misericórdia – Notas Históricas

As Misericórdias, ou Santas Casas da Misericórdia, constituem-se, desde o século XVI, como instituições com uma enorme relevância na sociedade portuguesa. Abarcam uma dimensão de história da saúde e da doença, da religiosidade popular, artística, da pobreza e da assistência social em Portugal. Como se constata, a localização (Fig. 1) deste conjunto privilegia a centralidade no interior do aglomerado

² Decreto n.º 8 228, DG, 1.ª série, n.º 133 de 04 julho 1922.

³ MIP – Monumento de Interesse Público, segundo a Portaria n.º 646/2012, DR, de 2.ª série, n.º 212, de 2-11-2012.



Figura 1 – Localização da Igreja da Misericórdia e do Hospital Velho dentro do centro histórico de Nisa (Fotografias de SIPA e mapa do Google).

urbano, sendo uma zona socialmente relevante e privilegiada. As Misericórdias são fundamentalmente um fenómeno urbano e tendencialmente seriam implantadas em locais onde tinham funcionado anteriormente confrarias⁴.

2.1. A Igreja da Misericórdia

Em Nisa, a Igreja da Misericórdia localiza-se num dos sítios nevrálgicos da vila, a Praça do Município⁵ (Fig. 1), onde predominam palacetes, casas senhoriais e

⁴ ABREU, Laurinda de – “As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V”. In PAIVA, José Pedro (comissão científica) – *As Misericórdias: da fundação ao final do século XX. Vol. I. Portugaliae Monumenta Misericordiarum*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002, pp. 47-77.

⁵ “Depois do Rossio, o largo mais espaçoso e regular é a Praça do Município. É limitada a Nascente pelos Paços do Concelho e Igreja da Misericórdia; a Poente, pelo Palácio onde viveu a família Lopes Tavares, doado aos pobres de Nisa por Dr. António Lobo da Silveira para sede do Asilo de Nossa Senhora da Graça, a Norte por três edifícios de bom aspeto arquitetónico, [...]” FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1989.

os Paços do Concelho. A Misericórdia destaca-se deste conjunto por ser o único edifício de cariz religioso, apesar de não ter uma fachada exterior consistente. Apresenta apenas um pano com um portal de arco de volta perfeita inserido num alfiz rectangular enquadrado por pilastras, sem representações exteriores de natureza religiosa, aspecto comum às das igrejas das Irmandades da Misericórdia construídas na primeira metade do século XVI⁶. O espaço interior, de pequenas dimensões, é composto por uma única nave coberta por abóbada, e cujo pavimento foi alvo de obras de melhoramento no decorrer dos séculos XIX/XX. A capela-mor, de planta quadrangular, apresenta um programa decorativo rococó, dos finais do século XVIII (KEIL, 1943). Similarmente, quer a cobertura do espaço, feita por teto de madeira pintado, como o conjunto do altar, inserem-se no mesmo repertório artístico, tendo sido executados e dourados em 1791.⁷

Ao corpo da igreja, de ambos os lados, encontram-se adossados outros equipamentos relacionados com a Misericórdia. A sul, com um eixo de desenvolvimento perpendicular ao da igreja, implantam-se a Casa do Despacho e a Sacristia, comungando de um só edifício⁸. Do lado norte, acha-se o Hospital Velho, prolongando-se pela atual Ruína de Santa Maria⁹ e com a fachada principal orientada para a Rua Capitão Paes de Moraes¹⁰.

2.2. O Hospital da Misericórdia ou Hospital Velho

Anteriormente à construção do hospital, sabe-se que a primeira instituição assistencial situada historicamente na vila de Nisa fora a Albergaria. Esta foi fundada, em 1218, pelo mestre templário D. Pedro Alvitis, para “*recolher e hospedar os passageiros, tratando os enfermos, fossem ricos ou pobres*”¹¹ e que funcionou até ao início do século XVI¹².

As confrarias da Misericórdia estavam direcionadas para a assistência, como o acolhimento de necessitados e enfermos¹³, celebrações litúrgicas e sepultamento dos mortos. Estima-se que entre os finais do século XV e o século XVI se tenham fundado, só em Portugal continental, cerca de duzentas e sessenta confrarias da Misericórdia¹⁴.

⁶ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a Arquitectura quinhentista portuguesa*. Vol. 1. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento. p. 198.

⁷ KEIL, Luís – *Inventário Artístico do distrito de Portalegre*. Lisboa: SBNA, 1943.

⁸ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*, p. 278.

⁹ Anteriormente designada Rua dos Chouriços.

¹⁰ Antiga Rua da Misericórdia.

¹¹ FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*, p. 132.

¹² “Limitava-se a uma pequena casa de janela e duas lojas, onde muito incomodo se collocavam os doentes e não tinha outro rendimento mais do que lhe viera da Albergaria de Santana” FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*, p. 133.

¹³ ABREU, Laurinda de – “As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V”.

¹⁴ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*, p. 95.

A passagem de confrarias de cariz medieval a Hospitais da Misericórdia correspondeu a um processo que seguiu os padrões europeus, ainda que muito marcado pela influência religiosa católica, e evidenciando algumas singularidades locais.

Segundo Basso¹⁵, a Santa Casa da Misericórdia de Nisa foi fundada, por alvará régio, a 17 de Novembro de 1520. Contudo, o Arquivo da Misericórdia só possui registos para datas muito posteriores à fundação da Confraria. Os primeiros documentos guardados pela instituição remetem apenas para o ano de 1638¹⁶. Relativamente ao Hospital da Misericórdia de Nisa sabemos que foi edificado apenas em 1785, por ordem testamentária do capitão Manuel Paes de Moraes e sua irmã Anna Maria do Espírito Santo¹⁷. A estes juntar-se-iam outros ilustres nisenses com doações patrimoniais à Santa Casa da Misericórdia. Cumprindo-se a vontade dos beneméritos, edificou-se o Hospital¹⁸.

Com o passar dos tempos, os novos requisitos de sanidade pública reduziram bastante as valências médicas do hospital. O edifício tornara-se pequeno para as necessidades, e localizado numa zona considerada anti-higiénica, onde as ruas eram estreitas e de difícil acesso. Cessaria funções após a abertura do novo Hospital da Misericórdia, finalizado em 1954, para o qual a população do concelho de Nisa contribuiu com mais de 50% dos apoios¹⁹. Permaneceu nas décadas seguintes, encerrado sendo que, segundo informações orais²⁰, no edifício anexo a Sul ao corpo principal do Hospital, funcionariam ainda os Serviços Municipalizados da Câmara Municipal de Nisa. Após o 25 de Abril de 1974, parte do edifício do hospital foi ocupado pelo recém-criado Centro Social e Recreativo de Nisa, que ali funcionou até á meados da década de 80 do século XX.

¹⁵ BASSO, José Fraústo – “Da Santa Casa da Misericórdia de Nisa. A assistência particular em Portugal e as Misericórdias. Elementos para o seu estudo”. In VVAA – *Actas do V Congresso Nacional das Misericórdias Portuguesas*. Lisboa: Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas, 1977, pp. 21-290.

¹⁶ SÁ, Isabel Guimarães; PAIVA, José Pedro – “A Fundação das Misericórdias: o Reinado de D. Manuel I”. In PAIVA, José Pedro – *A Instituição em Acção. Vol. III. Portugaliae Monumenta Misericordiarum*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2002, p. 376.

¹⁷ Na fachada do edifício, virada para a Rua Capitão Paes de Moraes, existe uma lápide de mármore onde se lê: ESTE HOSPITAL MANDOU FAZER MANUEL PAES DE MORAES E SUA IRMA ANA MARIA DEIXANDO Á SANTA CASA DA MISERICORDIA OS SEUS BENS – MDCCLXXXV.

¹⁸ O qual foi dotado “de duas enfermarias, uma grande sala de convalescença, sala de entrada, varanda, quintal, cozinha, vários quartos do enfermeiro e sua família, uma botica e uma loja destinada a receber passageiros indigentes e albergá-los.” FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*, p. 136

¹⁹ <http://www.scmnisa.pt/?paginas=hospital>.

²⁰ Informação oral gentilmente cedida pelo Sr. Vítor Reizinho, funcionário da Câmara Municipal de Nisa.

3. O contributo da Arqueologia

Como anteriormente referido, no âmbito das intervenções previstas no projeto e na tipologia de edifício, foram emitidas condicionantes de Arqueologia preconizadas pela DRCALEN. Especificamente sondagens prévias e acompanhamento arqueológico. Estes trabalhos pretendiam minimizar eventuais impactes que esta empreitada pudesse ter ao nível do património classificado do centro histórico de Nisa.

3.1. Arqueologia do subsolo

Previamente ao início dos trabalhos mecânicos, foram realizadas três sondagens de diagnóstico (Fig. 2), com dimensões de 2x2m e profundidade variada, de forma a caracterizar o subsolo e a acautelar eventuais vestígios arqueológicos. Duas destas sondagens foram implantadas no espaço exterior onde, segundo o projeto de arquitetura, iria nascer um novo edifício, e a terceira, no interior do edifício, na zona de instalação do novo poço do elevador. Deste conjunto, apenas a Sondagem 1 e a Sondagem 3 nos revelaram dados relevantes para a história do edifício.

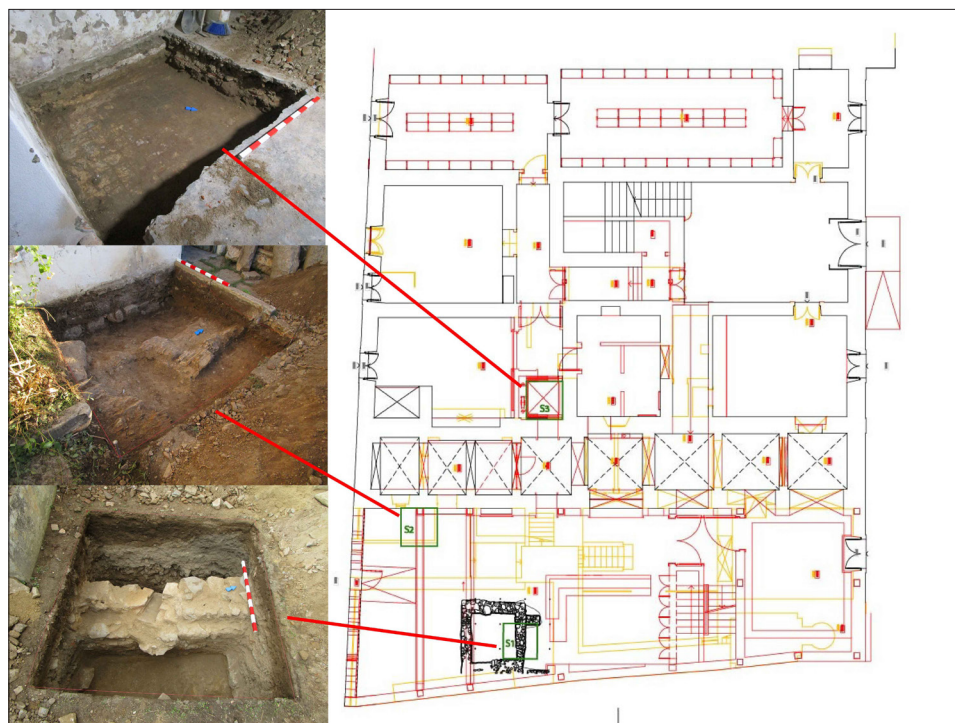


Fig. 2 – Implantação das 3 sondagens arqueológicas sobre projeto de arquitetura (Projeto da autoria do Atelier MAN Arquitetura e fotografias da autora).

A escavação da Sondagem 1, e o seu posterior alargamento para escavação em área²¹, permitiria a identificação de uma estrutura de fossa séptica (Fig. 2). Caracterizava-se por ser uma construção sem grandes preocupações estéticas, mas sim técnicas, uma vez que estas estruturas de saneamento estão aterradas. Foi edificada com o recurso a pedra, tijolo maciço e argamassa de cal, de forma robusta e bem alicerçada. Apesar de um dos tanques estar inteiro e relativamente bem conservado, registou-se que o tanque anterior já tinha sido quase todo destruído aquando da construção dos anexos (onde funcionaram os Serviços Municipalizados da Câmara). Similarmente, as paredes já não se encontravam conservadas na totalidade, nem se preservavam as coberturas ou as respetivas condutas de drenagem. De referir, por último, que, o interior dos tanques, se encontravam colmatados com um número significativo de materiais, aqui depositados após a inutilização da fossa e parcial destruição²².

Sumariamente, no conjunto dos materiais (Fig. 5) distinguem-se formas domésticas de cerâmicas comuns e faianças, mas principalmente restos de “material médico” em vidro como biberons, ampolas para vacinas, frascos e envases de farmácia de vários tamanhos e com diferentes finalidades.

Enquanto à Sondagem 3, esta foi implantada no local específico onde estava projetado instalar o novo elevador, sendo assim necessário aprofundar o respetivo poço. Ainda que não tenha demonstrado a presença de estruturas, revelou um palimpsesto de três pavimentos e de respetivos níveis de enchimento. Inclusivamente um pavimento que consideramos ser o piso original do hospital. Caracteriza-se por apresentar tijolo maciço aplicado em espinha, com juntas estreitas e assente em argamassa de cal de coloração esbranquiçada (Fig. 2). Em termos estratigráficos, tinha sobreposto mais dois pavimentos e respetivos níveis de preparação. Consequentemente, a cota daquele compartimento estava bastante mais alteada até ao nível da soleira da porta, que está orientada para a Ruinha de Santa Maria, em comparação com o restante piso térreo do edifício, cujo acesso se fazia pela entrada principal na Rua Capitão Pais de Moraes. Estes contextos demonstram-nos a evolução e uma das várias reformas que o imóvel foi alvo ao longo dos séculos.

Posteriormente os trabalhos passaram pelo acompanhamento arqueológico dos trabalhos da empreitada²³. Nos trabalhos que incidiam com a afetação do subsolo não se registaram mais estruturas ou contextos mais antigos ou anteriores à construção da fossa e do próprio edifício, uma vez que, estes trabalhos incidiram essencialmente no afloramento rochoso, que se encontrava a cotas poucos profundas.

²¹ Face à presença destes vestígios, de forma a registar-se a estrutura por inteiro, compreender a sua dimensão e a ligação com o edifício do hospital, toda a área foi escavada de forma manual.

²² RICARDO, Sílvia – *Relatório Final da Intervenção Arqueológica da Requalificação Ampliação do Edifício do Hospital Velho em Nisa*. S.l.: s.n., 2020, Policopiado.

²³ Especificamente: desmonte da estrutura de fossa e respetiva movimentação de terras no exterior do edifício (Fig. 3A-3B); aberturas de novos vãos de forma manual; desmonte de paramentos internos; remoção dos rebocos de argamassa das paredes; rebaixamento de cotas de pavimento, no interior do imóvel; e escavação das sapatas em liga metálica para fundação do novo edifício que iria unir ao edifício do Hospital.



Fig. 3 – Trabalhos que realizados durante o acompanhamento arqueológico: A – Minimização de impactes no património através da escavação e registo; B – Acompanhamento de obra da escavação mecânica; C - Registo de arqueologia da arquitetura dos vários momentos construtivos; D – Identificação de elementos arquitetónicos reutilizados nos paramentos; E – Impostas de granito reutilizadas num paramento; F – Vista geral de uma enfermaria após a remoção dos rebocos, que deixaram a vista vários materiais como gesso, tabique, tijolo maciço; G – Lápide funerária reaproveitada num paramento interno; H – Elementos pétreos identificados no interior de um paramento que foi demolido (Fotografias da autora).

3.2. Levantamento parietal e arquitetura

Havendo a necessidade de adaptar o edifício a outras funções, e criar espaços de trabalho e atendimento público, seria necessário alterar a estrutura interna e as relações entre os compartimentos nos diferentes pisos. Por isso, foi necessário demolir alguns paramentos internos, abrir novos vãos de acesso, e remover rebocos das paredes (Fig. 3C). Estes trabalhos revelaram a estrutura interna e o método construtivo do imóvel e foram complementados com levantamentos parietais e análises arquitetónicas²⁴ seguindo os princípios básicos metodológicos de Arqueologia da Arquitetura²⁵.

A construção do edifício remete para paredes com cerca de 50/70cm de espessura, constituídas essencialmente por pedra de grande e médio calibre (20/60cm) e tijolo, com ligante de argamassa e algum tijolo maciço pelo meio do aparelho (Fig. 3F). Em algumas zonas do edifício o reboco das paredes é feito à base de cal e noutras locais já com recurso a cimento. Ou seja, pequenas reparações que foram sendo necessárias ao longo do tempo e da utilização.

Paralelamente, estes trabalhos revelaram a reutilização de elementos arquitetónicos mais antigos nos interiores dos mesmos, como elementos de cantarias exteriores, especificamente impostas em granito e bases de portais (Fig. 3D-3E)²⁶. Neste conjunto destacamos que, aquando da remoção dos pavimentos de madeira, ficou a descoberto uma lápide funerária. Encontrava-se reutilizada como soleira num vão que faria uma possível ligação entre o edifício do hospital e a Igreja da Misericórdia (Fig. 3G), a partir do 2º piso. A leitura parcial feita pela autora é a seguinte:

SO[?]
SIMA
OO[?]
SAN
PAIORO5[?]
1644

²⁴ RICARDO, Sílvia – Relatório Final da Intervenção Arqueológica.

²⁵ PARENTI, Roberto – “Le tecniche di documentazione per una lettura stratigrafica dell’elevato”. In FRANCOVICH, Riccardo; PARENTI, Roberto – *Archeologia e restauro dei monumenti*. Siena: All’Insegna del Giglio, 1988, pp. 280-304.; PARENTI, Roberto – “Fonti materiali e lettura stratigrafica di un centro urbano: i risultati di una sperimentazione “non tradizionale””. *Archeologia medievale*, 19 (1992), pp. 7-62.; PARENTI, Roberto – “Individualización de las unidades estratigráficas murarias”. In *Arqueología de la arquitectura. El método arqueológico*. Salamanca: Junta de Castilla y León, 1996, pp. 75-86.; CABALLEROZ ZOREDA, Luis – “Archaeological analysis and intervention in historical buildings”. In *Archaeotecture Archaeology of Architecture*. Oxford: BAR International Series 1175, 2003, pp. 41-60.; BROGIOLO, Gian Pietro – “Arqueología estratigráfica y restauración”. *Informes de la construcción* 46, 435 (1995), pp. 31-36.

²⁶ Os elementos pétreos registados nos enchimentos das paredes que foram devidamente fotografados, assinalados e posteriormente rebocados novamente.

Contudo, não conseguimos apurar quando foi ali recolocada esta lápide fune-rária ou o porquê deste reaproveitamento neste local. Apenas podemos conjecturar a existência de um momento de reestruturação do espaço sepulcral da igreja, nomeadamente ao nível do piso térreo, e um momento, coevo ou não, de (re)edificação do referido espaço de ligação entre edifícios.

Analisando de forma global o edifício, arquitetonicamente, o hospital velho caracteriza-se por ser um volume quadrangular, uniforme e de fachadas simétricas (Fig. 4). Apresenta atualmente duas fachadas, cujos frontispícios são sóbrios e discretos e não exibem traços de terem sido muito modificados, tanto ao nível do piso térreo como do primeiro piso. Ao nível do piso térreo, a fachada principal está direcionada para a antiga Rua da Misericórdia, com grande pórtico de entrada, vestíbulo, escada de dois lanços e três janelas de sacada ao nível do primeiro piso. A fachada oposta simetricamente, incorpora três janelas, que abrem para a Ruinha de Santa Maria e Praça do Município, e varanda a Sul.

Internamente, constitui um edifício bastante robusto e de planta simples e funcional, com compartimentos articulados e interligados entre si diretamente ou por pequenos corredores. No piso térreo registam-se vários compartimentos interiores e ligados uns aos outros, que nos remetem para a organização interna do hospital como espaços de arrumos, cozinhas, farmácia e dispensas. A escadaria de granito a partir do vestíbulo da entrada, está localizada a meio do edifício para distribuir pelos compartimentos dos dois pisos. Ao nível do primeiro piso estão as enfermarias e espaços dedicados aos enfermos. As enfermarias principais eram três, localizadas no primeiro piso e ocupando os grandes salões de tectos estucados²⁷. Ostentavam planta retangular alongada, uma das principais marcas arquitetónicas destes hospitais. Estão ligadas entre si e estão no centro do edifício. Junto destas encontravam-se a Secretaria, o Consultório Médico e a Casa de Operações. Estes dois últimos espaços com entrada pela varanda do primeiro piso.

Um primeiro vislumbre sobre o funcionamento interno do hospital é-nos descrito na Monografia de Nisa²⁸. Compreendemos assim que o extremo norte do hospital servia para isolar os pacientes de doenças contagiosas. Estes quartos comunicam por um corredor, com a varanda²⁹.

²⁷ MOURA, José – *Memória Histórica da Notável Vila de Nisa*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1982, p. 65

²⁸ “Um compartimento do rés-do-chão, atualmente com porta para a Praça, adaptara-se a Casa de Orates, onde se detinham os loucos furiosos até darem entrada nos Hospitais de Alienados. No lugar da porta havia uma janela com forte grade de ferro. A esquerda do vestíbulo ficava a Farmácia. Está ainda guarnecida das estantes envidraçadas, ali colocadas em 1868”. FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*, p. 135.

²⁹ FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*.



Fig. 4 – Projeto de arquitetura e alçados do com intervenções do século XX destacadas a vermelho (Projeto da autoria do Atelier MAN Arquitetura).

Na época da sua construção, o Hospital satisfazia plenamente as exigências da sua finalidade. Contudo, com o passar dos anos e face a novas necessidades, seriam realizados alguns melhoramentos. O mais significativo foi o acrescento de mais um piso (o segundo piso) de forma a dotar o hospital de mais quartos para doentes pensionistas, sobreposto ao nível do primeiro andar do lado poente. Não sabemos com exatidão a época em que esta alteração estrutural do hospital foi efetuada, que se deve balizar já no século XX (Fig. 4). No entanto, respeitou a arquitetura original e enquadrou-se perfeitamente, mantendo a simetria em harmonia com o edifício, mas recorrendo a outro tipo de materiais de construção como o ferro, cimento e tabiques. Internamente não tem a mesma organização dos compartimentos que os pisos “originais” do hospital apresentam. Contudo, com as posteriores ocupações que o imóvel teve, e conseqüentes obras adaptativas, seriam ocultadas informações relevantes sobre a organização interna.

Não obstante, conseguimos ainda perceber onde se localizavam as cozinhas pelas lareiras e chaminés de grandes dimensões que se registam ainda ao nível do piso térreo e do primeiro piso nas “traseiras”. Ao que se alia a presença, nestes compartimentos, de um armário de parede com as típicas cantoneiras com baixo-relevo para colocar os jarros da água. As enfermarias também são identificáveis pelos tectos estocados encimados por caixotões de madeira e sobretudo pela sua implantação planimétrica e pelo formato alongado dos compartimentos, ocupando um destaque central na dinâmica do edifício.

Outro dado relevante, registado durante a intervenção, foi o sistema de arcaria e abóbodas do piso térreo, o qual sustenta a varanda do primeiro piso, e que deveria funcionar aberto para o exterior. Ou seja, o alçado lateral do hospital deveria corresponder a uma zona ligada ao espaço exterior que era vedada por muros. Atualmente achava-se entaipado com tijolo e cimento, devido às intervenções contemporâneas de ampliação de mais uma parte do edifício.

Por último de referir que é impossível analisar a arquitetura e evolução destes dois edifícios sem refletir, e contestar, a relação entre o hospital e a igreja. Ou seja, a conciliação dos dois espaços, o assistencial e o religioso. A ligação física entre os hospitais e as igrejas era feita, geralmente, por um vão existente num alçado partilhado pelas duas edificações citação. Todavia, a situação mais comum atualmente é a alteração desta relação espacial, quase sempre pelo entaipamento dos vãos, devido à perda ou mudança de funcionalidade do edifício hospitalar, como ocorre nos hospitais do Rosmaninhal, Alenquer, Alvito, Golegã e Redondo³⁰. Similarmente, verifica-se esta situação no Hospital Velho de Nisa, pois ao nível do piso térreo num compartimento de pequenas dimensões localizado à direita do vestíbulo de entrada existe um vão atualmente emparedado. Bem como nas imediações das enfermarias, que poderiam fazer a ligação com a igreja de forma a permitir aos doentes assistirem à missa, como acontece em Benavente, Torres Novas e na Castanheira do Ribatejo³¹.

4. Discussão dos resultados

Analisando os dados acerca do Hospital Velho de Nisa podemos, desde logo, assumir que este imóvel é um elemento marcante quer para a história desta vila por ser o único testemunho desta tipologia existente no núcleo urbano, como para a história das Misericórdias Portuguesas. Como a história das Misericórdias demonstra, consistiram inicialmente em humildes instituições de assistência que progressivamente se transformaram em entidades com relevância e influência na sociedade da

³⁰ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*.

³¹ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*.

época, e detentoras de vasto património³². São estas instituições a base dos primeiros hospitais pois constituíram o primeiro modelo de assistência do Portugal Moderno. A arquitetura das Misericórdias é segundo Rafael Moreira³³ dos aspetos mais interessantes e menos estudados acerca das Misericórdias Portuguesas. Não existe um estudo de sistematização e de análise profunda destas construções dispares, mas sim alguns trabalhos onde a Misericórdia de Lisboa é maioritariamente o foco.

No exemplar de Nisa embora com uma localização bastante central dentro da cerca amuralhada, a sua edificação foi certamente bastante limitada pela pré-existência de um núcleo urbano já pré-estabelecido e pela necessidade de haver uma adaptabilidade ao espaço junto á Igreja da Misericórdia. Um dos factos mais curiosos deste edifício é a fachada, e entrada principal, encontrarem-se orientadas para uma rua interior do centro histórico e não para a Praça do Município, como sucede com a Igreja da Misericórdia. Porém sabemos que a realidade arquitetónica das Misericórdias portuguesas, e dos seus hospitais, é bastante complexa e variada. Existem exemplos, como as Misericórdias de Chamusca e Turquel³⁴, onde se efetua uma primeira ocupação de edifícios preexistentes. Casos de ocupação de edifícios pertencentes a outras instituições (como as albergarias e confrarias), com posteriores alterações e ampliações desses edifícios e adaptações aos locais onde se pretendem instalar, como ocorre em Coruche (casa da confraria de N. Sra. Purificação), em Montemor-o-Novo (Ermida de Sto. António da confraria dos Fiéis de Deus) ou até Tentúgal (ermida de S. Pedro da confraria de S. Pedro e S. Domingos)³⁵. E inclusive episódios onde se está perante construções de raiz, como parece ser o caso em estudo.

Esta relação entre os dois espaços levanta ainda outras questões, entre as quais a das cronologias pois no caso de Nisa sabemos que foi construída a Igreja primeiro, seguida do hospital, e a relação entre estes espaços é evolutiva³⁶. Este processo evolutivo criou uma realidade bastante heterogénea de soluções, contextos e geminações espaciais que consistia num espaço onde assistir os doentes e peregrinos – hospital ou enfermaria; um espaço religioso onde realizar as celebrações litúrgicas e missas – igreja; local de reunião dos “oficiais” que dirigiam a organização – casa do despacho (atual espaço museológico).

Ainda que os dados históricos acerca da Misericórdia de Nisa sejam parcos, os mesmos relatam que a Igreja da Misericórdia foi fundada na primeira metade

³² ABREU, Laurinda de – “As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V”.

³³ MOREIRA, Rafael – As Misericórdias: um património artístico da humanidade. In *VVAA – 500 Anos das Misericórdias Portuguesas: solidariedade de geração em geração*. Lisboa: Comissão para as Comemorações dos 500 anos das Misericórdias, 2000, pp. 142-143.

³⁴ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*, p. 152.

³⁵ PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*, p. 152.

³⁶ “Ocupação de edifício preexistente seguido de construção de raiz ou ocupação de edifício preexistente e campanha de remodelação desse edifício, são as duas principais tendências da relação estabelecida pelas Misericórdias.” PINHO, Joana – *As Casas da Misericórdia*, p. 151.

do século XVI e terminada já no decorrer do século XVII³⁷ e só em 1785 é que se constrói o hospital. É, no entanto, um imóvel ímpar que, segundo Pinho (2012), se constitui como uma “*verdadeira Casa da Misericórdia*”. Ou seja, é o resultado de duas principais campanhas arquitetónicas desfasadas no tempo: um bloco homogéneo onde se integram a igreja, sacristia, enfermarias, casa do despacho, e outras dependências.

No que concerne às referências bibliográficas³⁸ a uma possível albergaria anterior neste espaço, estas não foram ao momento identificadas nas sondagens arqueológicas realizadas. A existir previamente uma construção naquele local, a mesma teria de ter sido demolida e arrasada até às fundações, pois não se encontraram quaisquer vestígios conservados. A atual construção está fundada diretamente sobre o afloramento rochoso, como demonstraram as sondagens arqueológicas. De todas as áreas sondadas, apenas foi identificada parte da estrutura de fossa do hospital, que lhe é coetânea.

Similarmente a análise do edificado, seguindo um registo parietal, constatou-se o não aproveitamento de qualquer estrutura murária anterior. Durante os trabalhos de acompanhamento arqueológico foram identificados elementos arquitetónicos reutilizados no interior dos paramentos, uma prática recorrente. Essencialmente remetem para elementos pétreos decorativos que já haviam integrado portais de outros edifícios, mas cuja tipologia desconhecemos. Destaca-se pela sua singularidade a reutilização da lápide funerária por se localizar na parede meeira entre o hospital e da igreja e por pertencer a um irmão da Misericórdia de Nisa. Esta lápide estaria no interior da Igreja e foi removida e colocada neste local de forma a fazer a passagem entre os dois edifícios, que, entretanto, também foi emparedada e a lápide ocultada com o piso de madeira.

Para além da identificação de reutilizações de elementos arquitetónicos, a análise dos paramentos internos, e dos materiais construtivos aplicados, permitiu diferenciar momentos construtivos, e registar alterações posteriores. Podemos concluir que originalmente o edifício apresentava dimensões mais reduzidas, unicamente com dois pisos e uma construção arquitetonicamente sóbria e quase austera. No decorrer do século XX, foi ampliado e albergou mais enfermarias, compartimentos de apoio e uma outra varanda. Ainda neste século sofreria alterações e acrescentos, que resultam principalmente da necessidade inerentes às novas funcionalidades do imóvel. Destacamos entre elas a desativação do sistema séptico identificado nas sondagens arqueológicas. Constitui um apontamento bastante relevante pois demonstra-nos a forma como funcionavam e se escoavam os dejetos em época moderna/contemporânea nestes edifícios, numa lógica de saúde pública e de higienização dos espaços

³⁷ FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*.

³⁸ FIGUEIREDO, José – *Monografia da Notável Vila de Nisa*; MOURA, José – *Memória Histórica da Notável Vila de Nisa*.

públicos da vila. Numa determinada fase de vida, ativa ou não, do hospital, esta fossa foi desativada. Talvez por já não fazer sentido ser utilizada, ou por já existirem outros sistemas mais salubres; ou simplesmente porque se fizeram obras e a fossa foi afetada. Curiosamente, não foi possível encontrar paralelismos arquitetónicos ou contextos arqueológicos escavados de forma a estabelecer comparações e aferir cronologias das fases de edificação e utilização. Podemos assumir que foi semidestruída, esvaziada e entulhada com lixo do hospital e todo este espaço foi sendo reestruturado em termos funcionais entre os finais do século XIX e a primeira metade do século XX não é possível determinar a cronologia desta desativação. Não só pelo registo estratigráfico conservado *in situ*, como através dos materiais recolhidos no interior da estrutura que, sendo essencialmente em níveis de entulho, destacam-se frascos de vidro utilizados nos hospitais, cerâmicas comuns e faianças industriais de cronologia contemporânea³⁹ (Fig. 5). Após o enchimento da fossa, toda a zona é regularizada para a criação de um jardim.



Fig. 5 – Fragmentos cerâmicos e espólio vítreo recolhido do enchimento da fossa (Fotografias da autora).

Podemos interpretar como sinal de corte e de desarticulação de uma parte deste conjunto, neste caso o hospital, uma vez que igreja continua com as suas funções religiosas, o emparedamento de anteriores acessos de ligação entre a igreja da Misericórdia e o hospital. Apesar de construídos em séculos distintos, foram construídos e pensados para funcionar num todo, apesar de finalidades próprias e numa lógica muito concreta. Atualmente continuam sem ter ligação e a igreja pertence

³⁹ Os materiais estão em fase de estudo para futura publicação.

á Santa Casa da Misericórdia de Nisa e o edifício do hospital pertence à Câmara Municipal de Nisa.

Em jeito de comentário final, ao longo das anteriores linhas quisemos destacar que a arqueologia (quer do subsolo como da arquitetura), conciliada com pesquisa histórica e com apontamentos arquitetónicos, são uma parte cada vez mais essencial das intervenções urbanas em Portugal. Sendo o projeto de arquitetura bastante intrusivo sobre o imóvel, só uma metodologia multidisciplinar permitirá a recolha do máximo de informações, postas a descoberto pela própria empreitada. Ou seja, a conservação pelo registo da história oculta de um edifício histórico, que de outra forma continuaria olvidado ou mesmo perdido.

PARTE III

*Políticas de saúde pública:
espaços, tempos e alterações*

Sob o signo da mudança. A intervenção régia nos hospitais urbanos portugueses entre os séculos XV e XVI: o exemplo de Coimbra

Ana Rita Rocha¹

Resumo

Nos finais da Idade Média, a Coroa foi assumindo um papel cada vez mais interventivo na regulação e reorganização da assistência aos pobres e doentes. Caminhava-se, então, no sentido da reforma que se veio a concretizar de forma mais sistemática no reinado de D. Manuel I e que estabeleceu um modelo assistencial centralizado, com maior envolvimento do monarca, como principal protetor dos corpos sociais, em particular dos mais vulneráveis. Este artigo tem por objetivo analisar a crescente intervenção do poder régio nas instituições hospitalares, nos séculos XV e XVI, e a reforma assistencial dela resultante. Nesta abordagem privilegiaremos a cidade de Coimbra como estudo de caso, para compreendermos como se desenvolveu este fenómeno no Portugal tardo-medieval. Para isso, focaremos as principais medidas e manifestação prática da ingerência da Coroa na administração e funcionamento dos estabelecimentos caritativos, integrando-as na reforma da assistência e avaliando o seu impacto no quotidiano dos hospitais estudados e nos cuidados prestados aos pobres e doentes que acolhiam.

Palavras-chave

Hospitais urbanos; intervenção régia; reforma da assistência; Coimbra; séculos XV-XVI.

¹ Instituto de Estudos Medievais, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa (IEM – NOVA FCSH); Centro de História da Sociedade e da Cultura, Universidade de Coimbra (CHSC – UC).

Under the sign of change. The royal intervention in Portuguese urban hospitals between the 15th and 16th centuries: the example of Coimbra**Abstract**

By the end of the Middle Ages, the Crown assumed an increasingly interventional role in the regulation and reorganization of the poor and sick care. It was then moving towards the reform that was widely implemented in the reign of Manuel I, which established a centralized assistance model, with greater involvement of the monarch, as the main protector of social bodies, in particular the most vulnerable ones. This paper aims to analyse the growing intervention of the royal power in urban hospitals, in the 15th and 16th centuries, and the resulting welfare reform. In this approach, we will privilege the town of Coimbra as a case study to understand how this phenomenon developed in late-medieval Portugal. Therefore, we will focus on the main initiatives and practical manifestation of the Crown's involvement in the charitable institutions administration and operation, including them in the welfare reform and evaluating their impact on the daily life of the studied hospitals and the care provided to the poor and sick they sheltered.

Keywords

Urban hospitals; royal intervention; welfare reform; Coimbra; 15th-16th centuries.

Introdução

Em 1502 tiveram início as obras de construção do Hospital Real de Coimbra, por ordem de D. Manuel I. Duas décadas antes, em 1482, já D. João II tinha lançado a primeira pedra do Hospital Real de Todos-os-Santos, em Lisboa. Com o avançar dos anos construíram-se, também por iniciativa régia, novos hospitais noutras cidades e vilas do reino, nomeadamente Évora (1495 ou 1505), Santarém (1499) e Braga (1508)². Estas instituições representam, simultaneamente, o culminar de uma reforma que já se vinha empreendendo na assistência aos pobres e doentes, desde os séculos XIV-XV, e a inauguração de um novo período marcado pela existência de hospitais de maiores dimensões e recursos, aptos a receber um maior número de hóspedes, aos quais, cada vez mais, prestavam cuidados médicos.

O processo foi lento, mas persistente e focado num objetivo principal: transformar o socorro aos pobres, doentes e peregrinos, em particular a administração de hospitais e albergarias, numa matéria da competência régia³. Os primeiros sinais de uma cada vez maior intervenção da Coroa nas instituições de assistência medievais datam dos finais do século XIV, como resposta aos problemas económicos e de gestão que estas casas atravessavam e que não conseguiam solucionar⁴. Estamos, de facto, na presença de pequenos hospitais que se multiplicaram pelas cidades fruto da ação particular, de recursos económicos limitados e entregues a administradores que, não raras vezes, os negligenciavam e delapidavam o seu património.

Tornou-se, pois, premente enfrentar este “modelo informal, disperso e plurifacetado de assistência”⁵ e empreender uma reforma que conduzisse à sua centralização pelo poder régio, materializada na construção de grandes hospitais nos principais centros urbanos, capazes de aglutinar os restantes e prestar um auxílio mais efetivo a todos os que os procuravam⁶.

² COELHO, Maria Helena da Cruz – “A Assistência em Coimbra em Tempos Manuelinos: o Hospital Novo”. *Biblos* 72 (1996), pp. 227-228. Sobre a data de fundação do Hospital de Évora, a qual levanta algumas dúvidas, alternando entre 1495 e 1505, ver SOUSA, Bernardo Vasconcelos e – “Pauvres, charité et assistance au Portugal (XIV^e-XV^e siècle)”. In BOISSELLIER, Stéphane; CLEMENT, François; TOLAN, John (dir.) – *Minorités et régulations sociales en Méditerranée médiévale: actes du colloque réuni du 7 au 9 juin 2007 en l'Abbaye royale de Fontvraud (Maine-et-Loire)*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2010, p. 104, n. 29.

³ VENTURA, Margarida Garcez – *Igreja e poder no século XV. Dinastia de Avis e Liberdades Eclesiásticas (1385-1450)*. Lisboa: Colibri, 1997, pp. 369-370 e SOUSA, Bernardo Vasconcelos e – “Pauvres, charité et assistance”, p. 101.

⁴ Paulo Drumond Braga apresenta alguns exemplos dos problemas que afetavam estas casas, embora sobretudo datados do século XV, em BRAGA, Paulo Drumond – “A crise dos estabelecimentos de assistência aos pobres nos finais da Idade Média”. *Revista Portuguesa de História* 26 (1991), pp. 175-190.

⁵ PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum. Ed. José Pedro Paiva. Vol. 2. *Antes da Fundação das Misericórdias*. Ed. José Pedro Paiva, Maria de Lurdes Rosa e Saul A. Gomes. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2003, p. 7.

⁶ TAVARES, Maria José Ferro – *Pobreza e Morte em Portugal na Idade Média*. Lisboa: Editorial Presença, 1989, p. 145 e PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum. Vol. 2, p. 19.

Coimbra não foi exceção neste cenário brevemente traçado e que caracterizou todo o reino. Logo no século XIV, os seus hospitais e albergarias começaram a manifestar sinais de desgaste, os quais se acentuaram ao longo da centúria seguinte. Também aqui os monarcas tomaram, desde cedo, uma posição interventiva, assumindo um papel ativo na gestão destas casas. A sua atuação fez-se sentir, sobretudo, em quatro aspetos fundamentais da vida destas instituições, a saber, na outorga de privilégios, na regulamentação, na administração e ainda na gestão patrimonial.

É nestes vários aspetos que o presente artigo se foca, tendo por objetivo analisar a crescente intervenção do poder régio nas instituições hospitalares, nos séculos XV e XVI, no contexto da já mencionada reforma assistencial, privilegiando a cidade de Coimbra como estudo de caso para compreendermos como se desenvolveu este fenómeno no Portugal tardo-medieval.

1. Os antecedentes: sinais de intervenção régia durante o século XIV

Tal como referido anteriormente, a intervenção régia nos hospitais urbanos de Coimbra fez-se sentir ainda no século XIV, resultando da ação de D. Afonso IV, a quem, de resto, se ficaram a dever, em 1349, as primeiras medidas de controlo da mendicidade, que, inclusivamente, abrangiam os albergueiros e outros administradores, proibindo-os de acolher os falsos pedintes nas instituições que governavam⁷.

Mas a sua atuação num hospital conimbricense é ainda anterior, revelando já uma certa preocupação com a administração destas casas e com a sua viabilidade económica, que deveria servir os propósitos para os quais foram criadas. Logo em 1326, D. Afonso IV procurou solucionar um problema de gestão de rendimentos num dos mais importantes hospitais da cidade, o Hospital de S. Lázaro, especializado no acolhimento de doentes de lepra. Segundo os próprios doentes, o maioral e escrivão não lhes davam as rações como era devido, pelo que o rei lhes ordenou que assim se fizesse⁸. O grande momento de intervenção régia nesta instituição aconteceu, no entanto, três anos mais tarde, quando o mesmo monarca lhe outorgou um primeiro regimento. A decisão régia de dotar a Gafaria de Coimbra com um instrumento normativo, pelo qual pudesse regular o seu quotidiano, surgiu na sequência de uma queixa dos leprosos e merceeiros sãos, também assistidos pela instituição, segundo a qual “nom eram bem mantehudos segundo as herdades e as possisoes e as rendas

⁷ ROCHA, Ana Rita – *A Assistência em Coimbra na Idade Média: Dimensão Urbana, Religiosa e Socioeconómica (Séculos XII a XVI)*. Coimbra: FLUC, 2019. Tese de Doutoramento, pp. 77-78.

⁸ Coimbra, Arquivo da Universidade de Coimbra (doravante AUC), IV, 3.ª, Gav. 51, pt. 1, n.º 2 ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos. O Hospital de S. Lázaro de Coimbra nos séculos XIII a XV*. Coimbra: FLUC, 2011. Dissertação de Mestrado, doc. 4, pp. 154-155.

dellas que a dicta gafaria avya⁹. Numa outra cláusula, o documento informa-nos que os seus administradores agiam, por vezes, por malícia, sonegando e perdendo as escrituras relativas ao seu património. Por esse motivo, o rei ordenou a existência, no hospital, de uma arca com duas chaves, uma das quais estaria à guarda do vedor e a outra dos gafos¹⁰. Verifica-se, assim, que já nas primeiras décadas de Trezentos a Gafaria de Coimbra sofria com a incúria dos administradores, como veio a ser cada vez mais comum a partir dos finais desta centúria e ao longo da seguinte, como demonstram os prólogos dos tombos de inúmeras instituições de assistência¹¹.

Enquanto hospital de fundação régia¹², a intervenção da Coroa na gafaria coimbricense foi, de facto, natural e uma constante ao longo da Idade Média. Ainda no século XIV, em 1334, D. Afonso IV voltou a agraciar a instituição ao receber sob sua guarda os gafos e gafas que nela habitavam, assim como os seus homens, vassallos e bens, prevendo penas para quem lhes fizesse mal¹³. Mais tarde, em contexto de crise, na década de 1370, é também evidente a intervenção de D. Fernando no funcionamento deste hospital, em particular na regulação das rações de pão e vinho a atribuir aos leprosos e sãoos, mas também nas relações entre a gafaria e o poder concelhio¹⁴. Por sua vez, D. João I, em 1385, renovou a proteção concedida a esta leprosaria, confirmando todos os seus privilégios¹⁵, numa altura em que a ingerência régia era cada vez mais efetiva e em linha com os objetivos que a viriam a caracterizar no século seguinte.

Mas a atuação da Coroa não se fez sentir apenas na gafaria, estendendo-se a outras instituições de assistência da cidade, à semelhança do que se verificava noutras cidades e vilas do reino. Também em 1385, o rei de *Boa Memória* beneficiou a albergaria da Confraria da Mercê, localizada na alcáçova da cidade¹⁶, ao confirmar uma carta anterior de seu irmão, D. Fernando, outorgada em data incerta¹⁷. Através destes diplomas, ambos os monarcas proibiram a aposentadoria naquele

⁹ Coimbra, AUC, *Regimento do Hospital de S. Lázaro*, V-3.^a-cofre-34, fol. 1 ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, doc. 5, p. 157.

¹⁰ Coimbra, AUC, *Regimento do Hospital de S. Lázaro*, V-3.^a-cofre-34, fls. 2-2v ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, doc. 5, p. 160.

¹¹ BRAGA, Paulo Drumond – “A crise dos estabelecimentos de assistência”, pp. 176-178.

¹² O Hospital de S. Lázaro de Coimbra foi fundado por D. Sancho I, em 1210. ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, p. 44.

¹³ Coimbra, AUC, IV, 3.^a, Gav. 51, pt. 1, n.º 3 (em traslado de 1336, março, 22) ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, doc. 6, pp. 164-165.

¹⁴ ROCHA, Ana Rita – “Do cultivo ao consumo: o abastecimento de cereal na Gafaria de Coimbra nos séculos XIV e XV”. In ANDRADE, Amélia Aguiar; SILVA, Gonçalo Melo da (ed.) – *Abastecer a Cidade na Europa Medieval*. Lisboa: IEM / Câmara Municipal de Castelo de Vide, 2020, pp. 124-126.

¹⁵ *CHANCELARIAS Portuguesas: D. João I*. Vol. I, tomo 2 (1385). Ed. João José Alves Dias. Lisboa: Centro de Estudos Históricos, Universidade Nova de Lisboa, 2005, doc. 818, p. 160.

¹⁶ Esta albergaria corresponde ao Hospital dos Mirleus, instalado, provavelmente, desde o reinado de D. Afonso Henriques na alcáçova de Coimbra. ROCHA, Ana Rita – *A Assistência em Coimbra na Idade Média*, pp. 203-204.

¹⁷ *CHANCELARIAS Portuguesas: D. João I*. Vol. I, tomo 2, doc. 875, pp. 190-191.

estabelecimento assistencial, a sua utilização como prisão e ainda a delapidação dos seus bens por quem o ocupava indevidamente. Os abusos de pousadia eram, aliás, um problema transversal a diversos hospitais do reino, que tanto D. Fernando, como D. João I procuraram obviar¹⁸. Inclusivamente, D. João I outorgou várias cartas de mercê a hospitais e albergarias do reino, isentando-os de aposentadoria, um direito regulamentado pelo poder real e ao qual estavam obrigados mosteiros e igrejas e, segundo se percebe através desta documentação, casas assistenciais¹⁹. O recurso a este direito por parte do rei e suas comitivas e oficiais e, em particular, o acolhimento de presos naquelas instituições acabaram por motivar queixas da clerezia contra o monarca, que restringiu a sua ocupação por aqueles últimos apenas a casos de extrema necessidade²⁰.

Estas primeiras medidas revelam, desde logo, uma preocupação com a proteção dos hospitais e albergarias da cidade de Coimbra e o alargamento e consolidação dos seus privilégios, que se estendeu ao longo do século XV, como veremos de seguida.

2. A concessão e confirmação de privilégios

No ponto anterior, vimos como, desde o século XIV, os reis portugueses outorgaram cartas de privilégio aos hospitais e albergarias de Coimbra. Esta foi uma prática que se repetiu ao longo da centúria seguinte, sendo possível integrá-la num movimento mais vasto de concessão e confirmação de privilégios a instituições de assistência do reino.

No início do século, em 1402, D. João I começou por privilegiar o caseiro ou hospitaleiro do Hospital dos Mirleus e, conseqüentemente, a própria instituição, ao beneficiar o funcionário que zelava pelo seu bom funcionamento. Naquele ano, encontrando-se este ofício vago, o rei isentou quem o viesse a ocupar do pagamento de inúmeros impostos e serviços reais e municipais, como os pedidos régios, peitas, fintas, talhas e empréstimos²¹. Além disso, o rei concedeu-lhe a sua proteção, proibindo as aposentadorias na sua casa, adegas e cavaliariças, assim como a usurpação de géneros e animais. Com esta medida, o rei procurou incentivar a ocupação do cargo, cuja vacância prejudicava o hospital, que “se destruy e vay a perdiçom”²². Mas

¹⁸ VENTURA, Margarida Garcez – *Igreja e poder no século XV*, pp. 372-374.

¹⁹ VENTURA, Margarida Garcez – *Igreja e poder no século XV*, pp. 372-373.

²⁰ Para além da autora citada nas notas anteriores, ver TAVARES, Maria José Ferro – *Pobreza e Morte em Portugal*, pp. 142-143 e ROCHA, Ana Rita – *A Assistência em Coimbra na Idade Média*, p. 474.

²¹ *CHANCELARIAS Portuguesas: D. João I*. Vol. II, tomo 2 (1387-1402). Ed. João José Alves Dias. Lisboa: Centro de Estudos Históricos, Universidade Nova de Lisboa, 2005, doc. 683, pp. 36-37.

²² *CHANCELARIAS Portuguesas: D. João I*, vol. II, tomo 2, doc. 683, p. 36. Muitos outros hospitais e albergarias encontravam-se, aproximadamente entre o último quartel do século XIV e finais do século XV, sem administradores ou gestores. BRAGA, Paulo Drumond – “A crise dos estabelecimentos de assistência”, pp. 177-178.

este não foi um caso isolado, registando-se a outorga, quer por D. João I, quer pelos seus sucessores, de privilégios semelhantes aos funcionários de outros hospitais e albergarias do reino, nomeadamente o Hospital de Santo Elói de Lisboa, em 1399, a Albergaria dos Merceiros de Alenquer, em 1400, e o Hospital da Confraria de Santa Maria de Loulé, em 1489²³. Como afirmou Margarida Garcez Ventura, “estes privilégios têm por finalidade tornar compensador o serviço nessas instituições”²⁴.

Para além do documento anteriormente descrito, registam-se mais algumas cartas de privilégios ou confirmação de privilégios outorgadas a instituições assistenciais de Coimbra, embora não muito numerosas. Entre estas, revelam-se fundamentais as que se dirigiram ao Hospital de S. Lázaro, entre os finais do século XIV e meados do século XV. Tal como já mencionámos, depois de D. Afonso IV receber sob sua proteção a casa, os seus hóspedes e todos os que lhe estavam ligados, D. João I confirmou todos os seus privilégios, ainda na centúria de Trezentos. O seu filho, D. Duarte, e o neto, D. Afonso V, seguiram-lhe as pisadas e, em 1434 e 1450, respetivamente, confirmaram à gafaria conimbricense “todallas graças e privilegios e liberdades e mercees que lhe foram dadas e outorgadas e comfirmadas pollos reix que amte nos foram”²⁵. Em ambos os casos, os monarcas confirmaram os privilégios da igreja de S. Lázaro e não diretamente os do hospital. Porém, cremos que se dirigiam à instituição no seu todo, como era frequente. Através destes diplomas, os monarcas, pouco depois de subirem ao trono, confirmavam os atos dos seus antecessores, revalidando as decisões tomadas, assim como privilégios e mercês outorgados. Mais uma vez, a concessão e confirmação destes privilégios era transversal a todo o reino, recolhendo-se várias cartas régias com esta finalidade, como, por exemplo, a que D. João I dirigiu à Albergaria de Jerusalém da cidade de Évora, em 1426²⁶.

3. A regulamentação dos estabelecimentos assistenciais

As dificuldades decorrentes da má gestão que afetava os estabelecimentos de assistência do reino, em geral, e de Coimbra, em particular, nos séculos finais da Idade Média, às quais já nos fomos referindo, motivaram os monarcas a intervir na regulamentação destas casas, promovendo a atualização dos seus estatutos. Para isso, recorriam aos seus corregedores, que assumiam a função de visitar os hospitais e

²³ Lisboa, Arquivo Nacional da Torre do Tombo (doravante ANTT), *Leitura Nova*, liv. 11 da Estremadura, fls. 109 e 193 e liv. 4 de Odiana, fol. 202.

²⁴ VENTURA, Margarida Garcez – *Igreja e poder no século XV*, p. 373, n. 67.

²⁵ Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.-cofre-39, fols. 11-11v e Lisboa, ANTT, *Chancelaria de D. Afonso V*, liv. 34, fol. 195.

²⁶ *CHANCELARIAS Portuguesas: D. João I*. Vol. II, tomo 1 (1385-1392). Ed. João José Alves Dias. Lisboa: Centro de Estudos Históricos, Universidade Nova de Lisboa, 2005, doc. 325, p. 180. Outros casos recolhem-se em *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*. Vol. 2, pp. 131-195.

averiguar o estado em que se encontravam²⁷. Segundo Maria José Lagos Trindade, através destas medidas, os reis pretendiam “tornar verdadeiramente eficazes as diversas unidades assistenciais, garantindo-lhes um funcionamento regular”²⁸. A mesma autora salienta que os novos estatutos seriam, de preferência, escritos, para dificultar possíveis abusos²⁹.

Este terá sido o caso das confrarias de Santa Maria da Vera Cruz e de S. Lourenço, que administravam hospitais ou albergarias anexos, cujos compromissos foram reformulados ou redigidos pela primeira vez, em 1434, no reinado de D. Duarte, uma vez que, por não terem juízes, nem mordomo, aquelas instituições “se estroya(m) e dapnificava(m) e seus beens e remdas eram postas em maa recadaçam”³⁰. Os documentos foram elaborados por João Mendes, corregedor do rei na Estremadura e da rainha nas suas terras, com o acordo dos confrades, depois de visitar as instituições e tomar conta dos problemas que enfrentavam, refletindo a intervenção régia, neste caso, através dos seus oficiais³¹. As cláusulas que compõem estes documentos, comuns a ambos, comprovam as intenções de controlo dos aspetos mais relevantes e mais suscetíveis de serem prejudicados pela incúria governativa, de entre os quais se destaca a gestão patrimonial.

Alguns anos mais tarde, em 1452, D. Afonso V outorgou um novo regimento ou compromisso ao Hospital de S. Lázaro. De modo a esclarecer algumas dúvidas e contendas surgidas entre o vedor, escrivão, lázaros e merceeiros sãos, o monarca

²⁷ PAIVA, José Pedro – “Introdução”. In *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. 2, p. 16.

²⁸ TRINDADE, Maria José Lagos – “Notas sobre a intervenção régia na administração das instituições de assistência nos finais da Idade Média”. In *A pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média. Actas das 1.ª Jornadas Luso-Espanholas de História Medieval, Lisboa, 25-30 de Setembro de 1972*. Tomo II. Lisboa: FLUL – Instituto de Alta Cultura, 1973, p. 879.

²⁹ TRINDADE, Maria José Lagos – “Notas sobre a intervenção régia”, p. 880. Como afirmou Maria Luz Mandingorra Llavata, a escrita facilitava a administração hospitalar, proporcionando-lhe uma gestão ordenada e um controlo rigoroso. MANDINGORRA LLAVATA, María Luz – “Escribir y administrar. La gestión hospitalaria y el recurso a la escritura”. *Signo. Revista de Historia de la Cultura Escrita* 1 (1994), p. 97. Sobre a importância da escrita nos hospitais medievais, ver também SANTOS, Maria José Azevedo – “A escrita do bem e o bem da escrita: a assistência em Santarém no século XV”. In *João Afonso de Santarém e a assistência hospitalar escalabítana durante o Antigo Regime*. Santarém: Câmara Municipal de Santarém, 2000, pp. 110-119, onde se pode ler que a escrita servia, nestes estabelecimentos, para “garantir e reforçar o seu funcionamento e, ao mesmo tempo, para criar um mecanismo de auto e heterocontrolo” (p. 111).

³⁰ Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.ª E-7-3-6, fols. 41v e 56v ou *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*. Vol. 2, doc. 190, pp. 392-393.

³¹ O regimento do Hospital do Espírito Santo de Santarém, datado de 1454, foi redigido em circunstâncias muito semelhantes, com a presença do corregedor na instituição, depois de se saber “per certa enformaçam” que nela “se faziam obras diabollicas de putarias e refiarias de mulheres casadas e virgees com frades e clerigos e homens casados e se faziam no dicto ospital estallagem e alfamdega de mercadorias e feira de regataria”. *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*. Vol. 2, doc. 54, p. 96 e SILVA, Manuela Santos – “A Assistência Social na Idade Média – Estudo comparativo de algumas instituições de beneficência de Santarém”. *Estudos Medievais* 8 (1987), pp. 185-186.

mandou escrever o novo compromisso “pera ficar em memoria estas declarações susoscritas”³².

Com D. Manuel I, no contexto da reforma das instituições de assistência medievas e numa altura em que esta estava praticamente concluída, intensificou-se a promulgação de novos estatutos hospitalares. Mais uma vez, a gafaria da cidade recebeu um novo regimento, em 1502, que, acima de tudo, consistiu numa atualização dos anteriores, declarando que o rei pretendia saber se “as cousas da cassa de Sam Lazaro (...) amdavam naquella hordeem e governança que devyam” e clarificar as cláusulas dos documentos emanados por D. Afonso IV e D. Afonso V, porque “as pallavras não sam asy bem emtendidas ao presente”³³. À semelhança da reforma dos forais, empreendida pelo mesmo monarca, um dos objetivos destes novos regimentos era, sobretudo, tornar perceptível e adequar a linguagem, a moeda e as medidas ao tempo presente³⁴.

Entre 1503 e 1504, no contexto de elaboração dos tombos das confrarias e hospitais da cidade, aos quais voltaremos, D. Manuel ordenou novas normas, comuns a todos os estabelecimentos, a acrescentar aos seus compromissos anteriores. Neste sentido, foram contempladas as confrarias de Santa Maria de S. Bartolomeu, Santa Maria da Vera Cruz, S. Lourenço e S. Marcos, as quais administravam pequenos hospitais ou albergarias, a Confraria de S. Nicolau e ainda o Hospital dos Mirleus³⁵. Com esta medida, D. Manuel procurou conter os gastos excessivos que aquelas casas faziam em jantares e beberetes, nos quais despendiam a maior parte das suas rendas, não as aproveitando em prol da alma de quem lhes havia doado bens, tal como se pode ler nos prólogos destes documentos.

As adições aos “compromissos antiigos”, promulgadas pelo *Venturoso*, contemplam, essencialmente, normas relacionadas com a administração das confrarias. No entanto, incluem algumas cláusulas respeitantes ao funcionamento dos hospitais anexos, revelando uma crescente preocupação com o bem-estar e higiene dos pobres e doentes que acolhiam. Em todos eles se zela pelas condições materiais dos próprios edifícios, que deviam estar providos de camas e leitos e com os telhados, paredes e portas arrançados, para que os pobres não tivessem frio nem “maao gasalhado”. Do mesmo modo, o hospitaleiro devia providenciar fogo para os pobres se aquecerem, água para beberem e lavarem os pés e ainda camareiros e infusas onde pudessem

³² Coimbra, AUC, *Regimento do Hospital de S. Lázaro*, V-3.ª-cofre-34, fol. 4 ou ROCHA, Ana Rita – *Institucionalização dos Leprosos*, doc. 34, p. 227.

³³ Coimbra, AUC, *Regimento do Hospital de S. Lázaro*, V-3.ª-cofre-34, fol. 8 ou ROCHA, Ana Rita – *Institucionalização dos Leprosos*, doc. 44, p. 247.

³⁴ COELHO, Maria Helena da Cruz – “A Assistência em Coimbra em Tempos Manuelinos”, p. 224 e AZEVEDO, Rosa – “O rei e o Arquivo Régio”. In CAETANO, Joaquim Oliveira; AZEVEDO, Rosa; LOUREIRO, Rui Manuel (ed.) – *Vi o Reino Renovar. Arte no Tempo de D. Manuel I*. Lisboa: MNAA e INCM, 2021, p. 180.

³⁵ Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.ª E-7-3-6, fols. 17-18v, 43-44v, 68v-69v, 84-85, 94-95 e 105-106.

urinar, os quais seriam higienizados pela hospitaleira³⁶. Estas medidas integram-se no processo mais vasto de intensificação da medicalização da assistência hospitalar e de outros métodos de cura, pioneiro nos hospitais de Todos-os-Santos e das Caldas, acabando por se estender a outros estabelecimentos do reino³⁷.

A outorga de novos documentos normativos a hospitais de Coimbra, no período de que nos ocupamos, culmina com a promulgação do regimento do Hospital Real, num contexto muito específico, o de conclusão da reforma assistencial nesta cidade. Esta instituição foi fundada por D. Manuel, entre 1502 e 1508, como resultado da autorização concedida ao próprio monarca pelo papa Alexandre VI, em agosto de 1499, para anexar os pequenos hospitais de Coimbra, Évora e Santarém num de maiores dimensões³⁸. E assim se fez. O Hospital Real incorporou quase todos os estabelecimentos hospitalares existentes à época em Coimbra, à exceção da Gafaria, do Hospital dos Mirleus e do Hospital do Corpo de Deus³⁹.

Neste sentido, D. Manuel promulgou um primeiro documento, em maio de 1508, que Maria Helena da Cruz Coelho designa como “pré-regimento”⁴⁰, o regimento, em outubro do mesmo ano⁴¹, e, em junho de 1510, uma ampliação desses estatutos⁴². As alterações que se faziam sentir na “rede” hospitalar da cidade são particularmente evidentes no prólogo do regimento, de outubro de 1508, no qual D. Manuel assume a autoria e financiamento da obra, já terminada “com a graça e ajuda de Deoz”, e declara que a este hospital se juntaram os hospitais que havia na cidade e as suas rendas, por virtude da bula a que nos referimos acima⁴³. De resto, nos três textos normativos é bastante claro o lugar de destaque que os cuidados médicos começavam a ocupar nestas instituições, verificando-se já a presença de físicos

³⁶ Ver, por exemplo, a adição ao compromisso do Hospital dos Mirleus, em Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.ª E-7-3-6, fol. 105v.

³⁷ SÁ, Isabel dos Guimarães – “Os hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno”. In *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora: actas*. Évora: Hospital do Espírito Santo, 1996, pp. 93-102.

³⁸ Ao alargar esse privilégio a todas as localidades do reino, o pontífice ordenou, em novembro de 1501, a verificação e confirmação das “uniões de todos os hospitais de cada cidade e diocese do reino de Portugal, que se viessem a fazer, aos hospitais maiores”. COSTA, António Domingues de Sousa – “Hospitais e albergarias na documentação pontifícia da segunda metade do século XV”. In *A pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média. Actas das 1.ªs Jornadas Luso-Espanholas de História Medieval, Lisboa, 25-30 de Setembro de 1972*. Tomo I. Lisboa: FLUL – Instituto de Alta Cultura, 1973, pp. 289-290. O breve encontra-se publicado em *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*. Ed. José Pedro Paiva. Vol. 3. *A Fundação das Misericórdias: o Reinado de D. Manuel I*. Ed. Isabel dos Guimarães Sá e José Pedro Paiva. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas, 2004, doc. 5, pp. 34-35.

³⁹ Sobre a fundação do Hospital Real de Coimbra, ver COELHO, Maria Helena da Cruz – “A Assistência em Coimbra em Tempos Manuelinos”, pp. 223-258.

⁴⁰ COELHO, Maria Helena da Cruz – “A Assistência em Coimbra em Tempos Manuelinos”, p. 231 e doc. 6, pp. 246-251.

⁴¹ *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*, vol. 3, doc. 27, pp. 118-129.

⁴² COELHO, Maria Helena da Cruz – “A Assistência em Coimbra em Tempos Manuelinos”, p. 231 e doc. 7, pp. 251-255 ou *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*, vol. 3, doc. 28, pp. 130-132.

⁴³ *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*. Vol. 3, doc. 27, pp. 118-119.

e cirurgiões, ainda que externos à instituição, o que se refletiria numa melhoria da saúde dos seus hóspedes⁴⁴.

4. A ingerência da Coroa na administração hospitalar

Uma das matérias onde a intervenção régia nos hospitais do reino, em geral, e nos de Coimbra, em particular, mais se fez sentir foi na administração destas casas, sobretudo durante a centúria de Quatrocentos, quando os monarcas assumiram o direito de nomearem os principais oficiais de alguns daqueles estabelecimentos. Em Coimbra, a ingerência régia no provimento de administradores, provedores e escrivães está documentada desde o reinado de D. João I, nos hospitais do Corpo de Deus, dos Mirleus, dos Palmeiros e de S. Lázaro.

No Hospital do Corpo de Deus, anexo a uma capela da mesma invocação, de fundação privada, a ação da Coroa pautou-se, essencialmente, por confirmar e designar como administrador o descendente mais direto da fundadora, que impôs a obrigatoriedade da transmissão hereditária do cargo⁴⁵, prática, de resto, comum a todas as capelas resultantes da vinculação de bens, que tinham por objetivo impedir a dispersão do património e perpetuar a memória do fundador⁴⁶. Por exemplo, D. João I e D. Afonso V limitaram-se a confirmar e nomear aquele oficial, destacando-se a confirmação de uma carta do primeiro rei pelo segundo, na qual o de *Boa Memória* confirmou o neto da instituidora, e todos os seus descendentes, como possuidor e administrador do hospital e de todos os seus bens⁴⁷.

Mas, nestes casos, o rei intervinha principalmente quando a vontade do fundador não era respeitada e a instituição se encontrava sem administrador ou mal administrada, recorrendo ao argumento de que era necessário cumprir os desígnios daquele. Como demonstra Margarida Garcez Ventura, sempre que não se cumpriam as disposições fundacionais, lesavam-se os planos do fundador para o sufrágio da sua alma, mas também os pobres e enfermos que dependiam do hospital e, por isso, “em

⁴⁴ Sobre este assunto, remetemos, mais uma vez, para SÁ, Isabel dos Guimarães – “Os hospitais portugueses entre a assistência medieval”, pp. 93-102. Ver também ROCHA, Ana Rita – “Doença e epidemias no mundo urbano tardo-medieval: o exemplo da cidade e região de Coimbra”. *Anais de História de Além-Mar* 22 (2021), pp. 45-47.

⁴⁵ Lisboa, ANTT, *Leitura Nova*, liv. 5 da Estremadura, fol. 125v. Sobre o Hospital do Corpo de Deus, ver ROCHA, Ana Rita – *A Assistência em Coimbra na Idade Média*, pp. 232-233.

⁴⁶ Para o estudo do fenómeno da vinculação em Portugal são fundamentais os estudos de Maria de Lurdes Rosa sobre os morgadios e a fundação de capelas fúnebres em Lisboa, nos finais da Idade Média. ROSA, Maria de Lurdes – *O morgadio em Portugal, Séculos XIV-XV. Modelos e Práticas de Comportamento Linhagístico*. Lisboa: Editorial Estampa, 1995 e ROSA, Maria de Lurdes – *As «Almas Herdeiras». Fundação de Capelas Fúnebres e Afirmação da Alma como Sujeito de Direito (Portugal, 1400-1521)*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 2012.

⁴⁷ Lisboa, ANTT, *Leitura Nova*, liv. 5 da Estremadura, fols. 125-126.

quase todas as cartas em que o rei faz mercê da provedoria dos hospitais se encontra a descrição destes planos falhados⁴⁸.

Foi precisamente isto que aconteceu no Hospital do Corpo de Deus, em 1504, quando D. Manuel I destituiu Diego Carvalho, responsável, até aí, pela administração da ermida e hospital “por seer parente mais chegado”, e nomeou o escudeiro Diego Rodrigues⁴⁹. À semelhança de muitos outros exemplos, esta interferência resultou da má gestão de Diego Carvalho, que não cumpria os encargos a que estava obrigado, nem mostrava os testamentos dos maridos da fundadora, ao que tudo indica, para comprovar o seu direito ao cargo. Embora D. Manuel tenha esclarecido que a nomeação de um elemento externo à família era provisória, não podemos excluir a hipótese de o rei ter tentado, através dela, apoderar-se da exclusividade de prover o administrador daquele hospital, tal como aconteceu na albergaria escalabitana de D. Gaião, ainda durante o reinado de D. João I⁵⁰.

Nos restantes estabelecimentos hospitalares onde é visível a intervenção régia no provimento de administradores, provedores e outros oficiais, o monarca era, aparentemente, o único responsável por esta função. Note-se que os hospitais dos Mirleus, dos Palmeiros⁵¹ e de S. Lázaro eram de fundação régia ou com ligações diretas à Coroa, o que legitimaria e tornaria inevitável a sua interferência. Inclusivamente, no caso do último hospital, D. João I chegou mesmo a afirmar, em 1401, que por ele “eram postos os regedores della [da Gafaria]”⁵². A esmagadora maioria das cartas de nomeação de oficiais dos hospitais dos Mirleus, dos Palmeiros e de S. Lázaro é da autoria de D. Afonso V, um dos monarcas que mais interveio na administração assistencial e um dos grandes protagonistas da reforma das instituições de caridade⁵³.

⁴⁸ VENTURA, Margarida Garcez – *Igreja e poder no século XV...*, p. 363.

⁴⁹ Lisboa, ANTT, *Chancelaria de D. Manuel I*, liv. 22, fol. 46v. Tal como o rei esclarece, Diego Rodrigues ocuparia o ofício apenas até um membro da linhagem de Ana Afonso reclamar o seu direito.

⁵⁰ SILVA, Manuela Santos – “A Assistência Social na Idade Média”, pp. 190-192.

⁵¹ Sobre o Hospital dos Palmeiros sabe-se muito pouco. A única informação de que dispomos é, precisamente, uma carta de administração outorgada, em 1462, por D. Afonso V, na qual se refere à instituição como “nosso espirital dos palmeiros” (Lisboa, ANTT, *Chancelaria de D. Afonso V*, liv. 1, fol. 107v). Sobre este hospital e a hipótese de se poder tratar, na realidade, do Hospital dos Mirleus, ver ROCHA, Ana Rita – *A Assistência em Coimbra na Idade Média*, pp. 243-244.

⁵² Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39, fol. 11 ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, doc. 20, p. 195. Este papel do rei não tira, contudo, uma certa importância ao concelho de Coimbra e aos seus homens-bons, que, de acordo com o regimento da instituição, eram os primeiros a indicarem um nome para ocupar o ofício, competindo depois ao rei confirmá-lo no cargo. Em alguns momentos, D. Afonso V e D. João II fizeram mesmo menção a essa precedência. ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, pp. 86-87.

⁵³ Acerca do papel de D. Afonso V na reforma das instituições de caridade, ver SOUSA, Bernardo Vasconcelos e – *A Propriedade das Albergarias de Évora nos finais da idade Média*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1990, pp. 33-34 e MATA, Luís António – *Ser, Ter e Poder. O Hospital do Espírito Santo de Santarém nos finais da Idade Média*. Santarém: Magno Edições e Câmara Municipal de Santarém, 2000, p. 175. Sobre a sua atuação no plano mais vasto da reforma dos corpos pios, ver ROSA, Maria de Lurdes – *As «Almas Herdeiras»*, pp. 200-220.

Mais uma vez, a justificação para a substituição de oficiais consistia no incumprimento e negligência dos provedores, como se pode ver numa carta de D. Afonso V, de 1468, na qual procedeu à substituição de João Vaz por Rodrigo Afonso das Pias, enquanto provedor do Hospital dos Mirleus. Segundo este documento, João Vaz não regia nem governava o hospital como devia, “nom temdo em elle tres camas que de noote deve teer nem compriindo outras coussas que he obrigado e o tem todo danyficado”⁵⁴, demonstrando que urgia solucionar os problemas que afetavam estas instituições e proceder à sua reforma.

O que é certo é que, através destas cartas, a Coroa pôde dispor da provedoria e administração dos hospitais do reino e entregá-la a homens competentes, mas, acima de tudo, da sua confiança. Com efeito, a maior parte dos novos administradores hospitalares provinha dos círculos próximos da família real, de quem eram escudeiros ou criados⁵⁵. O Hospital de S. Lázaro ilustra perfeitamente esta aceção. Por exemplo, em 1470, D. Afonso V outorgou carta de ofício de vedor a Gil de Castro, fidalgo da sua casa, enquanto, em 1488, D. João II nomeou Gil Velho, cavaleiro da Casa Real, para o mesmo cargo⁵⁶. Três anos antes o mesmo D. João II “rogou” ao concelho de Coimbra para que apresentasse Gil Velho como provedor, numa clara tentativa (bem-sucedida) de influenciar a decisão concelhia, embora começando por frisar que, de acordo com o regimento, a escolha inicial competia ao município e a sua confirmação ao rei⁵⁷.

Atendendo ao meio de recrutamento destes oficiais, torna-se, pois, necessário tentar perceber os verdadeiros objetivos destas nomeações. Segundo Maria Helena da Cruz Coelho, num texto sobre D. João II, coloca-se a questão do seu real significado, ou seja, se aquelas teriam “mais em vista uma recompensa de serviços e fidelidades que o verdadeiro interesse da boa gestão das casas para que eram designados”⁵⁸, não esquecendo que os ofícios em análise eram importantes fontes de receita e, portanto, bastante cobiçados⁵⁹. Inclusivamente, os próprios monarcas não se inibiam de afirmar, nos documentos de provimento, que o faziam pelos muitos serviços que haviam recebido dos nomeados, como se pode ver na carta pela qual D. Afonso V entregou

⁵⁴ Lisboa, ANTT, *Chancelaria de D. Afonso V*, liv. 35, fol. 51v.

⁵⁵ Luís Mata observou uma tendência muito semelhante em Santarém, a partir do reinado de D. João I, durante o qual se iniciou “a tentativa de controlo régio” da administração do Hospital do Espírito Santo”, a qual se confirma “pela análise simples da categoria social dos detentores dos mais altos cargos da administração hospitalar”, recrutados entre os escudeiros e vassallos do rei, por exemplo. MATA, Luís António – *Ser, Ter e Poder*, p. 173.

⁵⁶ Lisboa, ANTT, *Chancelaria de D. Afonso V*, liv. 31, fol. 132 e *Chancelaria de D. João II*, liv. 5, fol. 62.

⁵⁷ Coimbra, Arquivo Histórico Municipal de Coimbra, *Documentos Avulsos (em papel)*, 1464-1826, B10/40, n.º 2 ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, doc. 42, pp. 240-241.

⁵⁸ COELHO, Maria Helena da Cruz – “D. João II, o Senhor do Pelicano, da Lei e da Grei”. In *O tempo histórico de D. João II nos 550 anos do seu nascimento*. Actas (2,3 e 4 de Maio de 2005). Lisboa: Academia Portuguesa da História, 2005, p. 171.

⁵⁹ TRINDADE, Maria José Lagos – “Notas sobre a intervenção régia”, p. 885.

a administração de um hospital em Salvaterra de Magos a um cavaleiro da casa do duque de Viseu, apresentada como exemplo por Maria José Lagos Trindade⁶⁰.

Independentemente das suas motivações, a Coroa teve, no entanto, de lidar com um outro poder que reclamava também para si uma maior intervenção nas instituições de assistência: os concelhos⁶¹. Estes não aceitavam a ingerência régia nesta matéria e protestaram, por várias vezes, em cortes contra estes provimentos e contra o exercício perpétuo dos cargos⁶². Porém, os reis mantiveram a sua interferência até finais da Idade Média, sem conseguirem solucionar a crise que ameaçava os estabelecimentos hospitalares, mas contribuindo para a reforma que já se fazia sentir e que se daria por concluída no reinado de D. Manuel I⁶³.

5. A gestão do património hospitalar

A intervenção régia nos hospitais de Coimbra, tal como em muitas outras cidades e vilas do reino, passou ainda pela gestão dos seus patrimónios, muito em particular durante o reinado de D. Manuel. A este monarca ficou a dever-se a empreitada de inventariação de todas as propriedades das confrarias, hospitais, albergarias e gafarias de inúmeras cidades e vilas do norte e centro do reino, que decorreu entre 1498 e 1515. Daqui resultou a elaboração de dezenas de tombos, ainda hoje fundamentais para compreender a reforma das instituições pias⁶⁴. Esta medida de D. Manuel foi fundamental para controlar os abusos que se cometiam na gestão dos bens destes estabelecimentos, cujos administradores os danificavam e sonegavam, como se pode ler nos prólogos de todos ou quase todos os tombos ordenados pelo *Venturoso*: “os beens seus eram deminydos e emalhados pollos ministradores e proveedores dos dictos ospitaaes capeellas gafarias regedores e governadores dos comcelhos”⁶⁵.

⁶⁰ TRINDADE, Maria José Lagos – “Notas sobre a intervenção régia”, p. 885.

⁶¹ Em Lisboa, o município assumiu um papel particularmente relevante, acabando, no entanto, por ser suplantado pelo poder régio no final do século XV. MARTINS, Miguel Gomes – “Entre a gestão e as ingerências: a administração hospitalar municipal na Lisboa de Quatrocentos”. In *João Afonso de Santarém e a assistência hospitalar escalabitana durante o Antigo Regime*. Santarém: Câmara Municipal de Santarém, 2000, pp. 121-131.

⁶² Ver, por exemplo, SOUSA, Armindo de – *As Cortes Medievais Portuguesas (1385-1490)*. Vol. 2. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica e Centro de História da Universidade do Porto, 1990, pp. 240, 273, 354 e 479 e BRAGA, Paulo Drumond – “A crise dos estabelecimentos de assistência”, p. 180.

⁶³ Sobre esta reforma, a que já nos temos referido, ver ROSA, Maria de Lurdes – “O Estado manuelino: a reforma de capelas, hospitais, albergarias e confrarias”. In CURTO, Diogo Ramada (ed.) – *O Tempo de Vasco da Gama*. Lisboa: CNCDP-Difel, 1998, pp. 205-210.

⁶⁴ BRAGA, Paulo Drumond – “A crise dos estabelecimentos de assistência”, p. 189-190 e, sobretudo, ROSA, Maria de Lurdes – *As «Almas Herdeiras»*, pp. 250-267. Como observou esta autora, quase toda a região sul do reino não foi abrangida por esta campanha, à exceção do Hospital de Beja, do qual foi elaborado um tomo, em 1509. As restantes instituições pias da região apenas foram alvo de um trabalho semelhante no reinado de D. João III, a partir da década de 1530.

⁶⁵ Ver, por exemplo, Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.ª E-7-3-6, fol. 1. GONÇALVES, Iria – “Formas medievais de assistência num meio rural”. In *Imagens do Mundo Medieval*. Lisboa: Livros Horizonte, 1988, p. 54 e p. 64, n. 10.

Em Coimbra, cidade abrangida por esta campanha manuelina, a tombação das instituições de assistência iniciou-se nos primeiros anos do século XVI e estendeu-se até 1515. Num primeiro momento, entre 1503 e 1504, foram elaborados os tombos das confrarias e hospitais que vieram a ser anexados ao Hospital Real – Santa Maria de S. Bartolomeu, Santa Maria da Vera Cruz, S. Lourenço, S. Marcos, S. Nicolau e Mirleus –, os quais compõem o designado *Tombo Velho do Hospital Real*, conservado no fundo da mesma instituição, no Arquivo da Universidade de Coimbra⁶⁶. Estes seis livros foram realizados por Diogo Pires, desembargador régio, nomeado por D. Manuel I, por carta de 10 de fevereiro de 1501, para fazer os tombos das instituições de assistência de todas as cidades, vilas e lugares do reino e pôr os respetivos bens em boa arrecadação⁶⁷. Cada um daqueles tombos indica, no prólogo, a autoria de Diogo Pires e termina com o termo de encerramento assinado pelo próprio e pelo escrivão, informando-nos que o desembargador mandou fazer três exemplares: um para a Torre do Tombo, outro para a câmara de Coimbra e um último para a própria instituição⁶⁸.

Tal como descrito no prólogo de todos os tombos conimbricenses, a empreitada de descrição patrimonial tinha por objetivo garantir o cumprimento dos sufrágios por alma de quem tinha legado os bens às instituições e a correta gestão dos imóveis por parte dos provedores, que, deste modo, podiam controlar as respetivas receitas e despesas. Para além das listas de propriedades, foram acrescentados a estes livros os compromissos das confrarias, alguns diplomas relevantes para a administração das casas, como testamentos de benfeitores⁶⁹ e cartas de provimento⁷⁰, e ainda os novos estatutos mandados redigir por D. Manuel, aos quais já nos referimos acima.

Mais de uma década depois, em 1515, foi concluído, por sua vez, o tomo do Hospital de S. Lázaro⁷¹. Não obstante o hiato temporal entre uns e outro, segundo Maria de Lurdes Rosa, a elaboração deste tomo também foi iniciada por Diogo Pires, ou seja, ao mesmo tempo que os restantes, por volta de 1503-1504. No entanto,

⁶⁶ Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.^a E-7-3-6. Sobre este fundo documental, ver BANDEIRA, Ana Maria Leitão – “O Hospital Real de Coimbra: acervo documental de uma instituição assistencial (1504-1772)”. *Boletim do Arquivo da Universidade de Coimbra* 28 (2015), pp. 7-75.

⁶⁷ Lisboa, ANTT, *Chancelaria de D. Manuel I*, liv. 1, fols. 4v-5. ROSA, Maria de Lurdes – *As «Almas Herdeiras»*, p. 254.

⁶⁸ Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.^a E-7-3-6, fols. 1, 18v, 30, 44v-45, 56, 69v-70, 78, 85v, 92, 95-95v, 100 e 107v-108.

⁶⁹ Ver, por exemplo, o testamento de D. Lourença Pires, de 19 de fevereiro de 1332, em traslado de 3 de agosto de 1352. Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.^a E-7-3-6, fols. 31-33 ou *PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum*, vol. 2, doc. 190, pp. 389-392.

⁷⁰ Ver, por exemplo, a carta de confirmação de D. Manuel I, de 22 de abril de 1496, da carta de provimento de D. Afonso V outorgada a Rodrigo Afonso das Pias como provedor do Hospital dos Mirleus, de 24 de janeiro de 1468. Coimbra, AUC, *Tombo Velho do Hospital Real*, IV-2.^a E-7-3-6, fols. 100v-101.

⁷¹ Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39.

prolongou-se por mais tempo, sendo apenas terminado pouco mais de 10 anos depois e por João Dias, de quem se desconhece o ofício⁷².

À semelhança dos tombos anteriores, este também começa com o prólogo comum, indicando que foi feito pelo licenciado Diogo Pires, com o mesmo objetivo de combater a incúria dos administradores e garantir o cumprimento dos encargos por alma dos benfeitores da instituição. Seguem-se o “comprimisso e algũas outras escrituras que fazem ao bem da dicta casa”⁷³, nomeadamente, os três regimentos concedidos à Gafaria, cartas de aforamento coletivo⁷⁴, cartas régias de outorga e confirmação de privilégios, tanto à casa, como aos seus lavradores⁷⁵, e só depois os “bens e heranças que ora tem e posuy o dicto ospitall e casa de Sam Lazaro”⁷⁶. Por fim, e antes do termo de encerramento, de 1515, trasladou-se um alvará de D. Manuel I, de 1509, pelo qual autorizou o corregedor Álvaro Fernandes a assinar os três tombos, que tiveram o mesmo destino que os dos restantes hospitais⁷⁷.

Todos estes tombos foram fundamentais para a gestão dos estabelecimentos caritativos, permitindo a atualização das rendas e foros e agilizando a fiscalização régia dos bens e funcionamento desses institutos.

Conclusão

Ao longo deste artigo procurámos demonstrar como, a partir de finais do século XIV, não obstante alguns sinais anteriores, a Coroa assumiu uma crescente intervenção na gestão das instituições de assistência do reino, tomando como estudo de caso a cidade de Coimbra. Esta ingerência é particularmente visível em matérias como a concessão ou confirmação dos privilégios de hospitais e albergarias; a regulamentação destas casas, outorgando regimentos; a respetiva administração, nomeando os oficiais responsáveis pelo seu governo; e a gestão do património, promovendo a inventariação dos seus bens como forma de evitar a sua delapidação e negligência dos administradores.

A ação régia acima descrita enquadra-se num contexto mais amplo de remodelação das estruturas assistenciais, que se viria a concretizar em pleno durante o reinado de D. Manuel I. A este monarca se deve a redação de novos regimentos atribuídos

⁷² ROSA, Maria de Lurdes – *As «Almas Herdeiras»*, pp. 254-255, n. 316.

⁷³ Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39, fol. 1.

⁷⁴ Entre estas conta-se a carta de aforamento coletivo que os próprios lázaros outorgaram aos moradores de Enxofães (fr. Murtede, c. Cantanhede), em setembro de 1275. Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39, fols. 8-9v ou ROCHA, Ana Rita – *A Institucionalização dos Leprosos*, doc. 3, pp. 151-153.

⁷⁵ Ver, por exemplo, a carta de privilégio de D. Afonso V concedida aos lavradores de Rio de Vide, Viduais e Cortes, no atual concelho de Miranda do Corvo, para não irem correr ao monte. Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39, fol. 9v.

⁷⁶ Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39, fol. 14.

⁷⁷ Coimbra, AUC, *Tombo do Hospital de S. Lázaro (1515)*, V-3.^a-cofre-39, fol. 197.

a várias instituições conimbricenses, a elaboração dos seus tombos, a nomeação de oficiais, mas sobretudo a fundação de um novo hospital na cidade, capaz de aglutinar os restantes e dar uma resposta mais cabal ao problema da pobreza e da doença. Na verdade, todas estas medidas tinham em vista proporcionar melhores condições e uma mais eficaz assistência aos pobres, doentes, peregrinos e outros carenciados, oferecendo-lhes não só um abrigo e alimentação, mas também alguns cuidados médicos, uma das principais novidades da reforma do século XVI. Em Coimbra, estes grupos de assistidos passaram a dispor, para além de hospitais especializados, como o de S. Lázaro, de um maior e mais amplo hospital, detentor de um vasto património, com uma crescente oferta de tratamentos e terapêuticas, que contribuíam para a saúde dos habitantes de uma pequena cidade implantada no centro do reino.

Aranjuez: domeñar la naturaleza para encontrar la salud

Magdalena Merlos Romero¹

Resumen

En el real sitio español de Aranjuez convivieron las imágenes del *locus amoenus* y del *locus horridus*. El lugar, asentado en el valle pantanoso del río Tajo y sometido a un clima continental, pasaba de las deleitosas primaveras de sus jardines, paseos arbolados y huertas a los veranos dominados por la enfermedad. Es objeto de este estudio reconstruir la evolución del conocimiento médico y farmacológico que tuvo en Aranjuez un campo de experimentación científica desde el siglo XVIII, así como las medidas ingenieriles y urbanísticas que a lo largo de los siglos determinaron la imagen del lugar. Las crecidas de los ríos y el calor traían la malaria y el cólera, que fueron afrontados de diversas formas a lo largo de los siglos; el abandono del lugar en verano, la desecación de zonas de légamo, los cambios de especies plantadas, el soterramiento de los canales de riego fueron algunas de las soluciones planteadas. En el siglo XVIII, la ciudad de nueva planta fue diseñada buscando la salubridad y la higiene, premisas que determinaron el desarrollo urbano de los siglos XIX y XX. El análisis concluye con la definición de Aranjuez tanto como modelo de método como caso de estudio de especial singularidad por la repercusión que la enfermedad tuvo en los elementos patrimoniales históricos, artísticos, paisajísticos y culturales del lugar respecto de otros enclaves de la Península Ibérica y por su anticipación cronológica a buena parte de las medidas preventivas y paliativas adoptadas a escala nacional a fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Palabras clave

Historia de la medicina; Aranjuez (España); paisajes culturales; ingeniería hidráulica, Tajo (río).

¹La Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED. Ayuntamiento de Aranjuez); Instituto de Estudios Madrileños (IEM).

Aranjuez: tame nature to find health

Abstract

In the Spanish royal site of Aranjuez, the images of the locus amoenus and the locus horridus coexisted. The place, located in the swampy Tagus River valley and subjected to a continental climate, went from the delicious springs in its gardens, tree-lined walks and orchards to summers dominated by disease. The purpose of this study is to reconstruct the evolution of medical and pharmacological knowledge that a field of scientific experimentation in Aranjuez had since the 18th century, as well as the engineering and urban measures that determined the image of the place over the centuries.

The flooding of the rivers and the heat brought malaria and cholera, which were dealt with in different ways throughout the centuries; the abandonment of the place in summer, the drying up of silt areas, the changes in planted species, the burying of the irrigation canals were some of the proposed solutions. In the 18th century, the new city was designed looking for health and hygiene, premises that determined the urban development during 19th and 20th centuries.

The analysis concludes with the definition of Aranjuez both as a method model and as a case study of special singularity, due to the repercussion that the disease had on the elements of the historical, artistic, landscape and cultural heritage of the place with respect to other enclaves of the Iberian Peninsula. Moreover, due to its chronological anticipation of a large part of the preventive and palliative measures adopted on a national scale at the end of the 19th century and the beginning of the 20th.

Keywords

History of Medicine; Aranjuez (España); cultural landscapes; hydraulic engineering; Tagus (river).

Los estudios del paludismo en España inciden en el gran impacto de la enfermedad a partir del siglo XVIII y vinculan la enfermedad a los ríos² y a enclaves de Valencia y Murcia, y núcleos de población junto al Guadalquivir, el Ebro, el Guadiana y el Tajo³. Es en este último eje fluvial de la Península Ibérica donde se contextualiza geográficamente Aranjuez; sin embargo en el marco histórico, hay que retrotraerse al siglo XVI y considerar su distintiva condición de Real Sitio de la Corona española. A diferencia de las regiones señaladas, también respecto de los asentamientos de la Alcarria y de la vega de Talavera de la Reina en la misma cuenca del Tajo, en Aranjuez confluyen circunstancias que permiten abordar e ilustrar el tema de la enfermedad y la insalubridad en el marco del patrimonio cultural, artístico e histórico; siempre desde el método multidisciplinar, considerando tanto la geografía humana, las ciencias medioambientales y médicas como la antropología, la historia de las mentalidades⁴ y la historia de los sentidos⁵.

El mito paradisiaco renacentista de Aranjuez tuvo su antagónico en la presencia de la enfermedad y la muerte dando sentido a la expresión *Et in Arcadia ego*⁶. El pantanoso valle propició epidemias periódicas que pautaron los movimientos anuales de la Corte, siendo Aranjuez el real sitio elegido en la primavera. La misión de Aranjuez como lugar de representación del poder monárquico y de divertimento y deleite para los sentidos, especialmente en la relación de los jardines con el agua, llevaron desde el siglo XVI a consideraciones sociales en la gestión hídrica que más allá de las medidas de salud contemplaron la riqueza y amenidad odorífera del aire⁷. No obstante, fue bajo el espíritu del Barroco que se iniciaron las referencias al lado menos amable del lugar.

² RICO-AVELLO, Carlos – *Aportación española a la historia del paludismo*. Madrid: s. n., 1947.

³ CASTEJÓN PORCEL, Gregorio – “Paludismo en España en los siglos XVIII-XIX: Distribución espacial y erradicación”. In DE LA RIVA FERNÁNDEZ, Juan Ramón; IBARRA BENLLOCH, Paloma; MONTORIO LLOVERÍA, Raquel; RODRIGUES, Marcos (eds.) – *Análisis espacial y representación geográfica: innovación y aplicación*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza-AGE, 2015, pp. 69-78.

⁴ CAPEL, Horacio – “Medicina y clima en la España del siglo XVIII”. *Revista de geografía* 32-33 (1998-1999), pp. 79-106.; FOURNIER, Patrick (dir.) – “Assainissement et salubrité publique en Europe méridionale : fin du Moyen Âge, époque moderne”. *Siècles. Cahiers du Centre d’Histoire « Espaces et Cultures »* 14 (2001); DELIGNE, Chloé – *Bruxelles et sa rivière. Genèse d’un territoire urbain, XII^e-XVIII^e siècle*. Turnhout: Brepols, 2003.

⁵ SMITH, Mark – *Sensing the Past: Seeing, Hearing, Smelling, Tasting, and Touching in History*. Berkeley: University of California Press, 2007; NEWHAUSER et al. – *A Cultural History of the Senses*. Nueva York – Londres: Bloomsbury Academic, 2014.

⁶ MERLOS ROMERO, Magdalena – “Et in Arcadia ego: enfermedad y muerte en Aranjuez”. *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, 60 (2020), pp. 39-65.

⁷ CORBIN, Alain – *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*. Méjico: Fondo de Cultura Económica, 1987.

1. La enfermedad y sus causas

Las noticias más tempranas hablan de peste⁸, las epidemias de cólera pautaron el siglo XIX, pero fue el paludismo la constante temporal. Hasta principios del siglo XX no se precisó la causa directa, el mosquito anófeles. La malaria (mal aire) o paludismo (en lugares palustres) se identificaba por sus síntomas, fiebres tercianas y cuartanas, tempranamente descritas por el protomédico de Felipe II y Felipe III, Luis Mercado, en 1586⁹. Andrés Piquer y Suñol, en su tratado de 1751¹⁰, detectó la enfermedad en “los que habitan cerca de balsas o lagos, donde las aguas están corrompidas”.

Los visitantes identificaban el mal por el síntoma de la fiebre¹¹. Así el escritor Giuseppe Baretti en 1760 refería “fiebres tercianas y cuartanas”¹²; el filósofo y lingüista germano Wilhelm Humboldt en 1799 “fiebres tercianas”¹³; en 1805 el marqués de Marcillac “fiebres”¹⁴; poco después el boticario Sebastien Blaze fiebres “comunes y peligrosas”¹⁵; y en 1855, el escritor Antoine de Latour, con tintes románticos, “tristes fiebres”¹⁶. Pero fue el ilustrado José Viera y Clavijo en 1774 quien sentenció: “no era éste aquel Aranjuez de mayo y de las parejas¹⁷, sino el de las tercianas y moscas”¹⁸, relacionando la enfermedad con el verano, e inconscientemente premonitorio, con los insectos.

Ahora bien, aunque no se conocía el transmisor, los factores ambientales (orográficos, climáticos y botánicos) estaban identificados¹⁹. En particular, al aire

⁸ Durante el reinado de Carlos II, la peste impidió un año la estancia primaveral en Aranjuez. GARCÍA MERCADAL, Josep (ed.) – *Viajes de extranjeros por España y Portugal. Recopilación, prólogo y notas*. Vol. 3. Madrid: Aguilar, 1952-1962, p. 675.

⁹ MERCADO, Luis – *De februm essentia, differentiis, causis, diagnotione et curatione*. Valladolid: Bernardini a Sancto Dominico, 1586.

¹⁰ PIQUER Y SUÑOL, Andrés – *Tratado de calenturas según observación y su mecanismo*. Valencia: Joseph García, 1751.

¹¹ De hecho, hoy la medicina considera las fiebres tercianas y cuartanas un tipo de paludismo FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación del paludismo en España: aspectos biológicos de la lucha antipalúdica*. Madrid: Universidad Complutense, 2002. PhD Thesis.

¹² BARETTI, Giuseppe – *Viaje de Londres a Génova a través de Inglaterra, Portugal, España y Francia*. Barcelona: Reino de Redonda, 2005, pp. 250-251; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico y lo romántico*. Imagen de Aranjuez en el siglo de Carlos III. Aranjuez: Ayuntamiento, 2016, p. 129.

¹³ HUMBOLDT, Wilhelm von – *Diario de viaje a España, 1799-1800*. Ed. Miguel Ángel Vega Cernuda. Madrid: Cátedra, 1998, intr. p. 28; cfr. MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 293.

¹⁴ CRUSY DE MARCILLAC, Pierre Louis Auguste, (Marqués de Marcillac) – *Nouveau voyage en Espagne*. Paris: Chez Le Noumand, 1805. MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 305.

¹⁵ BLAZE DE BURY, Sebastien – *Mémoires d'un apothicaire sur la guerre d'Espagne, pendant les années 1808 à 1814*. II. Paris: Ladvocat, 1828, pp. 304-306.

¹⁶ LATOUR, Antoine de – *Études sur l'Espagne: Seville et l'Andalousie*. Paris: Michel Lévy Frères, 1855, p. 9.

¹⁷ Parejas Reales, juego ecuestre cortesano celebrado en las Jornadas de Primavera.

¹⁸ VIERA Y CLAVIJO, José e IRIARTE, Tomás de – “La Mancha, 1774”, *Dos viajes por España (La Mancha, 1774-La Alcarria, 1781)*. Ed. Alexandre Cioranescu. Tenerife: Aula de Cultura, 1976, pp. 63-64; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 137.

¹⁹ Morton, en el siglo XVII, señaló como causa de la malaria partículas aéreas nocivas de las aguas pantanosas. En 1717, Lancisi apuntó emanaciones nocivas vegetales en descomposición transportadas por mosquitos. FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 17.

insano de calor y humedad del verano de Aranjuez contribuían todos los elementos: ventilación deficiente por su ubicación en el fondo de un valle (495 m. de altura sobre el nivel del mar) encajado en una meseta de 600 m., potente red hidráulica para el riego de arbolado y huertas (presas, estanques y canales renacentistas, en su mayor parte hoy conservados²⁰), puntos de materia putrefacta para abono, zonas pantanosas consecuencia de riadas.

El Catálogo Nacional de Inundaciones Históricas registra un total de 159 en Aranjuez, la primera por crecida del Tajo en 1604²¹; si bien hay constancia de riadas anteriores en 1552²², 1553²³, 1569²⁴ y 1603²⁵. Estas avenidas, acaecidas sobre todo en otoño e invierno, no sólo producían daños materiales en cultivos, puentes e inmuebles, sino que dejaban aguas pantanosas, modificaban cauces y anegaban y alegamaban terrenos²⁶. La comparación de planos históricos de los siglos XVI y XVIII²⁷ o las imágenes aéreas y LIDAR del Instituto Geográfico Nacional²⁸ resultan elocuentes. A ello se suma la repercusión social y cultural, de más difícil medición cartesiana, que el calor y las miasmas producían en el contexto del refinamiento cortesano y en la imagen de magnificencia y poder de la monarquía.

²⁰ MERLOS ROMERO, Magdalena; SOTO CABA, Victoria – “Aranjuez and Hydraulic Engineering: Public Utility, Leisure Utility”. In RODRIGUES, Ana Duarte; TORIBIO MARÍN, Carmen (ed.) – *History of Water Management in the Iberian Peninsula between the Sixteenth and the Nineteenth Centuries: A comparative approach*. Basilea: Birkhäuser-Springer, 2020, pp. 281-307. Disponible en <https://doi.org/10.1007/978-3-030-34061-2>.

²¹ Siglo XVI: 1604, enero, 18-24; 1658, mayo, 8; 1680, sept, 9. Siglo XVIII: 1703, mar, 15; 1706, febrero, 8; 1729, invierno; 1739, diciembre, 4; 1740; 1745, febrero y abril; 1747, enero, 29-30; 1747, diciembre; 1750, noviembre, 8; 1752, septiembre; 1758, diciembre, 3-4; 1778, enero; 1783, marzo, 7; 1796-1797, invierno. Siglo XIX: 1806, enero, 13; 1806, noviembre, 5; 1815, enero – febrero; 1823, febrero, 3; 1830, septiembre, 1; 1841, febrero, 10-11; 1845, marzo, 17-20; 1853, primavera; 1860, diciembre, 10 y 26. *Catálogo Nacional de Inundaciones Históricas (CNIH), Cuenca del Tajo. Estudio de Inundaciones Históricas. Mapas de Riesgos Potenciales*. Madrid: Dirección General de Protección Civil y Emergencias, CTEI, 1985, t II, anexo II: Fichas de inundaciones históricas. [Acceso 14 agosto 2021]. Disponible en https://www.proteccioncivil.es/catalogo/naturales/cnih/cnih2014/PDF/B6/Documenta2/CTEI_TAJO.pdf. MORA AGUADO, Lorenzo – *Análisis del riesgo de inundaciones en el curso medio – alto del río Tajo a su paso por Aranjuez (Madrid)*. Madrid: Universidad Complutense, 2019. TFM.

²² Archivo General De Simancas (AGS), *Casas y Sitios Reales (CSR)*, leg. 251.2, fol. 5. LUENGO AÑÓN, Ana – *Aranjuez. Utopía y realidad. La construcción de un paisaje*. Madrid: CSIC, Instituto de Estudios Madrileños, Doce Calles, 2008, p. 67.

²³ FERNÁNDEZ IZQUIERDO, Francisco – “La navegación de madera en el río Tajo con destino a los Reales Sitios en el siglo XVI”. In TRÁPAGA MONCHET, Koldo; LABRADOR ARROYO, Félix (coord.) – *Monográfico: Recursos naturales en la Península. Tiempos Modernos*, 39 (2019), pp. 283-320.

²⁴ Archivo General De Simancas (AGS), CSR, leg. 252, fol. 164, 110; GARCÍA TAPIA, Nicolás – *Ingeniería y arquitectura en el renacimiento español*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1990, n. 182, 183.

²⁵ CABRERA DE CÓRDOBA, Luis – *Relación de las cosas sucedidas en la corte de España desde 1599 hasta 1614*. Madrid: J. Martín Alegría, 1857, p. 203.

²⁶ Una grabación audiovisual del siglo XX constata la intensidad de estas riadas “Inundaciones”. *NODO. Noticario Español*, 218, 10 marzo, 1947. [Acceso 26 Septiembre 2021]. Disponible en <https://www.rtve.es/filmeteca/no-do/not-218/1467399/>.

²⁷ TOLEDO, Juan Bautista (atrib.). [1561-1567] Biblioteca Real de Palacio (BRP), IX/M/242/2 (4). AGUIRRE, Domingo de – *Topografía del Real Sitio de Aranjuez*. Madrid: Calcografía Nacional, 1775.

²⁸ INSTITUTO GEOGRÁFICO NACIONAL (IGN). www.ign.es.

enfermedad”³². Décadas después, Giuseppe Baretti (1760) reafirmaba: “Es una pena que en los meses más calurosos del año el aire no sea demasiado saludable. Los que estamos en esta temporada quedamos sujetos a las fiebres tercianas y cuartanas”³³.

El barón de Bourgoing, diplomático en tiempos de Carlos III y Carlos IV, contrapuso metafóricamente vida y muerte, primavera y verano, citando los mitos de Tempe y del río del infierno: “abundan los enfermos, en esta estancia de Aranjuez. Mientras la temperatura sea moderada, todo encanta los sentidos; saboreamos la felicidad de la existencia. Pero cuando la ola de calor aparece, cuando el aire caliente que envuelve el valle se satura de las exhalaciones de un río fangoso y lento en su curso, y el sol elimina los vapores nitrosos de las colinas entre las que fluye el Tajo, entonces este valle de Tempe se convierte en una estancia pernicioso, capaz de enriquecer el Aqueronte en un día”³⁴.

En sintonía, en 1799 el diplomático danés barón Herman de Schubart calificaba los veranos como mortales (“aquí estamos en los deliciosos jardines de Aranjuez, en los que la primavera es una delicia, mientras que en verano constituyen un lugar mortal”)³⁵ y pormenorizaba las causas (“por el aire nauseabundo de los ríos estancados y de los canales que riegan los magníficos árboles de estos lares”)³⁶.

Semejantes comentarios pervivieron en el siglo XIX. Las zonas pantanosas fueron vistas por Antonie de Latour en 1855, y antes, en 1848, por madame de Suberwick en 1848: “tan lleno de miasmas pútridas, escaparon de los muchos pantanos que lindaban con Aranjuez”³⁷. La periodista británica Julia Clara Busk³⁸ refirió estos efluvios insanos: “antes de ese período hace demasiado frío, y después de eso, demasiado calor, mientras que los miasmas del agua hacen que el lugar sea poco saludable”³⁹.

Desde una mirada científica, Josep Alsinet, médico de la Familia Real y de Aranjuez, describió en 1763 los síntomas (“color cetrino, sin ganas de comer, vientre abultado con dureza de bazo y vientre inferior, muchos soñolientos y no pocos con

³² SAINT-SIMON, Louis de Rouvroy duc de – *Mémoires completes et authentiques du duc de Saint-Simon sur le siècle de Louis XIV et la Régence: 1691-1723*. París: Hachette, 1858, p. 222; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 81.

³³ BARETTI, Giuseppe – *Viaje de Londres*, pp. 250-251; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 129.

³⁴ BOURGOING, Jean François – *Tableau de l'Espagne moderne: envoyé extraordinaire de la République française en Suede, ci-devant ministre plénipotentiaire à la cour de Madrid, associé correspondant de l'Institut national – atlas pour servir au tableau de l'Espagne moderne*. 3ª ed. París: Levrault frères, 1803, vol. 3, pp. 59-76; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 163-164.

³⁵ SCHUBART, Herman – “Lettres d'un diplomate danois en Espagne, 1798-1800”. *Revue Hispanique*, IX (1902), pp. 393-439, p. 410; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 295.

³⁶ SCHUBART, Herman – “Lettres d'un diplomate”, pp. 393-439, p. 410; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 295.

³⁷ GALO DE CUENDIAS, Manuel; FÉRÉAL, Victor de (pseudónimo de Mme. de SUBERWICK) – *L'Espagne pittoresque, artistique et monumentale*. París: Librairie Ethnographique, 1848, pp. 268-272.

³⁸ BYRNE, Julia Clara – *Cosas de España: illustrative of Spain and the Spaniards as they are*. 2 vols. London and New York: Alexander Strahan, 1866. pp. 233-247.

³⁹ BYRNE, Julia Clara – *Cosas de España*, pp. 233-247.

tiricia”⁴⁰ y las características adversas del lugar (“la lentitud de las aguas del Tajo, sus exhalaciones, las cañerías subterráneas, que son innumerables, para proveer las fuentes y regar los jardines, dan motivo a que el sitio se experimente achacoso en los referidos meses, á que ayuda mucho el ser dominado del aire solano y estuosísimo por su situación en un valle hondo y angosto”⁴¹).

En su historia sobre Aranjuez, de 1804, Álvarez de Quindós, apoyado en el tratado del cirujano Jean Baptiste Pressavin⁴², desgranó las perniciosas causas: la inmovilización del aire (“más si estos parajes están cubiertos de montañas hacia el norte o mediodía, como puntualmente sucede a Aranjuez, porque interceptan los vientos de aquellas regiones”⁴³); el estancamiento del agua durante el verano (“lentitud y gravedad de las aguas del rio Tajo en su corriente de oriente a occidente”⁴⁴); las miasmas (“sus exhalaciones, las cañerías subterráneas, arroyos y tarjeas, que son innumerables para proveer las fuentes y regar los jardines”⁴⁵); el aire insano “inflamable, engendrado continuamente por la pudrición de sustancias así vegetales, como animales”⁴⁶ y la acumulación de residuos insalubres (los “muchos pudrideros de mantillos para beneficio de los mismos jardines”⁴⁷). Además sumó “a la irritación de los aires solanos que tanto dominan”, la influencia de la mala alimentación (“lo salitroso y fuerte de los alimentos, las malas aguas que se beben”)⁴⁸. Por otra parte, apuntó la caquexia y los cólicos, como efectos añadidos: “las fiebres favorecían los cólicos bilioso y nefrítico, que ataca con el mayor rigor, y deja a muchos lisiados, proveniente casi siempre de la caquexia”. Todo vino a sintetizarlo Quindós: “un aire muy grueso y pegajoso; y de aquí procede que se experimente tan achacoso a calenturas intermitentes o tercianas (...) como es propio de todo país húmedo y lagunoso”⁴⁹.

El ciclo anual del paludismo llevó a su literaturización proverbial “tener cara de Aranjuez”⁵⁰, contrapuesta a la metáfora sustantivada de *Aranjuez*, en la acepción de amenidad⁵¹. Se caracterizaba el físico de los habitantes de zonas bajas cercanas a aguas estancadas que más tarde describiría Pressavin (“un semblante descolorido y lívido, cuerpo desgarbado, torpe y perezoso en sus movimientos, con un carácter

⁴⁰ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades de la quina*. Madrid: Antonio Muñoz del Valle, 1763, p. 19.

⁴¹ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades*, p. 18.

⁴² PRESSAVIN, Jean Baptiste – *Arte de conservar la salud y prolongar la vida o Tratado de Higiene*. Salamanca. 1800. <http://www.cervantesvirtual.com/obra/arte-de-conservar-la-salud-y-prolongar-la-vida-o-tratado-de-higiene/>.

⁴³ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción histórica del Real Bosque y Casa de Aranjuez*. Madrid: Imprenta Real, 1804, p. 4.

⁴⁴ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 4.

⁴⁵ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 4.

⁴⁶ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 5.

⁴⁷ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 5.

⁴⁸ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 6.

⁴⁹ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 6.

⁵⁰ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades*, p. 20.

⁵¹ “para encarecer la amenidad de algún lugar de recreación, decimos es un Aranjuez” COVARRUBIAS OROZCO, Sebastián – *Tesoro de la lengua castellana o española*. Madrid: Luis Sánchez, 1611.

triste”)⁵² y de modo detallado los doctores Pulido y Cortezo en 1905⁵³. Aunque Alsinet afirmó “anular este proverbio”⁵⁴, pervivió hasta el siglo XX⁵⁵, si bien a la vigencia de la expresión se sumaron otras enfermedades que diezmaron Aranjuez en el siglo XIX: viruela, sarampión, cólera, ésta aún presentes en la memoria popular⁵⁶. Todavía a principios del siglo XX, la ampliación de la red ferroviaria española permitió al doctor Varela⁵⁷ el estudio de nuevos lugares palúdicos en Tajo y Jarama.

2. Las soluciones

2.1 *Abandonar en verano*

Tanto Austrias como Borbones, dentro del periplo estacional por los reales sitios en torno a Madrid, eligieron Aranjuez como residencia primaveral, cuyas jornadas discurrían desde Pentecostés hasta el inicio del verano. Aunque algunos monarcas las prolongaron (Fernando VI, Carlos III) o las reprodujeron en otoño (Carlos IV), el lugar era abandonado en junio, como precisaban Saint Simon (“de este modo, la corte no pasa más que entre seis semanas y dos meses de la primavera, retornando raramente en otoño”)⁵⁸ y Marcillac (“la corte se queda en Aranjuez (...) hasta el último día de junio; a partir de ese momento, las fiebres se apoderan de esta estancia, que es muy mala en verano”)⁵⁹. El ambiente lúdico desaparecía: en 1803 Lady Holland hablaba “del cambio de estación, del incómodo e insalubre verano que da fin a los espectaculares y lujosos despliegues cortesanos que acaparan su atención”⁶⁰.

Huir en verano fue una sencilla forma de evitar el calor y la enfermedad, observada por los visitantes, como Saint-Simon: “no obstante en verano nadie permanece en él, ni siquiera la población del pueblo, que va a otra parte y cierra sus casas en cuanto el calor comienza a apretar en este valle”⁶¹. El conde de Aranda, décadas después, venía a referir de modo semejante: “las inclemencias del aire son

⁵² ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 5.

⁵³ CORTEZO, Víctor María – “Algo sobre Paludismo.” *El Siglo Médico*, 52 (1905), pp. 509-512; FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 185.

⁵⁴ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades*, p. 20.

⁵⁵ VERGARA Y MARTÍN, Gabriel María – *Diccionario geográfico popular de cantares, refranes, adagios, proverbios, locuciones, frases proverbiales y modismos españoles*. Madrid: Sucesores de Hernando, 1925, p. 74.

⁵⁶ MERLOS ROMERO, Magdalena – “Et in Arcadia ego”.

⁵⁷ FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 293.

⁵⁸ SAINT-SIMON, Louis de Rouvroy duc de – *Mémoires*, p. 222; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 81.

⁵⁹ CRUSY DE MARCILLAC, Pierre Louis Auguste, (Marqués de Marcillac) – *Nouveau voyage en Espagne*. Paris: Chez Le Noumand, 1805 ; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 305.

⁶⁰ HOLLAND, Lady (FOX, Elizabeth) – *The Spanish Journal of Elizabeth, Lady Holland*. London: Longmans, Green, 1910, p. 72; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 281.

⁶¹ SAINT-SIMON, Louis de Rouvroy duc de – *Mémoires*, p. 222; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 81.

tan grandes en Aranjuez por los calores del verano, que no queda nadie allí durante esta temporada⁶².

Mas estos asertos no eran del todo ciertos; determinadas personas por su condición social o empleo no podían recurrir a esta alternativa. Los encargados de la administración del Real Sitio, incluidos los altos cargos, estaban obligados a permanecer en destino. En el siglo XVIII las fiebres fueron padecidas por el arquitecto Santiago Bonavía⁶³, el ingeniero Leandro Bachelieu⁶⁴ y el superintendente de obras Juan Antonio Samaniego⁶⁵. La misma familia real no escapó a la malaria (Felipe II, Felipe IV⁶⁶, Carlos II, Felipe V); en particular, Bárbara de Braganza y Fernando VI la contrajeron en Aranjuez⁶⁷. La jornada primaveral de 1609 se suprimió por recomendaciones médicas: “estando la Reina tan cerca del parto, no era buen sitio para esperarlo, que era muy húmedo y causaría la calor que entrase mucha enfermedad⁶⁸”.

El vacío en verano lo describieron, a caballo entre el siglo XVIII y el XIX, el barón de Bourgoing (“así que nos alejamos de [esta] especie de desierto donde solo aquellos que están apegados a ella permanecen ya sea por su profesión o por su pobreza⁶⁹) y Wilhelm Humboldt (“debido a la gran cantidad de agua del jardín, en pleno verano el aire se hace tan insano que todo habitante que permanece allí después del primero de julio coge sin excepción fiebres tercianas⁷⁰”).

El boticario francés Sebastian Blaze, asentado en Aranjuez en diversos periodos de la Guerra de la Independencia, fue víctima de estas fiebres: “Aranjuez sería un verdadero paraíso si uno respirara un aire saludable; a veces compras demasiado caro el placer de vivir esta encantadora estada. Las fiebres son tan comunes y peligrosas en verano y otoño, que los habitantes se dan la bienvenida cuando se encuentran en el mes de diciembre “Todavía tenemos un año de vida”, dicen, besándose. Pagué mi homenaje como los demás, quince días después de mi

⁶² ABARCA DE BOLEA, Pedro Pablo, (Conde de Aranda) – *Dénonciation au public du voyage d'un soi-disant Figaro en Espagne*. París: Fournir le Jeune, 1785, p. 35; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, pp. 156-157.

⁶³ TOVAR MARTÍN, Virginia – “Santiago Bonavía, arquitecto principal de las obras reales de Aranjuez.” *Anales de Historia del Arte*, 7 (1997), pp. 123-155, p. 137.

⁶⁴ TOVAR MARTÍN, Virginia – “El maestro Pedro Caro Idrogo. Nuevos datos documentales sobre la construcción del Palacio Real de Aranjuez y otras obras (1714-1732)”. *Anales de Historia del Arte*, 5 (1995), pp. 101-154, p. 152.

⁶⁵ TOVAR MARTÍN, Virginia – “El maestro Pedro Caro Idrogo”, p. 114.

⁶⁶ Siendo príncipe también en 1608 “porque el Príncipe ha estado allá con dos o tres tercianillas, de que se libró luego”, “calenturas, vómitos y cámaras, que parte había causado la estada de Aranjuez, donde tuvo ciertas calenturillas”. CABRERA DE CÓRDOBA, Luis – *Relación*, pp. 336, 339.

⁶⁷ RICO-AVELLO, Carlos – *Aportación*, p. 80.

⁶⁸ CABRERA DE CÓRDOBA, Luis – *Relación*, p. 367.

⁶⁹ BOURGOING, Jean François – *Tableau de l'Espagne moderne*, pp. 59-76; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 163-164.

⁷⁰ HUMBOLDT, Wilhelm von – *Diario de viaje a España, 1799-1800*, p. 28; MERLOS ROMERO, Magdalena – *De lo clásico*, p. 293.

llegada. Me fui a la cama el 15 de junio, la enfermedad se volvió grave y me mantuvo casi un mes en mi habitación”⁷¹.

Samuel Edward Cook, en España entre 1829 y 1832, ensalzaba los campos y jardines de Aranjuez a la par que describía las consecuencias de su mantenimiento: “desafortunadamente, la profusa irrigación pronto produce malaria, y tras el solsticio no es habitable”⁷². El francés Latour insistía en el contraste estacional y el abandono del lugar: “durante las grandes aguas, el Tajo viene a jugar alrededor de este palacio de las hadas y amenaza con prevalecer; y cada vez que se retira con una especie de respeto, no es sin dejar atrás la semilla de esas tristes fiebres que, desde el mes de julio, hacen de Aranjuez un desierto”⁷³.

Pero en rigor, se habían buscado alternativas para los pobladores que habían de permanecer en verano, como el alojamiento en las poblaciones cercanas de Ocaña y de Ontígola, más elevadas y aireadas, como describió el geógrafo John Smith en 1811: “La población supera los 10.000, pero en los meses de julio y agosto el pueblo está desierto, pues el curso del río es entonces tan lánguido por la sequía, que casi se estanca, y los efluvios nocivos que brotan de las pútridas malezas de su lecho medio agotado, si se exponen a sus efectos, propagarían en gran medida tanto la enfermedad como la muerte. Es por lo que Ocaña, en una eminencia a dos leguas del valle, recibe entonces a sus habitantes”⁷⁴.

Este hecho no pasó desapercibido al diplomático y militar neoyorquino Alexander Slidell-Mckenzie, en tiempos de Fernando VII: “Para cuando llegan los violentos calores del verano, el aire de este lugar está cargado de exhalaciones del valle pantanoso, y se vuelve tan nocivo, que incluso los habitantes se ven obligados a retirarse a las tierras altas vecinas”⁷⁵.

2.2 Reconducción de aguas y propuestas jardinísticas

La conformación de Aranjuez entre el Tajo y el Jarama tuvo como base la gestión del agua. Las obras de ingeniería posibilitaron el riego y el control de los cauces. Ante las crecidas se hicieron necesarias tanto la contención de aguas como la desecación de zonas pantanosas insalubres, que incluso recibieron nombres tan ilustrativos como Legamarejo. Las tareas no sólo fueron de previsión, también de reconstrucciones y

⁷¹ BLAZE, Sebastian – *Mémoires d'un apothicaire sur la guerre d'Espagne*, pp. 304-306.

⁷² COOK, Samuel Edward – *Sketches in Spain, During the Years 1829-30-31, 32*. S.I.: A and W. Galignani, Baudry, 1834, p. 180.

⁷³ LATOUR, Antoine de – *Études sur l'Espagne: Seville et l'Andalousie*. Paris: Michel Lévy Frères, 1855, p. 9.

⁷⁴ SMITH, John – *A System of Modern Geography: Or, the Natural and Political History of the Present State of the World*. London: Sherwood Neely and Jones, 1810-1811, pp. 203-204.

⁷⁵ SLIDELL-MCKENZIE, Alexander – *A year in Spain. By a young American*. Vol II. Boston, 1829; New York: G. & Ch. Carvill, 1830, pp. 20-33.

replanteos, pues el agua se llevaba palenques y empalizadas, presas y diques⁷⁶. La desecación, el drenaje y la contención se realizaron mediante técnicas importadas de Flandes por Felipe II⁷⁷, como las supervisadas por Gaspar y Luis de Vega en 1552 y 1553 en diversos puntos del río, como la orilla a la calle de la Reina. Se intervino aguas abajo en el caz de la madre vieja de Castillejo en 1556, en 1557 en la nueva presa de San Remondo, en el dique de la madre vieja de Requena en 1559, zonas afectadas por los cambios de cauce⁷⁸. Juan Bautista de Toledo, entre 1561 y 1562, rectificó el curso del Tajo desde la presa del Embocador hasta palacio⁷⁹. Otros diques (Raudal, Rebollo del Borní) se encomendaron al maestro flamenco Jansen. El jardín de la Isla también se vio afectado por estas crecidas. Toledo continuó en 1563 ocupado en el reparo de los daños de las crecidas en las presas del Tajo y Jarama⁸⁰; las tareas de mantenimiento se prolongaron tras la muerte del arquitecto en 1567 y durante el siglo XVII.

La riada de 1745⁸¹ obligó a limpiar los caces de riego. Hubo que proteger las huertas de Picotajo⁸² tanto del Jarama, para “reducir las aguas de dicho río a su antigua madre que con motivo de las avenidas de este año se habían arrimado a las paredes de las huertas”, como del Tajo “para impedir que las crecientes del río tajo la acaben de romper como ya ha empezado”. Estos movimientos de cauces desplazaron dos kilómetros al Oeste la desembocadura del Jarama y obligaron a desecar el Legamarejo.

En la segunda mitad del siglo XVIII se desecaron estanques⁸³, como los ornamentales a la manera flamenca de la época de Felipe II en la calle de Toledo junto al palacio, convertidos en huertas, iniciativas apreciables en el plano de Domingo de Aguirre. Josep Alsinet, médico de la Casa Real, valoró positivamente estas medidas: “las acertadas providencias de mandar cegar las madres del río, charcas”⁸⁴. En el jardín del Príncipe se levantó el Malecón de Solera para rectificar los meandros del Tajo, se cegó una madre vieja y se colmataron cauces secundarios, como el de la isla de Palomeros, en la que se ubicaba la Casa del Labrador⁸⁵.

⁷⁶ SOTO CABA, Victoria y MERLOS ROMERO, Magdalena – “Aranjuez”, pp. 281-307.

⁷⁷ AGS, CSR, leg. 251.2, fol. 30-31.

⁷⁸ AGS, CSR, leg. 252, fols. 27, 30, 135; GARCÍA TAPIA, Nicolás – *Ingeniería y arquitectura*, n. 11, 30, 33, 49; MERLOS ROMERO, Magdalena – *Aranjuez y Felipe II. Idea y forma de un Real Sitio*. Madrid: Consejería de Cultura, Comunidad de Madrid, 1998.

⁷⁹ GARCÍA TAPIA, Nicolás – *Ingeniería y arquitectura*, n. 18. MERLOS ROMERO, Magdalena; SOTO CABA, Victoria – “Aranjuez”, pp. 281-307.

⁸⁰ AGS, CSR, leg. 252, fols. 1, 2, 7. GARCÍA TAPIA, Nicolás – n. 28.

⁸¹ AGS, *Tribunal Mayor de Cuentas (TMC)*, leg. 1648, 585.

⁸² AGS, TMC, leg. 1648, 780.

⁸³ UTANDA MORENO, Luisa – “Geografía Médica”, p. 718.

⁸⁴ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades*, p. 18.

⁸⁵ Visto en dibujos publicados por JORDÁN DE URRÍES Y DE LA COLINA, Javier – *La Real Casa del Labrador de Aranjuez*. Madrid: Patrimonio Nacional, 2009, p. 62.

De modo simultáneo, surgieron iniciativas más agresivas de control del medio natural, que de algún modo determinaban las prácticas jardinísticas, como la reducción de la altura de las arboledas para favorecer la circulación del aire. En 1655 el arbolista mayor planteaba podar los fresnos de la calle de la Reina⁸⁶. El desmantelamiento de plantaciones de moreras fue otra práctica, en 1647 informada favorablemente por el médico real porque los árboles “impedían correr el aire y la ventilación”⁸⁷; en 1653 fue propuesto plantar frutales en la antigua huerta de las Moreras⁸⁸.

Otras iniciativas de mayor escala del siglo XVIII, no progresaron. Así el talado de los árboles de los cerros al Sur “porque de esta suerte los aires serían más puros”, apenas comprensible como una medida de replanteo de arbolado; y la más drástica del médico real, tan acertado en otras iniciativas, “si fuera posible, se debían desmontar aquellas montañas, por lo que estrechan la vega, y cortan la ventilación”⁸⁹.

2.3 Higiениsmo urbano

Tanto los arquitectos como los médicos ilustrados racionalizaron la gestión del territorio sobre los principios de la salud pública. La población de nueva planta, gestada a partir de 1740 por Santiago Bonavía, asimiló caracteres propios de la ciudad ideal renacentista. Su orientación aprovechaba los vientos Norte de la Sierra de Guadarrama, de tal modo que las calles norte-sur se trazaron con anchos de entre 20 y 30 metros, a diferencia de los 10-12 metros de las calles transversales.

Como médico, Josep Alsinet reparó en las más favorables condiciones de la ciudad, con viviendas separadas del río (“con nueva disposición de calles, y de casas, se echa de ver que aquellas exhalaciones no son tan dañosas como antes... las casas en más alta superficie, más apartadas del río”)⁹⁰. Esto es especialmente visible en la expansión del casco hacia el sur acometida por Marquet a partir de 1759, donde los edificios llegan a alcanzar tres alturas. No obstante, las elevaciones al norte y al sur obstruían la libre circulación del aire y neutralizaban las bonanzas de la medida. Se prohibió la salida de aguas residuales de las casas⁹¹, aunque su canalización fue posterior. Para el agua estancada en la plaza de la Mariblanca, Bonavía proyectó el alcantarillado en 1755⁹². A su paso por la ciudad, el cauce de las Aves fue abovedado y

⁸⁶ AGS, CSR, leg. 313, fol. 183.

⁸⁷ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio, – *Descripción*, p. 65.

⁸⁸ AGS, CSR, leg. 312, fol. 394-395.

⁸⁹ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 6.

⁹⁰ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades*, p. 18; RICO-AVELLO, Carlos – *Aportación*, p. 80.

⁹¹ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 235.

⁹² MARÍN TOVAR, Cristóbal – “Santiago Bonavía”. *Artífices de Madrid*. Madrid: Instituto de Estudios Madrileños, 2019. [Acceso 10 octubre 2021]. Disponible en https://xn--institutuestudiosmadrileos-4rc.es/portfolio_page/b-2-bonavia-giacomo/.

soterrado entre las calles Capitán y Florida⁹³. En el siglo XIX, por petición vecinal, se amplió el tramo abovedado desde la calle Capitán al Puentecillo de la Virgen⁹⁴. El Tajo fue alejado del casco urbano hacia el Norte, gracias al mencionado malecón de Solera.

Fueron relevantes la construcción de hospitales y el concurso de la Botica Real, establecida desde los tiempos de los Austrias. El primer hospital, edificado por Bonavía en 1750⁹⁵, sólo estaba operativo durante las jornadas reales. Por ello, Carlos III fundó en 1770 el Hospital de San Carlos, que atendería prioritariamente a los empleados durante todo el año, según el Reglamento de 1778⁹⁶: “dando disposición para que los demás enfermos que no sean mis criados de continua asistencia, que deben ser preferidos a los extraños, y aun a los de mi comitiva, se conduzcan a Toledo o Madrid”.

El hospital estaba dotado de agua potable y de los últimos avances médicos y farmacológicos. A sugerencia del médico real Juan Bautista Cutanda, acorde al higienismo ilustrado, se ubicó al sur, la zona más elevada, separado del núcleo residencial. La tipología adoptada por el arquitecto real, Manuel Serrano⁹⁷, seguía los modelos de crujías alrededor de un patio central, ya contemplados en el Renacimiento por Filarete, tipología, por otra parte, de gran éxito en los hospitales reales españoles, también asumida en el hospital homónimo de Madrid, obra de Hermosilla y Sabatini.

La inspección, la limpieza y el mantenimiento de la urbe, medidas ilustradas que Carlos III adoptó en Madrid, paliaron en notable medida la enfermedad. Como señaló Álvarez de Quindós: “han sido los medios de conseguir que no sean las calenturas periódicas, ni tantas, ni tan malignas como en lo antiguo”⁹⁸.

2.4 Suministro de agua potable

El abastecimiento en Aranjuez, carente de aguas potables, fue una necesidad manifiesta desde el siglo XVI. La práctica originaria fue almacenar en tinajas custodiadas en las galerías de la casa de Oficios agua para todo el año, tomada del Jarama durante la primera luna menguante de enero, para consumo de “los habitantes del Sitio y los dependientes de la real comitiva”⁹⁹. Sin embargo, la

⁹³ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 5.

⁹⁴ Archivo Municipal de Aranjuez (AMAJ.), C^a 1115/11. 1899. *Expediente de obras en el caz de las Aves*.

⁹⁵ Archivo General de Palacio (AGP). *Administraciones Patrimoniales*. Aranjuez. C^a 14188. Buen Retiro, 1750, julio, 27. *Carta de Santiago Bonavía al Marqués de la Ensenada, sobre proyecto de hospital para el Real Sitio de Aranjuez*. AGP. Planos, 913. 1750. *Hospital. Planta y alzado* / Santiago Bonavía.

⁹⁶ *Ordenanzas para el gobierno del real sitio de Aranjuez*. Madrid: Imprenta Real, 1795, p. 58.

⁹⁷ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, pp. 267-268.

⁹⁸ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 5.

⁹⁹ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 244-245. Tan preciso calendario pudo estar sostenido en la creencia de la mejora de las propiedades del agua por efecto de la luz de la luna llena, así se entendería que la de enero sería la de más larga exposición, primera tras el solsticio de invierno.

innovación técnica del renacimiento español al servicio del poder¹⁰⁰, encontró en Aranjuez un idóneo escenario. Al método tradicional, en 1572 el ingeniero Benito de Morales sumó “la máquina de agua clara”, una depuradora que decantaba, filtraba y aromatizaba el agua de los canales dejándola fresca, cristalina, inodora¹⁰¹, satisfaciendo el refinamiento cortesano de los sentidos, respectivamente del tacto, la vista y el olfato¹⁰². Se ubicaba al Este de palacio y pervivió hasta tiempos de Felipe V. Desde su punto distribuidor en el “corral de los álamos”, junto al puente del jardín de la Isla¹⁰³, el agua llegaba a las fuentes del jardín, al palacio, las cocinas y la casa de Oficios.

La solución definitiva de abastecimiento, infraestructura de la futura ciudad, se comenzó a forjar en 1741, ante el aumento de los asistentes a las jornadas reales¹⁰⁴. Desde cuatro manantiales de la mesa de Ocaña (Aldehuela, Menalgavia, Valhondo y Aljibejo), previo análisis favorable de sus aguas, se planteó una conducción provisional. La red se planificaría y ejecutaría entre 1749 y 1751¹⁰⁵ bajo la dirección de Bonavía¹⁰⁶. Las aguas se condujeron mediante galerías de captación o minas que se unían en un único canal subterráneo en el Arca de Agua para su distribución al palacio y las fuentes de la casa de Caballeros, la casa de Oficios y la plaza de San Antonio, ésta de carácter monumental y potente presencia urbana, inaugurada en 1752.

¹⁰⁰ GARCÍA TAPIA, Nicolás – *Técnica y poder en Castilla durante los siglos XVI y XVII*. Salamanca: Junta de Castilla y León, 1989.

¹⁰¹ GARCÍA TAPIA, Nicolás – “Benito de Morales”. In *Diccionario Biográfico electrónico (DB~e) de la Real Academia de la Historia*. (s.f.). [Acceso 19 agosto 2021]. Disponible en <http://dbe.rah.es/biografias/63923/benito-de-moralesp>.

¹⁰² MERLOS ROMERO, Magdalena – “Benito de Morales”. *Artífices de Madrid*. Madrid: Instituto de Estudios Madrileños. 2021 [Acceso 19 agosto 2021]. Disponible en https://xn--institutoestudiosmadrileos-4rc.es/portfolio_page/m-5-3-benito-de-morales/.

¹⁰³ AGS. CSR, leg. 253.6, fol. 86 “saldrá muy fría y dará mucho contento y trayéndola secreta desde la acequia principal [...] “una fuente en el corral de los álamos frontero de la entrada de la puente [...] para que de allí se hagan los repartimientos”.

¹⁰⁴ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 245.

¹⁰⁵ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, pp. 244-256.

¹⁰⁶ BRP, 76A. 1749, *Plan de viaje que debe hacer la cañería para la conducción del agua, aprobado por Fernando VI*.



Fig. 2 – Plaza y fuente de la Mariblanca (foto de M. Merlos).

En 1799 se incorporó una quinta canalización, procedente del Aljibe de Ocañuela. El sistema, en funcionamiento hasta avanzado el siglo XX, estaba mantenido por el arquitecto mayor y bajo el control analítico del boticario real¹⁰⁷. Este abastecimiento no evitó, sin embargo, el consumo de agua de pozos, detectados como focos de malaria en Aranjuez en 1888¹⁰⁸.

Ciertamente, todo este despliegue técnico contribuía a la exaltación del poder monárquico.

2.5 Avances científicos

La medicina y la farmacia pudieron investigar in situ la enfermedad. Los médicos de la Casa Real tuvieron un papel relevante en un principio. A la práctica tradicional (baños templados, sangrías, laxantes y vomitivos) se sumaron otras medidas¹⁰⁹,

¹⁰⁷ VALVERDE RUIZ, Eduardo – *La Real Botica en el siglo XIX*. Madrid: Universidad Complutense, 1999. PhD Thesis, p. 191; ALEGRE PÉREZ, María Esther – “Historia de la Botica del Palacio Real de Aranjuez”. *Reales Sitios* 75 (1983), pp. 11-26.

¹⁰⁸ BUCK, Albert Henry – *A Reference Handbook of the Medical Sciences: Embracing the Entire Range of Scientific and Practical Medicine and Allied Science*. Vol. 6. New York: William Wood & Company, 1888, p. 498.

¹⁰⁹ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 6-7.

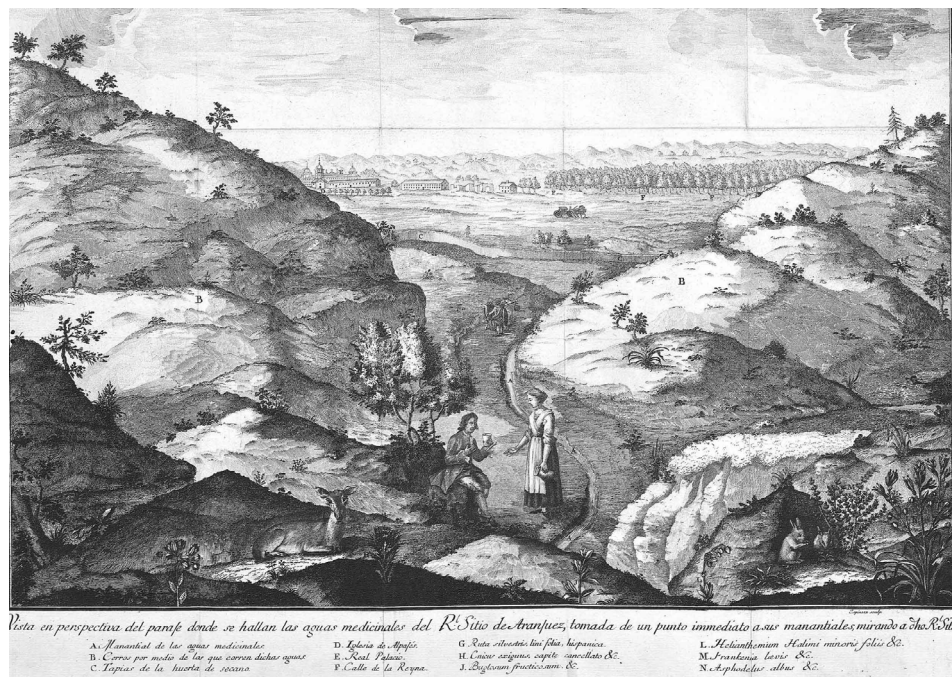


Fig. 3 – ESPINOSA DE LOS MONTEROS, ANTONIO (dib.). Vista en perspectiva del paraje donde se hallan las aguas medicinales del Rl. Sitio de Aranjuez, tomada desde un punto inmediato a sus manantiales, mirando a dcho. Rl. Sitio. 1771. Ayuntamiento de Aranjuez.

como el agua fría del pozo de nieve, o las aguas medicinales de la “fuente amarga medicinal”, en Valdelascasas, con propiedades purgantes aplicadas a la caquexia, por su contenido de glauberita, descubiertas por el médico José Bellilla¹¹⁰ y estudiadas por encargo de Carlos III en 1771 por el protomédico Juan Gámez¹¹¹.

La solución más popular frente al paludismo llegó con la quina, ya usada en las colonias americanas en el siglo XVII. Introducida en España hacia 1630, posiblemente por los jesuitas, fue aplicada por primera vez a Carlos II y a su esposa¹¹². El primer defensor de la quina fue el catedrático de la Universidad de Valencia Andrés Piquer y Suñol¹¹³, llamado a Aranjuez por enfermedad de Fernando VI y Bárbara

¹¹⁰ RODRÍGUEZ DE LA TORRE, Fernando – “Juan Gámez”. In *Diccionario Biográfico electrónico (DB~e) de la Real Academia de la Historia*. (s.f.). [Acceso 11 agosto 2021]. Disponible en <https://dbe.rah.es/biografias/47789/juan-gamez>.

¹¹¹ GÁMEZ, Juan – *Ensayo sobre las aguas medicinales de Aranjuez*. Madrid: Ibarra, 1771.

¹¹² RICO-AVELLO, Carlos – *Aportación*, p. 29, 58-65; ALONSO-CORTÉS FERNÁNDEZ, Ignacio Narciso – “Algunos datos para la historia de la quina recogidos en el Archivo General de Simancas”. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 22 (1948), p. 3; JARAMILLO ARANGO, Jaime – “Estudio crítico acerca de los hechos básicos en la historia de la quina”. *Revista de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales* 43 (1949), pp. 1-161.

¹¹³ PIQUER Y SUÑOL, Andrés – *Tratado de calenturas*.

de Braganza, autor del manuscrito que relataba la enfermedad y tratamiento del rey¹¹⁴. Más conocido fue el ya mencionado Josep Alsinet de la Cortada¹¹⁵, “el médico de las tercianas”, llegado en 1755 desde Extremadura para atender a las personas de palacio. Defensor del empirismo racional, publicó en 1763 un nuevo método¹¹⁶ a partir de su experiencia en Aranjuez. En 1796, el médico gaditano Thomas de Salazar publicaría un tratado sobre su empleo¹¹⁷.

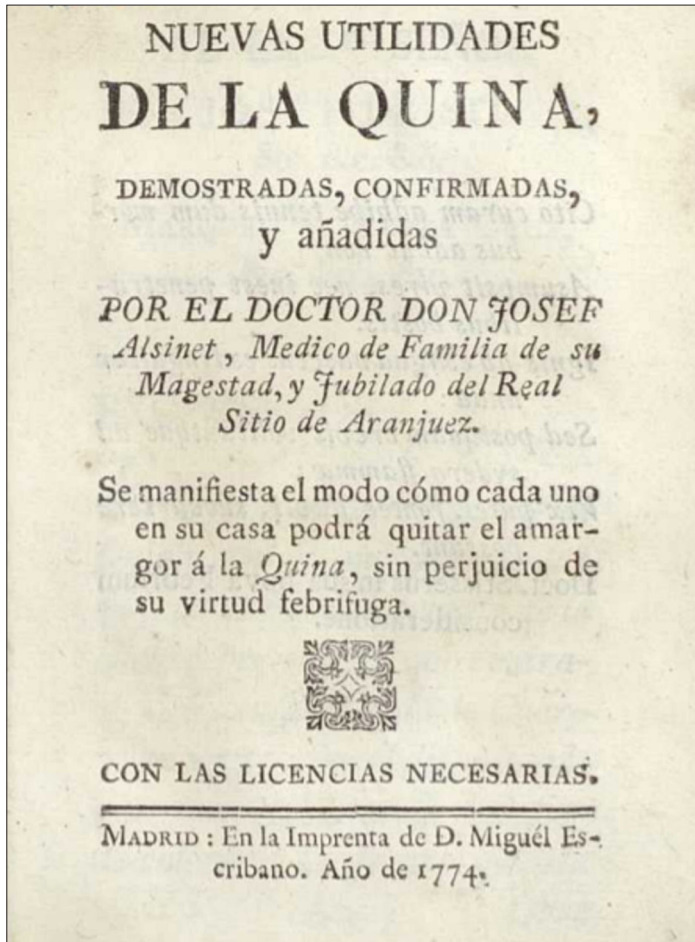


Fig. 4 – JOSEP ALSINET. *Nuevas utilidades de la quina*. Madrid: Miguel Escribano, 1774.

¹¹⁴ RICO-AVELLO, Carlos – *Aportación*, p. 85.

¹¹⁵ ÁLVAREZ DE QUINDÓS, Juan Antonio – *Descripción*, p. 6. RICO-AVELLO, Carlos – *Aportación española*, p. 86; GRANJEL, Luis – *La Medicina Española del siglo XVIII*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1979.

¹¹⁶ ALSINET, Josep – *Nuevas utilidades*.

¹¹⁷ SALAZAR, Thomas de – *Tratado del uso de la quina*. Madrid: Vda. de Ibarra, 1796.

La quina llegaría masivamente de América entre 1769 y 1808¹¹⁸, gracias a las expediciones de José Antonio Pabón e Hipólito Ruiz y las de Celestino Mutis, médico director del Real Jardín Botánico, quien a la par investigó el género y sus especies¹¹⁹. Tanto en Aranjuez como en el Botánico de Madrid se plantaron sendos ejemplares de quino para su estudio, que no llegaron a aclimatarse¹²⁰. Como monopolio real¹²¹, la quina se procesaba, bajo un riguroso control de calidad, en la Botica Real. La incidencia de la enfermedad en Aranjuez explica la posesión de uno de los mayores almacenes de quina, destruido en la Guerra de la Independencia¹²². El reparto del fármaco lo realizaban los jardineros mediante un estricto protocolo dispuesto por el rey, como relata Wilhelm Humboldt, en 1799: “La quina, que es tomada en gran cantidad y en seguida del primer ataque. El rey hace que se reparta la quina entre sus trabajadores, y en un verano el jardinero repartió arroba y media”¹²³.

La persistencia de la enfermedad explica por qué en 1903, cien años después, Aranjuez fuese elegido para abrir el primer laboratorio de investigación del paludismo en España, aunque por iniciativa privada de Francisco Huertas Barrero, médico internista del Hospital Provincial. Aranjuez también fue objeto de la tesis de 1936 de Simón Gómez Malaret¹²⁴.

¹¹⁸ TERREROS GÓMEZ, María del Rosario – *La quina para la Real Botica de Madrid. 1768-1941*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1996. PhD Thesis.

¹¹⁹ MUTIS, José Celestino – *El arcano de la quina: discurso que contiene la parte médica de las cuatro especies de quininas oficinales, sus virtudes eminentes y su legítima preparación*. Madrid: Ibarra, 1828. Fue Mutis quien proporcionó al hijo de Linneo la información para la descripción definitiva del árbol de la quina. FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, n. 51.

¹²⁰ BLANCO YUSTE, Francisco J. – “El cultivo del árbol de la Quina en España”. *El Restaurador Farmacéutico* 3 (1932), pp. 56-62.

¹²¹ ANDRÉS TURRIÓN, María Luisa – “Quina del Perú para la Real Hacienda española (1768-1807): Notas sobre su estanco”. In GONZÁLEZ BUENO, Antonio (ed.) – *La expedición botánica del Virreinato del Perú (1777-1788)*. T 1. Madrid: Editorial: Lunverg / Quinto Centenario, 1988, pp. 71-84; ANDRÉS TURRIÓN, María Luisa – “Quina del Nuevo Mundo para la Corona española”. *Asclepio* 41 (1988), pp. 305-323; ANDRÉS TURRIÓN, María Luisa – “El monopolio de la quina: objetivo de la Corona española a lo largo de la Ilustración”. In ed. fac. PUERTO SARMIENTO, Francisco Javier (dir.) – *Hipólito Ruiz Quinología, Madrid, 1792. Hipólito Ruiz y José Pavón 1801. Suplemento a la Quinología. 1801*. Burgos: Fundación de Ciencias de la Salud; Biblioteca de clásicos de la Farmacia española, 1994.

¹²² FÉE, Antoine Laurent Apollinaire – *Recuerdos de la guerra de España, llamada de la independencia, 1809-1813*. Trad. Jesús Navarro Villaba. Madrid: Ministerio de Defensa, 2007, p. 144.

¹²³ GARATE, Justo – *El viaje español de Guillermo de Humboldt. (1799-1800)*. Buenos Aires: Patronato Hispano Argentino de Cultura, 1946, p. 208.

¹²⁴ GÓMEZ MALLARTE, Simón – *Contribución al estudio del anopheles maculipennis en Aranjuez y Algodor. Sus relaciones con el problema del anofelismo sin paludismo*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1936. PhD Thesis.

La identificación de los insectos como transmisores¹²⁵, y las recomendaciones normativas de 1901 y 1904¹²⁶, que identificaban el género, con inclusión de un dibujo del mosquito, posibilitaron la erradicación de la enfermedad. Algunas medidas (desección de lagunas y pantanos¹²⁷, ubicación de viviendas en emplazamientos saludables, profilaxis farmacéutica) ya estaban asumidas en Aranjuez; pero otras trajeron el avance: evitar el contacto con los vectores transmisores *Anopheles* y su eliminación con “verde parís”, petróleo o con la multiplicación de peces devoradores de larvas de mosquitos. En este contexto, a partir de 1920 en España se aclimataron gambusias, diminutos peces de fácil reproducción, distribuidos en diversos lugares (principalmente en la Albufera de Valencia y las Tablas de Daimile), entre ellos, Aranjuez¹²⁸.

Ahora bien, el empleo de la quinina¹²⁹ no decayó, prohibida su venta y controlada por el Estado, era adquirida por la Comisión Central Antipalúdica y suministrada por las Comisiones Provinciales, conforme al Reglamento Antipalúdico de 1924¹³⁰, año en que se encomendó a los ayuntamientos la prevención sanitaria. En la posguerra Aranjuez mantuvo su dispensario de quina¹³¹. La enfermedad perdía fuerza, siendo determinante un último hecho, el control del Tajo mediante los embalses de cabecera de Entrepeñas y Buendía (1956-1958). Estos herederos de la puntera ingeniería renacentista de Aranjuez, definitivamente dieron fin a las inundaciones y, por ende, a la insalubridad del lugar.

Conclusiones

El paludismo repercutió en la imagen paradisiaca de Aranjuez y en la vida de sus habitantes. Viajeros y diplomáticos contrastaron el bullicio primaveral y el vacío del verano. La conciencia de la enfermedad desde el siglo XVII determinó las actuaciones de los monarcas españoles en el real sitio; la investigación médica

¹²⁵ NEVEU LEMAIRE, Maurice – *Los hematozoarios del paludismo*. Trad. José Dadín y Gayoso. Madrid: Avrial. 1902; BUEN Eliseo de – “Incompatibilidad de coexistencia entre larvas de *Anopheles* y *Lemma*”. *Medicina de los Países Cálidos* 2 (1929), pp. 265-269; BUEN, Eliseo de – “Estudio experimental de algunas sustancias larvicidas antianofélica”. *Medicina de los Países Cálidos* 2 (1929), pp. 508-538.

Respecto de Aranjuez GARCÍA Y GARCÍA MIÑÓN, Julián – *Geografía y topografía médica del Real Sitio de Aranjuez*. Madrid: Cosano, 1949.

¹²⁶ FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 228, 241. “Precauciones que deben adoptarse para evitar el paludismo. Circular de 7 de mayo de 1901. Ministerio de Gobernación”. *Gaceta* 130 (1901).

¹²⁷ *Declaración de insalubridad de lagunas y terrenos pantanosos o encharcados. Reglas. Decreto de 21 de marzo de 1895. Ministerio de Gobernación. Gaceta* 22 (1895).

¹²⁸ FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 167, 315.

¹²⁹ Alcaloide aislado de la quina por Pelletier y Caventou en 1820. FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, n 53.

¹³⁰ FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 241.

¹³¹ FERNÁNDEZ ASTASIO, Balbina – *La erradicación*, p. 352.

y farmacéutica condujo a la prescripción de la quina. Otras medidas llegaron de la mano de la ingeniería hidráulica, como la desecación de zonas pantanosas, el control de los cauces y el soterramiento de canales. El suministro de agua potable y la conformación de la ciudad ilustrada favorecieron la ventilación, la higiene y la salud, anticipando la normativa española de la Edad Contemporánea. Aranjuez fue laboratorio y campo de experimentación hasta la erradicación del paludismo. Todas estas peculiaridades de carácter patrimonial tanto tangible como intangible, hacen del ejemplo de Aranjuez un caso singular y temprano respecto de otros enclaves afectados por el paludismo a lo largo de la Edad Moderna en la Península Ibérica.

Das comissões de moradores e da saúde: o exemplo da comunidade de Mira-Sintra (1975-1977)

Pedro Réquio¹

Resumo

Com o fim da ditadura portuguesa (1926-1974), deposta pelos militares do Movimento das Forças Armadas (MFA) a 25 de abril de 1974, vastas camadas da população envolveram-se ativamente na transformação da realidade social e política do país. No campo da saúde, é de destacar a convergência de esforços entre as comunidades locais e os profissionais médicos. O fim da ditadura possibilitou que novas formas de organização e cooperação surgissem, dando azo a experiências autonomistas que, neste caso em particular, criaram estruturas de saúde locais que funcionaram como alicerces do futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS). A relação entre o Movimento de Saúde Comunitária e a Comissão de Moradores de Mira-Sintra serve como testemunho das transformações ocorridas durante o período em questão. A partir do seguinte estudo é possível perceber como se estabeleceram algumas redes de cuidados médicos na periferia das grandes cidades.

Palavras chave

Saúde; Sintra; Democracia; Comissões de Moradores; Portugal.

¹ Universidade de Coimbra.

Residents committees and health: The example of the Mira-Sintra community (1975-1977)**Abstract**

With the end of the Portuguese dictatorship (1926-1974), ousted by the military of the Armed Forces Movement (MFA) on April 25, 1974, large sections of the population became actively involved in the transformation of the country's social and political reality. In the field of health, the convergence of efforts between local communities and medical professionals is noteworthy. The end of the dictatorship allowed new forms of organization and cooperation to emerge, giving rise to autonomist experiments that, in this particular case, created local health structures that functioned as the foundation of the future National Health Service (SNS). The relationship between the Community Health Movement and the Mira-Sintra Residents' Commission serves as testimony to the transformations that occurred during the period in question. From the following study it is possible to understand how some medical care networks were established on the outskirts of large cities.

Keywords

Healthcare; Sintra; Democracy; Residents committees; Portugal.

Introdução

O caso da comissão de moradores Mira-Sintra, formada em 1975, fornece alguns elementos importantes para a compreensão das evoluções dos cuidados de saúde a nível local. Paralelamente ao surgimento das comissões de moradores, que se empenhavam na transformação da sua realidade local, surgiram também outros organismos que se ligaram a estas organizações de base. No caso da saúde, importa mencionar o Movimento de Saúde Comunitária (MSC), organização que se configurou enquanto uma das estruturas que viria a providenciar alguns dos alicerces logísticos e organizativos do futuro do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O MSC foi oficializado em 1977 e trabalhou em estreita colaboração com as populações.

Julga-se pertinente a realização deste artigo na medida em que pode contribuir para o estudo dos movimentos sociais e urbanos² em Portugal no pós 25 de Abril. Apesar de já existir um número considerável de estudos sobre as Comissões de Moradores e das suas dinâmicas gerais, a relação destes com as dos profissionais de saúde e a subsequente criação de estruturas que viriam a ser fundamentais para o desenvolvimento do SNS ainda se encontra em larga medida por fazer.

A saúde em Portugal e depois do 25 de Abril

Aquando do fim do Estado Novo a população tinha um acesso a cuidados médicos bastante deficitário. As fracas condições de habitabilidade traduziam-se também na debilidade da qualidade de vida da população. Em 1970, 53% da população não tinha acesso a água canalizada e cerca 40% não tinha esgotos nem instalações sanitárias³. A taxa de mortalidade infantil rondava os 55,5% e existiam 131,8 casos de tuberculose por cada 100 mil habitantes⁴. Portugal apresentava as taxas de mortalidade infantil e de tuberculose mais altas da Europa ocidental. No mesmo ano apenas 37% dos partos eram realizados em estabelecimentos de saúde e existiam apenas 94 médicos e 159 enfermeiros para cada 100 mil habitantes.

Em 1971, durante o governo de Marcello Caetano é implementada uma reforma na saúde, liderada pelo Ministro Baltazar Rebelo de Sousa. Todavia, o

² FARIA, Carlos Vieira de – “Movimentos Sociais Urbanos em Portugal – Algumas Reflexões Para a Dinamização do Estudo da Área”. In *Actas do IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra: Associação Portuguesa de Sociologia, pp. 2-3.

³ *Alojamentos familiares ocupados por instalações existentes segundo os Censos (1970-2011)* – PORDATA Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/Alojamentos+familiares+ocupados+por+instalações+existentes+segundo+os+Censos+\(1970+2011\)-151](https://www.pordata.pt/Portugal/Alojamentos+familiares+ocupados+por+instalações+existentes+segundo+os+Censos+(1970+2011)-151).

⁴ *Tuberculose: novos casos e retratamentos* – PORDATA Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Tuberculose+novos+casos+e+retratamentos-157>.

subfinanciamento do Estado para com a saúde continua. Em 1974 as despesas do Estado em saúde representavam somente 0,3% do seu orçamento.

O Movimento das Forças Armadas (MFA) que depôs a ditadura a 25 de Abril de 1974 apontava no seu programa para o lançamento de uma nova política social que teria como objetivo o “aumento progressivo, mas acelerado, da qualidade de vida dos portugueses”. Paralelamente a estas políticas do Estado vão surgir outras iniciativas de base, levadas a cabo pelos trabalhadores da saúde e pelas populações residentes nos bairros, que vão contribuir para uma melhoria significativa dos cuidados de saúde prestados em Portugal. Neste sentido, destaca-se a criação do Serviço Médico à Periferia, em 1975, que tinha como objetivo a colocação de jovens médicos no interior do país com o intuito de prestar cuidados primários numa lógica de medicina de grupo, e o Movimento de Saúde Comunitária (MSC), criado em 1977 como já referido, que tinha por objetivo sensibilizar a população para as questões da saúde e incentivá-la a participar na implementação do SNS. O MSC inseriu-se sobretudo em meios urbanos e foi composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e liderado por António Melich Cerveira, médico no Hospital Central do concelho de Sintra. As primeiras experiências, conduzidas por Cerveira e outros médicos junto das populações deram-se nesta zona a partir de 1975, ainda antes de oficialização do organismo.

Ao mesmo tempo, com o fim da ditadura e o estabelecimento de um contexto social e político que permitiu possibilidades de organização democrática, os habitantes dos bairros, em particular das zonas periféricas das grandes cidades, começaram a organizar-se em comissões de moradores e a darem início ao período das ocupações. Como referiu Raquel Varela: “Logo três dias depois do 25 de Abril, os moradores do bairro da Boavista, em Lisboa, ocupam as casas do bairro social e recusam-se a sair”⁵.

Estas comissões eram organismos populares de base em que os moradores se envolviam diretamente na transformação do seu modo de vida. Os problemas do quotidiano passavam a ser encarados como algo a ser resolvido de forma autónoma ou com auxílio de terceiros, mas sempre dentro de uma lógica que procurasse emancipar o trabalhador comum. Questões como a qualidade das habitações, a cultura, o trabalho e claro, a saúde, passaram a constituir assuntos prementes. Estes debates não devem ser segmentados mas antes encarados como elementos unitários, subjugados a um só propósito, a melhoria das condições gerais de vida das populações:

“A maioria das reivindicações encaradas pelas comissões de moradores são de emergência: direito à habitação (mantendo-se as populações no mesmo local ou bairro); infraestruturas, creches e infantários, saneamento básico.

⁵ VARELA, Raquel – *História do Povo na Revolução Portuguesa 1974-1975*. Lisboa: Bertrand Editora. p. 249.

Estas comissões têm uma organização por bairro – e não necessariamente administrativa, como no caso da freguesia –, e, portanto, têm uma dimensão que reúne formas de solidariedade ou de conflitos, mas em torno das vidas comuns fora do espaço de trabalho⁶.

As comissões de moradores baseiam-se assim em organismos urbanos compostos por moradores do mesmo bairro que partilham o mesmo espaço residencial e que, portanto, enfrentam carências e dificuldades comuns.

O movimento de saúde comunitária (MSC) e o concelho de Sintra

O MSC resultou, em parte, de uma evolução da Comissão Municipal de Saúde de Sintra (CMSS), uma entidade que também contou com a participação de Melich Cerveira⁷ e que iniciou as suas atividades em 1975. No *Boletim Municipal da Comissão Administrativa do Município de Sintra*, publicado em julho desse ano, foi anunciada a realização do 1º Plenário de Saúde do Concelho. Foram igualmente anunciadas algumas as atividades já desenvolvidas ou a iniciar junto de populações do integradas no Concelho de Sintra. Entre as atividades realizadas destacam-se “levantamentos sócio sanitários”, o “estímulo à criação de Comités de Gestão nos postos da Previdência” e a “substituição da direção do Centro de Saúde por uma comissão multiprofissional”⁸.

O Plenário postulou que as atividades médicas devem ser desenvolvidas de modo a que “a medicina preventiva seja o grande objetivo dos Serviços de Saúde e considerou prioritária “a organização da saúde materna e infantil”. Referiu também a importância de que o ensino da medicina passe a ser baseado na “prática e no contacto direto com as populações” e que “os estudantes de medicina sejam considerados como potencialidades a mobilizar em tarefas de vacinação, educação sanitária, etc.”⁹.

A artigo referente a organização do 1º Plenário de Saúde do Concelho de Sintra é iniciado com diversos parágrafos que apresentam uma retórica de inspiração claramente marxista:

“A questão da saúde é uma questão política, que não se reduz à resolução dos problemas técnico-administrativos da prestação de serviços médicos.

⁶ VARELA, Raquel – *História do Povo na Revolução Portuguesa*, p. 253.

⁷ *Movimento de Saúde Comunitária*, Centro de Documentação 25 de Abril. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 1.

⁸ *Boletim Municipal da Comissão Administrativa do Município de Sintra*, julho de 1975. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 13.

⁹ *Boletim Municipal da Comissão Administrativa do Município de Sintra*, p. 13.

Há em Portugal uma medicina para a burguesia e outra para os trabalhadores. A medicina para os operários e trabalhadores rurais da Várzea de Sintra e de Almargem do Bispo não é a mesma da dos burgueses da Vila ou do Banzão. Democratizar a saúde é um objetivo que só numa sociedade socialista se poderá equacionar em moldes corretos, pois temos que ter presente que o que está em causa não são só os serviços médicos, mas sim toda a organização social (...)"¹⁰.

Imbuída de preocupações convergentes com as do socialismo de base, e de apoio a soluções convergentes com “o MFA e os partidos verdadeiramente progressistas”¹¹, a CMSS procurou assim integrar os serviços médicos já existentes no concelho de Sintra bem como garante-os de mais serviços e criar unidades piloto que prestassem cuidados até à data inexistentes, como obstetrícia, serviços materno-infantis e unidades de vacinação. Durante o ano de 1975 e o 1976 o CMSS desenvolveu uma série de atividades que, após uma articulação com outros profissionais e comissões de outros concelhos, vão dar origem ao MSC, que foi oficialmente formado em abril de 1977. O MSC vai sustentar-se na alínea 64 da constituição que define: “Todos têm o direito a proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, mas também nas linhas orientadoras da OMS¹², tendo como meta principal a criação de um Serviço Nacional de Saúde. No 1º boletim do MSC é referido que:

“A utilização de meios moderadores de consumo (taxas moderadoras, atraso de reembolso ou redução de benefícios) dificulta o acesso aos Serviços de saúde sobretudo as classes de menor rendimento pois são essas as primeiras a coibirem-se dos recursos aos cuidados de saúde”¹³.

É mencionado também que os serviços devem ir “ao encontro da comunidade e ajustar os seus períodos de funcionamento às necessidades das comunidades”¹⁴ e que a população deve participar ativamente na construção do SNS. Este documento defende que esta colaboração direta com populares contribui para modificar “a atitude da comunidade em relação a outros problemas nomeadamente no setor habitacional, cultural, económico” pois “com os seus reflexos na promoção da saúde a participação persegue objetivos, todos importantes e que se inter-relacionam”¹⁵.

¹⁰ *Boletim Municipal da Comissão Administrativa do Município de Sintra*, p. 13.

¹¹ *Boletim Municipal da Comissão Administrativa do Município de Sintra*, p. 13.

¹² *Movimento de Saúde Comunitária*, Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, Coimbra, p. 1.

¹³ *Boletim Informativo do Movimento de Saúde Comunitária*, nº1, Abril de 1979. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 11-12.

¹⁴ *Boletim Informativo do Movimento de Saúde Comunitária*, p. 12.

¹⁵ *Boletim Informativo do Movimento de Saúde Comunitária*, nº1, Abril de 1979. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 19.

Como se pode verificar existe uma continuidade de princípios, preocupações e metas a atingir que são transversais tanto à CMSS como ao MSC e que nos permitem entender a primeira como estrutura embrionária do último. Foi só quando o movimento se tornou mais estruturado, em 1977, que se iniciaram colaborações com algumas populações um pouco mais afastadas do centro do concelho, como é o caso da comunidade de Mira-Sintra.

A comunidade de Mira-Sintra

Mira-Sintra era, em 1975, um agregado populacional do concelho de Sintra situado num bairro de habitação social construído pelo Fundo de Fomento e Habitação e que começou a ser habitado nesse mesmo ano. Esta comunidade, oriunda de diversos bairros pobres da zona, tinha uma população de cerca de 11 000 habitantes, dos quais 5000 eram crianças. Estas famílias deslocaram-se para Mira-Sintra, onde encontraram habitações com problemas de humidade, instalações elétricas e de saneamento. Para além disto havia uma falta de transportes, creches e infraestruturas de saúde. Tornou-se assim necessário que os moradores deste bairro, em consonância com muitos outros por todo o país, se organizassem para encontrar resposta para as suas necessidades¹⁶.

O facto de Mira-Sintra se inserir dentro do concelho de Sintra permitiu que algumas das experiências que conduziram a formação do MSC se articulassem com as comunidades da região. De notar que algumas das unidades piloto do MSC se estabeleceram em Algueirão-Mem Martins, uma freguesia na qual Mira-Sintra estava integrada, o que certamente terá facilitado contactos e permitido articulações¹⁷.

A comissão de moradores de Mira-Sintra e a Saúde

As comissões de moradores, que se começam a formar a partir de organismos locais de bairro após o 25 de Abril, atingem o seu apogeu durante o ano de 1975. Estas comissões criavam em si sectores dedicados a assuntos específicos, como o da saúde. No caso da Comissão de Mira-Sintra (CMMS), e a partir dos boletins por ela publicados, é possível reconstruir uma série de atividades de grande relevo no que respeita a responder às necessidades específicas destes moradores, mas que também servem

¹⁶ *Boletim Informativo da Comissão Moradores de Mira Sintra*, fevereiro/março de 1977, Ano II. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p.1.

¹⁷ CERVEIRA, António Melich – *Documento do espólio de Melich Cerveira sobre a formação da CMSS*. Centro de Documentação 25 de Abril.

de exemplo de algumas conquistas gerais feitas no campo da saúde pública durante o período que se seguiu ao fim da ditadura.

No primeiro boletim da CMMS, de fevereiro de 1976, o grupo de trabalho da saúde e assistência social refere que o seu trabalho consiste na integração na comunidade de um “numero de médicos necessários a uma eficiente assistência medica, o que pressupõe a residência desses médicos na comunidade de modo a abranger a assistência médica na infância, média idade e velhice”. Este grupo compromete-se também a encontrar soluções para todas as famílias que não beneficiem de Assistência Social. É anunciado que em breve abrirá um posto de saúde que estará dotado de consultas de clinica médica, pediatria, estomatologia e ginecologia. A partir do ano seguinte o posto passou a contar com as especialidades de dermatologia e urologia¹⁸. Este posto veio a contar com 9 médicos e 7 enfermeiros e teve um horário das 9 as 12 e das 14 as 21¹⁹. Funcionando assim durante um período pós-laboral. Aqui temos de um exemplo de como um serviço de cuidados médicos locais foi programado de forma ajustada aos horários das comunidades trabalhadoras.

A partir de junho de 1976 passam a ser administradas vacinas contra a tosse convulsa, antipoliemielitica, antivariólica e outras. É também redigido um apelo para que os pais das crianças vacinem os seus próprios filhos e se se certifiquem que levam o boletim de vacinação e, caso não o tenham, que solicitem um, junto das autoridades médicas. Este apelo estende-se também aos professores, para que estes contribuam para mobilizar os pais mais despreocupados. Esta nota é acompanhada de uma outra que resume os efeitos da poliomielite em Portugal durante as últimas décadas e refere, talvez como forma de sensibilizar os pais, que a administração da vacina é inteiramente gratuita²⁰.

Em junho deste mês é também anunciada a criação um Centro de Reeducação e Readaptação de crianças deficientes. A comunidade de Mira-Sintra contava com cerca de 50 crianças inseridas nesta condição clinica. Os pais destas crianças conseguiram juntar alguns apoios monetários e material de construção e, em conjunto com comunidades provenientes de bairros próximos, começaram a construir este Centro.²¹ Em Janeiro de 1977 o Centro recebeu 8 aquecedores que foram ofertados pela Direção Geral de Saúde e foram pedidos contributos de psicólogos para acompanharem as crianças²².

¹⁸ *Boletim Informativo da Comissão Moradores de Mira Sintra*, fevereiro/março de 1977, Ano II. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 22.

¹⁹ *Boletim Informativo da Comissão de Moradores de Mira Sintra*, 2 de julho de 1976. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 5-6.

²⁰ *Boletim Informativo da Comissão de Moradores de Mira Sintra*, 5 de julho de 1976. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, pp. 4-5.

²¹ *Boletim Informativo da Comissão de Moradores de Mira Sintra*, p. 3.

²² *Boletim Informativo do 1º Congresso da Comissão de Moradores de Mira Sintra*, janeiro de 1977. Coimbra: Centro de Documentação 25 de Abril, p. 6.

Paralelamente, e através dos boletins e de atividades locais, o Grupo de Trabalho da Saúde e Assistência Social alertou para os problemas de saúde pública. Neste sentido destacam-se os debates em torno dos problemas habitacionais e de saúde provocados pela humidade bem como para a necessidade da criação de zonas verdes na comunidade. Foram também transmitidos conhecimentos que permitam a identificação sintomas de determinadas doenças, tais como a hepatite²³.

Este grupo publicou um artigo, da autoria de António Paixão de Melo, presidente da Sociedade Antialcoólica Portuguesa, que alertava para os perigos do alcoolismo. O texto referia que para além dos efeitos negativos individuais o alcoolismo acarreta vicissitudes que contribuem para a falta de rendimento e para a degradação das relações humanas, em particular as relações familiares, bem como para a desvinculação do indivíduo da comunidade. De ter em conta que em 1975 Portugal era o segundo país da Europa com maior percentagem de consumo de álcool e mortalidade por cirrose hepática²⁴. O alcoolismo crónico afetava em particular as pessoas dos estratos sociais mais baixos tendo uma particular incidência nas zonas periféricas das grandes cidades.

Nota conclusiva

Como demonstrado, existiu um fio condutor entre as atividades programadas no 1º *Plenário de Saúde do Concelho de Sintra* em julho de 1975 e algumas das ações conduzidas pelos profissionais de saúde junto da comunidade de Mira-Sintra, onde se destacam os cuidados pediátricos e as campanhas de vacinação. Este breve estudo procurou assim partir de uma organização de carácter central para uma comunidade local específica. Algumas das interações entre alguns atores dos eventos ficaram por explicar devido à escassez de informação. Deve ser sublinhado que boa parte das fontes consultadas para a realização deste estudo provêm do espólio pessoal de António Melich Cerveira, inserido na coleção do Centro de Documentação 25 de Abril.

O mosaico de ligações construído permite, no entanto, perceber as transformações de realidades locais através do trabalho conjunto realizado entre profissionais de saúde e os moradores de uma comunidade específica. Curiosamente, e apesar de algumas destas atividades e conquistas terem tido financiamento estatal, começaram a surgir no momento de crise do Estado²⁵, durante o auge do período revolucionário (verão de 1975) e estenderam-se para além deste (1977). Ou seja, o ímpeto

²³ *Boletim Informativo do 1º Congresso da Comissão de Moradores de Mira Sintra*, p. 5.

²⁴ CORREIA, J. Pinto – “Epidemiologia do alcoolismo”. *Acta Médica Portuguesa* 5 (1984), pp. 141-150.

²⁵ VARELA, Raquel – *História do Povo na Revolução Portuguesa*, p. 266.

revolucionário e as organizações de base tiveram ainda algum fôlego e peso social muito após o 25 de novembro de 1975.

As dinâmicas geradas pela articulação da Comunidade de Mira-Sintra com a Comissão de Saúde de Sintra e depois com o Movimento de Saúde Comunitária são produto da convergência de iniciativas de base das organizações médicas e das comissões de moradores. Ao mesmo tempo, servem também como alicerces de algumas das estruturas que virão a constituir o Serviço Nacional de Saúde em 1979. Muitos postos de saúde que resultaram desta colaboração, como o de Mira-Sintra, virão depois a constituir os centros locais de cuidados primários (ou de medicina preventiva) que compuseram o SNS. Importa perceber que SNS teve as suas origens a partir de iniciativas que contaram, desde a sua génese, com o apoio ativo da população. Evidencia-se uma vez mais que esta dinamização local dos cuidados médicos se inseria num amplo quadro de reivindicações e mobilizações políticas unitárias. Onde a saúde, a questão habitacional, educacional, laboral e cultural se interpenetravam.

Lixo Capital: de Aterro Sanitário a Cidade Estrutural (1964-2020)

Maíra Oliveira Guimarães¹

Resumo

A Estrutural é uma cidade satélite de Brasília, capital do Brasil, onde hoje moram mais de 45.000 pessoas. A ocupação do território teve início em meados da década de 1960, quando uma área vizinha ao Parque Nacional de Brasília começou a ser usada como área de descarga de lixo. O Aterro Sanitário do Jóquei, como ficou conhecido, foi, por décadas, o principal local de depósito de todos os resíduos do Distrito Federal, chegando a alcançar o título de maior lixão a céu aberto da América Latina. Desde o início das atividades, famílias de catadores viram no Aterro uma grande oportunidade de geração de renda, ocupando os arredores com suas barracas e moradias improvisadas. Nos anos 2000, quando atingia o contingente populacional de mais de 25.000 pessoas, o assentamento foi legalmente reconhecido e nele instaurada uma série de obras de infraestrutura urbana. A cidade cresceu a ponto de expulsar o próprio Aterro Sanitário, desativado em 2018. As principais problemáticas que marcaram essa história, entretanto, ainda aguardam uma resolução efetiva. O presente artigo vem apresentar os principais acontecimentos que ditaram o percurso de formação da Cidade Estrutural, inserindo-a nas narrativas do *Wasteocene*.

Palavras-chave

História urbana; Historiografia de Brasília; Urbanização do Brasil; Políticas públicas; Lixoceno.

¹ PhD em Teoria, História e Crítica pela Universidade de Brasília, Brasil.

Capital Waste: from landfill site to Estrutural City (1964-2020)**Abstract**

Estrutural is a satellite city of Brasília, capital of Brazil, where today more than 45.000 people live. The beginning of the occupation took place in the mid-1960s, when an area next to the National Park of Brasilia began to be used as a garbage disposal site. The Jóquei Clube Sanitary Landfill, as it became known, was for decades the main place for depositing all waste produced in the Federal District, reaching the title of the largest open-air landfill in Latin America. Since the beginning of activities, families of waste pickers have seen a great opportunity for subsistence and income generation, occupying the surroundings with their tents and improvised houses. In the 2000s, when it reached the population of more than 25.000 thousand people, the settlement was legally recognized and a series of urban infrastructure works were installed in it. It grew so much that it ended up closing the Sanitary Landfill itself, which was deactivated in 2018. However, the main problems that marked the history of Estrutural are far from an effective resolution. This article presents the main events that dictated the City's formation path , inserting it in the Wasteocene narratives.

Keywords

Urban history; Historiography of Brasília; Brazilian urbanization; Public politics; Wasteocene.

1. Introdução: os resíduos materiais e humanos da capital do Brasil

A perspectiva do Antropoceno considera que a ação humana provocou a ruptura dos ciclos biofísicos naturais do planeta e alterou a composição estratigráfica da terra, instituindo, portanto, uma nova era geológica. Diferentes abordagens críticas ao Antropoceno têm destacado a necessidade de maior politização na análise da atual crise ambiental, bem como oferecido contrapontos históricos e socioeconômicos para o tratamento científico da transformação dos ecossistemas globais. Dentre estas, o Capitaloceno apontou a força do capital como o principal fator de apropriação e de modificação da natureza, alcançando notoriedade no debate². Um interessante desdobramento da abordagem, até o momento relativamente pouco explorado, se refere ao intitulado *Wasteocene*³, traduzido para o português como Lixoceno⁴. Ao considerar o desperdício como o marco planetário da era contemporânea, a corrente expõe a natureza contaminadora e violenta do capitalismo sobre o meio ambiente e os tecidos sociobiológicos, ao mesmo tempo que se apresenta como um recurso intrinsecamente histórico⁵, “especialmente adaptado para desmistificar as narrativas convencionais do Antropoceno”⁶. A abordagem alega que as injustiças socioambientais não consistem em meros efeitos colaterais do capitalismo, pelo contrário, são peças fundamentais para a produção de bem-estar e segurança para determinados grupos, feita mediante o descarte e a exclusão daquilo e *daquelles* que não são considerados valoráveis. Como adverte Marco Armiero, principal idealizador do conceito, “o lixão é uma função do bairro verde e seguro”, afinal, “todo paraíso precisa criar o seu próprio inferno”⁷.

O presente artigo vem apresentar um breve histórico socioambiental e urbanístico da Estrutural, uma pequena cidade surgida a partir das atividades de um aterro sanitário instalado nas bordas do centro político e administrativo do Brasil, apresentando-se como um ótimo exemplo das lógicas tóxicas e excludentes do Lixoceno. Antes, porém, é importante situar as especificidades da formação do Distrito Federal – DF, Unidade Federativa criada para a construção da nova capital do país. Como sabido, Brasília foi planejada por Lucio Costa, vencedor do concurso urbanístico nacional promovido entre o fim de 1956 e início de 1957. O território, um quadrilátero de cerca de 5.800 km² localizado no centro geográfico do Brasil,

² MOORE, Jason W. (Ed.) – *Anthropocene or capitalocene?: Nature, history, and the crisis of capitalism*. Oakland: Pm Press, 2016.

³ ARMIERO, Marco – *Wasteocene: Stories from the Global Dump*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

⁴ GABOARDI, Shaiane Carla; NUNES, Lauren De Cesaro – “Antropoceno, Capitaloceno e Lixoceno: Diferentes abordagens sobre as relações sociedade-natureza”. *Revista GEOMAE* 12/1(2021), p. 49-65.

⁵ ARMIERO, Marco – *Wasteocene: Stories from the Global Dump*.

⁶ ARMIERO, Marco; DE ANGELIS, Massimo – “Anthropocene: Victims, narrators, and revolutionaries”. *South Atlantic Quarterly* 116/2 (2017), p. 345-362.

⁷ ARMIERO, Marco – *Wasteocene: Stories from the Global Dump*.

antes constituído por grandes latifúndios, foi federalizado para a implementação da cidade, que, em sua maior parte, foi erguida no tempo recorde de três anos e meio, vindo a ser inaugurada já em abril de 1960⁸. Por essa razão, o Estado foi o principal planejador, construtor e, principalmente, proprietário do solo rural e urbano do DF⁹.

A construção de Brasília dependeu da mobilização de trabalhadores provenientes de todas as partes do Brasil, em especial, de dezenas de milhares de operários braçais, então apelidados *candangos*. A princípio, os operários eram alojados em acampamentos provisórios geridos pelas próprias construtoras, mas o forte fluxo migratório para a região rapidamente fez com que surgissem assentamentos espontâneos em todo território. O crescimento populacional alcançava uma taxa média anual de quase 110%¹⁰, transformando uma população de 13.000 pessoas em 127.000 em apenas três anos, transcorridos entre 1957 e 1960, antes da inauguração da cidade¹¹. A maior dessas ocupações, crescida a ponto de ser intitulada Cidade Livre¹², apresentou um acréscimo populacional médio de 2.000 pessoas ao mês durante o



Fig. 1 – Fotografias do período da construção de Brasília, mostrando, respectivamente, o Congresso Nacional e uma família residente na ocupação *Sacolândia*, nos arredores do Plano Piloto. Fotos: Marcel Gautherot – Instituto Moreira Salles, 1958-1960.

⁸ FICHER, Sylvia; BATISTA, Geraldo Nogueira; LEITÃO, Francisco; FRANÇA, Dionísio Alves de – “Brasília: uma história de planejamento”. In RODRÍGUEZ, Eduard; FIGUEIRA, Cibele Vieira A (orgs.) – *Brasília 1956 > 2006, de la fundación de una ciudad capital, al capital de la ciudad*. Lleida: Milenio, 2006. pp. 55-97.

⁹ SILVEIRA, Denise Prudente de F. – “Gestão territorial do Distrito Federal: Trajetórias e tendências”. In PAVIANI, Aldo (Org.) – *Brasília – gestão urbana: conflitos e cidadania*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998, p. 145.

¹⁰ FERREIRA, Ignez Costa Barbosa – “O processo de urbanização e a produção do espaço metropolitano de Brasília”. In PAVIANI, Aldo (Org.) – *Brasília, Ideologia e Realidade: Espaço Urbano em Questão*. São Paulo: Editora Projeto/CNPq, 1985.

¹¹ SILVEIRA, Denise Prudente de F. – “Gestão territorial do Distrito Federal”, p. 145.

¹² A Cidade Livre viria a ser regularizada em 1961 e batizada como Núcleo Bandeirante.

ano de 1958, recebendo o título de “primeira favela de Brasília”¹³. Os migrantes mais pobres erguiam suas moradias com o uso de madeirites, pregos e outros materiais encontrados no lixo da construção civil, como as ocupações *Lonalândia* e *Sacolândia*, cujos nomes de deram devido aos materiais predominantemente usados nos barracos, respectivamente, lonas e sacos de cimento¹⁴ (Fig.1).

Tal crescimento populacional representou uma demanda por moradias não prevista pelos planejadores públicos, impondo-se à administração a necessidade de criação de cidades satélites¹⁵. A primeira, Taguatinga, foi fundada em 1958, mediante uma grande operação de transferência de milhares de famílias assentadas. Elas eram transportadas em caminhões carregados com todas as suas posses, incluídos os materiais dos barracos desmantelados. Não por acaso, Taguatinga foi localizada a mais de 30 km do centro de Brasília e o processo de transferência foi realizado antes que os lotes concedidos contassem com infraestrutura urbana básica, como luz elétrica e rede de esgoto¹⁶. Tal política pública de erradicação de ocupações vigoraria por décadas, tendo sido novamente aplicada em 1971, na fundação da cidade satélite de Ceilândia, cujo nome se deve à operação CEI – Campanha de Erradicação de Invasões. De um modo geral, a população reassentada era transferida para localidades distantes do cartão postal da Capital, salvo os casos do Núcleo Bandeirante e da Vila Planalto, que conquistaram sua permanência nas proximidades da Capital¹⁷. Vê-se, portanto, que o DF tem como origem de sua política territorial a concessão de terras não urbanizadas como resposta à crescente demanda habitacional, promovendo o isolamento geográfico de famílias em situação de vulnerabilidade econômica.

Para além do déficit habitacional, a falta de planejamento urbano do DF também abrangeu a gestão dos seus resíduos. Segundo matéria jornalística do dia da abertura, intitulada *Brasília se inaugura sem depósito de lixo: o que havia virou favela*, uma área próxima à Cidade Livre, que estava sendo usada provisoriamente para os descartes, havia sido completamente ocupada por barracos¹⁸. Se passariam poucos anos até que, em meados da década de 1960, fosse escolhido o local definitivo para o depósito de lixo¹⁹, mas, diferentemente da primeira cidade satélite, a área era bem próxima ao

¹³ DAMATA, Gasparino; ALLI, Orlando – “Os primos pobres de Canaã”. *Manchete*. Rio de Janeiro, n. 326, (19 de julho de 1958).

¹⁴ BERENSTEIN JACQUES, Paola; ALMEIDA JUNIOR, Dilton Lopes de – “A construção de Brasília: alguns silenciamentos e um afogamento”. *Suspended spaces. Sistema Solar 4* (2018), pp. 52-77.

¹⁵ STEINBERGER, Marília – “Formação do aglomerado urbano de Brasília no contexto nacional e regional”. In PAVIANI, Aldo (Org.). *Brasília – gestão urbana*, pp. 27-39.

¹⁶ GOUVÊA, Luiz Alberto de Campos – “A violência estrutural”. In PAVIANI, Aldo; FERREIRA, Ignez Costa Barbosa; BARRETO, Frederico Flósculo P. (Org.) – *Brasília – dimensões da violência urbana*. Brasília: Ed. UnB, 2005.

¹⁷ SILVEIRA, Denise Prudente de F. – “Gestão territorial do Distrito Federal”, p. 145.

¹⁸ ANÔNIMO – “Brasília se inaugura sem depósito de lixo: o que havia virou favela”. *Jornal do Brasil* (21 de abril de 19960), p. 3.

¹⁹ MUNETON ORREGO, Juan Fernando – *Vila Estrutural: Uma abordagem sobre ocupação e a produção do espaço*. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Dissertação.

Plano Piloto, a pouco mais de 12 km do centro da Capital. Situado a oeste do Córrego Cabeceira do Valo e ao sul da Via Estrutural, o Aterro Controlado do Jóquei deve seu nome à proximidade com o Jockey Club de Brasília, atualmente desativado. A implementação do Aterro não contou com qualquer medida de preparação do solo, sendo todos os resíduos sólidos, industriais e hospitalares depositados diretamente sobre o terreno natural, sem nenhum estudo prévio sobre o risco de contaminação dos lençóis freáticos. Além de tudo, o local escolhido estava a poucos metros de limites do Parque Nacional de Brasília, área de proteção ambiental permanente²⁰.

Desde o início das atividades, famílias em situação de vulnerabilidade viram no Aterro uma grande oportunidade de subsistência, ocupando os arredores com seus barracos improvisados. Negligenciadas pela administração pública, as ocupações cresceram gradualmente ao longo de mais de 20 anos, até que, ao final da década de 1980 e início da década de 1990, a atuação de políticos transformou o assentamento em um verdadeiro palco de disputas eleitorais, especulação imobiliária e até mesmo de conflitos armados. Nos anos 2000, quando atingia o contingente populacional de mais de 25.000 pessoas, o parcelamento foi legalmente reconhecido e nele instaurada uma série de obras de infraestrutura urbana. Atualmente, a reconhecida Cidade Estrutural passa pelo processo de regularização fundiária e de concessão de escrituras para cerca de 35.000 habitantes formais²¹, mas estima-se que outros 16.000 ainda se encontrem assentados irregularmente, sem provisão de infraestrutura urbana básica e serviços de limpeza pública.

Na imagem (Fig.2), vê-se fotogrametrias aéreas realizadas em 1964 e 2020, mostrando parte do tecido urbano do Distrito Federal, mais especificamente, a localização de Brasília, de Taguatinga, da Cidade Estrutural e do Aterro Sanitário do Jóquei Clube. Com o auxílio de fontes bibliográficas, documentais, jornalísticas e audiovisuais, serão apresentados, a seguir, os principais acontecimentos que ditaram o surgimento e a consolidação da Estrutural, de acordo com a seguinte periodização:

1) A “*Invasão*” da Estrutural, referenciando o período compreendido entre meados da década de 1960, fase de aparecimento das primeiras ocupações, até o início dos anos 2000, quando foi provada a primeira medida legal para regularização da área;

²⁰ BERNARDES, Ricardo Silveira – “Caracterização geofísica e geoquímica da área de disposição de resíduos urbanos “Aterro do Jóquei Clube” em Brasília – DF”. In *20º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental*. Rio de Janeiro: s.n., 1999.

²¹ GUIMARÃES, Maira Oliveira – *De invasão a cidade: Trajetória socioespacial da Estrutural – DF*. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Ensaio teórico (graduação em Arquitetura e Urbanismo).



Fig. 2 - Fotogrametrias aéreas do Distrito Federal em 1964 e 2021, mostrando Brasília (1), Taguatinga (2), a Cidade Estrutural (3) e, em vermelho, a área do Aterro Sanitário do Jockey Clube. Fotos: GeoPortal / DF, 2021.

2) *A Vila Estrutural*, a qual compreende o período entre 2002, ano de sua instituição como Zona Habitacional de Interesse Social e Público – ZHISP, até 2011, ano em que foi assinado o decreto de regularização fundiária;

3) *A Cidade Estrutural*, abordando as condições atuais do parcelamento, passando pelas proposições do projeto preliminar da Lei de Uso e Ocupação do solo – LUOS, pela desativação do Aterro Sanitário e pelo processo de regularização fundiária da cidade.

2. De Aterro Sanitário a Cidade Estrutural

2.1 A Invasão da Estrutural

O início da ocupação da área que hoje conhecemos como Cidade Estrutural remonta de meados da década de 1960, quando o local passou a ser utilizado como depósito de todo o lixo produzido no Distrito Federal. Já de início, um grupo de cerca de trinta famílias de catadores passaram a buscar o seu sustento na revenda, na reutilização e no consumo dos itens coletados. Os primeiros barracões erguidos eram estruturas simples que serviam inicialmente para armazenar as sacas de lixo, sendo posteriormente vedados e transformados nas próprias casas dos catadores. Naturalmente, elas eram construídas por eles mesmos, com o uso de pedaços de madeirites, plásticos e outros descartes fixados com pregos²².

A comunidade alocada cresceu timidamente ao longo da década seguinte, sendo estimada, em 1975, em cerca de 130 pessoas. Em fotogrametria aérea realizada neste ano (Fig. 3), vê-se o início da delimitação de vários dos percursos que ainda hoje compõe o desenho viário do parcelamento, em especial, o início da construção da Estrada Parque Ceilândia, posteriormente chamada Via Estrutural²³. Próxima à estrada, onde se percebe na fotografia uma mancha clara de solo exposto, tem-se

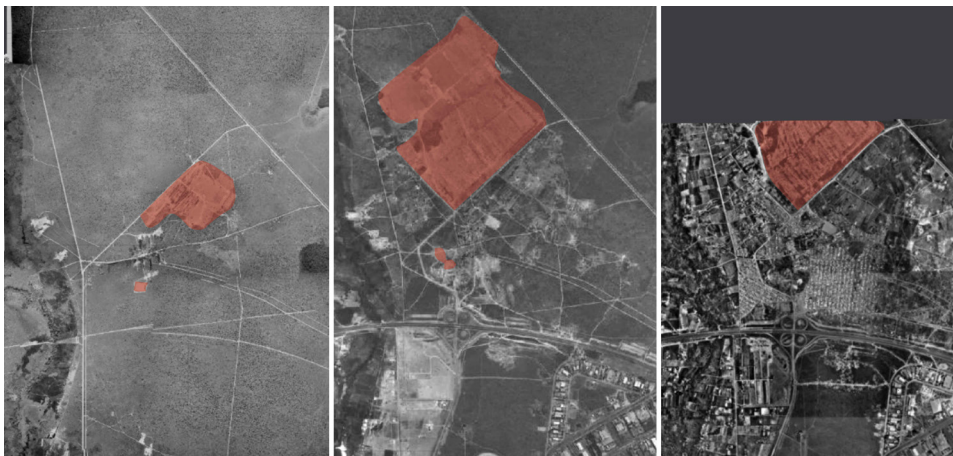


Fig. 3 – Fotogrametrias aéreas da Estrutural em 1975, 1991 e 1997, mostrando, em vermelho, as áreas de deposição de lixo. Fotos: *GeoPortal / DF*, 2021.

²² MUNETON ORREGO, Juan Fernando – *Vila Estrutural: Uma abordagem sobre ocupação*.

²³ MUNETON ORREGO, Juan Fernando – *Vila Estrutural: Uma abordagem sobre ocupação*.

o princípio do chamado *Buracão*, vala que foi aberta para a extração de cascalho durante as obras da rodovia. A área também serviu como depósito de lixo e entulho por vários anos, se expandindo devido a processos de erosão e se transformando em uma verdadeira “lagoa de lixo” nas épocas chuvosas²⁴.

As primeiras famílias se fixaram prioritariamente nas proximidades do Aterro, do *Buracão* e também nos arredores do Córrego Cabeceira do Valo. Entende-se que o curso d’água foi determinante para a manutenção das condições mínimas de permanência da comunidade, provendo recursos hídricos e a possibilidade de plantio de subsistência, tal como de fato foi promovido por algumas famílias que instauraram as primeiras chácaras na área²⁵.

Com o reconhecimento legal do Aterro Sanitário, em 1977, decidiu-se pela transferência dos pontos de depósito de lixo para uma porção mais distante da Via Estrutural, ao norte, bem próxima aos limites do Parque Nacional. A partir de então, as manchas de ocupação se multiplicaram e, preocupantemente, passaram a englobar as antigas áreas de deposição de lixo²⁶. Outro fator importante ocorrido na mesma época foi o decreto de 1989 que criava o Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA, cujos limites também já começavam a ser ocupados informalmente. Eis que, finalmente, a atenção da administração pública se voltava à Estrutural.

O decorrer da década de 1990 foi crucial para a fixação da comunidade e o estabelecimento das atuais condições demográficas, no que se relaciona principalmente à mudança do perfil dos alocados. Em levantamento feito em 1993, foi apontado o número de 393 famílias residentes, das quais, na época, 149 (37%) atuavam como catadores de lixo²⁷. O assentamento, antes intrinsecamente relacionado às atividades do Aterro, ora consistia num foco de atração de migrantes locais e regionais em busca de moradia e oportunidades de trabalho. De um modo geral, no período, crescia o número de ocupações irregulares em todo o território, devido também aos efeitos da restrição de políticas habitacionais aplicada na década de 1980. À época, cerca de 85.000 pessoas moravam em favelas no DF, número 3,5 vezes maior que no período anterior²⁸.

Com o aumento da visibilidade da área, a situação da Estrutural se transformou num empasse político. Além do surgimento das primeiras lideranças populares, viu-se também a ação de parlamentares que tentavam criar *currais eleitorais* por meio da

²⁴ GOUVÊA, Luiz Alberto de Campos – A violência estrutural.

²⁵ DISTRITO FEDERAL (Governo), SEDUMA – *Projeto integrado Vila Estrutural. Plano de manejo da ARIE da Cabeceira do Valo*. Brasília: s.n., 2012.

²⁶ MUNETON ORREGO, Juan Fernando – *Vila Estrutural: Uma abordagem sobre ocupação*.

²⁷ DISTRITO FEDERAL (Governo), SEDUMA – *Projeto integrado Vila Estrutural. Plano físico e social de relocação e reassentamento das famílias beneficiárias do Projeto Integrado Vila Estrutural*. Brasília: s.n., 2008.

²⁸ GOUVÊA, Luiz Alberto de Campos – *Brasília: a capital da segregação social e do controle social – Uma avaliação da ação governamental na área de habitação*. São Paulo: Ed. Annablume, 1995.

promessa de regularização fundiária. A estratégia foi usada por diferentes grupos em contextos distintos, como bem explicitado no documentário *Estrutural*, de 2016²⁹. Em depoimento, a presidente da Associação de Catadores, Dona Geralda, alega que o então governador Joaquim Roriz (1991-1994) havia prometido a fundação de uma Vila Ecológica no local e pediu que os próprios assentados contivessem a expansão da ocupação. Cristovam Buarque, por sua vez, candidato de oposição que saiu vitorioso nas eleições de 1994, também alegou que concederia os lotes à comunidade e que lá construiria um posto de saúde. Mas a principal manipulação eleitoreira foi de fato aquela promovida pelos Deputados Distritais José Edmar e Luiz Estevão, considerados “padrinhos” da cidade e cujos nomes ainda batizam as duas avenidas principais. O apelo era tão grande que os parlamentares convocaram famílias assentadas em outras localidades do DF e forneceram *kits* com materiais de construção. Na época, foram feitas até mesmo fotografias de campanha em que supostamente auxiliavam na construção dos barracos³⁰.

Frente à promessa de concessão de lotes, o assentamento passou por um *boom* populacional. Em 1995, num período de apenas dois meses, 1.500 novas famílias haviam se mudado para o local. Dentre essas pessoas, estava Marlene Mendes, que viria a ser uma grande articuladora comunitária e também uma das fundadoras da Associação dos Moradores da Estrutural – ASMOES. Cristovam Buarque, depois de eleito governador, entretanto, tinha mudado de posição e vetou o projeto de lei de José Edmar para a regularização do assentamento³¹.

Em 1996, após meses de negociação entre as lideranças comunitárias e o Governo do Distrito Federal, foi acordado o dito “remanejamento provisório”, que transferiu as famílias assentadas dentro da área delimitada para o futuro setor industrial para as proximidades do *Buracão*. A operação, coordenada pelo Instituto de Desenvolvimento Habitacional do DF – IDHAB, naturalmente, só veio a aumentar as expectativas de regularização da área, impulsionando ainda mais o seu crescimento³².

Foi nessa conjuntura que se iniciou a fase de confrontos violentos entre os assentados e o Governo. Em 1997, quando se encontravam na área um total de 12.300 moradores (Fig. 3), foram organizadas ações de derrubada de barracos e de transferência de cerca de 1.170 famílias para outras localidades do DF, como o Recanto das Emas e o Riacho Fundo. Em face da grande resistência popular, incentivadas principalmente pelas lideranças políticas, as operações da IDHAB começaram a ser

²⁹ O diretor Webson Dias foi um antigo morador da Cidade Estrutural e reuniu depoimentos e imagens de arquivo inéditos no longa metragem *Estrutural*, lançado em 2016 e disponível no YouTube.

³⁰ DIAS, Webson – “Estrutural”, 2016.

³¹ DIAS, Webson – “Estrutural”, 2016.

³² MUNETON ORREGO, Juan Fernando – *Vila Estrutural: Uma abordagem sobre ocupação*.

acompanhadas por um alto contingente de policiais militares, que também passaram a executar buscas e apreensões de drogas e armamentos clandestinos³³.

Uma vez que o assentamento continuava a crescer, a estratégia aplicada pelo Governo foi de se instituir uma administração militar na área, encabeçada, na época, pelo Coronel Wolney Rodrigues. De início, os limites do assentamento foram cercados e foi proibida a entrada de materiais de construção, gás de cozinha e até mesmo de alimentos para abastecer os comércios. Em depoimento, a ex vice-governadora Arlete Sampaio reconhece o erro na nomeação de um militar para a administração local, pois a partir de então estava demonstrada a hostilidade como era tratada a população alocada³⁴.

A área seria palco de diversos conflitos entre a população e os militares por ainda mais um ano, até que, no dia 7 de agosto de 1998, em meio a uma operação de busca e apreensão no assentamento, o policial Rubens Gomes de Farias foi morto com um tiro na cabeça. No dia seguinte, seguiu-se a chamada Operação Tornado, que, a princípio, visava a apreensão de armas em diversos pontos da periferia de Brasília, entre eles, a Estrutural. O que se deu foi uma verdadeira caça aos envolvidos no homicídio do militar³⁵, acarretando no assassinato de Milton de Sá, autor do disparo, Luciano Pires, dono do lote onde o policial foi morto, e de Regina Célia Nascimento, madrasta de Milton. O catador Roberto José Azul, pai de Milton, sobreviveu milagrosamente após ter levado um tiro na nuca³⁶.

Os tristes incidentes, de certa forma, interromperam as investidas do Governo e representaram a queda do governador Cristovam Buarque, substituído novamente por Joaquim Roriz, em 1999. Naquele mesmo ano, a Companhia Elétrica de Brasília – CEB iniciou a instalação de iluminação pública na área. Os doze policiais indiciados pelas mortes, por sua vez, foram absolvidos pela justiça em 2015³⁷.

2.2 A Vila Estrutural

A partir do Estatuto da Cidade, de 2001, que estabeleceu como diretriz governamental a regularização fundiária de áreas ocupadas por populações de baixa renda, José Edmar teve a sua proposta de regularização da Estrutural aprovada e o parcelamento foi reconhecido como Zona Habitacional de Interesse Social e Público – ZHISP. Na época, o assentamento totalizava cerca de 25.000 habitantes, aproximadamente 1.200

³³ SANTOS, Caroline Soares – Área de risco ou Área de rico: Teorias sobre política e respeito na Cidade Estrutural. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Tese.

³⁴ DIAS, Webson – “Estrutural”, 2016.

³⁵ DIAS, Webson – “Estrutural”, 2016.

³⁶ “Estrutural: A história”. *Correio Braziliense*. Brasília, (1 de junho 2002).

³⁷ STACCIARINI, Isa – Justiça absolve policiais acusados de massacre na Estrutural. *Correio Braziliense*, Brasília, (29 de agosto de 2015).

famílias³⁸ (Fig. 4). Dentre os dispositivos, teve-se a concessão dos lotes ocupados havia mais de cinco anos e a criação de uma faixa de tamponamento de 300m entre a poligonal da Vila Estrutural e os limites do Parque Nacional. Em 2003, a Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal – CAESB iniciou a implantação de redes de abastecimento de água, o que anteriormente vinha sendo feito por meio de caminhões pipa³⁹.

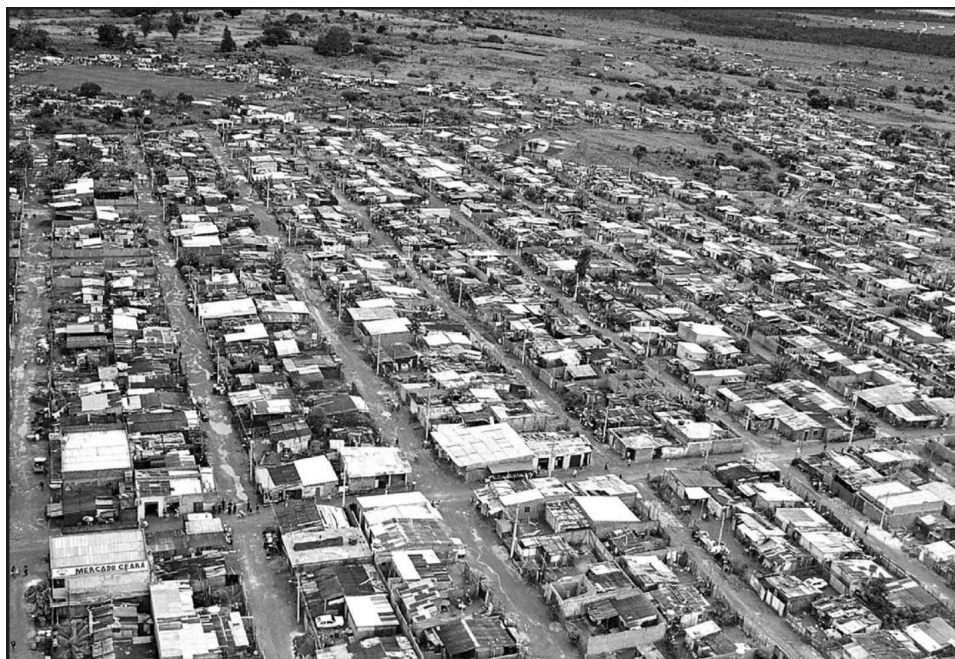


Fig. 4 – Fotografia aérea da Vila Estrutural no início dos anos 2000. Foto: Adauto Cruz – *Correio Braziliense*, 2001.

Foi a partir de 2004 que se viu um maior processo de consolidação da área: o *Buracão* foi aterrado, dando lugar a vários lotes de uso comunitário, e os barracos davam cada vez mais lugar a casas de alvenaria, algumas com dois ou três pavimentos. À época, a Estrutural contava com mais de sessenta igrejas, uma rádio comunitária, três creches particulares e mais de duzentos estabelecimentos comerciais⁴⁰. Apesar das benfeitorias, a segurança pública continuava sendo uma das suas maiores problemáticas. O Estudo de Impacto Ambiental – EIA elaborado naquele ano apontou a

³⁸ DISTRITO FEDERAL (Governo) – *Plano físico e social de relocação e reassentamento das famílias beneficiárias do Projeto Integrado Vila Estrutural*, 2008.

³⁹ DISTRITO FEDERAL (Governo), SEDUMA – *Projeto integrado Vila Estrutural. Relatório de Avaliação Ambiental (RAA) – Projeto Integrado Vila Estrutural*. Brasília: s.n., 2005.

⁴⁰ MUNETON ORREGO, Juan Fernando – *Vila Estrutural: Uma abordagem sobre ocupação*.

Estrutural como uma das localidades mais violentas do Distrito Federal, com constantes ocorrências de furtos, mortes e tiroteios⁴¹.

Em janeiro de 2006, a criação da ZHISP foi revogada, dando origem à Lei Complementar nº 715, que tornava a Vila Estrutural Zona Especial de Interesse Social – ZEIS. A partir de seus dispositivos, foram delimitadas duas Áreas de Relevante Interesse Ecológico – ARIEs, uma localizada no Córrego Cabeceira do Valo⁴² e outra nas vizinhanças do Parque Nacional, bem como instituída uma zona para fundação de um Parque Urbano no local onde havia funcionado o Aterro Sanitário até o final da década de 1970⁴³. Naquele período, algumas famílias concordaram em ser transferidas para o então recém-criado Núcleo Rural Monjolo, no Recanto das Emas. Segundo denúncias mostradas no documentário *Monjolo: Todo Mundo Tá Feliz?*⁴⁴, de 2010, e confirmadas pelo Fórum de Monitoramento do Programa Brasília Sustentável, o processo de transferência das primeiras famílias se deu de maneira improvisada, uma vez que os lotes de destinação ainda não contavam com a disponibilização de água, luz, esgotamento e nem mesmo acesso aos meios de transporte público⁴⁵.

A partir da implementação do Plano Urbanístico do Projeto Integrado Vila Estrutural – PIVE, em 2007, foi iniciada uma maciça implementação da infraestrutura básica no parcelamento, sendo investidos, até 2010, cerca de 73,6 milhões de reais. Dentre as benfeitorias, teve-se as obras de pavimentação e esgotamento, além da construção de diversos equipamentos, entre eles postos da polícia civil e militar, um posto de saúde, dois centros de ensino fundamental e um Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, todos localizados na área central, lugar do antigo *Buracão*⁴⁶.

O Projeto Urbanístico do PIVE também delimitou novas quadras residenciais destinadas à construção de casas populares do Programa Minha Casa Minha Vida e do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC Habitação. As residências foram destinadas, prioritariamente, aos moradores alocados nas zonas de risco por lixo remanescente. Conhecidas como “casinhas”, as 1.290 unidades habitacionais foram construídas entre 2008 e 2011 e apresentam um projeto padrão de cerca de 48m². O processo de relocação das primeiras famílias, em 2009, representou um novo conflito para a comunidade, pois as casas foram construídas ainda mais perto do

⁴¹ DISTRITO FEDERAL (Governo) – *Estudo de Impacto Ambiental / Relatório de Impacto Ambiental – Estrutural*. Brasília: s.n., 2004.

⁴² DISTRITO FEDERAL (Governo), SEDUMA – *Projeto integrado Vila Estrutural*.

⁴³ DISTRITO FEDERAL (Governo) – *Estudo de Impacto Ambiental*.

⁴⁴ Documentário média metragem lançado em 2010 e disponível no Vimeo.

⁴⁵ PROGRAMA BRASÍLIA SUSTENTÁVEL NA CIDADE ESTRUTURAL – *Dossiê das principais denúncias do Fórum de Monitoramento do Programa Brasília Sustentável na Cidade Estrutural – DF*. Cidade Estrutural: s.n., 2009.

⁴⁶ DISTRITO FEDERAL (Governo), CODEPLAN – *7º Balanço PAC – Programa de Aceleração do Crescimento*. Brasília: s.n., 2009.

Aterro, numa área com ocorrência de fortes odores devido à presença de uma chamada “lagoa de chorume”. A negativa de muitos dos beneficiários desencadeou, em 2010, numa liminar do Tribunal de Justiça do Distrito Federal proibindo a ocupação das casas, decisão posteriormente revogada⁴⁷. No local, também eram frequentes as ocorrências de “chuvas de lixo” causadas por redemoinhos advindos do Aterro⁴⁸. Relevante apontar que, devido à pequena dimensão das casas e ao modo como estas foram entregues, sem muros e sem calçamento, houve uma intensa edificação nos lotes em direção aos limites da pavimentação viária, acarretando em ruas com calçadas muito estreitas ou ausentes e em postes de energia elétrica no interior dos lotes. Em grande parte das casas, vê-se o telhamento completo até os limites dos muros, transformando as residências em ambientes insalubres, cujos únicos pontos de entrada de luz e de ar são os portões das garagens⁴⁹.

Em novembro de 2011, quando todos os passos necessários para a regularização da área já haviam sido cumpridos, tais como os avais do Conselho de Meio Ambiente do Distrito Federal – CONAM e do Conselho de Planejamento Territorial e Urbano do Distrito Federal – CONPLAN, o então governador Agnelo Queiroz assinou o decreto de aprovação da Cidade Estrutural. Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD, de 2011, a população residente nos perímetros legais era de 25.732 habitantes, em contraposição aos 14.000 levantados em 2004⁵⁰.

2.3 A Cidade Estrutural

Desde 2012, a partir do decreto que aprovou regularização fundiária da Cidade Estrutural, o parcelamento passa pelo esperado processo de concessão das escrituras aos moradores. O cadastramento se arrasta desde aquela época até atualmente e sua campanha mais recente foi anunciada em janeiro de 2020⁵¹. Hoje, a Estrutural já tem *feições* de uma pequena cidade: centro cheio e barulhento nos horários comerciais, avenidas movimentadas e um grande esvaziamento das ruas ao anoitecer. De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD de 2018, quase 70% dos domicílios dentro da área de regularização são feitos em alvenaria, em contraposição aos 18% de residências construídas em madeirite ou outros materiais reaproveitados⁵².

⁴⁷ “Liminar suspende transferência de moradores de invasão para casas do Pive, na Estrutural”. *Correio Braziliense*. Brasília, (15 de julho de 2010).

⁴⁸ GUIMARÃES, Máira Oliveira – *De invasão a cidade: Trajetória socioespacial da Estrutural – DF*. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Ensaio teórico.

⁴⁹ GUIMARÃES, Máira Oliveira – *De invasão a cidade: Trajetória socioespacial da Estrutural – DF*.

⁵⁰ DISTRITO FEDERAL (Governo), SEPLAN, CODEPLAN – *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – SCIA – ESTRUTURAL – PDAD 2011*. Brasília: s.n., 2011.

⁵¹ “Codhab irá realizar habilitação de moradores da Estrutural”. *Agência Brasília*, Brasília, 26 de janeiro de 2020.

⁵² DISTRITO FEDERAL (Governo), SEPLAN, CODEPLAN – *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – SCIA – ESTRUTURAL – PDAD 2018*. Brasília: s.n., 2018.

Paralelamente, o parcelamento também passa por um intenso processo de verticalização, chegando a alturas de três a quatro pavimentos. Consequentemente, a cidade também passa por um processo de valorização e de especulação imobiliária. Esses fenômenos, porém, não estão sendo bem dimensionados pelos planejadores públicos. No Plano Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal – PDOT vigente, de 2012, tem-se a aplicação massiva de parâmetros urbanísticos que não permitem atividades comerciais com entrada individual em praticamente todo o parcelamento, até mesmo nas principais e históricas avenidas comerciais da cidade⁵³.

Já o Aterro do Jóquei teve a sua desativação determinada judicialmente em 2014, quando atingiu a cota de 850 toneladas de lixo deposto. Reconhecido como o maior aterro sanitário a céu aberto da América Latina, com aproximadamente 200 hectares, a “montanha de lixo” formada chega a mais de 40m de altura⁵⁴ (Fig. 5).



Fig. 5 – Fotografia aérea da Cidade Estrutural e do Aterro Sanitário do Jóquei Clube em 2018. Foto: Dênio Simões – *Agência Brasília*, 2018.

⁵³ GUIMARÃES, Maira Oliveira – *De invasão a cidade: Trajetória socioespacial da Estrutural – DF*.

⁵⁴ SANTOS, Caroline Soares – *Área de risco ou Área de rico: Teorias sobre política e respeito na Cidade Estrutural*. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Tese.

O seu fechamento só veio de fato a ocorrer no início de 2018, após as conclusões da primeira etapa das obras do novo Aterro Sanitário de Samambaia⁵⁵. De acordo com o Plano de Intervenção do Lixão do Jóquei, elaborado pelo Serviço de Limpeza Urbana – SLU, em 2015, o principal problema ambiental se refere ao grande risco de infiltração subterrânea de chorume, que pode estar contaminando alimentos plantados na Cidade Estrutural e também ao longo da bacia hidrográfica do Lago Paranoá⁵⁶. De acordo com a Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos do Distrito Federal – SEMARH, o solo poderá levar até trinta anos para ser recuperado⁵⁷.

Já o Parque Urbano da Cidade, inaugurado em 2014 na área usada para o descarte do lixo na década de 1970, se encontra há anos abandonado e vandalizado⁵⁸. A propósito, outro ponto de desatenção do zoneamento territorial vigente refere-se à falta de proposição de novas praças, uma vez que os vazios urbanos que existiam na época foram destinados a usos institucionais ou residenciais. Tal falta de espaços verdes constitui problema ainda maior se analisada a vulnerabilidade ambiental da área, o abandono do Parque Urbano e o generalizado completo fechamento dos lotes⁵⁹.

Outra área de relevante interesse se refere à Zona Central, antigo lugar do chamado *Buracão*. Assim como o Parque Urbano, ela também havia sido historicamente utilizada como depósito de lixo e entulho. Em 2012, a Escola Classe 1, construída sobre o local, foi interditada devido ao afloramento de gás metano no piso e nas paredes, ocasionando a transferência de cerca de 1.300 crianças para outros estabelecimentos educacionais da Asa Sul e do Guará. A escola voltou a funcionar somente cinco anos depois, em 2017, após operações para retirada do gás⁶⁰.

Além das dificuldades ambientais representadas pela presença do lixão e pelos custos que seriam necessários para a descontaminação do solo, tem-se também o contínuo crescimento das ocupações irregulares, em especial no chamado Setor Santa Luzia, cujos barracos de madeira seguem avançando sobre a faixa de contenção do Parque Nacional⁶¹. A população assentada chegou, em 2018, ao número de 11.000 pessoas⁶², mesmo ano em que a Companhia de Desenvolvimento Habitacional do DF – CODHAB divulgou uma proposta de um novo empreendimento voltando à

⁵⁵ OLIVEIRA, Suzana Dias Rabelo de – *A informalidade como alternativa à moradia na cidade: por que ela é, mas não deve ser?*. Brasília: Universidade de Brasília, 2017. Tese.

⁵⁶ DISTRITO FEDERAL (Governo), SLU – *Plano de Intervenção do Lixão do Jóquei*. Brasília: s.n., 2015.

⁵⁷ VENTURA, Pedro – “Após desativação, área de Lixão do DF levará 30 anos para ser recuperada”. R7. Brasília, (2013).

⁵⁸ SANT’ANNA, Chico – “Justiça: GDF terá que remover invasões na Cidade Estrutural”. *Brasília por Chico Sant’Anna*. Brasília, (22 de abril de 2017).

⁵⁹ GUIMARÃES, Maira Oliveira – *De invasão a cidade: Trajetória socioespacial da Estrutural – DF*.

⁶⁰ “Escola na Estrutural volta a funcionar após interdição por vazamento de gás”. *Correio Braziliense*. Brasília, (9 de fevereiro de 2017).

⁶¹ OLIVEIRA, Suzana Dias Rabelo de – *A informalidade como alternativa à moradia na cidade*.

⁶² GRIGORI, Pedro – “Começa a sair do papel projeto de conjunto habitacional na Estrutural”. *Correio Braziliense*. Brasília, (25 de maio de 2018).

construção de moradias populares. Batizado de Orla Santa Luzia, o projeto habitacional consiste em um edifício linear de 13km de comprimento e quatro pavimentos de altura, delineando as bordas entre a Cidade e os limites ambientais⁶³. Nos conjuntos estariam distribuídos 2.384 apartamentos com tipologias de planta com a metragem média de 45m². Após a troca de governo, ao que tudo indica, o projeto foi abandonado.

Entre abril e maio de 2020, durante os primeiros meses da pandemia COVID-19 no Brasil, a Estrutural apresentou uma das maiores taxas de contaminação do Distrito Federal, acompanhada pela cidade de Ceilândia⁶⁴. Em outubro do mesmo ano, o parcelamento foi atendido por iniciativas da Fundação Oswaldo Cruz, que realizou uma série de seminários online com temáticas sobre o parcelamento, além de ter lançado a Chamada Pública para Apoio a Ações Emergenciais Junto a Populações Vulneráveis⁶⁵.

Em 2021, estima-se que a população assentada irregularmente nas áreas de proteção ambiental das bordas da cidade tenha chegado ao número de 16.000 pessoas⁶⁶.

Considerações finais

Como expresso por Armiero, a invisibilização e a normatização de pessoas e de lugares descartáveis são os dois pilares do Lixoceno, recurso historiográfico voltado à produção de narrativas contra-hegemônicas, que se tratam “tanto sobre ambientes limpos e assépticos, quanto sobre sujeira e contaminação”⁶⁷. É verdade que há décadas são realizados estudos que escancaram as hipocrisias do discurso socializante e modernizador de Brasília, alguns destes citados na parte introdutória deste artigo, mas poucos situam a Estrutural como uma consequência direta da construção da Capital. O conflito territorial e ambiental que lá vigora é o resultado inevitável da natureza tóxica dos modelos de planejamento territorial e de desenvolvimento socioeconômico do DF, em especial, aqueles voltados à resposta governamental frente à gestão dos resíduos e ao crescente déficit habitacional.

Em seu ensaio *Entre a Casa e a Cidade: a Humanização do Habitar*, Coelho defende que as soluções habitacionais em áreas de vulnerabilidade social devem ser feitas de modo a reestabelecerem pontes entre o habitante, a moradia e a cidade. Para o autor, o atendimento efetivo dessas diferentes escalas depende, intrinsecamente,

⁶³ GRIGORI, Pedro – “Começa a sair do papel projeto de conjunto habitacional na Estrutural”. *Correio Braziliense*. Brasília, (25 de maio de 2018).

⁶⁴ FUZEIRA, Victor – “Estrutural não tem mais a maior incidência de Covid-19 do DF”. *Metrópoles*. Brasília, (23 de junho de 2020).

⁶⁵ MARQUES, Fernanda – “Enfrentamento da Covid-19 na Cidade Estrutural foi tema de Seminário”. *Fiocruz Brasília*. Brasília, (7 de outubro de 2020).

⁶⁶ “Chácara Santa Luzia, no DF, tem cerca de 16 mil moradores”. *G1 DF*. Brasília, (13 de abril de 2020).

⁶⁷ ARMIERO, Marco – *Wastocene: Stories from the Global Dump*.

de uma aproximação multidisciplinar e humanizada. Eis porque apresentar, mesmo que rapidamente, o histórico dos processos pelos quais as famílias da Cidade Estrutural se assentaram, construíram e modificaram as suas casas, enquanto, simultaneamente, consolidavam verdadeiros tecidos urbanos. Essa dimensão humana é o fator imprescindível para que consigamos qualificar e recuperar os centros urbanos de baixa renda, tendo como objetivo final o bem-estar das pessoas que neles vivem. “Afinal trata-se de fazer de cada casa e de cada cidade uma porção de lugares, pois uma casa é uma cidade em miniatura e uma cidade é uma casa enorme”⁶⁸.

A partir destes entendimentos, o histórico da Cidade Estrutural pode ser comparado ao processo de construção e de transformação de um único barraco. Poeticamente, podemos considerá-lo uma versão do mito clássico da *Cabana Primitiva* produzida pela ótica do Lixoceno. De acordo com a descrição fantástica de Laughier, o ser humano ergueu a sua moradia a partir da imitação das formas existentes na natureza, tal como se os primeiros telhados construídos pela humanidade fossem inspirados em copas de árvores⁶⁹. Na Estrutural, o *Barraco Primitivo* se ergueu como um abrigo coberto entre os turnos de coleta de lixo, a principal matéria prima da casa. Nessa mimese entre a morada e o ambiente “natural”, o barraco quase pode ser confundido com os fragmentos de entulho que o circundam e que lhe servem como remendo para se expandir e se fechar cada vez mais. Essa foi a condição inicial de parte das residências permanentes que hoje compõe o território regularizado da Cidade Estrutural e continua a mesma nos milhares de novos barracos que lá ainda tentam se fixar. Cada vez mais enclausurados, evitam a entrada de ameaças, mas também impedem o acesso da luz e do ar. E, assim como as moradias, hoje, a cidade não tem para onde crescer, não, ao menos, horizontalmente.

A ocupação de áreas com solo contaminado ocorreu no passado e, se medidas efetivas não forem tomadas, ocorrerá também nos próximos anos. Como mostrado, na década de 80, a presença de lixo no solo não impediu que algumas famílias ocupassem a primeira área de deposição do Aterro e nem que, nos anos 2000, a primeira escola pública fosse construída pelo Governo sobre uma pluma subterrânea de gás metano. Atualmente, as zonas com ocupações irregulares continuam a crescer, não só em direção ao Parque Nacional de Brasília, como se vê há décadas no Setor Santa Luzia, mas, inclusive, em direção ao próprio Aterro desativado. Qual será o destino daquele território enorme, geograficamente bem localizado, mas altamente contaminado?

Voltemo-nos ao projeto mais recente, apresentado pelo Governo do Distrito Federal em 2018, que propôs a construção de um conjunto habitacional de 13 km de extensão, cercando os limites do Aterro. Apesar do dimensionamento generoso,

⁶⁸ COELHO, António Baptista – “Entre casa e cidade, a humanização do habitar”. *Opúsculo* 18 (2009), pp. 1-20.

⁶⁹ MIGUEL, Jorge Marão Carnielo – “Casa e lar: a essência da arquitetura”. *Arquitextos* 3 (2002).

que tenta abarcar um maior número de pessoas possível, a proposta se constitui na construção de um bloqueio físico e visual entre a cidade e os limites ambientais. Que ironia pensar na paisagem vista a partir das janelas do complexo: o horizonte formado por uma vasta floresta do Cerrado, antecedido por uma enorme montanha de lixo. Me pergunto se, de outra parte, o *edifício-muro* não pode provocar a criação de territórios paralelos sem o acesso do Estado ou até mesmo inibir a atuação de dinâmicas sociais de segurança compartilhada. Se implementada, a solução igualmente não apresenta proposta para a utilização da área do Aterro Sanitário a longo prazo, considerando o momento quando, através da tecnologia ou dos processos naturais, o solo poderá ser reocupado. O Estado deve, assim, se antecipar na promoção de estudos e na diversificação de estratégias que respondam à enorme demanda habitacional com responsabilidade ambiental, atento às particularidades da dinâmica territorial, explicitadas através da sua própria história.

PARTE IV

*Respostas urbanas em
tempos de epidemia*

Morir por comer arroz: conflictos políticos urbanos y déficit sanitario al sur de la Corona d'Aragó, 1458-1479

Miguel-Ángel González Hernández¹

Resumen

El presente trabajo ha tenido como objetivo analizar las consecuencias sanitarias de extender el cultivo del arroz, tomada por el gobierno de la ciudad de Orihuela – celebrada el 8 de abril de 1459 – y realizar un análisis político de los miembros de la oligarquía que formaban parte del gobierno municipal de la última ciudad del sur de la Corona de Aragón/d'Aragó. Ahí se produjo la unión negativa del cultivo del arroz y de la sanidad urbana.

Palabras clave

Arroz; Orihuela; Corona de Aragón; frontera.

¹ Universidad de Alicante/Universitat de Alacant.

Dying from Eating Rice: Urban Political Conflicts and Health Deficit South of the Crown d'Aragó, 1458-1479

Abstract

The objective of this work has been to analyze the health consequences of extending the cultivation of rice, taken by the government of the city of Orihuela – celebrated on April 8, 1459 – and to carry out a political analysis of the members of the oligarchy that were part of the municipal government of the last southern city of the Crown Aragón/d'Aragó. There the negative union took place, due to the deaths caused, of the cultivation of rice and urban health.

Keywords

Rice; Orihuela; Crown Aragon; border.

1. Introducción: poder político, arroz y red urbana sanitaria²

Orihuela era la última ciudad del sur de la Corona d'Aragó situada en la frontera con el reino castellano de Murcia y, a un día y medio de camino, del reino musulmán de Granada. De esta ciudad de realengo existen pocas noticias poblacionales, escasamente, se sabía que en el año 1510³ tenía 8.717 habitantes y en la segunda mitad del siglo XV contaba con morería y judería, ambas de pequeño tamaño.

Para desarrollar dicho objetivo se han seguido tres líneas de investigación de varios temas interrelacionadas (arroz⁴-economía, paludismo-medicina y oligarquía-política) sobre las ciudades pequeñas⁵ como lo era Orihuela en el contexto de la Corona d'Aragó. Orihuela estaba situada en la misma frontera entre la Corona d'Aragó y la Corona de Castilla; y de ahí su función política-militar⁶. Se trataba de un territorio en continuo conflicto social y étnico: por un lado, las violencias urbanas por las facciones entre cristianos y la violencia fronteriza con el reino castellano de Murcia; y, por otro lado, la violencia de las relaciones entre cristianos, musulmanes y judíos condicionada por la proximidad de la frontera con el reino musulmán de Granada. En este trabajo se ha desarrollado más la temática de las relaciones de violencia urbana vinculadas a la extensión del cultivo del arroz. Las luchas de poder entre los tres estamentos urbanos de Orihuela⁷: hòmens de paratge, ciutadans de la mà maior y ciutadans de mà menor (pecheros/villanos). Un ejemplo de esas luchas de poder urbano fue la aprobación y recuperación del cultivo del arroz. Se trataba de un cultivo de origen islámico que ya estaba implantado en este valle fluvial del río Segura a cuya orilla estaba enclavada la ciudad de Orihuela. Tras la conquista cristiana de mediados del siglo XIII dicho cultivo se fue abandonando

² Comunicación presentada al Coloquio Internacional: *Small Cities and Health: From the Middle Ages to Contemporary Times*, en Castelo de Vide (Portugal), 6-8 de mayo-2021 y organizado por Internacional Network Small Cities in Time (In-SCIT) <http://pequenascidadesnotempo.castelodevide.pt>.

³ Arxiu Regne Valencia (en adelante ARV), Reial Cancilleria, 514, Ter, folios (en adelante fs.). 55recto (en adelante r.)-68r., en VALDECABRES, Rafael – *El cens de 1510*. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002.

⁴ El cultivo del arroz en el territorio del sureste peninsular ibérico tiene como referente a PARRA VILLAESCUSA, Miriam – “Explotación agrícola en el sur del Reino de Valencia. El cultivo del arroz en Orihuela a finales de la Edad Media”. *Medievalismo* [en línea] 23 (2013), pp. 11-41. [Consultado el 7 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/36231>.

⁵ COSTA, Adelaide Millán da; ANDRADE, Amélia Aguiar; TENTE, Catarina – *O papel das pequenas cidades na construção da Europa medieval*. Lisboa: Instituto de Estudos Medievais, 2017.

⁶ CABEZUELO PLIEGO, José Vicente – *La frontera valenciana bajomedieval desde el observatorio del sur del reino. Reflexiones y perspectivas de investigación* [online]. Murcia: SEEM-CSIC-EDITUM, 2019. [Consultado el 2 de febrero de 2021]. Disponible en https://medievalistas.es/wp-content/uploads/2020/01/La-frontera_WEB.pdf JIMÉNEZ ALCÁZAR, Juan Francisco – “Poderes locales, dominio territorial y control central en la Castilla meridional (ss. XIII-XV): gobernar fronteras”. *Edad Media: revista de historia* [en línea], 14 (2013), pp. 129-148. [Consultado el 12 de febrero de 2021]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/revista/452/A/2013>.

⁷ BARRIO BARRIO, Juan Antonio – “Las élites urbanas en la gobernación de Orihuela. Los sistemas de creación, acceso y reproducción del grupo dirigente en un territorio fronterizo”. *Anuario Estudios Medievales* [en línea] 32/2, (2002), pp. 777-808 [Consultado el 22 de febrero de 2021]. Disponible en <https://doi.org/10.3989/aem.2002.v32.i2.252>.



Fig. 1 – Localización de la ciudad de Orihuela.

o reduciendo progresivamente debido a la enfermedad del paludismo. Pero, de nuevo, a mediados del siglo XV hubo un incremento de la demanda de arroz para el comercio internacional por el Mediterráneo. Por ello, comenzó a ser frecuente el debate político sobre la necesidad económica de permitirlo y de la necesidad sanitaria de no extenderlo o como mucho, que fuera cultivado en tierras alejadas de las ciudades. Los dueños de las tierras donde se pretendía extender el cultivo eran, en su mayoría, los propios miembros del gobierno político de la ciudad, así como sus familiares. Por ello, por encima del bien común sanitario estaba la especulación económica de las élites urbanas⁸. Pues bien, en 1459 tuvo lugar uno de los mayores debates sobre este cultivo y además se permitió la extensión, roturación e inundación de nuevas tierras, pero algunas de ellas ya situadas en el extrarradio cercano de Orihuela. De esa decisión de la ciudad surgieron unas consecuencias que afectaron negativamente a Orihuela a pesar de recibir la ayuda de varias ciudades y villas del reino de Valencia que también se dedicaban al cultivo del arroz (Alzira, Burriana, Castelló de la Plana y Valencia⁹). Para la consecución de este trabajo se ha consultado la documentación inédita y primaria del Archivo Municipal de Orihuela y del Arxiu del Regne de Valencia (en parte, de otras autoras/es), así como de fuentes secundarias (metodología comparativa). Este trabajo se enmarca en ese contexto historiográfico¹⁰.

⁸ PARRA VILLAESCUSA, Miriam – “Explotación agrícola”, p. 11.

⁹ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 110v.

¹⁰ HUGUET-TERMES, Teresa; VERDÉS-PIJUAN, Pere; ARRIZABALAGA, Jon; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Manuel – *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*. Milenio: Lleida, 2014.

La primera línea de investigación se refiere a la decisión tomada por el poder político del gobierno de Orihuela (consell) sobre el permiso del cultivo del arroz y con ello se incrementó la enfermedad vinculada a ese cultivo (malaria, mal aire o paludismo) así como la mortandad vecinal. Cualquier decisión política estaba monopolizada por una reducida oligarquía de sólo tres linajes familiares: los Rocafull, los Roqamora y los Masquefa¹¹, además enfrentados en conflictos de violencia urbana – bandositats/ bandosidades/ banderías/ parcialidades –. Esta violencia urbana era común a otras ciudades bajomedievales¹², no sólo de la Corona d’Aragó como Tarragona¹³ o Zaragoza¹⁴, entre otras; también en Castilla como Cuenca¹⁵ o Toledo¹⁶. Y en Portugal¹⁷ como también en buena parte de Europa¹⁸.

En segundo lugar, esa política de la ciudad de consentir el cultivo del arroz provocó consecuencias inmediatas como el cambio en el tradicional paisaje agrario de origen musulmán “[...] las mutaciones implantadas en el paisaje agrario con la llegada de los poderes feudales en el campo y la huerta de Orihuela [...]”¹⁹. Hay que mencionar, desde el punto de las características geográficas y agrícolas de Orihuela, que por sus tierras pasaba el tramo bajo del río Segura hasta llegar a la desembocadura del mar Mediterráneo. Este recurso hídrico le permitía la existencia de una agricultura favorable con variedad de cultivos y de tierras de secano y de huerta. El principal cultivo era el cereal del trigo²⁰. Pero esa oligarquía urbana de

¹¹ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Miguel-Ángel – *Guerra y violencia entre Orihuela y Murcia en la frontera del regne de València, 1455-1480*. Alicante: Universidad de Alicante, 2020. Tesis doctorando.

¹² MONSALVO ANTÓN, José María – *Élites, conflictos y discursos políticos en las ciudades bajomedievales de la Península Ibérica*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2019. NAEGLE, Gisela – “Comum et communes, révoltes ou revolutions: participation politique et lutes de pouvoir dans les villes allemandes à la fin du Moyen Âge”. In SOLÓRZANO, Jesús Ángel; ARIZAGA, Beatriz; HAEMERS, Jelle – *Los grupos populares en la ciudad medieval europea*. Logroño: IER, 2014, pp. 413-440.

¹³ JUNCOSA BONET, Eduard – *Estructura y dinámica de poder en el señorío de Tarragona: creación y evolución de un dominio compartido (ca. 1118-1462)*. Barcelona: CSIC, 2015.

¹⁴ MAINÉ BURGUETE, Enrique – *Ciudadanos honrados de Zaragoza. La oligarquía zaragozana en la Baja Edad Media (1370-1410)*. Zaragoza: Grupo CEMA, 2006.

¹⁵ JARA FUENTE, José Antonio – *Concejo, poder y elites. La clase dominante de Cuenca en el siglo XV*. Madrid: CSIC, 2000.

¹⁶ LÓPEZ GÓMEZ, Óscar – “La çibdad está escandalizada. Protestas sociales y lucha de facciones en la Toledo bajomedieval”. *Studia histórica, Historia medieval* [en línea] 34 (2016), pp. 243-269. [Consultado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.14201/shhme201634243269>.

¹⁷ AGUIAR, Miguel – *Cavaleiros e cavalaria. Ideologia, práticas e rituais aristocráticos em Portugal nos séculos XIV e XV*. Lisboa: Teodolito, 2018. COSTA, Adelaide Millán da – “Elites and Oligarchies in the Late Medieval. Portuguese Urban World”. *Imago Temporis Medieum Aevum* [en línea] III, (2009), pp. 67-82. [Consultado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en <https://doi.org/10.21001/imagotemporis.vi3.209031>. MELO, Arnaldo Sousa – “Os mesteirais e o poder concelhio nas cidades medievais portuguesas (séculos XIV e XV)”. *Edad Media: revista de historia* [en línea] 14 (2013), pp. 149-170. [Consultado el 9 de febrero de 2021]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/revista/452/A/2013>. COSTA, Adelaide Millán da; JARA FUENTE, José Antonio – *Conflicto y nobleza en Portugal y Castilla en la Baja Edad Media*. Lisboa: Instituto Estudios Medievais, 2016, pp. 305-339.

¹⁸ KAEUPER, Richard – *Violencia in Medieval Society*. Woodbridge: Boydell, 2000.

¹⁹ PARRA VILLAESCUSA, Miriam – “Explotación agrícola”, pp. 11-41.

²⁰ BARRIO BARRIO, Juan Antonio – “La producción, el consumo y la especulación de los cereales en una ciudad de frontera, Orihuela siglos XIII-XIV”. In ARIZAGA, Beatriz; SOLÓRZANO, Jesús Ángel – *Alimentar la*

Orihuela especulaba también con la comercialización de parte de la cosecha de trigo provocando, habitualmente, situaciones de carestía debido a la exportación fraudulenta del mismo. El gobierno de la ciudad prohibía la exportación de trigo al exterior (con penas económicas a los infractores) pero se seguía realizando a pesar de dicha prohibición por lo que representaba una fraude público²¹. Este hecho económico ya había sucedido en otras ciudades medianas y pequeñas como en Castelló²² en el reino de Valencia o en Lorquí en el reino de Murcia²³. Sobre los cambios en el paisaje medioambiental²⁴ también es importante analizar que esos cambios de cultivos agrícolas, como lo representó el arroz, tuvieron consecuencias negativas para la sanidad medieval.

Y, en tercer lugar, se ha analizado qué tipo de ayuda le ofreció la red urbana de ciudades valencianas a Orihuela (Alzira, Burriana, Castelló de la Plana y Valencia) que cultivaban arroz, y de cómo Orihuela no escuchó sus avisos sanitarios. Su decisión municipal provocó una mayor mortandad en la ciudad y en la red urbana de catorce pequeños municipios, en su mayoría con el rango político-administrativo catalán de lugar (lloch), y en el contexto de clasificar los rangos urbanos medievales: “[...] la categorización política de las ciudades y villas a escala de un reino [...]”²⁵. Esos catorce lugares eran: Albalera, Almoradí, Benejúzar, Callosa, Catral, Crevillent, Cox, La Daya, Elx, La Granja, Fomentera, Guardamar, Redován y Rojales. A pesar de los informes negativos recibidos en Orihuela desde las redes urbanas valencianas contra el arroz, lo cierto fue, que la oligarquía política tomó la decisión de extender este nuevo cultivo y a pesar de las prohibiciones vigentes en 1459²⁶. Con ello, se

ciudad en la Edad Media. Encuentros Internacionales del Medievo de Nájera [online], Logroño, 2008, pp. 59-86. [Consultado el 5 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/16608>. PARRA VILLAESCUSA, Miriam – *Paisaje, explotación agrícola y agua en las tierras meridionales valencianas: la organización social del espacio. La huerta y campo de Orihuela (siglos XIII-XVI)*. Alicante: Universidad de Alicante, 2017. Tesis doctoral. [Consultado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/99209>.

²¹ BARRIO BARRIO, Juan Antonio – “La producción, el consumo, pp. 59-86.

²² VICIANO, Pau – *Regir la cosa pública. Prohoms i poder local a la vila de Castelló (segles XIV-XV)*. València: PUV, 2008.

²³ RODRÍGUEZ LLOPIS, Miguel – *Señoríos y feudalismo en el Reino de Murcia*. Murcia: Publicaciones Universidad de Murcia, 1986, pp. 199-202.

²⁴ GUIMARAES, Paulo; AMORIM, Inês – “A História Ambiental em Portugal. Una emergência de um novo campo historiográfico.” *Revista Internacional de Ciências Sociais. História ambiental em Europa y América Latina: miradas cruzadas* [en línea] 35 (2016), pp. 47-58. [Consultado el 7 de febrero de 2021]. Disponible en <https://revistas.um.es/areas/article/view/279151>.

²⁵ COSTA, Adelaide Millán da – “Ciudades y villas en el reino de Portugal en la Baja Edad Media. Los factores políticos y jurisdiccional como criterios de jerarquización.” *Anuario Estudios Medievales* [en línea], 48/1, (2018), pp. 25-47. En concreto, pp. 26. [Consultado el 11 de febrero de 2021]. Disponible en <https://doi.org/10.3989/aem.2018.48.1.01>.

²⁶ AMO, Contestador A-29. Consell, 1-abril-1459, fol. 103r. Fragmento de un bando municipal de Orihuela prohibiendo el cultivo del arroz: “Ara hojats ques feia saber de part dels honorables justicia e jurats de la ciutat de oriola a tot hom en general e a cascum en special de qualsevol ley condicio o stament sia que com en diez passats lo consell de la dita ciutat procurant lo servey ab la magestat del Senyor Rey e lo benefici de la dita ciutat e la stent dels habitants en aquella e llur terme hara ordenat sots certes e grans penes que negu no fos ossat sembrar ne plantar aroz en la orta de la dita ciutat e llur terme per la qual causa [...]”.

evidenciaron tres consecuencias directas: una, el déficit sanitario; dos, el poder de la oligarquía urbana y; tres, la coexistencia con la muerte como un fenómeno natural producto de no seguir las recomendaciones de otras redes urbanas. Por tanto, además, Orihuela es un ejemplo más de la precaria asistencia sanitaria urbana vinculada a la Historia de las Mentalidades y la perduración de la escolástica²⁷ que no favorecía el desarrollo de la ciencia médica para reducir el impacto de la mortandad en la población provocada por un cultivo –en este caso el arroz–. También, es importante hacer notar la variación histórica del concepto²⁸ medieval de enfermo²⁹ y la relación entre estar sano y la alimentación medieval³⁰.

Pues bien, el 8 de abril de 1459³¹, confluyeron una serie de circunstancias políticas que dieron lugar al momento de unión de dos temáticas en Orihuela, el arroz y la sanidad. El área de influencia de Orihuela afectaba a catorce lugares tanto de musulmanas como de cristianos y según los datos proporcionados³² por el recuento fiscal de 1488³³ y el de 1510³⁴ (los más cercanos conservados a la fecha de 1459).

²⁷ WEILL-PAROT, Nicolás – “Des registres de rationalité en concurrence? Empirica magiques et médecine scolastique”. *Anuario Estudios Medievales* [en línea] 43/1 (2013), pp. 323-342. [Consultado el 16 de febrero de 2021]. Disponible en DOI:10.3989/aem.2013.43.1.11.

²⁸ Generalmente, el enfermo medieval estaba asociado al pobre, aunque si bien en ese otro concepto social, también se vinculada con la marginalidad como los jornaleros (campesinos sin tierras), peregrinos o transeúntes, viajeros y toda aquella mujer que no contara con una protección familiar o religiosa. Pero, a la vez, enfermo también englobaba a aquellos que realmente enfermaban bien por enfermedad común propia o bien por epidemia contagiosa.

²⁹ VILLAGRASA ELÍAS, Raúl – *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)* [online]. Zaragoza: Institución Fernando el católico, 2016. En concreto, pp. 26-28. [Consultado el 13 de febrero de 2021]. Disponible en <https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/3531>. FERRAGUD, Carmel – *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*. Madrid: CSIC, 2005.

³⁰ SANTORO, Daniela – “Salute dei re, salute del popolo. Mangiare e curarsi nella Sicilia tardomedievale”. *Anuario Estudios Medievales* [en línea] 43/1 (2013), pp. 259-289. DOI:10.3989/aem.2013.43.1.09. GARCÍA MARSILLA, Juan Vicente – “Alimentación y salud en la Valencia medieval. Teorías y prácticas”. *Anuario Estudios Medievales* [en línea] 43/1, (2013), pp. 115-158. [Consultado el 4 de febrero de 2021]. Disponible en DOI:10.3989/aem.2013.43.1.05.

³¹ Archivo Municipal Orihuela (en adelante AMO). Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fols. 110r-112r.

³² De la Tabla 1. – se ha hecho un redondeo al alza de la cifra decimales, por ejemplo, en Benejúzar las 5 casas equivaldrían a 22.5 habitantes y la cifra redondeada ha sido 23.

³³ ARV, Reial Cancillería, 650, fol. 31 r. Para el año 1488.

³⁴ ARV, Reial Cancillería, 514, Ter, fols. 55r.-68r. y 313r.-328vuelto (en adelante v.). Para el año 1510.

Tabla 1. Relación de Villas y Lugares próximos a Orihuela (1488-1510)

MUNICIPIO	FOCS/ HABITANTES	AÑO	POBLACIÓN
Orihuela	1.937/8.717	1510	ciudad cristiana y aljama mudéjar
Albatera	92/414	1510	aljama mudéjar
Almoradí	116/522	1510	lugar de cristianos
Benejúzar	5/23	1510	sin determinar
Callosa	203/914	1510	lugar de cristianos
Catral	73/329	1510	lugar de cristianos
Crevillent	86/387	1488	aljama mudéjar
Cox	49/221	1510	aljama mudéjar
La Daya	23/105	1510	lugar de cristianos
Elx	630/2.825	1488	villa cristiana y aljama mudéjar
Formentera	sin datos	sin año	sin datos
La Granja	34/153	1510	aljama mudéjar y
	9/41	1510	barrio cristiano
Guardamar	95/428	1510	lugar de cristianos
Redován	41/185	1510	aljama mudéjar y
	20/90	1510	lugar de cristianos
Rojales	17/77	1510	lugar de cristianos

La tabla 1 reflejaba las dos características fundamentales de Orihuela: por un lado, la red de municipios que dependían de sus decisiones políticas y, por otro lado, las mayorías poblacionales musulmana y cristiana del sur del reino de Valencia. Un total de 15.431 habitantes pertenecían al área de influencia urbana de Orihuela. Los datos del número de casas (focs) proceden de Valdecabres Rodrigo³⁵ y se les ha aplicado el coeficiente 4'5 habitantes por cada casa. También se quiere resaltar el caso de la villa señorial d'Elx perteneciente a la dote de cámara de la reina Joana Enríquez³⁶ en donde se ha documentado la existencia de un hospital municipal.

³⁵ VALECABRES, Rafael – *El cens de*, pp. 407-418.

³⁶ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Miguel-Ángel – “Joana Enríquez y Fernández de Córdoba, reina y señora feudal en la frontera mudéjar de la Corona d'Aragó (1460-1468)”. In TORO, Francisco – *II Congreso Fernández de Córdoba, Homenaje Miguel Ángel Ladero Quesada*. Alcalá la Real: Alcalá la Real (Jaén), 2021, pp. 291-302. [Consultado el 18 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/117070>.

Tabla 2. Población de la Frontera de Orihuela y Murcia (1454-1510)

MUNICIPIO	HABITANTES	AÑO	POBLACIÓN	CORONA
Orihuela	8.717	1510	ciudad cristiana y aljama mudéjar	Aragón
Albatera	414	1510	aljama mudéjar	Aragón
Aspe	1.418	1510	aljama mudéjar	Aragón
Novelda	1.035	1510	aljama mudéjar	Aragón
Monóver	446	1510	aljama mudéjar	Aragón
Elda	927	1510	aljama mudéjar	Aragón
Murcia	8.987	1503	cristianos, mudéjares y judíos conversos	Castilla
Abanilla	306	1495	aljama mudéjar	Castilla
Fortuna	140	1495	aljama mudéjar	Castilla
Molina	203	1495	aljama mudéjar	Castilla
Cotillas	113	1454	lugar cristiano	Castilla

La tabla 2 reflejaba la situación de la frontera militar de Orihuela con respecto a la red de ciudades pequeñas (aljamás mudéjares) con las que estaba en constante guerra latente e intermitente, todo ello, por las guerras de Aragón, Castilla y Granada; sin olvidar la importancia de los municipios de mayorías poblacionales musulmanas. Esta dependencia política de la frontera obligaba a Orihuela a un elevado gasto económico en la defensa militar y en detrimento de otros gastos municipales como la sanidad municipal, entre otros más.

2. El cultivo del arroz musulmán: conflicto político y cambio sanitario urbano

En la ciudad de Orihuela (regne de València) la cuantificación numérica de los miembros del gobierno municipal de ese día clave del 8 de abril de 1459 –objeto de esta comunicación – marcaba la tendencia habitual y generalizada de mediados del siglo XV con el predominio de ciertos linajes familiares que, incluidos, en los bandos urbanos condicionaban las decisiones municipales a favor de sus intereses por encima del concepto de bien común. A esa reunión municipal acudieron un total de 30 miembros de los 46 con derecho a estar allí representados. Quizás, la ausencia más importante fue la del propio jefe político del gobierno municipal (el justicia criminal mosén Jaume Masqueffa) que ejercía, el máximo oficio municipal de la ciudad. La segunda característica de ese día estuvo en el hecho de que, de los 40 representantes municipales habilitados (consellers), sólo acudieron un total de

24 miembros. Para que fuera vinculante la decisión del gobierno municipal siempre era necesario la mitad más uno de los representantes asistentes (21 miembros). De esos representantes municipales destacaba la presencia de 2 miembros de la facción de los Roqamora³⁷, así como 5 más de la propia familia Roqamora. Por lo que, el monopolio del poder político en ese consell estaba muy decantado a la decisión que tomara esa facción ya que representaban aproximadamente el 25% del total de los representantes municipales y también tenían ese mismo porcentaje del total de todos los miembros con derecho a voto³⁸. Este monopolio del poder municipal sometido a los intereses de una facción se vio además reflejado en que, la segunda máxima autoridad política del gobierno municipal era el lugarteniente (llochtinent de justícia criminal), presentó un informe negativo contra el cultivo del arroz pidiendo que fuera o que se mantuviera prohibido.

El informe negativo contra el arroz fue detallado por uno de los principales oficiales de la ciudad (el llochtinent³⁹ Pere de Galbe) y fue bastante rotundo. En su informe especificaba los síntomas⁴⁰ médicos con los que identificar la enfermedad que venía provocada por este cultivo. También mostró las experiencias de otros municipios valencianos⁴¹ que cada año sufrían los efectos sanitarios de esa acumulación de agua corrompida. Para Pere de Galbe el cultivo del arroz tenía dos consecuencias inmediatas: una, la muerte por la enfermedad producida por el agua estancada y dos, la despoblación de Orihuela y su término por la insalubridad de la vida urbana y rural. Concluía su informe, leído en el consell, con una alerta al sufrimiento que se le iba a causar a la ciudad: “[...] en gran dan dels habitants ciutadans e behins de la dita ciutat [...]”. También los síntomas de la enfermedad quedaban descritos varias veces a lo largo de dicho informe: “[...] febres largues e malalties [...]”. La enfermedad a nivel médico era reconocida que procedía del agua estancada “[...] negra podrida e [...] per causa de la aygua podrida y el ayre corrupto de la aygua podrida [...]”. Su informe, además, contó con el apoyo de otro miembro de la oligarquía local sin representación municipal pero que refrendaba lo pernicioso de este cultivo (Jaume Sotol en nombre de los regantes de la cequia de Almoradí). El informe negativo explicaba, sobre todo, que el agua estancada era la causa de las muertes. Esa agua estancada estaba alejada a unos 15km de la ciudad, prácticamente, en la misma desembocadura del río Segura y denominada,

³⁷ PONSODA LÓPEZ DE ATALAYA, Santiago y SOLER MILLA, Juan Leonardo – “Violencia nobiliaria en el sur del reino de Valencia a finales de la Edad Media”. *Anales Universidad de Alicante, Historia Medieval* [en línea] 16 (2009-2010), pp. 319-347. En concreto, pp. 343-344. [Consultado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.14198/medieval.2009-2010.16.14>.

³⁸ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Miguel-Ángel – *Guerra y violencia*, pp. 264.

³⁹ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, folio (en adelante f.). 110r.

⁴⁰ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 110v. “[...] e pus fent malaltia de febra que neguna altres natura de febres [...]”.

⁴¹ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 111r. “[...] de boriana e de la plana e de algeire e de altres [...]”.

los almarjales/marjales⁴². Se trataba de un área extensa de marjales concentrada en una depresión geográfica que no desagaba en el mar Mediterráneo las tres acumulaciones de agua que recibía: la del propio río Segura, los sobrantes de las acequias y la de los azarbes.

El informe positivo a favor del arroz fue explicado en el gobierno de la ciudad por un miembro de la oligarquía urbana (Jaume Lopez de Roncesvalles) con intereses económicos a favor del arroz ya que representaba los intereses de una de las facciones poseedoras de tierras en las zonas donde se pretendía extender dicho cultivo. No especificaba en nombre de cuantos representaba, pero en su tratamiento social (lo honorable) se definía su pertenencia a la élite de la oligarquía de la ciudad. En su intervención de palabra ante el gobierno urbano: en primer lugar, alegó la importancia del cultivo del arroz y, en segundo lugar, que en realidad ese nuevo desarrollo económico de un nuevo cultivo sólo buscaba el beneficio del bien común (la cosa pública). Una alusión común en Baja Edad Media de la búsqueda de la res pública⁴³. Roncesvalles solicitaba cortar todo el trigo plantado y sustituir los campos para extender las parcelas de arroz⁴⁴. En la defensa que hizo sobre los beneficios económicos del cultivo del arroz incluyó una nueva variable, el hecho de culpabilizar al trigo, por provocar la llegada de plagas como la langosta: “[...] dit e proposat que nos ignorava la gran multitud de lagosta qui es lo terme de la dita ciutat e orta de aquella per la qual [...]”. De ahí que hubiera solicitado de la ciudad cortar todas las parcelas de tierra que estuvieran plantadas de trigo, ya que, entre los meses de marzo y abril de 1459 se había producido la llegada de una nueva plaga de langosta y que se comió buena parte de las cosechas de los cultivos de Orihuela⁴⁵. Así se recogían las medidas municipales tomadas por las autoridades de la ciudad tendentes a mitigar los efectos de dicha plaga. El 11 de marzo de 1459 ordenó que se empezara a matar la langosta que asolaba los campos del término y que ya se había extendido a otras tierras de cultivo “[...] molta lagosta [...] en donar orde ques mate[...]”⁴⁶. Dicha plaga todavía en abril – como se está citando – no había podido ser extinguida y se seguía

⁴² PARRA VILLAESCUSA, Miriam – “Aguas peligrosas – Aguas aprovechables: concepción ideológica y realidad productiva de los marjales. El sur del Reino de Valencia (ss. XIV – XV)”. In DEL VAL VALDIVIESO, M^a Isabel – *La percepción del agua en la Edad Media*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 2015, pp. 39-84.

⁴³ MARTÍN RIVERA, Rafael – “La idea de res publica en la tradición jurídica y política castellana (siglos IX-XV)”. *Anuario Historia Derecho Español* [en línea] 86 (2016), pp. 619-656. [Consultado el 1 de marzo de 2021]. Disponible en https://www.boe.es/publicaciones/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-H-2016-10061900656.

⁴⁴ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 112r. “[...] lo honorable en jaume lopez de Roncesvalles ab altres ciutadans de la dita ciutat [...] se espera talar los blats sembrats en la dita orta e venir la dita ciutat en molt gran penuria [...] e encara per lo gran útil e be que sen segueix de fer arosos fos donat loch per lo dit consell que arosos fosen sembrats en modo e forma que no sen seguís [...] que suplicaba lo dit consell per los altres e per ell ques volgues [...] que fos procurat lo benefici de la cosa publica de la dita ciutat [...]”.

⁴⁵ BELLOT, Pedro – *Anales de Orihuela (Siglos XIV-XVI)*. Estudio, edición Juan Torres Fontes, 2 vols. Alicante: Academia Alfonso X e ICJGA, 2001. En concreto, vol. II, pp. 97-98.

⁴⁶ AMO, Contestador A-29. Consell, 11-marzo-1459, fol. 92r.

tratando de erradicar pero se reconocía que “[...] la lagosta no fera dan [...]”⁴⁷. Aun así se mandaba que se hiciera un inventario de las existencias de cereales de las que disponía la ciudad por si hacía más daño del previsto o se prolongaba demasiado en el tiempo⁴⁸. Como se ha visto, las medidas del gobierno municipal fueron el intento de acabar con la plaga⁴⁹ y salvar lo que se pudiera de la cosecha de cereales frente a las medidas de una parte de la oligarquía era pedir la extensión del cultivo de arroz arrancando la cosecha que trigo que no se hubiese comido la plaga de langosta.

Pues bien, los intereses del linaje familiar Roqamora⁵⁰ y de su facción⁵¹ urbana debieron de prevalecer o, quizás, su alianza con el informe positivo al cultivo del arroz presentado por otro miembro de la oligarquía urbana (Jaume Lopez de Roncesvalles) sin representación municipal. Lo cierto fue que en esa reunión municipal se dio permiso para extender el cultivo del arroz y a pesar del conocimiento de la experiencia urbana de otras ciudades que avisaban de la mortalidad que se iba a producir.

3. Enfermedad y muerte por comer arroz: informes de la red urbana y déficit sanitario

La pugna por el control del poder político de la ciudad entre los distintos intereses de las facciones se había visto en este ejemplo del arroz. En ese consell de 8 de abril de 1459 fue presentada y desoída la ayuda de la experiencia de la red urbana de ciudades del sur de la Corona d’Aragó –sobre ese cultivo concreto – y formada por Alzira, Burriana, Castelló de la Plana y Valencia. Su cultivo iba a dar lugar a cambios en la organización sanitaria de Orihuela ya que se sabía que iba a haber más enfermos, pero además la enfermedad causaba la muerte.

Pues bien, ese informe negativo contra el arroz se apoyaba en otras ciudades valencianas que habían padecido la enfermedad del paludismo. Para ser más concluyente en su alegato negativo, el lugarteniente de la ciudad, presentó la experiencia sanitaria dada por los médicos de las ciudades que se habían encontrado con esta enfermedad: “[...] per experiencia es vist les mes morts [...] es notori als metges de les dites ciutats [...] e les aygues molt [perjudicial]”. Incluso, presentó

⁴⁷ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 112r.

⁴⁸ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 123r.

⁴⁹ AMO, Contestador A-29. Consell, 11-marzo-1459, f. 92r. Y, mes y medio después, a finales de abril se mantenía la gravedad de la plaga porque “[...] devora los blats de la dita ciutat [...]” AMO, Contestador A-29. Consell, 22-abril-1459, fol. 125r.

⁵⁰ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 109r. Los cinco miembros presentes en el consell del linaje familiar de los Roqamora eran: Martí Roqamora (jurat), Pere Roqamora (conceller), Johan Roqamora fill de Martí Roqamora, Johan Roqamora y Johan Roqamora fill del magnífich mossén Jaume Roqamora.

⁵¹ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 109r.

la experiencia de la principal ciudad del reino, Valencia⁵², de la que decía que todo lo que él explicaba ya se conocía incluso en la capital del reino. Finalmente, el llochtinent de Orihuela sentenció con una frase harto expresiva y que ha quedado registrada en el consell: “[...] la pestilencia pasa por el layre de Regio en Regio e de ciutat en ciutat e de hom e hom e de persona a persona [...]”⁵³.

Aun así, el consell dio permiso para extender este cultivo. Ya se había visto una situación semejante en la extensión de este cultivo para su introducción en el comercio internacional hacia Flandes⁵⁴ o el análisis de las exportaciones marítimas en Castelló de la Plana⁵⁵. También se sabía que la orden militar de Santiago lo había plantado en su territorio de Lorquí, situado en el reino de Murcia y en el tramo medio del mismo río Segura⁵⁶. Se trataba de un conjunto de ciudades pequeñas (como Lorquí) o medianas (como Castelló de la Plana) que mantenían relaciones políticas a pesar, incluso de la distancia, como era el caso de Orihuela con Castelló de la Plana. Los informes negativos de varias de estas ciudades llegaron a Orihuela tratando de alertar del estudio sanitario que debía de hacerse sobre este cultivo. Por ello, no debe de resultar extraño que a nivel político se asumiese como necesaria, tanto la enfermedad como la muerte, que iba unida al modo de producción del arroz. El problema venía por el hecho de que la ciudad no tenía una infraestructura hospitalaria ni con criterio médico ni con formación en asistencia sanitaria.

En este sentido, sobre los establecimientos sanitarios en Orihuela, se han documentado a mediados del siglo XV un total de cuatro hospitales. Los cuatro eran de gestión y administración religiosa secular dependientes de las tres parroquias de la ciudad (la división política valenciana en collaciones electorales urbanas): el hospital de San Salvador de la iglesia de San Salvador, el hospital del Corpus Christi de la iglesia de San Salvador, el hospital de San Bartolomé de la iglesia de Santa Justa y el hospital de San Julián de la iglesia de Santiago⁵⁷. Pero, cuatro años después de la subida al trono de Juan II d’Aragó (1458-1479), la ciudad de Orihuela recibió la orden real el 28 de diciembre de 1462⁵⁸ de unificar todos los hospitales en uno sólo: el del Corpus Christi. En décadas precedentes, la característica había sido que estaban gestionados, en su mayoría, por órdenes religiosas conventuales como sucedía en

⁵² AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 110v. “[...] segons la molta alteracio dita en les dites coses e parts diu que en la ciutat de valencia e en altres parts se fan les dites aRoses [...] les dites malaties”.

⁵³ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, fol. 110v.

⁵⁴ IGUAL, David – “Del campo a la nave. El comercio del arroz valenciano y su exportación a Flandes a finales de la Edad Media”. *Centro Studi per la Storia dell’Alimentazione e della Cultura Material Anna Maria Nada Patrone* [online] (2018), pp. 1-28. [Consultado el 4 de febrero de 2021]. Disponible en https://centrostudicesa.files.wordpress.com/2018/03/david_igual_rice_cesa.pdf.

⁵⁵ VICIANO, Pau – *Senyors, camperols i mercaders. El món rural valencià al segle XV*. Catarroja-Barcelona: Afers, 2007.

⁵⁶ RODRÍGUEZ LLOPIS, Miguel – *Señoríos y feudalismo*, pp. 200-202.

⁵⁷ VILAR, Juan Bautista – *Historia de Orihuela*. Tomo III. Orihuela: Caja Rural Central, 1977, pp. 92-94.

⁵⁸ Arxiu Regne Valencia (en adelante ARV), Reial Cancillería, 286, fols. 100r.-100v., en HINOJOSA MONTALVO, José – *Textos para la Historia de Alicante. Historia Medieval*. Alicante: IJGA, 1990, pp. 447-448.

la ciudad de Valencia⁵⁹. La atención sanitaria municipal y su red de municipios pequeños se centralizó, ahora sólo, en el hospital de Corpus Christi de Orihuela (spital de Corpus Christi)⁶⁰. Se trataba de un hospital de origen bajomedieval fundado por la obra pía privada de una mujer, Sancha de la Torre, en el año 1348⁶¹ y que todavía en 1520 seguía abierto⁶². Contaba con 60 camas y clasificaba a sus usuarias/os en: eclesiásticos, mujeres, peregrinos y enfermos. La administración contaba con 2 personas nombradas por la ciudad: un religioso y un laico⁶³. No se conoce el personal destinado en los hospitales vinculados a las tres parroquias, pero sí se sabe que Orihuela tenía contratado un único médico municipal que cobraba un salario que oscilaba entre los 550 sueldos y los 225 sueldos⁶⁴. No consta que con el médico también trabajara su mujer – en caso de ser casado. Este matiz era importante destacarlo porque en otras ciudades como Zaragoza⁶⁵ se constataba y contrataba a los médicos casados para que la mujer cuidara y tratara a las mujeres enfermas. En Orihuela se ha observado una precariedad importante y una degradación social del oficio de médico (metge) ya que, en algunos años, la ciudad había considerado la necesidad de suprimir este oficio municipal por no poder pagar su salario y, en otras ocasiones, le había rebajado el salario⁶⁶. Esta precaria situación salarial, a veces, lo que provocaba era que el médico emigrara a otra ciudad. Esta situación se ha documentado en otras ciudades pequeñas del entorno de la red de influencia urbana de Orihuela como Elx⁶⁷. Una parte de la financiación del hospital procedía de ingresos privados. De esos ingresos extras, en ocasiones, procedían de las mandas testamentarias dejadas por ciertos caballeros de la nobleza menor de Orihuela. Este fue el caso de uno de los miembros de la familia Roqamora. En su testamento citaba expresamente el pago anual y perpetuo de una cantidad fija: “[...] sien consignades cinch lliures de renda perpetualment al spital de Corpus Christi de la dita ciutat pera les coses necesaries del dit spital [...]”⁶⁸.

Del hospital del Corpus Christi de Orihuela no ha quedado constancia documental de sus funciones, enfermas/os usuarias/os, personal contratado

⁵⁹ RUBIO VELA, Agustín – *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim, 1984, pp. 28-30.

⁶⁰ Hoy en día no se conserva ningún resto arquitectónico del mismo ya que fue derribado para construir la sede del edificio del actual palacio del obispado de Orihuela.

⁶¹ VILAR, Juan Bautista – *Historia de Orihuela*, pp. 92-94.

⁶² OJEDA NIETO, José – “Sociología urbana de Orihuela en el siglo XVI”. *Alquibla* [en línea] 5 (1999), pp. 415-446. En concreto, p. 423. [Consultado el 15 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/75709>.

⁶³ HINOJOSA MONTALVO, José – *Textos para la Historia*, pp. 447-448.

⁶⁴ BARRIO BARRIO, Juan Antonio – *Finanzas municipales y mercado urbano en Orihuela durante el reinado de Alfonso V (1416-1458)*. Alicante: Ayuntamiento Orihuela e IJGA, 1998, p. 57.

⁶⁵ VILLAGRASA ELÍAS, Raúl – *La red de hospitales*, pp. 26-28.

⁶⁶ BARRIO BARRIO, Juan Antonio – *Finanzas municipales*, p. 57.

⁶⁷ HINOJOSA MONTALVO, José – “Medicina y sanidad municipal en el Elche bajomedieval”. *Alquibla* [en línea] 5 (1999), pp. 75-92. [Consultado el 19 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/75709>

⁶⁸ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, Miguel-Ángel – *Guerra y violencia*, p. 863.

(aparte del metge) ni de los medicamentos usados en los tipos de enfermedades. Pero la existencia de un solo médico municipal (y siempre hombre) constataba esa precariedad de la sanidad municipal de la ciudad. Tampoco se especificaba si el médico era musulmán, judío o cristiano. En esa época se documentaban médicos mudéjares con licencia de la monarquía como Abdallá Algazi en 1456 que ejercía en Valencia o Abdul Halim en 1459⁶⁹ y doctoras judías sin licencia de la monarquía como Jamilla en Valencia en 1378. En la documentación consultada de Orihuela tampoco figuraba ningún tratamiento médico concreto frente a la enfermedad que provocaba el cultivo del arroz. Se citaba, habitualmente, los síntomas “[...] Febres largues e malaties [...]”⁷⁰ pero ningún tipo de solución sanitaria. Se ha elaborado una tabla⁷¹ con la recopilación sobre médicos de ciudades pequeñas.

Tabla 3. Médicos de ciudades medianas y pequeñas (1371-1468)

AÑO	CIUDAD	NOMBRE	PROFESIÓN	ÉTNIA	OFICIO	CORONA
1371	Murcia	Yamila	cirujana	judía	privada	Castilla
1409	Orihuela	Mayr Exaquez	cirujano	judío	privado	Aragón
1409	Orihuela	Cohen	boticario	judío	privado	Aragón
1427	Murcia	Yuçaf Axaques	cirujano	judío	municipal	Castilla
1427	Murcia	Don Mayr	cirujano	judío	municipal	Castilla
1427	Murcia	Moseh Mayr (hijo del anterior)	cirujano	judío	municipal	Castilla
1427	Murcia	Moseh Abenbahim	físico	judío	municipal	Castilla
1440	Villarreal	Isac Gracia	médico	judío	municipal	Aragón
1460	Castelló	Abran	médico	judío	privado	Aragón
1468	Lleida	Cresqués Abnarramí	oculista	judío	privado	Aragón

⁶⁹ HINOJOSA MONTALVO, José – “Medicina y religión en las minorías religiosas en la corona de Aragón en la Edad Media”. In AMRÁN, Rica – *Las minorías: Ciencia y religión, magia y superstición en España y América (XV-XVII)* [online]. Santa Bárbara: University California, 2015, pp. 30-42. En concreto, pp. 33-35. [Consultado el 7 de febrero de 2021]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5122688>.

⁷⁰ AMO, Contestador A-29. Consell, 8-abril-1459, f. 110r.

⁷¹ Para los años 1371, 1409, 1440 y 1468 FERNÁNDEZ, Agustín Nieto – *Orihuela en sus documentos, IV*. Murcia: Instituto Teológico Franciscano, 1997, pp. 6-22. Para el año 1427 TORRES FONTES, Juan – “Los judíos murcianos en el reinado de Juan II”. *Murgetana* [en línea] 24 (1965), pp. 79-108. En concreto, pp. 93-95. Para el año 1460 HINOJOSA MONTALVO, José – “Aproximación a una minoría religiosa. La prosopografía de los judíos de Castellón”. *Boletín Sociedad Castellonense de Cultura* [en línea] 82 (2006), pp. 21-82. En concreto, p. 40.

No se pretende analizar la tabla 3 en su conjunto sino hacer notar la existencia de una médica judía en Murcia antes de las percusiones (pogromos) del año 1391. Asimismo, la ciudad de Murcia tenía asalariados como médicos municipales a 4 especialistas judíos en el mismo año, por lo tanto, es posible pensar que representaban toda la asistencia pública de esa ciudad fronteriza castellana. Y las ciudades medianas o pequeñas como Orihuela, Villarreal y Castelló también tenían médicos judíos más allá de aquel año 1391. Este conjunto de médicos, ejercían tanto como asalariados de la ciudad como en el ámbito privado – previa licencia municipal y tanto en Castilla como en Aragón.

Las referencias en la temática sanitaria no eran frecuentes en estas ciudades fronterizas, pero las que había, evidenciaban un dominio y monopolio de la medicina por parte de los judíos. Por ejemplo, dentro de la red de ciudades cercanas a Orihuela, destacaba la pequeña villa señorial d’Elx en donde había un solo médico público⁷² y un pequeño hospital municipal. Allí tampoco constaba la ubicación de ese hospital (véase Tabla 1). De ese grupo de hospitales pequeños de pequeñas villas, en concreto en este d’Elx, en la documentación aparecía denominado como “[...] en lo espital de la dita vila [...] e acomane aquells a Joan Ferrando qui esta ab sa muller en lo dit espital [...] e per cascun mes de carrega de lenya [...]”⁷³. Se recogía la noticia de la existencia de un encargado sanitario municipal (spitaler) que trabajaba allí con su mujer (como ya se documentara por Villagrasa en Aragón) y del pago mensual de la leña que debía de servir para mantener acondicionado el edificio. Otro ejemplo, pero dentro de las pequeñas villas que cultivaban arroz, también Alzira y Castelló de la Plana, padecían las consecuencias de este cultivo y sólo tenían un hospital. En Alzira, el hospital de Santa Llúcia⁷⁴ y en Castelló de la Plana el hospital d’En Trullols; y que además, tenía una pared medianera con la casa del médico judío Salomó Rodrich⁷⁵.

En cuanto a los tratamientos médicos aplicados en los hospitales de Valencia a mediados del siglo XV la mayoría de origen musulmán. La realización de jarabes de dáttil (con mel de capllire), purgas (casafiscola e such de roses), ungüentos (sabó e mel) y aguas destiladas (flor de taronger per a fer aygua nafa), entre otros⁷⁶. También García Marsilla señalaba que: “[...] En los hospitales, donde evidentemente se tenían

⁷² ARV, Reial Cancilleria, 286, fol. 288r. Documento de 29-septiembre-1443 en HINOJOSA MONTALVO, José – “Medicina y sanidad municipal, p. 81.

⁷³ Archivo Municipal Elx (en adelante AME), Manual de Consells, 6, sin foliar (en adelante s.f.) en HINOJOSA MONTALVO, José – *Textos para la Historia*, pp. 439-440.

⁷⁴ APARISI ROMERO, Frederic – “Les condicions materials d’un hospital medieval: el cas de Santa Llúcia d’Alzira”. In CATALÁ, Joan – *XVII Assemblea d’Història de la Ribera*. València: Institució Alfons el Magnànim, 2018, pp. 107-122.

⁷⁵ HINOJOSA MONTALVO, José – “Aproximación a una minoría, p. 60.

⁷⁶ GALLENTO MARCO, Mercedes – “Aproximación a un modelo medieval de institución sanitaria: el Hospital de la Reyna”. *Saitabi* [en línea] 31 (1981), pp. 73-87. En concreto, p. 85. [Consultado el 6 de febrero de 2021]. Disponible en <http://hdl.handle.net/10550/26871>.

muy en cuenta las supuestas propiedades terapéuticas de las aves de corral, se hacía lo posible por criarlas allí mismo, para así poder suministrárselas cuando fuera necesario a los internos más graves [...]”⁷⁷. No hay constancia de la existencia de manuales médicos en los hospitales, pero sí de la existencia de obras en la Corona d’Aragó como el “Tratado de la fascinación” de Enrique de Villena (1384-1434), en donde se mezclaba la escolástica (fe) con el humanismo (razón). La obra combinaba tanto los consejos terapéuticos (sobre todo contra el mal de ojo) como las creencias curativas y la aplicación de prácticas médicas de origen musulmán y judío⁷⁸.

Conclusiones

Pues bien, en este contexto continuo de conflicto urbano no resultaba extraño asistir al permiso para cultivar arroz a pesar de los informes contrarios de algunos miembros del gobierno municipal, así como de las redes urbanas de Alzira, Burriana, Castelló de la Plana y Valencia (ciudades grandes y pequeñas del sur de la Corona d’Aragó). El monopolio del poder político de la ciudad ejercido por las facciones, así como la especulación comercial agrícola de los cereales y en esa época del arroz, dio lugar a dos consecuencias inmediatas: por un lado, el incremento de la mortalidad entre la población por paludismo y, por otro lado, evidenciar el déficit sanitario bajomedieval con escaso número de hospitales.

En este sentido, además, los hospitales no sólo de Orihuela, sino de buena parte de las ciudades del sur de la Corona d’Aragó, tenían una función benéfica, asistencial y de caridad hacia los enfermos pobres, más que la función sanitaria que debería de ir asociada a estos establecimientos sanitarios. Asimismo, los tratamientos médicos estaban dentro de la normativa religiosa de la escolástica ya que no contemplaban la curación sino la sanación del alma pecadora a base de bebidas de carácter sanatorio. Se podría definir como una perduración a mediados del siglo XV de un sincretismo musulmán-cristiano en estas tierras del sur de la Corona d’Aragó con la frontera con el reino de Murcia.

⁷⁷ GARCÍA MARSILLA, Juan Vicente – “Alimentación y salud”, p. 137.

⁷⁸ CIAPARELLI, Lidia – “Medicina y literatura en el Tratado de fascinación”. *Cuadernos de Historia de España* [en línea] 79 (2005), pp. 31-56.

Cáceres ante la peste y la lepra (1505-1551). Epidemias y políticas concejiles¹

Julián Clemente-Ramos²

Resumen

Las enfermedades contagiosas han constituido un elemento de mortalidad extraordinaria en la Europa medieval y moderna. Desde el siglo XIV, la peste se mantendrá endémica durante siglos. En Cáceres, peste y lepra se presentan como dos amenazas de muy distinta naturaleza y entidad. La peste suponía una amenaza letal. El episodio de 1507, de carácter general, tuvo una intensidad extraordinaria. El temor estará siempre presente por episodios más o menos localizados (1505, 1518, 1522-4, 1527 y 1531-2), pero no parece que tuvieran consecuencias demográficas relevantes. Los episodios de peste parecen relacionados con brotes documentados en la zona de Sevilla o Andalucía.

Las medidas tomadas (fundamentalmente control de la movilidad, incluida la interna a la ciudad), con un coste económico muy modesto, limitaron claramente la difusión de una enfermedad tan contagiosa. Sin duda, las pequeñas ciudades se ven favorecidas por la menor intensidad de sus contactos. Frente a la peste, la lepra se presenta como una amenaza moderada. Entre 1545-1551 sólo afecta a 3 mujeres pobres, dos de las cuales fallecen. Pese a la modestia de la amenaza se mantiene una segregación total, sin que se materialice la compra de un inmueble destinado a la concentración de los infectados.

Palabras clave

Cáceres (España); Epidemias; Lepra; Peste; normativas concejiles.

¹ Este trabajo ha sido elaborado en el marco del proyecto FRONTOWNS *Pensa em grande sobre as pequenas vilas de fronteira: Alto Alentejo e Alta Extremadura leonesa (séculos XIII – XVI)* (PTDC/HAR-HIS/3024/2020). Igualmente, se ha beneficiado de fondos de la ayuda GR21138 (Fondo Europeo de Desarrollo Regional y Junta de Extremadura – Consejería de Economía e Infraestructuras-) destinados a los grupos de investigación regionales.

² Universidad de Extremadura (<https://ror.org/0174shg90>).

Cáceres before the plague and leprosy (1505-1551). Epidemics and council policies

Abstract

Contagious diseases have been an extraordinary mortality element in Medieval and Modern Europe. Since the 14th century, the plague remained endemic for centuries. In Cáceres, plague and leprosy were presented as two threats of a very different nature and entity. The plague endured as a lethal threat. The episode of 1507, for example, had an extraordinary intensity. Fear is always present through more or less localized episodes (1505, 1518, 1522-4, 1527 and 1531-2), but it did not seem that they had relevant demographic consequences. The plague episodes appear to be related to well-known outbreaks in the Seville or Andalusia area.

The measures taken (basically control of mobility, including within the city), with a very modest economic cost, clearly limited the spread of such a contagious disease. Undoubtedly, small cities are favoured by the lower intensity of their contacts. Compared to the plague, leprosy was a moderate threat. Between 1545-1551 it only affected 3 poor women, two of whom died. Despite the modesty of the threat, total segregation was maintained, without materializing the purchase of a property for the concentration of those infected.

Keywords

Cáceres (Spain); Epidemics; Plague; Leprosy; Council measures.

Introducción

Las enfermedades infecciosas han tenido un papel no desdeñable en la historia. En la baja Edad Media y la época moderna, la peste tuvo una importancia extraordinaria. Durante varios siglos, los episodios infecciosos tuvieron una enorme virulencia e incidieron sensiblemente sobre la población. Esto obligó a tomar medidas drásticas que fueron implementándose de modo más sistemático conforme las estructuras estatales fueron fortaleciéndose. En Italia, se aprobaron muy pronto normativas de protección, pero será en el siglo XVI cuando se tomen medidas en las que la información y la limitación de la movilidad se convertirán en armas poderosas contra la propagación de la enfermedad³.

La peste no será la única amenaza. Durante la Edad Media, la lepra tuvo una incidencia importante y generó un gran temor. En la *General estoria* de Alfonso X se establece sobre los leprosos “que los apartasen de todo el pueblo... e que traxieren las cabeças descubiertas por que los conocieren, e las bocas cubiertas con los vestidos, por que cuando fablasen nin fiziessen... damno a los quien se llegasse a ellos con el fedor de su respiramiento malo”⁴. Desde la baja Edad Media su incidencia será mucho menor⁵. Es, sin duda, una enfermedad en receso pese a la proliferación de leproserías y las limitaciones impuestas a los enfermos. Sin embargo, el temor y los intentos de control de la población leprosa se mantuvieron. Los Reyes Católicos crean en 1477 el oficio de alcaldes de la lepra y en 1491 se comete a los médicos reales para el examen de los leprosos y la vigilancia de las leproserías. Estas medidas serán ratificadas por Carlos I y Felipe II⁶.

Debemos considerar que términos como peste o lepra no tienen a finales de la Edad Media y comienzos de la moderna el significado preciso que han adquirido con la ciencia médica moderna. Esto explica que las representaciones artísticas de leprosos no incorporen en ocasiones las anomalías físicas de la enfermedad de Hansen (nariz mutilada, manos agarrotadas, piel picada)⁷. Del mismo modo, los médicos utilizaban el término de peste para “cualquier enfermedad epidémica que provocara una alta mortalidad entre las poblaciones humanas”⁸. En nuestro caso, la terminología alude a lepra y pestilencias, que asimilamos de modo general a las epidemias que son objeto de nuestro estudio. Es muy probable la coincidencia en

³ BIRABEN, Jean Noël – *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. Vol. II. París: Mouton, 1975-1976, pp. 102-6 y 172-4.

⁴ GRANJEL, Luis – *La medicina española antigua y medieval*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1981, p. 139.

⁵ CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2005, p. 160.

⁶ GRANJEL, Luis – *La medicina española renacentista*, Salamanca: Universidad de Salamanca, 1980, p. 106.

⁷ CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *Enfermedad y sociedad*, p. 161.

⁸ ARRIZABALAGA VALBUENA, Jon – “Discurso y práctica médicos frente a la peste en la Europa Bajomedieval y Moderna”. *Revista de Historia Moderna. Anales de la Universidad de Alicante* 17 (1998-1999), p. 12.

términos generales entre estos términos y las enfermedades epidémicas señaladas, circunstancia reforzada por la información que manejamos.

Nuestro estudio se va a centrar en la villa altoextremeña de Cáceres. Nos interesa sobre todo la repuesta concejil a los problemas sanitarios, en particular las medidas utilizadas y el gasto económico. También la incidencia que tuvieron las actuaciones desarrolladas. Sin duda, estamos ante un aspecto central, pues las medidas tomadas por ciudades y villas fueron decisivas para limitar la expansión de las epidemias y su control. El miedo, en particular a la peste, fue un factor a considerar que permitió implementar medidas que en otras circunstancias se hubieran enfrentado a una oposición generalizada. El interés en la respuesta institucional y no sólo en la enfermedad nos va a permitir abordar la actuación frente a dos enfermedades infecciosas de muy distinto perfil, la peste y la lepra, que aparecen en nuestra documentación.

Cáceres: perfil económico y registro documental

El perfil urbano es fundamental para situar correctamente el riesgo ante las epidemias, que en la primera mitad del siglo XVI se circunscribe a la peste casi de modo exclusivo. El nivel demográfico y los contactos de todo tipo son decisivos para explicar la mayor o menor dificultad para enfrentarse a epidemias caracterizadas por un fácil contagio. Cáceres es en términos demográficos una modesta villa que contaba con 854 vecinos (vecino=familia) en 1530 sin contar a los grupos exentos. Esto supone una población que rondaría los cuatro mil habitantes. Su amplio término de algo más de dos mil kilómetros cuadrados estaba poco poblado debido al gran desarrollo de adhesionamiento, que benefició a la oligarquía rentista y a los ganaderos trashumantes⁹. La densidad poblacional sería de unos 8 habs/km².

Cáceres puede definirse, en términos funcionales, como una agrociedad. La actividad económica se centraba en la agricultura, con un habitual déficit cerealista, especialmente en años de malas cosechas, y la ganadería. Las dehesas, que ocupaban una parte mayoritaria del término, eran aprovechadas por ganado trashumante pero también por una cabaña local mal conocida y necesitada de estudios¹⁰. Cáceres también disponía de una artesanía textil de cierta entidad¹¹, que parece desarrollarse

⁹ CABRERA Emilio; LORA, Gloria - "Datos sobre la población y la configuración jurisdiccional de Extremadura en el tránsito de la Edad Media a la Moderna". *Ifigea*, 1 (1984), p. 71; en general sobre la población extremeña, pp. 71-75.

¹⁰ Sobre el perfil económico de Cáceres: GARCÍA OLIVA, María Dolores - *Organización económica y social del concejo de Cáceres y su tierra en la Baja Edad Media*. Cáceres: Diputación de Cáceres, 1990, y PEREIRA IGLESIAS, José Luis - *Cáceres y su tierra en el siglo XVI. Economía y sociedad*. Cáceres: Diputación de Cáceres, 1990.

¹¹ Sobre la importancia de los oficios textiles en Cáceres, cf. RODRIGUEZ SÁNCHEZ, Ángel - *Cáceres: población y comportamientos demográficos en el siglo XVI*. Cáceres: Caja de Ahorros de Cáceres, 1977, pp. 229-231.

en fechas muy anteriores al siglo XVI. Estamos en este caso ante una producción de tercer nivel, lejos de los centros más cualificados de la corona de Castilla¹². Todo nos hace pensar que sus tejidos se vendían en jurisdicciones próximas, posiblemente de modo preferente entre los grupos populares y estimamos que de modo limitado entre las élites¹³.

La villa de Cáceres no era un núcleo con intensos contactos. Los de carácter interregional se circunscribían a los pastores trashumantes, que no residían de modo habitual en la villa sino en las dehesas, y posiblemente a la feria, de la que no disponemos de datos concretos sobre mercaderes o mercancías. Las élites se abastecerían de textiles de lujo o de cierta calidad en centros cualificados¹⁴, lo que no generaba ningún trasiego humano de entidad. El abastecimiento de cereal originaba contactos habitualmente intercomarcales, aunque también interregionales en momentos de gran escasez como en la primera década del siglo XVI¹⁵. Tenemos la intuición, a falta de un estudio detallado, de que el centro habitual de abastecimiento cerealista de Cáceres era el maestrazgo santiaguista, la mayor zona exportadora de la región, que contaba con superávits habituales que se canalizaban dentro de un amplio radio (Andalucía, Portugal, etc.)¹⁶.

En síntesis, podemos concluir que la villa de Cáceres entre finales de la Edad Media y mediados del siglo XVI no era un centro de gran trasiego de mercancías y personas. Los movimientos humanos eran limitados y se caracterizan por estar circunscritos a momentos específicos (feria) o a grupos humanos limitados o sin residencia en la villa (trashumantes, mercaderes y recueros, etc.). Esta situación facilitaba las actuaciones contra cualquier epidemia y la obtención de resultados positivos.

La documentación local nos impone unos límites cronológicos precisos. No hay ninguna referencia precisa a epidemias en Cáceres antes de 1500, pese a que la

¹² Sobre el tema sigue siendo la referencia básica IRADIEL MURUGARREN, Paulino – *Evolución de la industria textil castellana en los siglos XIII-XVI. Factores de desarrollo, organización y costes de la producción manufacturera en Cuenca*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1974.

¹³ En una ejecución de bienes en Medellín se alude a “dos tablas de manteles casseros ricos de los de Cáceres y Plasencia” (Arch. Chancill. Granada, leg. 880, nº 1, a. 1546, fol. 617v); sin embargo, los paños cacereños no se documentan, aunque si los mercaderes, en las ferias de Guadalupe pese a la rica documentación disponible (SANTILLANA PÉREZ, Mercedes – “Aproximación al comercio de paños en Guadalupe durante la segunda mitad del siglo XVI”. In *Hernán Cortés y su tiempo*. Vol. 1. Mérida: Editora Regional de Extremadura, 1987, pp. 117-122).

¹⁴ Así interpretamos la presencia de miembros de la oligarquía local en Medina del Campo (Arch. Fundación Tatiana Pérez de Guzmán el Bueno, Cáceres [=Fundación Tatiana PdGeB], leg. 51, nº 2, fol. 2r, a. 1517, y leg. 29, nº 20, fol. 9v, a. 1528).

¹⁵ PEREIRA IGLESIAS, José Luis – *Cáceres y su tierra en el siglo XVI*, p. 143; sobre el abastecimiento del pan en la coyuntura crítica de 1502-1508 y el comercio interregional, cf. CLEMENTE RAMOS, Julián – “El cereal en Extremadura (ss. XIII-XVI). Producción, consumo y abastecimiento”. In *La civiltà del pane. Storia, tecniche e simboli dal Mediterraneo all'Atlantico*. Milán-Spoletto: Centro di Studi Longobardi y Fondazione Centro Italiano di Studi sull'Alto Medioevo, 2015, pp. 340-346.

¹⁶ RODRÍGUEZ BLANCO, Daniel – *La Orden de Santiago en Extremadura en la Baja Edad Media (siglos XIV y XV)*. Badajoz: Diputación Provincial de Badajoz, 1985, pp. 276-279.

peste fue una amenaza recurrente¹⁷. Las cuentas de propios sólo se conservan desde finales del siglo XV y las actas capitulares sólo forman una serie casi continua desde 1543. Las cuentas de propios cacereñas ofrecen una información, aunque diste de ser completa, relativamente rica sobre la peste. Las fuentes disponibles para otros núcleos extremeños, en ocasiones de mayor entidad, presentan menciones más escuetas e incompletas. Para el periodo que vamos a estudiar, los registros parroquiales de nacidos, muertos y matrimonios no están disponibles salvo de modo excepcional. Empiezan a ser regulares en Cáceres desde 1545. La parroquia de San Mateo ha conservado el registro de nacimientos desde 1514. Los protocolos notariales de Cáceres son muy escasos antes de la década de 1530. No están disponibles para el gran episodio de peste local y general de 1507. Si contamos con una importante documentación notarial en fondos nobiliarios y eclesiásticos, algunos especialmente ricos, para fechas anteriores. La información explícita que nos suministra, sin embargo, es prácticamente nula.

Hemos centrado, por tanto, nuestro estudio en la primera mitad del siglo XVI ante la inexistencia de información sobre el periodo medieval. Como hemos indicado, no nos interesa sólo la incidencia epidémica sino de modo preferente las medidas tomadas por el concejo. Pese a los límites que impone la información, que podemos considerar rica en el contexto regional, los datos presentan suficiente coherencia y consistencia como para pensar que el conjunto no carece de sentido. Este estudio se inserta dentro una línea de investigación sobre el urbanismo y la sociedad cacereñas entre los siglos XIII y XVI a la que damos inicio con el presente trabajo.

La peste

La peste es una realidad recurrente en la baja Edad Media y en el siglo XVI. Sin embargo, es muy mal conocida en Extremadura. Sabemos muy poco sobre episodios epidémicos en el periodo medieval, aunque no ofrece duda su importancia y difusión. Incidió claramente, como en otras regiones, sobre la coyuntura demográfica¹⁸. Los modernistas, con fuentes más ricas, sólo recogen noticias que podemos definir como

¹⁷ Los contratos de censo que empiezan a abundar en la segunda mitad del siglo XV recogen entre los formalismos notariales la amenaza de la peste. Entre otros: Arch. Fundación Tatiana PdGeB, Cáceres, leg. 18, nº 76, a. 1454, fol. 2v, y leg. 17, nº 127, a. 1476, fol. 1v.

¹⁸ Es significativo sobre la incidencia de la peste en la región que Cabeza la Vaca (maestrazgo de Santiago) se considerara a principios del siglo XVI un caso excepcional por no haber sufrido ningún episodio epidémico. Algunos indicios cualitativos como la eonflictividad sobre el bosque nos muestran como Extremadura presenta a escala regional un claro parón o receso demográfico entre mediados del siglo XIV y primeras décadas del siglo XV. Sólo disponemos de datos cuantitativos, muy ilustrativos, para un núcleo aldeano como Miajadas (CLEMENTE RAMOS, Julián – *La tierra de Medellín [1234-c. 1450]. Dehesas, ganadería y oligarquía*. Badajoz: Diputación de Badajoz, 2007, pp. 38-45; CLEMENTE RAMOS, Julián – “El medio natural en la vertiente meridional del Tajo extremeño en la Baja Edad Media”. *Anuario de Estudios Medievales* 30 /1 (2000), pp. 322-323).

puntuales. En todo caso, no han realizado un tratamiento pormenorizado del tema. La bibliografía regional, por tanto, es muy limitada.

Las ciudades de interior de modesta demografía y limitados contactos económicos y humanos, como hemos indicado, se encontraban en mejor situación frente a la peste, aunque ni siquiera se libraron de ella los núcleos aldeanos más modestos. Para el caso de Cáceres, los pastores trashumantes (serranos) no residen en la villa, sino en las dehesas, y están en la zona entre el otoño y la primavera, cuando la enfermedad se presenta con menor incidencia¹⁹. Estas circunstancias (modesto nivel demográfico y comercial) favorecen, sin duda, la lucha contra la epidemia.

Las circunstancias expuestas explican lo que podemos considerar una escasa difusión de la peste en Cáceres. Los censos incorporan, sin embargo, en ocasiones como hemos visto una cláusula en la que se precisa que el contrato se hace a salvo de riesgos imprevistos como guerra, sequía, malas cosechas o “pestilencia”. La peste sólo se registra en la villa en 1507 y quizás en 1531, cuando se tapiaban calles. Sin embargo, la amenaza y el temor son recurrentes. Entre 1500 y 1532, no hay ninguna década en la que no esté presente. Se toman diversas medidas relacionadas con la peste, además de en la fechas señaladas, en 1505, 1518, 1522-4, 1527 y 1532. No podemos excluir un pequeño brote en 1503, que no registran las fuentes locales²⁰. En 1527 y 1532, la peste aparece en la tierra de Cáceres (1527: aldea de Torremocha) o en zonas próximas (1532: se alude a la comarca). Sólo en 1507 se documenta un brote importante. Se trata de un episodio de gran virulencia en el ámbito peninsular. En 1531, el tapiado de calles nos indica otro probable brote, pero de producirse debió ser moderado a juzgar por el escaso gasto en guardas (408 mrs., que supone el salario de doce días). El balance puede considerarse positivo. Cáceres consiguió que la peste tuviera una limitada o escasa difusión en la villa, y con seguridad aún más en las aldeas, en la primera mitad del siglo XVI.

Las cuentas de propios no registran las fechas de libramiento de los gastos relacionados con la peste. Esto nos impide precisar la estacionalidad de la epidemia. Sólo disponemos de información precisa para 1507. El episodio de peste comenzó

¹⁹ FUENTE PÉREZ, María Jesús – “El impacto de la peste en una ciudad castellana en la Baja Edad Media. Palencia”. *Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses* 59 (1988), p. 421; CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “La epidemia de 1488 en Córdoba”. *Anuario de Estudios Medievales* 39/1 (2009), p. 237-238; también cuadro p. 243; MONTEANO, Peio Joseba – *Los navarros ante el hambre, la peste, la guerra y la fiscalidad: siglos XV y XVI*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, 1999, p. 175; ROCA CABAU, Guillem – “Medidas municipales contra la peste en la Lleida del siglo XIV e inicios del XV”. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 38/1 (2018), p. 19-20; BETRÁN MOYA, José Luis – *La peste en la Barcelona de los Austrias*. Lleida: Milenio, 1996. p. 150.

²⁰ No podemos excluir un pequeño brote en 1503. Este año, el comendador Francisco de Ávila no pudo realizar la visita de Villafranca “por estar muy enfermo en Caçeres” de mal de las “bubas”. Los datos demográficos del maestrazgo santiaguista no acusan ninguna incidencia importante ese año (RODRÍGUEZ BLANCO, Daniel – *La Orden de Santiago*, pp. 85-86).

“desde mediado el mes de hebrero” y continuaba plenamente activo a principios de julio, cuando varios regidores solicitaron a la reina Juana la posibilidad de que los que habían huido de la villa pudieran regresar pese a las medidas tomadas²¹. En estas fechas, el corregidor, su alcalde y su alguacil estaban fuera de la villa, y Sebastián Gallego ejercía las funciones de alcalde contraviniendo las normas por su condición de vecino²². En septiembre, cuando Gonzalo de Sanabria y Juan Barroso reclaman el pago de sus salarios, parece haberse recuperado la normalidad²³. La documentación notarial de los archivos nobiliarios locales parece confirmar lo indicado. Contamos con diez documentos entre enero y marzo, dos este mes, pero sólo uno entre abril y junio y cuatro entre julio y septiembre. Finalmente, en el último trimestre del año se registran otros diez documentos. Por tanto, en el primer y último trimestre se realizan el 80 % de las escrituras notariales conservadas en diversos fondos nobiliarios y en el segundo y tercero, sólo el 20 %²⁴. Es probable que la peste en Cáceres, que comienza a mediados de Febrero, tuviera la mayor incidencia entre marzo y junio, aunque seguramente se mantuvo quizás con menos fuerza en el verano. A partir de octubre, se debió recobrar o aproximarse a la normalidad²⁵. Otros puntos regionales quizás presentasen una cronología parecida²⁶.

La peste de 1507 presenta en Cáceres fenómenos y reacciones bien conocidas. En la petición citada que hacen varios regidores a la reina, se señala que había habido en la villa “mucha pestylençia” y que cuando empezó a haber muertos “se salieron de la dicha villa muchos... cavalleros para algunas labranças e alquerias”. El corregidor con dos regidores, lo que significa que la mayor parte de estos estaban ausentes, se encargaron de “guardar la dicha villa”, prohibiendo la entrada de personas con peste, incluidos los citados caballeros. Los regidores Juan de Carvajal, el comendador Hernando de Ovando, García Holguín y Alvar Sánchez Becerra piden en su nombre y en el de “otros muchos cavalleros, e escuderos” de Cáceres, que no se prohíba a los que han huido volver a la villa. La reina ordena que se permita volver a curarse o recibir los sacramentos, por tanto contagiados, a “qualesquier cavalleros e escuderos e otras personas ¡nobles?”. Debemos precisar que el término caballero designa

²¹ A. G. Simancas, R. G. Sello, 1507-julio, s/n. Ya aludió a este documento GERBET, Maria Claude – *La noblesse dans le royaume de Castille. Étude sur ses structures sociales en Estrémadure (1454-1516)*. Paris: Publications de la Sorbonne, 1979, pp. 64-65, n. 52.

²² Arch. Fundación, Tatiana PdGeB, Cáceres, leg. 43, n° 18, fol. 1r.

²³ A. G. Simancas, R. G. Sello, 1507-septiembre, s/n.

²⁴ Hemos utilizado los fondos de la Fundación Tatiana PdGeB. Sección Cáceres (Golfín y otros), Perero (Arch. Hco Municipal de Cáceres – AHMCC-), Fernán Núñez (sólo fondos cacereños) y Ovando (Arch. Hco de la Nobleza, Toledo). Hemos añadido a los fondos nobiliarios, la sección Hacienda – Clero del Arh. Hco Provincial de Cáceres.

²⁵ El cronista Andrés Bernáldez sitúa la mayor intensidad de la peste de 1507 entre mediados de marzo y mediados de abril, algo que quizás no se ajuste a su evolución en Extremadura (CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste en Sevilla*. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla, 2004, p. 90).

²⁶ Las cuentas de Plasencia registran un único pago a los enterradores de las víctimas de la peste el 30 de junio de 1507 (Arch. Munic. de Plasencia, Cuentas de 1507-9, fol 4r).

desde mediados del siglo XIV al grupo dominante local que cuenta con dehesas e importantes propiedades agrarias²⁷. A lo largo del siglo XV han acumulado tierras de labor en los heredamientos locales, antiguas aldehuelas (las alquerías del documento, término inexistente en Cáceres), en donde disponen de casas de labranza, a veces pequeñas fortalezas. El colectivo mayoritario de estos caballeros, incluidos los regidores, que siempre pertenecen a este colectivo, han abandonado la villa, aunque quieren tener abierta la posibilidad de volver, petición atendida por la reina. Como fue frecuente, el colectivo de mayor poder y riqueza huye de la peste, aunque terminó por afectar a algunos²⁸.

Para otros años, sólo podemos estimar con limitaciones la amenaza de la peste a través de los días que trabajaron los guardas. Debemos considerar que no sabemos cuántos se contrataron simultáneamente, por lo que no podemos saber el periodo completo en que se hizo uso de ellos. En 1507, quizás porque no se recordaba ningún brote similar, los guardas se contrataron tras comenzar las muertes. Es posible, a juzgar por el gasto registrado, que posteriormente se actuara con más diligencia por la huella que dejó este episodio. En todo caso, esta información es la única de que disponemos de modo general para estimar la incidencia o la amenaza que supuso la peste. Posiblemente, la amenaza fue ligera en 1505 y 1532. En 1531 contrasta el tapiado de las calles con el escaso gasto en guardas, sin que los indicios indirectos sean concluyentes²⁹. En 1522-4 y 1527, la amenaza debió ser mayor. Los guardas debieron mantenerse unos meses. En 1524, Juan García recibió un libramiento de 1.250 mrs. “por razon de çinquenta dias que se ocupo en guardar la villa a XXV mrs. cada dia”. Este mismo año, Juan de Ávila recibió uno de 1.225 mrs. por “ochenta e nueve dias [¿45?] que guardaron la villa a razon cada dia de veynte e çinco mrs.” (a compartir con Diego Fernández Urraco) y otro de 475 mrs. “porque alcanço a la villa por sesenta e quatro dias que la guardo a razon de veynte e çinco mrs. cada dia, demas de tres dias que se le avian librado”³⁰. Considerando que días, salarios y cantidades no cuadran, Juan García y Juan de Ávila podrían haber ejercido su

²⁷ GERBET, Maria Claude – “Essai sur l'apparition d'une moyenne noblesse dans l'Estrémadure de la fin de Moyen Age”. *Anuario de Estudios Medievales* 16 (1986), pp. 557-570.

²⁸ La huida, que limitó la mortalidad entre las élites al disponer de residencias alternativas, fue una reaccion natural ante el temor reverencial que generaba la peste: GRANJEL, Luis, *La medicina española renacentista*, pp. 109-110; CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste en Sevilla*, p. 89 (información del cronista Andrés Bernáldez); CABRERA SÁNCHEZ, Margarita – “La epidemia”, pp. 238-240; JIMÉNEZ ALCÁZAR, Juan Francisco – “La peste de 1507-1508 en Murcia y Lorca: contagio y muerte”. *Miscelánea Medieval Murciana*, XVI (1990-1991), pp. 133-134.

²⁹ En los fondos nobiliarios locales (cf. nota 23) llama la atención el casi vacío documental existente entre mayo y agosto, con sólo el 10 % de los documentos computados. El registro de nacidos de la parroquia de San Mateo presenta un claro descenso en 1531, aunque mucho menos intensa que la de 1526-1529, sin embargo debemos considerar otro factor como la pobre cosecha de cereal de 1530 (RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Ángel – *Cáceres*, pp. 66-76; CLEMENTE RAMOS, Julián – “Notas sobre el clima en Extremadura (1463-1550)”. *Revista de Estudios Extremeños*, LXXIII/2 (2017), p. 2897).

³⁰ AHMCC, Cuentas de Propios (1524), fols. 5r, 6r y 7v.

función de guarda en 1524 durante dos meses, quizás más. Lo que parecen amenazas de peste, o episodios leves, debieron mantenerse durante un periodo limitado de tiempo que no podemos precisar.

Tabla 1. La peste en Cáceres (1505-1532). Contratación de guardas: días y gasto

Año	Guardas contratados	Días/persona	Total de Días	Gasto Guardas (mrs.)
1505	2	19	38	604
1507	8	-	-	3.060
1518	3	-	-	10.273
1522	7	16-9	89	2.376
1523	7	13-33	161	4.025
1524	3	44-64	158	3.950
1527	3	38-48	128	4.352
1531	1	12	12	408
1532	1	“çiertos”	¿c. 15?	512

Fuente: AHMCC, Cuentas de Propios, cajas 16-4 y 16-5

¿Cómo llega la peste a Cáceres? Sus vías de difusión parecen diversas. Sólo en algunas ocasiones podemos deducir un origen concreto. La vía de contagio parece provenir predominantemente del sur. En 1507, la peste se registra en el litoral gaditano en enero y en Sevilla desde mediados de febrero³¹. Sorprendentemente, las actas de Mérida de 1503-1518 registran un vacío casi total entre junio de 1506 y julio de 1507³². El comercio cerealista vincula como exportador al maestrazgo santiaguista con Sevilla, que acumula la mayor demanda, y Cáceres. Entre 1518 y 1524, la peste está presente con cierta virulencia en Andalucía occidental y terminará afectando a Sevilla en 1524³³. En 1518 también se registra en el maestrazgo santiaguista, pero al menos en julio no había llegado aún a Cáceres³⁴. En 1527, la peste aparece en Torremocha, aldea cacereña situada en la vía Medellín/Cáceres que atraviesa el maestrazgo de Santiago (tierra de Montánchez). Este año, y también en 1522, los guardas se sitúan en la ermita de Espíritu Santo (actual calle de La Roche sur Yon),

³¹ CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste*, p. 90,

³² BERNAL ESTÉVEZ, Ángel – *Mérida: capital y encomienda de la Orden de Santiago (1490-1530)*, Badajoz: Diputación de Badajoz, 2013, p. 175.

³³ CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste*, pp. 91-3.

³⁴ RODRÍGUEZ BLANCO, Daniel – *La orden de Santiago en Extremadura*, p. 90: en julio, el concejo de Mérida prohíbe la llegada de forasteros provenientes del sur, pero no de Cáceres, Badajoz, Feria, Medellín y otros lugares comarcanos donde “se sabe que no mueren”.

contigua a esta vía³⁵. En 1523, no está claro el origen, que parece más diversificado. Los guardas están en las ermitas de San Antón (desaparecida, en la actual calle San Antón) y en la iglesia del convento de Santo Domingo, junto a la plaza mayor y la puerta de Coria³⁶. En otros años sólo se prohíbe la entrada a forasteros en general, por lo que no podemos deducir ningún origen preciso. En todo caso, la peste nunca parece provenir de Portugal. Todo indica que los contactos con este reino, a juzgar por la antroponimia, no son abundantes.

El posicionamiento concejil contra la peste es claro. Se intentan minimizar los riesgos y evitar la propagación del contagio. ¿Qué medidas toma el concejo de Cáceres? El conjunto de medidas se caracteriza por su modestia económica, lo que no significa ineficacia. De modo general, la medida más frecuentemente implementada es el control de la movilidad³⁷. En un primer momento, mientras la peste sólo es una amenaza, ese control se limita a impedir el acceso a la villa de personas infectadas o provenientes de lugares con brotes epidémicos. Habitualmente se alude sólo al control de los caminos. En 1507 se mencionan los “guardas de la pestilencia”³⁸. En 1522 se precisa que la función de los guardas es que “no entrasen ninguno en la villa que viniese de donde morian”³⁹. En 1523, se intenta impedir que “no entrasen ningunas personas forasteras”⁴⁰. De modo más preciso, en 1532 se ordena que “no entrasen ninguna personas por razon que morian en çiertos lugares de la comarca”⁴¹. Por tanto, de modo bastante generalizado (1507, 1522, 1523, 1531, 1532) la villa quedaba cerrada a los forasteros, al considerarse que la amenaza era importante. El miedo y el perfil de la peste explican estos cierres generalizados. En algunas ocasiones, el peligro se localiza en algún punto (1527: Torremocha; 1505: Mérida; 1522: lugares con peste en general) y el cierre es selectivo⁴².

Cuando la epidemia había penetrado en la ciudad, la movilidad urbana se ve afectada. A los guardas se añaden gastos en limpieza y entierro de los muertos. Solo documentamos esta situación en 1507. Este episodio de peste debió ser muy fuerte en Cáceres, al igual que en otras muchas ciudades, villas y aldeas. Algunos datos regionales confirman sobradamente esta apreciación⁴³. A la epidemia se unió

³⁵ AHMCC, Cuentas de Propios (1522), fol. 5v; y Cuentas de Propios (1523), fol. 9r.

³⁶ AHMCC, Cuentas de Propios (1523), fol. 9v.

³⁷ Se trata, sin duda, de la medida más generalizada y de mayor eficacia, que no dejó de intensificarse desde finales de la Edad Media: BIRABEN, Jean Noël – *Les hommes*, vol. II, pp. 172-4; CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste*, p. 145; MONTEANO, Peio Joseba – *Los navarros*, p. 194; BETRÁN MOYA, José Luis – *La peste*, pp. 258-259.

³⁸ AHMCC, Cuentas de Propios (1507), fol. 3v.

³⁹ AHMCC, Cuentas de Propios (1522), fol. 6v.

⁴⁰ AHMCC, Cuentas de Propios (1523), fol. 9v.

⁴¹ AHMCC, Cuentas de Propios (1532), fol. 6r.

⁴² Medidas muy similares se tomarán en Cáceres en el siglo XVII: RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Ángel – *Cáceres*, p. 76.

⁴³ En el maestrazgo santiagouista, la población pasa de 23.671 vecinos en 1501 a 18.054 en 1508, lo que supone una pérdida de 5.617 vecinos (– 23,73 %). El 86,42 % de los núcleos disminuyó su población

el hambre, no menos temible, producida por una fuerte sequía que se mantuvo entre 1505 y 1507⁴⁴. La mayor parte de los gastos generados por la peste se destinaron al control de la movilidad urbana y al entierro de los muertos. La movilidad interna se limitó mediante el tapiado de calles, lo que suponía el confinamiento de todos los vecinos que residieran dentro del recinto cercado. No sabemos qué calles fueron cerradas, pero el tapiado supuso uno de los gastos más importantes, ligeramente superior al tercio de total (4.109 mrs. sobre 12.057). Todo nos hace pensar que debió realizarse en el arrabal. Una parte importante de la oligarquía, que residía y ocupaba mayoritariamente el espacio intramuros, debió ausentarse de la villa e instalarse en sus propiedades rurales (bastantes de sus miembros disponían de casas en los heredamientos próximos). Por otro lado, se pagan a Sebastián Gallego (seguramente el mismo que también ejerce de alcalde por designación del corregidor) dos mil maravedís (16,59 % del total) “para enterrar los pobles”, lo que nos hace pensar en una incidencia especial dentro del colectivo popular, dominante en el arrabal, término que designaba a todo el espacio extramuros. Sobre la incidencia especial de la peste en este colectivo, particularmente entre el sector más marginal, es indicativo que a Juan Relano se le pagasen doscientos setenta y dos maravedís “porque limpio los trapos viejos de las calles que heran de los muertos”⁴⁵. Entre una villa intramuros bastante despoblada por la huida de sus residentes y un arrabal donde es posible que se produjesen tapiados de calles, algo bastante probable aunque hipotético, Cáceres debió tener una imagen espectral. Los guardas de las calles, que solo se documentan en 1507, debieron encargarse también del entierro de los muertos, lo que intuimos porque el gasto en ambos conceptos va unido. No se alude este año a guardas de caminos para impedir la entrada de forasteros.

Los individuos que desarrollan trabajos relacionados con la epidemia juegan un papel central para limitar su difusión. La actividad no estaba exenta de riesgos, al obligar a un contacto más cercano con los contagiados. Entre 1518 y 1527 se realizaron gastos durante cinco años, sin que se produjese probablemente ningún episodio de peste relevante. Durante este periodo, algunos individuos son contratados durante varios años como guardas. Así sucede con Marcos Pérez (1518 y 1522), Alonso Casco (1518, 1522 y 1523) o Diego Hernández Hurraco (1522 y 1523). Es probable que esta circunstancia tenga alguna relación con la escasez de recursos de estos individuos⁴⁶.

(RODRÍGUEZ BLANCO, Daniel – *La Orden de Santiago*, pp. 86-88). Igualmente: SÁNCHEZ RUBIO, María Ángeles – *El concejo de Trujillo y su alfoz en el tránsito de la Edad Media a la Edad Moderna*. Cáceres: Universidad de Extremadura, 1993, pp. 55 (descenso brusco de las solicitudes de tierras en 1508); GERBET, Maria Claude – *La noblesse*, pp. 66-67 (Guadalupe).

⁴⁴ CLEMENTE RAMOS, Julián – “El cereal en Extremadura (ss. XIII-XVI)”, pp. 240-246.

⁴⁵ AHMCC, Cuentas de Propios (1507), fols. 4r.

⁴⁶ El cardenal Federico Borromeo se refiere a sepultureros y enterradores durante la peste de 1630 en Milán, denotando su clara marginalidad, como “personajes desesperanzados e irredentos, excluidos por el resto de la sociedad temerosa del contagio físico” (BAU, Andrea María; CANAVESE, Gabriela Fernanda – “Sepultureros y

Las muertes por peste debieron ser muy numerosas en 1507. Las medidas para controlar la movilidad interlocal e intercomarcal parece que eran efectivas, pero cuando la enfermedad penetraba en la ciudad los tapiados y guardas de calles eran tan necesarios como ineficientes para evitar consecuencias dramáticas. No tenemos ningún dato cuantitativo salvo uno indirecto. A Ojalvo, calero, se la pagaron mil ochocientos maravedís (14,93 % del total) por doscientos fanegas de cal “que hecho en las yglesias para echar en las sepulturas para que no hediesen los muertos”⁴⁷. El libramiento a Juan Molina también es indicador de una altísima mortalidad. Recibió ciento treinta y seis maravedís “porque enpadrono los muertos”⁴⁸. En 1507, el gasto relacionado directamente con los muertos alcanza cinco mil novecientos ocho maravedís, el 49 % del gasto total.

Las medidas preventivas contra la peste utilizadas en Cáceres se caracterizan por su modestia económica pero parece que fueron efectivas. Sólo tenemos un año de fuerte pestilencia. Las referencias a muertes sólo aparecen en 1507. Cuando la peste se introducía en la villa, las medidas podían reducir pero no evitar la catástrofe demográfica. La mortalidad parece afectar de forma preferente a los sectores modestos, que residían en el arrabal. Al margen de 1507, todo hace indicar que la peste tuvo un recorrido escaso y que sus efectos fueron limitados. Incluso en 1531, cuando también se tapiaban calles, no se alude a muertes ni hay un gasto específico vinculado a éstas. Las villas medievales, posiblemente de modo más efectivo las pequeñas, con menos contactos, pudieron defenderse frente a la peste con medidas modestas pero eficientes, centradas de forma casi exclusiva en el control de la movilidad. Sin estas medidas, una epidemia tan contagiosa como la peste habría tenido efectos devastadores. No debemos olvidar que, pese a todo, los siglos XV y XVI se caracterizan por una coyuntura demográfica alcista. A ello contribuyeron las medidas señaladas. En esta lucha contra la peste no se registra la participación de médicos y boticarios⁴⁹. La higiene tiene una presencia discreta.

Las medidas contra la peste tuvieron en Cáceres un coste modesto⁵⁰.

enterradores: la manipulación de cuerpos y objetos en época de peste durante la baja Edad Media y la temprana modernidad europea”. *Cuadernos de Historia de España* 84 (2010), p. 106).

⁴⁷ CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste*, pp. 89 y 95, alude en Sevilla en los fuertes episodios de peste de 1507 y 1518 a fosas comunes, profundo olor e incluso al desenterramientos de cuerpos en los cementerios por los perros.

⁴⁸ AHMCC, Cuentas de Propios (1507), fols. 4r.

⁴⁹ Esto parece cambiar décadas más tarde. En el primer cuarto del siglo XVII se registra el uso de médicos en Cáceres o Almendralejo para certificar amenazas de peste en diversas localidades (RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Ángel – *Cáceres*, p. 76; ZARANDIETA ARENAS, Francisco – *Almendralejo en los siglos XVI y XVII*. Almendralejo: F. Zarandieta, 1993, p. 174).

⁵⁰ El gasto sólo se incrementará de forma sensible a partir de la segunda mitad del siglo XVI, con la proliferación de medidas que intentan frenar los contagios: BIRABEN, Jean Noël – *Les hommes*, II, pp. 150-4; BETRÁN MOYA, José Luis – *La peste*, pp. 303-314. Si pudieron ser importantes en ocasiones los gastos indirectos, relacionados por ejemplo con el abastecimiento (MONTEANO, Peio Joseba – *Los navarros*, p. 205).

Tabla 2. La peste en Cáceres (1505-1532). Gasto económico

Año	Gasto (mrs.)	% gasto total
1505	604	0,18
1507	12.057	4,48
1518	10.273	1,22
1522	2.376	0,36
1523	4.025	0,65
1524	3.950	0,64
1527	4352	0,65
1531	6.674	1,25
1532	612	0,12
TOTAL	44.923	1,06
Fuente: AHMCC, Cuentas de Propios, cajas 16-4 y 16-5		

El gasto asociado a la peste se registra en nueve años. Sólo en tres se gastaron más de cinco mil maravedís y en dos no se llegaron a los mil. En 1507, el gasto supuso el 4,48 % del presupuesto del concejo. Sólo en tres años se supera el 1 %, en dos de ellos sólo ligeramente. En los demás años se sitúa por debajo. Gasto modesto, sin duda. Sin embargo, los concejos poco más podían hacer para luchar contra la epidemia. El resultado de este modesto gasto fue, sin duda, muy positivo. Un sólo brote de peste importante y otros nueve episodios de amenaza o consecuencias modestas. Todo ello facilitado por unos contactos de nivel moderado que permitían controlar la movilidad y con ello la epidemia. Los concejos y sus medidas, pese a la modestia del gasto económico, jugaron un papel decisivo en la limitación de los efectos de la peste.

La lepra

La lepra estaba entre las preocupaciones de los regidores de Cáceres. La amenaza que suponía era de naturaleza muy diferente a la de la peste aunque se mantenía ante ella un temor reverencial heredado de fases previas en las que presentó perfiles mucho más peligrosos. Las cuentas de propios permanecen mudas sobre esta enfermedad. También las actas de 1523-4 y 1531-3. Entre 1545 y 1551, aparecen informaciones dispersas pero muy interesantes. Sólo tres mujeres pobres aparecen afectadas por la lepra, sin que sepamos como se infectaron. No se registra ningún contagio. Una de las enfermas fallecerá en octubre en 1548 y otra en julio de 1551. El acogimiento de la última superviviente por Álvaro de Ulloa, que subvendrá a sus necesidades, supone

el fin de la información sobre esta enfermedad en Cáceres en el arco cronológico de nuestro estudio.

Cáceres no disponía de leprosería, lo que parece normal dada el modesto número de contagios. Se hacen gestiones, infructuosas, sin embargo para disponer de una vivienda en la que concentrar a las enfermas⁵¹. La segregación y aislamiento se realizaba en las viviendas particulares. De modo general, no podrán salir de su casa salvo en las condiciones establecidas. Se comete al regidor Juan de la Peña para que “las haga ençerrar por manera que no salgan de casa ni traten con personas libres de este mal”⁵². Algunas actividades permitidas se realizarán bajo un estricto control para evitar cualquier contacto. Se señala día y lugar para que puedan lavar su paños⁵³. Del mismo modo, están segregadas en las iglesias. Se alude a “los cepos que estan en las yglesyas puestos para las de Sant Lazaro”⁵⁴.

Este aislamiento impuesto obligará al concejo a subvenir a las necesidades económicas de las enfermas. Se alude a “el pan e carne e otros mantenimientos nesçessarios”⁵⁵. En 1546, se asigna para ello las penas de la Dehesa de los Caballos. No sabemos si esta decisión tuvo algún efecto, porque el concejo realizará diversos libramientos que parecen provenir del presupuesto general. La información sobre los gastos es incompleta salvo para el pan, con seguridad el capítulo más relevante. En noviembre de 1547 se estipula que en lo sucesivo se debe dar para este concepto “dos mill mrs. cada quatro meses, que es medio real cada dia”⁵⁶. El gasto diario resultante es de algo menos de medio real, exactamente de 16,44 mrs./día. El 15 de junio de 1548 se pagan, ajustándose a esta normativa, tres mil maravedís por seis meses⁵⁷. La cantidad se reduce a partir del fallecimiento de una de las enfermas en octubre de 1548 a doce maravedís diarios⁵⁸. El gasto de pan se elevó a seis mil maravedís anuales entre noviembre de 1547 y el mismo mes de 1548. Desde esta fecha se redujo a 4.380 mrs. Sobre otros gastos de alimentación, sólo sabemos que en febrero de 1548 se libraron a Gonzalo Téllez ciento ochenta mrs. “de carne que dio a las de San Lazaro”⁵⁹. Sin duda, el gasto del pan debía ser el mayor y quizás el

⁵¹ El regidor Juan de la Peña tratará con Jerónimo Holguín para que venda a la villa “el sytyo que esta señalado para hazer casa donde esten los contagiados de Sant Lazaro” (AHMCC, Actas [1543-1551], 1546/08/27, fol. 167r).

⁵² AHMCC, Actas (1543-1551), 1546/08/09, lunes, fol. 155v. Algo después se dispone “que no anden ni conversen con gentes de la dicha villa por el dano e mal que podria resultar” (AHMCC, Actas [1543-1551], 1546/12/30, fols. 196v-197r).

⁵³ El regidor Juan de la Peña señalará “donde la muger de Ojalvo e las otras personas contagiadas ayan de lavar sus paños e dia en que hyban de lavar” (AHMCC, Actas [1543-1551], 1546/08/27, fol. 167r).

⁵⁴ AHMCC, Actas (1543-1551), 1546/12/30, fol. 196v.

⁵⁵ AHMCC, Actas (1543-1551), 1546/12/30, fols. 197r.

⁵⁶ AHMCC, Actas (1543-1551), 1547/08/22, fol. 251v.

⁵⁷ AHMCC, Actas (1543-1551), 1548/06/15, fol. 273r.

⁵⁸ Se ordena librar “a las de San Lazaro... hasta todo el mes de octubre a medio real cada dia hasta tanto que se murio la una dellas e que despues aca que se les libre cada dia a las dos a razon de doze mrs. y no mas” (AHMCC, Actas [1543-1551] 290r – 1548/11/02-).

⁵⁹ AHMCC, Actas (1543-1551), fol. 260r.

único que tuviera una asignación regular. La carne y los demás mantenimientos, al igual que para las familias pobres o de escasos recursos, debieron contar con una asignación económica modesta y quizás irregular.

La muerte de dos leprosas, como hemos indicado, dejará una única superviviente en julio de 1551 que será acogida por Lorenzo de Ulloa. Este miembro de la oligarquía local se encargará de darle de comer, por lo que “no ay nesçesidad de le dar limosna”. Desde este momento se suspende la asignación mantenida hasta entonces⁶⁰. Desconocemos el final de esta enferma. Acaba aquí un capítulo, el primero documentado, sobre la lepra y el mantenimiento de los enfermos por el concejo de Cáceres.

Conclusiones

El concejo de Cáceres se posiciona en la primera mitad del XVI de modo muy diferente frente a la peste o la lepra. Mientras la primera supone un riesgo enorme y produce un temor extraordinario, la segunda se sitúa en niveles mucho más modestos. Sobre la lepra sólo conocemos la existencia de tres enfermas y ningún contagio, al menos registrado. Sin embargo, se mantienen unas medidas que pueden considerarse rigurosas. Ante la inexistencia de leprosería, se hace uso del confinamiento doméstico y se regulan estrictamente las salidas de las enfermas. Sus contactos con el entorno son mínimos. El concejo se hace cargo de su mantenimiento. Sobre la limitada amenaza que la lepra supone a mediados del XVI, es significativo que la última enferma sea recogida y mantenida por un miembro de la oligarquía local.

La peste es una amenaza de un nivel muy superior. Episodios importantes pueden generar pérdidas demográficas relevantes. El temor está siempre presente y, sin duda, fue un factor a considerar en su control. Las medidas contra la peste tienen un coste económico moderado. El incremento del gasto no habría producido necesariamente mejores resultados. Las pequeñas ciudades se ven favorecidas por sus menores conexiones. La gran herramienta frente a la peste fue el control de la movilidad personal y, por ello, el gasto más elevado se debió a la contratación de guardas que controlarán los caminos.

¿Las actuaciones fueron efectivas? Todo nos hace pensar que lo fueron y que la difusión de la peste de modo general y particularmente en Cáceres se vio limitada por el ya indicado control de la movilidad. El balance parece razonablemente positivo. Sólo contamos con un brote de peste importante en 1507. Su gran difusión dificultó su control. En otros años, se tomaron sobre todo medidas preventivas. De todos modos, cuando la peste llegó a Cáceres su incidencia, al menos en comparación

⁶⁰ AHMCC, Actas (1543-1551), 1551/07/21, fol. 427.

con 1507, parece que fue limitada. En la primera mitad del XVI la peste se presenta sobre todo como una amenaza, algo no carente de importancia en las circunstancias existentes. Las pequeñas ciudades estuvieron seguramente en mejores condiciones de luchar contra la peste y pudieron hacerlo de modo efectivo sin gravar fuertemente sus presupuestos. Sólo en los episodios más fuertes las medidas parecen perder toda su eficacia.

La construcción de la ermita y el hospital de San Roque de La Palma del Condado: Respuestas a la epidemia de peste de 1649-50 en una villa del antiguo Reino de Sevilla

Enrique Infante Limón¹

Resumen

La epidemia de peste que tuvo lugar en torno a 1649 y 1650 fue, quizás, la más mortífera de las padecidas por el antiguo Reino de Sevilla. La Palma, villa de dicho territorio, sufrió considerablemente sus estragos según hemos podido documentar. Las autoridades concejiles establecieron una serie de medidas restrictivas para reducir los contagios, pero la sociedad local se movilizó al completo para activar medidas más amplias, tanto de carácter higiénico y sanitario (médico y cirujano, enfermería, etc.), como de carácter espiritual, dado el escaso control que se tenía sobre la enfermedad y el pavor que provocaba entre la población. Como fruto de todo ello fue la construcción de un hospital específico a las afueras de una villa que ya contaba con otros tres más antiguos. Pero éste, además, fue dotado de una capilla advocada a San Roque, santo vinculado en Europa a la protección frente a epidemias y al que se encomendó una feligresía en la que arraigó considerablemente su devoción. El artículo documentará y analizará el caso, tratando de poner de relieve cómo la arquitectura sacra, vinculada a la hospitalaria, desempeñaba, en estos momentos, un papel estratégico ante situaciones de emergencia sanitaria como ésta.

Palabras clave

Epidemia de peste; hospital; ermita; San Roque; arte y arquitectura religiosa.

¹Departamento de Escultura e Historia de las Artes Plásticas, Universidad de Sevilla.

The construction of the hermitage and hospital of San Roque in La Palma del Condado: Responses during the plague epidemic of 1649-50 in a village in the old Kingdom of Seville

Abstract

The plague epidemic that took place around 1649 and 1650 was, perhaps, the most deadly of those suffered by the ancient Kingdom of Seville. We have documented the considerable damage it caused in La Palma, a town in that territory. The council authorities established restrictive measures in order to reduce infections. Nevertheless, the local community was fully mobilized to activate broader measures, both of hygienic and sanitary nature (doctor and surgeon, nursing, etc.), and of spiritual nature, due to the little control that was had over the disease and the fear it caused among the population. As a result of all this, it was the construction of a specific hospital on the outskirts of the town that already had three older ones. But, in addition, this hospital was endowed with a chapel dedicated to San Roque, which, in Europe, is related to the protection against epidemics. All the parishioners entrusted themselves to this saint, and as consequence, devotion to him took deep root. This article will document and analyze this case, in order to highlight how sacred architecture and hospital architecture played a strategic role in health emergencies like this one.

Keywords

Plague epidemic; hospital; hermitage; San Roque; religious art and architecture.

La devoción a San Roque está fuertemente vinculada al patrimonio cultural de La Palma del Condado. Tanto es así que su recuerdo ha quedado fosilizado en el espacio urbano que, a la entrada de la localidad desde Sevilla, preside el crucero que lleva el nombre del santo (Fig. 1). El imaginario colectivo local refiere que la llamada *Cruz de San Roque* marca el lugar en el que se levantó su desaparecida ermita en otro tiempo, algo que podemos corroborar observando el plano de La Palma que editó Francisco Coello en 1869² (Fig. 2). A pesar de todo, hasta ahora sólo se había dicho que tanto este edificio como, sobre todo, el abogado a San Sebastián, emplazado en el otro extremo del trazado urbano, se habían levantado a lo largo del siglo XVI a modo de medida protectora contra las epidemias, enumerándose su presencia, como mucho, entre los distintos inmuebles religiosos modernos que habían pervivido en la localidad hasta el siglo XIX³. También contábamos con una antigua y difusa noticia, publicada por Juan Infante Galán en la prensa regional, que refería que el Concejo de la Villa le había otorgado al santo el patronazgo de la misma en 1649, a consecuencia de una epidemia de peste⁴. Hoy, sin embargo, fuentes documentales del periodo moderno nos han permitido reconstruir las circunstancias que propiciaron el inicio de su culto y el arraigo de su devoción, así como la fecha exacta de edificación de su capilla. El asunto resulta del mayor interés, por cuanto ambas circunstancias estuvieron íntimamente ligadas a la epidemia de peste padecida por el antiguo Reino de Sevilla en torno a 1649 y 1650, evidenciando cómo el recurso a lo sagrado y a la construcción de un nuevo centro de culto, con las consiguientes implicaciones sociales, devocionales y artísticas, eran algo habitual para comunidades que, como esta, tenían un escaso poder de control sobre los graves y habituales problemas sanitarios de la época.

² COELLO, Francisco – *Atlas de España y sus posesiones de ultramar*. Huelva. Madrid: editor no identificado, 1869.

³ CARRASCO TERRIZA, Manuel Jesús; GONZÁLEZ GÓMEZ, Juan Miguel – *Catálogo Monumental de la Provincia de Huelva*. Vol. II. Huelva: Universidad de Huelva, 2009, pp. 64 y 66.

⁴ INFANTE GALÁN, Juan – “Devociones marianas en el Condado de Niebla. III”. *ABC de Sevilla* (22 de febrero de 1966), pp. 28 y 29. Últimamente nos hemos percatado de que este autor pudo haber tomado el dato de un artículo publicado, unos años antes, en una revista de La Palma del Condado: CEPEDA, Alfonso M. – “La Virgen del Valle de La Palma. Origen de su devoción”. *Revista de Fiestas Patronales La Palma del Condado* (1962). Cepeda, autor de este último trabajo, le contó a Pedro A. Morgado, secretario del Ayuntamiento palmerino, en una carta fechada el 4 de septiembre de 1956, que sus investigaciones sobre la Virgen del Valle las había llevado a cabo en el archivo parroquial de la localidad antes de que ardiese en 1936, lo que nos lleva a suponer que fue entonces cuando obtuvo la información relativa al patronazgo de San Roque: La Palma del Condado, Archivo Municipal de La Palma, Fondo Municipal, sección Archivo, legajo 439, *Iglesia, datos sobre su construcción y reparación (1938-1956)*.



Fig. 1 – Cruz de San Roque, ubicada a la entrada de La Palma desde Sevilla, donde se levantó la ermita del santo en la Edad Moderna. Fotografía del autor.

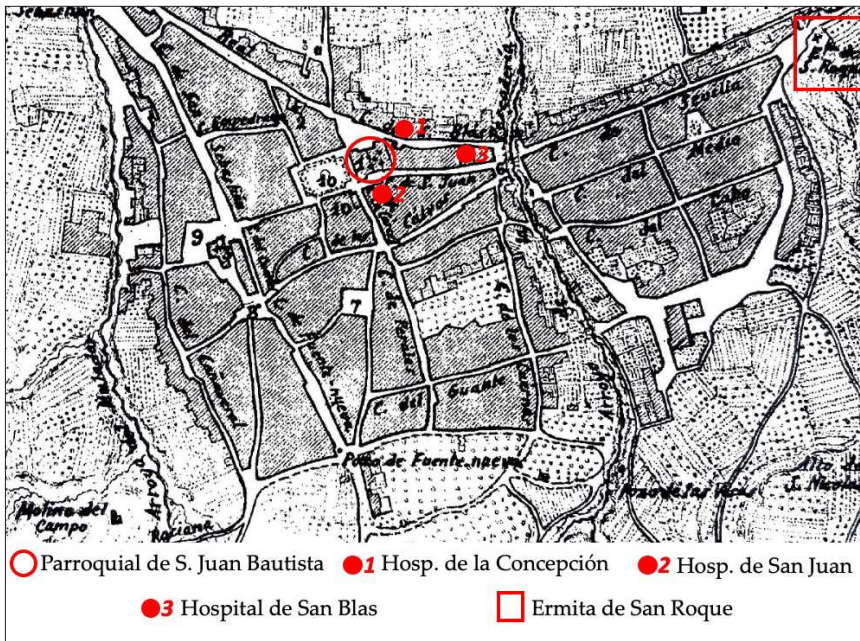


Fig. 2 – Ubicación de las iglesias, ermitas y hospitales de La Palma en 1869, sobre COELLO – Atlas de España y sus posesiones de ultramar. Huelva. Madrid: editor no identificado, 1869.

San Roque y la expansión de su devoción

Las primeras hagiografías de San Roque fueron apareciendo a lo largo del siglo XV⁵, mostrando imprecisos y contradictorios datos sobre su vida y obras, así como ciertos paralelismos con biografías de otros santos. Esto pone en evidencia, en primer lugar, que se trata de una devoción que nació y se extendió de forma relativamente tardía y, en segundo lugar, que existe mucho de leyenda en el relato que ha perpetuado su memoria⁶. Sintetizando la tradición⁷, se puede decir que Roque nació en Montpellier hacia mediados del siglo XIV, en el seno de una familia poderosa. Durante su juventud, una vez fallecidos sus padres, se deshizo de sus bienes para entregarse a una vida austera y de compromiso con los más necesitados. Durante la gran epidemia de peste negra de la segunda mitad del XIV decidió peregrinar hasta Roma, volcándose en el cuidado de los contagiados que fue encontrando a lo largo de su viaje, lo cual le procuró cierto reconocimiento. Después de padecer la enfermedad él mismo y de experimentar una milagrosa curación, fue encarcelado por error e injustamente hasta su muerte.

Resulta difícil comprobar si, como narran sus biógrafos, se produjo un fenómeno popular de propagación y aceptación de su santidad al descubrirse la verdadera identidad de su cadáver, pero sí está constatado que su devoción, un siglo después, ya se había consolidado. En 1477, con motivo de otra epidemia de peste, se fundó en Venecia una hermandad que, bajo su patronazgo, se dedicaba al cuidado de los enfermos. Todo parece indicar que, desde entonces, comenzaron a multiplicarse sus iglesias y cofradías por Francia, buena parte de Centroeuropa y los Países Bajos. A esto debieron contribuir toda una serie de acontecimientos, tales como el traslado de sus supuestas reliquias a la capital del Véneto en 1485, su vinculación con la Orden Franciscana desde 1547 –con todo lo que debió suponer para la expansión de su culto – o su canonización a principios del siglo XVII. Sea como fuere, el fenómeno también se fue extendiendo por todo el actual territorio español, sobre todo desde finales del siglo XVI y, fundamentalmente, en el XVII,

⁵ Fundamentalmente, el *Acta Brevoria*, crónica anónima de hacia 1430, y otra, de hacia 1478, de la cual se conservan varios ejemplares, entre ellos uno en la Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid, de hacia 1495; hablamos de DIEDO, Franciscus – *Vita Sancti Rochi*. Parisiis: Johannes Treprerel, c. 1495.

⁶ En 2015, Vicente Lleó publicó un trabajo sobre el culto, la devoción y las manifestaciones artísticas relacionadas con San Roque en Sevilla, aclarando, en base a las últimas aportaciones académicas, algunos de los aspectos más problemáticos de su hagiografía: LLEÓ CAÑAL, Vicente – “San Roque en Sevilla”. In NAVARRETE, Benito (coord.); FERRERAS, Gabriel (dir.); MAGDALENO, Rocio (dir.). – *El San Roque del Convento de Santa Clara: una obra maestra de Esturmio restaurada*. Sevilla: Instituto de la Cultura y las Artes de Sevilla, 2015, pp. 69-85.

⁷ Para este trabajo, además de las fuentes y trabajos mencionados en las notas anteriores, hemos consultado, también, HERRERO GARCÍA, Miguel – “San Roque”. In *Año Cristiano*. Tomo III. Madrid: Editorial Católica, 1959, pp. 407-410; REAU, Louis – *Iconografía del arte cristiano*. Tomo II, vol. 5. Barcelona: Ediciones del Serbal, 2002; y BRUGADA, Martiría – *San Roque, camino y servicio*. Barcelona: Centre de Pastoral Litúrgica, 2004.

como consecuencia de las numerosas epidemias que tuvieron lugar en dicho periodo⁸ y suponiendo una novedad palpable frente a la tradición, que había colocado a San Sebastián como principal santo protector frente al contagio de enfermedades⁹. Por Ortiz de Zúñiga sabemos, por ejemplo, que en Sevilla ya se le rendía culto en dos templos advocados a su nombre en la segunda mitad del XVI, consolidándose su devoción en 1599, a raíz de la epidemia de peste de dicho año¹⁰.

La Palma, una villa del Antiguo Régimen en el entorno de Sevilla

La Palma del Condado ha estado emplazada, siempre, en un entorno estrechamente vinculado con Sevilla. Entre ambas, en la Edad Moderna, sólo mediaban dos jornadas de viaje a través de una red de caminos fundamental para la ciudad. Tal y como revela la cartografía del siglo XVIII (Fig. 3), para transitar desde ella hacia el occidente peninsular – bien hacia Valverde, Extremadura y el interior de Portugal, o bien hacia Niebla, Huelva y la costa-, había que pasar por la villa, punto en el que se bifurcaban ambos itinerarios¹¹. No podemos olvidar tampoco que, con el afianzamiento del comercio americano, la urbe tuvo que reforzar su conexión con el territorio colindante para su adecuado abastecimiento y la ruta que la unía con la costa onubense y Portugal a través del Aljarafe y el Condado era, precisamente, una de las que mayores réditos en especie le proporcionaba¹². Es lógico pensar, por tanto, que los niveles de interconexión entre ambos núcleos de población debían ser reseñables.

⁸ MARTÍNEZ GIL, Fernando – *Muerte y sociedad en la España de los Austrias*. 3ª ed. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, p. 258.

⁹ Para seguir el proceso de expansión de la devoción a San Roque por el actual territorio español, puede recurrirse a los numerosos trabajos de carácter regional y local que han ido viendo la luz de forma más o menos reciente por todo el país, como por ejemplo ORTA RUBIO, Esteban – “La cofradía de San Roque de Murchante. Cuatro siglos de historia”. *Revista del Centro de Estudios Merindad de Tudela* 13 (2005), pp. 39-63; SANTANA RODRÍGUEZ, Lorenzo – “La huella de San Roque en Tenerife. El santo de lo nuevo”. In *Roque de Montpellier: iconografía de los santos protectores de la peste de Canarias*. Garachico: Gobierno de Canarias, 2006, pp. 49-68; o PÉREZ MORERA, Jesús; RODRÍGUEZ MORALES, Carlos – *Arte en Canarias: del gótico al manierismo*. Tomo II. Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias, 2008, pp. 236 y 245.

¹⁰ Refiere la noticia LLEÓ CAÑAL, Vicente – “San Roque”, p. 73.

¹¹ Véase, por ejemplo, LLOBET, Francisco – *Mapa del reinado de Sevilla*. S.l.: s.n., 1748.

¹² JURADO SÁNCHEZ, José – *Los caminos de Andalucía en la segunda mitad del siglo XVIII (1750-1808)*. Córdoba: Universidad y Ayuntamiento de Córdoba, 1988, pp. 26-27 y 29-30.

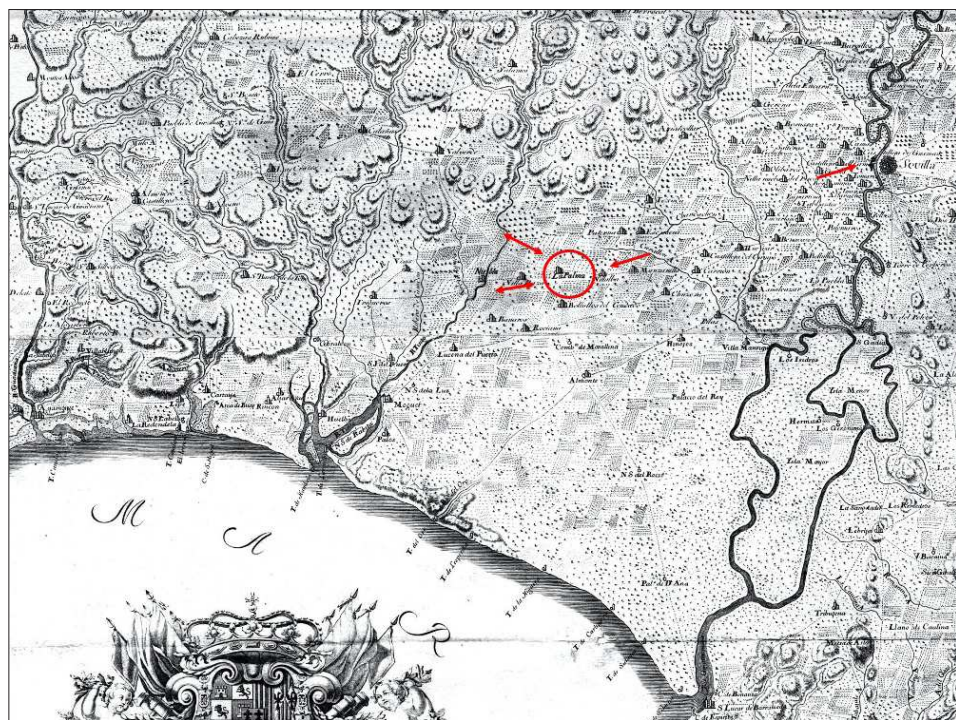


Fig. 3 – Vías de comunicación del entorno de La Palma y Sevilla hacia el occidente peninsular, LLOBET – *Mapa del reynado de Sevilla*. S.l.: s.n., 1748.

Tal y como señalaban los visitantes del Arzobispado sevillano, del que dependía eclesiásticamente, La Palma estaba dotada de un carácter eminentemente rural¹³. En relación con esto, hace ya algún tiempo que Núñez Roldán puso de relieve la escasa presencia de nobles en la tierra de Huelva, debido, precisamente, a la proximidad con Sevilla, que en su papel de gran urbe ofrecía mayores atractivos para el modo de vida de estos¹⁴. La única nobleza residente en el territorio onubense estaba compuesta, por tanto, por simples hidalgos, labradores enriquecidos y ennoblecidos, y nobles que no habían tenido más remedio que ejercer de labradores. A pesar de eso, esta hidalguía aspiraba a establecer relaciones sociales y económicas con la élite de la ciudad, lo cual no podía lograr sin antes controlar las instituciones y recursos de su lugar de origen¹⁵. La documentación notarial revela que, efectivamente, las

¹³ Así se expresa, por ejemplo, en Sevilla, Archivo General del Arzobispado de Sevilla, sección Gobierno, serie Visitas, legajo 1.352, *Visita de 1710-1712*.

¹⁴ NÚÑEZ ROLDÁN, Francisco – *En los confines del reino. Huelva y su Tierra en el siglo XVIII*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1987, p. 157.

¹⁵ NÚÑEZ ROLDÁN, Francisco – *En los confines del reino*, pp. 162-163 y 175.

familias palmerinas más pudientes comenzaron a desempeñar este papel en el siglo XVII, llegándose al XVIII con una presencia omnímoda de las mismas en todos los ámbitos de la sociedad y la economía de la villa, pues ocupaban los cargos del Concejo y los de la parroquia de San Juan Bautista, las escribanías o las familiaturas del Santo Oficio¹⁶. Llegaron, incluso, a poner en jaque la preeminencia de los propietarios del señorío mononuclear que constituía la localidad¹⁷, que tuvieron la potestad de ratificar los cargos del Concejo local y de elegir directamente a algunos de sus alcaldes¹⁸ hasta que, en la década de 1760, los miembros concejiles comenzaron a ser confirmados únicamente, y tras elección interna, por el Oidor de la Real Audiencia de Sevilla¹⁹.

En lo eclesiástico, y dependiendo del Arzobispado de Sevilla, había una única parroquia, la de San Juan Bautista, que debía ser relativamente rica, pues en 1572 se separó de la Vicaría de Niebla, a la que había pertenecido desde la Baja Edad Media, para constituir una vicaría mononuclear²⁰. Como en todas las villas del Antiguo Régimen, era esta la que aglutinaba los más básicos servicios para el cuidado espiritual y físico de sus habitantes. Dependiendo de ella, en sus proximidades según narra la tradición (Fig. 2), y regentadas por las tres cofradías locales más potentes, existieron, al menos desde el siglo XVI – y probablemente desde antes-, sendos hospitales: el de San Juan, el de la Concepción y el de San Blas²¹, que, con sus respectivas capillas y salas para el cuidado de enfermos, pobres mendicantes y niños expósitos, cubrían las más perentorias necesidades asistenciales y benéficas de una población que no era especialmente abundante, dado que las condiciones higiénicas, las posibilidades alimenticias y la cobertura sanitaria no eran, después de todo, las más deseables²².

¹⁶ RAMÍREZ CEPEDA, Manuel – “El terremoto que removió conciencias (II)”. *Corumbel* 336 (2006), pp. 18-19.

¹⁷ Eran los descendientes de Francisco del Alcázar, miembro del Concejo de Sevilla y tesorero de la Casa de la mondea, que lo adquirió en 1519. Sobre este particular, CASTIZO REYES, Juan – “Una feria para un señorío”. In *Carta de Privilegio de la Real Feria de La Palma. 1398-1998*. La Palma del Condado: Excmo. Ayuntamiento, 1998, pp. 49-57.

¹⁸ Algunas consideraciones sobre el funcionamiento concejil durante los primeros momentos del señorío en CASTIZO REYES, Juan – “Una feria”, pp. 40-42.

¹⁹ Así se expresa en Sevilla, Archivo General del Arzobispado de Sevilla, sección Gobierno, serie Visitas, legajo 1.395, *Visita de 1761-1762*.

²⁰ SÁNCHEZ HERRERO, José – “Sevilla medieval”. In ROS, Carlos – *Historia de la Iglesia de Sevilla*. Sevilla: Castillejo, 1992, p. 134. Una completa puesta al día sobre la historia eclesiástica de La Palma, de la parroquia de San Juan Bautista y del estamento clerical local en SÁNCHEZ BELCHIZ, Juan Jesús – “La Parroquia de San Juan Bautista en vísperas de la demolición del viejo templo. Estructura, organización y funcionamiento”. In INFANTE LIMÓN, Enrique (dir.) – *La iglesia de San Juan Bautista de La Palma del Condado. Historia, arquitectura y patrimonio*. La Palma del Condado: Excmo. Ayuntamiento, 2019, pp. 55-96.

²¹ Hemos tratado el asunto en INFANTE LIMÓN, Enrique; VALIENTE ROMERO, Antonio – *La Hermandad de Nuestro Padre Jesús Nazareno de La Palma del Condado. Del Barroco a la Guerra Civil*. La Palma del Condado: Hermandad de Ntro. Padre Jesús Nazareno, 2012, pp. 13-14 y 19-20. Algunas consideraciones sobre sus funciones, niveles de renta y gestión en SÁNCHEZ BELCHIZ, Juan Jesús – “La Parroquia de San Juan Bautista”, pp. 88-91.

²² Puede verse una reciente aproximación al asunto en RAMOS COBANO, Cristina – “Contexto social, político y económico de La Palma a mediados del siglo XVIII”. In INFANTE LIMÓN, Enrique (dir.) – *La iglesia de San Juan Bautista*, pp. 20-28.

Pero, además de las citadas, hubo una cuarta cofradía asistencial, la de la Misericordia, que residía en la ermita de la Magdalena²³. Aunque la documentación conservada de finales del siglo XVII y del XVIII no la considera como tal²⁴, es más que probable que esta, en origen, también hubiera tenido una función hospitalaria, como ponen de relieve los casos de poblaciones próximas. De la de Moguer, por ejemplo, se supone su existencia ya en el siglo XV, vinculada a un hospital del mismo nombre²⁵, y la de Huelva, por su parte, se fundó a principios del quinientos para regentar el suyo propio²⁶. Algo similar debió ocurrir en La Palma, aunque la primera referencia documental a la existencia de esta corporación es, aquí, de 1599²⁷, por lo que debía ser la más joven de las de tipo asistencial de la localidad, lo que pudo contribuir a que, con el tiempo, y debido a circunstancias adversas y a la preminencia de las otras, perdiese ciertas atribuciones benéficas.

La peste de 1649-50 y su incidencia en La Palma

La epidemia de peste que tuvo lugar en torno a 1649 fue, quizás, la más mortífera de las padecidas en Andalucía. Según Domínguez Ortiz²⁸, aquel acontecimiento no fue más que una brutal aceleración del proceso de decadencia que venía experimentando la región y el país en aquel momento. Sea como fuere, procedente del norte de África, se dejó sentir en todo el sur y el levante peninsular, siendo Sevilla una de las ciudades más afectadas²⁹. La situación en la metrópoli, entre los meses de abril y julio de dicho año, fue extrema y dramática, produciéndose el fallecimiento –según cálculos del autor citado– de aproximadamente el 50% de la población, así como una auténtica crisis de las mentalidades, a consecuencia del terror vivido³⁰.

²³ CARRASCO TERRIZA, Manuel Jesús; GONZÁLEZ GÓMEZ, Juan Miguel – *Catálogo Monumental*, p. 64.

²⁴ Valga como ejemplo, Sevilla, Archivo General del Arzobispado de Sevilla, sección Gobierno, serie Visitas, legajo 1.347, *Visita de 1708*.

²⁵ DÍAZ DOMÍNGUEZ, Manuel – *Religiosidad popular en la ciudad de Moguer (1400-1936)*. Moguer: Fundación Municipal de Cultura, 2005, pp. 36-37.

²⁶ LARA RÓDENAS, Manuel Jesús – *Religiosidad y cultura en la Huelva moderna (El tiempo y las fuentes de su memoria. Historia Moderna y Contemporánea de la provincia de Huelva)*. Huelva: Diputación Provincial de Huelva, 1995, pp. 111-112.

²⁷ La Palma del Condado, Archivo de Protocolos Notariales, legajo 869, *Poder otorgado por el pintor Pedro Suárez para traspasar unas casas que tenía en la calle Real, propiedad de la hermandad de la Misericordia*, fol. 230 r.

²⁸ DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio – *Historia de Sevilla: La Sevilla del siglo XVII*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1986, p. 72.

²⁹ El caso de Sevilla es sobradamente conocido. Se conservan testimonios directos, como ORTIZ DE ZÚÑIGA, Diego – *Anales eclesiásticos y seculares de la muy noble y muy leal ciudad de Sevilla*. Tomo IV. Sevilla: Espinosa y Cárcel, 1796, pp. 397 y ss. También contamos con estudios recientes, como el ya citado de DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio – *Historia de Sevilla*, pp. 72 y ss. o el de CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio – *La peste en Sevilla*. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla, 2004, pp. 203 y ss.

³⁰ DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio – *Historia de Sevilla*.

Las primeras noticias del contagio llegaron a La Palma algo después de que comenzase a hacer estragos en la capital hispalense; a mediados de mayo de 1649, el Concejo de la villa se hacía eco de la situación que vivían los lugares vecinos afectados, “particularmente la villa de Bollullos”³¹. Se nombró, por tal motivo, una comisión que debía tomar medidas para evitar la propagación de la enfermedad y que, inmediatamente, ordenó tapiar todos los corrales que lindasen con el campo, prohibiendo, al mismo tiempo, la salida de la localidad sin orden expresa y la acogida de vecinos de otros lugares. Nada sirvió para esquivar la epidemia, presente hasta mediados de julio entre los palmerinos, que también debieron padecer otro tipo de necesidades, puesto que todo el comercio había quedado paralizado³². A finales de agosto se pudo certificar que hacía más de cincuenta días que no fallecía nadie a consecuencia de la peste y que los enfermos que quedaban no eran contagiados, permitiéndose a los vecinos la vuelta a la normalidad³³.

Aquello, desgraciadamente, no era más que un espejismo, teniendo que cerrarse de nuevo la villa en septiembre, ante “las malas nuevas que de algunos lugares se tiene del mal del contagio”³⁴. En octubre, además, se tomaron medidas concretas para cortar los contactos con Villalba, al tomarse conciencia de que muchos de sus vecinos, ante la virulencia que mostraba la enfermedad allí, se estaban refugiando en La Palma³⁵. A pesar de todo, la peste alcanzó categoría de pandemia a partir de febrero del año siguiente, como demuestran varios testimonios de las semanas siguientes: “...que muere y a muerto mucha jente, y se ba inficionando todo el lugar, de manera que si no se acude con eficaces remedios... pereserá todo el lugar”³⁶. Pero lo peor debió darse en los meses sucesivos, como pone de relieve que a principios del verano sólo conservase la vida uno de los seis miembros del Concejo³⁷, lo que nos puede ayudar a entrever el índice de mortalidad de aquellos días. La situación era tan catastrófica que hasta octubre fueron frecuentes los libramientos extraordinarios de importantes cantidades que, procedentes de la caja de arbitrios, estaban destinadas a sufragar los cuantiosos gastos generados por la epidemia: sueldo del médico y del cirujano que atendían a los contagiados, gastos de enfermería y comida para los afectados, costes del cavado de zanjas para los cadáveres, de enterrar a los enfermos pobres y de cubrimiento de las sepulturas, sueldo del enterrador, etc³⁸. El último

³¹ La Palma del Condado, Archivo Municipal de La Palma, Fondo Municipal, sección Órganos de Gobierno, legajo 9, *Acta del 16 de mayo de 1649*.

³² La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 30 de agosto de 1649*.

³³ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 30 de agosto de 1649*.

³⁴ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 26 de septiembre de 1649*.

³⁵ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 28 de octubre de 1649*.

³⁶ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 22 de marzo de 1650*.

³⁷ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 24 de julio de 1650*.

³⁸ Aparecen registrados en las actas capitulares de estos meses.

recibo que hemos podido localizar es del 5 de octubre de 1650, por lo que hemos de suponer que sólo a partir de ese momento se restableció la normalidad.

Más allá de las medidas higiénicas y sanitarias: el voto a San Roque y la construcción de su hospital y capilla

Uno de los “eficaces remedios” que se reclamaron durante la segunda oleada de la epidemia fue la construcción de hospitales donde recoger y tratar a los enfermos, para apartarlos así del resto de la población y evitar el contagio. Por ejemplo, en marzo de 1650, el síndico del Concejo Juan Gómez Capote testimoniaba bajo juramento, ante los alcaldes ordinarios del mismo, que era apremiantemente necesario hacer “ospital en que se curen los enfermos y heridos, y otro para la conbalesenzia”³⁹. Esta era una de las medidas médicas más habituales en la época y, precisamente, ya había sido tomada en cuenta el año anterior, al recibirse las primeras noticias de la llegada de la peste a La Palma. En aquel momento, los hermanos mayores de las tres cofradías hospitalarias, las de la Concepción, San Juan y San Blas, ya se habían reunido en cabildo abierto para comprometerse a la construcción de una iglesia y un hospital en honor a San Roque⁴⁰, probablemente en previsión de la suerte que aguardaba a la población y siguiendo la tendencia devocional que venía levantando complejos de este tipo por todo el territorio español. Hemos de entender que la elección del emplazamiento del conjunto, “a la vera” de la villa, “a la entrada de la calle de Sevilla” (Fig. 2)⁴¹, debió estar motivada por una cuestión meramente pragmática desde el punto de vista sanitario, mientras que el de la advocación del titular debió estarlo por un fervor ya larvado en la población⁴².

Este segundo aspecto, desde luego, no era un asunto baladí. En una sociedad tan profundamente religiosa como la del siglo XVII, este tipo de medidas siempre venían acompañadas de otras de carácter espiritual, sobre todo ante un fenómeno que traía consigo tal número de muertes y sobre el que no se tenía control alguno, lo que provocaba pavor y una enorme sensación de impotencia⁴³. Incluso, el 20 de junio

³⁹ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 22 de marzo de 1650*.

⁴⁰ Huelva, Archivo Diocesano de Huelva, Sección Justicia, caja 411, *Expediente para la bendición de la bendición de la iglesia de San Roque, 1654, carta de obligación, de 22 de marzo de 1654, otorgada por los hermanos mayores de las cofradías hospitalarias de La Palma, Bartolomé Lorenzo de Flores, Antón Rodríguez de Niebla y Juan Bautista Flores*.

⁴¹ Así se refería el inicio del expediente de bendición de la iglesia de San Roque al lugar en el que se habían construido la iglesia y el hospital.

⁴² Dos décadas antes, algún vecino de La Palma ya había expresado su intención de legar misas por su alma en honor a San Roque, prueba, como decimos, de que la devoción ya estaba larvada en la población entonces: La Palma del Condado, Archivo de Protocolos Notariales, legajo 886, *Testamento otorgado por Gaspar Díaz el día 3 de agosto de 1629*.

⁴³ A este respecto, nos parece muy interesante QUILES GARCÍA, Fernando – “Resurrección de una escuela. La peste de 1649 y el quiebro en la evolución de la pintura sevillana”. In *Atrio* 12 (2006), pp. 57-70, que analiza la influencia que tuvo la epidemia sobre las mentalidades de la época en Sevilla.

de 1649, reunidos en cabildo abierto en la iglesia parroquial de San Juan Bautista, el clero de la villa, el Concejo y un gran número de vecinos, dijeron que:

“por quanto a mucho [tiempo] que esta villa a tenido yntención y devoción de botar y guardar la festividad [de] Sennor San Roque en cada un anno, perpetuamente, y poner por con Dios Nuestro Sennor (sic), por su intercesor y patrón, al vienabenturado San Roque,... prometían y prometen ser y botar y jurar solenemente en presencia del dicho Santo, incados las rodillas, de guardar su festividad perpetuamente en cada vn anno por siempre jamas, y desirle sus vísperas, misa, sermón y prosesión con la mayor solenidad y devozión que ser pueda. Y pidieron y rogaron al dicho Santo se sirba de rogar y interseder (sic) con Dios Nuestro Sennor que nos libre de todo mal y nos de su santa gracia y nos libre de todo mal de peste y otro contajio”⁴⁴.

Los miembros del clero, al mismo tiempo, se comprometían a celebrar dicha festividad durante el resto de sus vidas sin cobrar nada por ello, mientras que el Concejo se obligaba a sufragar el resto de los gastos generados por la misma, poniendo como garantía la renta de la carnicería y los propios y rentas de la propia institución. Por último, aquel día y durante los sucesivos, un gran número de vecinos se obligaron, a nivel particular y tanto perpetuamente como de por vida, a donar cantidades monetarias, aceite, cera y otros productos para el sostenimiento de la celebración, el culto a San Roque y la obra de la “ermita que se está asiendo” o el “ospital... que se está fabricando”⁴⁵. También, con el mismo efecto, muchos de los vecinos que fueron otorgando testamento durante aquellos días dejaron distintas mandas testamentarias destinadas a financiar los mencionados hospital y ermita y, lo que era más importante, la ornamentación y el ajuar litúrgico de esta última. Por ejemplo, Juana Barrera, mujer de Juan Vázquez, que testó el 21 de junio de 1649, expresaba lo siguiente: “Mando y es mi voluntad que, después de los días la vida de el dicho mi eredero de mis vienes y asienda, se den a la ermita y ospital que se está fabricando, de sennor San Roque, setenta y cinco ducados para su ornato y avmento”⁴⁶. Pero, más interesante, si cabe, resulta el que otorgó el 30 de junio de 1649 otro vecino, del que no hemos podido llegar a conocer el nombre y que dejaba unas bodegas con cinco tinajas y toneles para que, al ser vendidas o arrendadas, pudiese destinarse el beneficio a la fiesta del santo. Del mismo modo, dejaba a su

⁴⁴ La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 20 de junio de 1649*.

⁴⁵ La misma acta del 20 de junio, referida en la cita anterior, recoge las obligaciones hechas, entre otros, por el licenciado Cristóbal Fernández, de 10 reales anuales de por vida para la festividad del santo; del cerero Cristóbal Gutiérrez, de dos libras de cera; o del alcalde Juan Zambrano, de media arroba de aceite para alumbrar a la efigie del santo en su nueva ermita. También, por ejemplo, unos días más tarde hacían lo propio Juan Ramón de Trueba, beneficiado de la iglesia parroquial, que se obligó a pagar de por vida al hospital dos ducados y medio anuales, y Luis de Villafranca, que se obligó a dar una arroba de aceite para la lámpara: La Palma del Condado, Archivo Municipal, legajo 9, *Acta del 22 de junio de 1649*.

⁴⁶ La Palma del Condado, Archivo de Protocolos Notariales, legajo 899, *Testamento otorgado por Juana Barrera el día 21 de junio de 1649*.

iglesia y hospital “vnos manteles... con sus puntas de pita y desilados... vna imagen de Nuestra Sennora de la Caridad con su Ninno, de bulto, y vn San Joseph, para... su altar a los lados del santo, y más seis cuadros nuevos para adorno de su capilla”⁴⁷.

Algunos interrogantes sobre el proceso de construcción

Podríamos preguntarnos porqué en marzo de 1650 se reclamaba la construcción de hospitales para el cuidado de los apestados si la documentación parece poner de relieve que la construcción del hospital y la ermita de San Roque ya se había iniciado durante la primera, momento en el que ya, incluso, se habían hecho donaciones para mantener la lámpara que debía alumbrar la imagen del santo, arreglar el ornato de la capilla y su altar, etc. El expediente de bendición de esta última⁴⁸, desde luego, señala que dicho edificio y el hospital se comenzaron a construir en 1650, lo que nos lleva a pensar que, en 1649, o bien sólo se había planificado, trazado y empezado someramente la obra, o bien se había iniciado, únicamente, la construcción de un complejo provisional y efímero, dilatándose el proceso en cualquiera de los dos casos hasta que, con la segunda oleada de la epidemia, no hubo más remedio que acometer la construcción definitiva.

Lo cierto es que, en junio del segundo año, los vecinos seguían legando bienes para “la obra de San Roque”⁴⁹. Además, entre los gastos que hubieron de hacerse durante los meses más duros de la enfermedad se recogieron aquellos relacionados con “el ospital del mal del contagio”, aunque no sabemos cuánto se prolongó el proceso constructivo, resultando especialmente llamativo, a este respecto, que el expediente para la bendición del complejo no se inició hasta 1654. El arzobispo de Sevilla no otorgó su licencia para tal particular hasta el 21 de mayo de dicho año, después de comprobar que la obra se encontraba terminada con decencia y que las tres cofradías hospitalarias de la localidad –puesto que no se había constituido cofradía de San Roque – se habían comprometido a su mantenimiento y reparación siempre que fuese necesario, contando con fondos necesarios para garantizar tal particular⁵⁰.

⁴⁷ La Palma del Condado, Archivo de Protocolos Notariales, legajo 899, *Testamento otorgado el día 30 de junio de 1649*.

⁴⁸ Huelva, Archivo Diocesano de Huelva, Sección Justicia, caja 411, *Expediente para la bendición de la bendición de la iglesia de San Roque, 1654*.

⁴⁹ El alcalde ordinario Antón de Flores, dejaba en su testamento, por ejemplo, la siguiente manda: “Mando a la obra de San Roque cien reales. Y al hospital de contagiados dos fanegas de trigo”: La Palma del Condado, Archivo de Protocolos Notariales, legajo 900, *Testamento otorgado por Antón de Flores el día 14 de junio de 1650*.

⁵⁰ Un siglo después, aproximadamente, se encargó un retablo para acoger al santo en la ermita. Lo sabemos porque Diego Millán González legó en su testamento, “a Señor San Roque, sito en su ermita, de esta villa, veinte y cuatro reales de vellón, para ayuda a su obra y retablo”: La Palma del Condado Archivo de Protocolos Notariales, legajo 939, *Testamento otorgado por Diego Millán el día 8 de julio de 1739*. Esto nos invita a pensar que, en el momento de la bendición, o no había retablo, o había uno de carácter humilde y que hubo de ser sustituido, por tanto, unas décadas más tarde.

Conclusión

Más allá de las dudas sobre el proceso constructivo, pensamos que el caso analizado refleja, de forma paradigmática, cómo el escaso éxito de las medidas higiénicas y sanitarias al uso hacía que aflorasen los mayores miedos en el seno de una sociedad profundamente creyente, lo que determinaba que cualquier política emprendida tuviese que apoyarse irremediabilmente en medidas de tipo espiritual. Incluso los hospicios y enfermerías, contruidos en lugares apartados por motivos puramente higiénicos, debían acogerse a la protección divina, de ahí que sus iglesias recibiesen más atenciones que las propias estancias sanitarias. Sólo esta mentalidad explica que aquí, en La Palma, se conjugasen tantos esfuerzos para la construcción de un complejo que, más que contribuir a la gestión de la epidemia, lo que hizo fue favorecer la creación de un nuevo lugar de culto, convenientemente dotado para ello. Precisamente, la remisión de enfermedades en el siglo XVIII hizo que la devoción a San Roque decayese en toda España, lo que explicaría el abandono y ruina que sufrió el complejo de La Palma, que desapareció ya en el siglo XIX.

As «estrumações infecciosas» e a resistência dos esposendenses à regulamentação municipal em inícios de Novecentos¹

Ana Isabel Lopes²

Resumo

A prática de recolha de sargaço e de mexoalho permitiu, desde a Idade Média, fertilizar os terrenos arenosos da costa do noroeste de Portugal. Estes fertilizantes naturais eram espalhados sobre as culturas, sob forma fresca ou seca, e mobilizaram uma grande parte da população da costa portuguesa, que os recolhia para uma agricultura de subsistência ou para fins comerciais. Todavia, o manuseamento e comercialização do sargaço e do mexoalho, associado a precárias condições de sanitarismo, permitiu que a população do concelho de Esposende, assim como outras comunidades piscatórias nortenhas, se visse sob surtos de tifo exantemático, nos finais de Oitocentos.

Partindo da análise de dois periódicos locais, *O Povo Espozendense* e *O Espozendense*, averiguar-se-ão quais foram as decisões promulgadas pela Câmara Municipal de Esposende, durante o final do século XIX e inícios do século XX, para a contenção destas «estrumações infecciosas», se foram definidas melhores práticas de adubação e como é que aqueles que recorriam a esta técnica resistiram. De igual modo, verificar-se-á se estes periódicos foram um meio de consciencialização da população, através da divulgação das posturas municipais, da crítica a essa prática comunitária insalubre e da incapacidade interventiva e punitiva dos funcionários da edilidade de Esposende.

Palavras-chave

Recursos marinhos; Adubos orgânicos; Tifo; Saúde pública; Resistência social.

¹ Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da Fundação para a Ciência e Tecnologia, no âmbito da bolsa de doutoramento 2020.04817.BD.

² Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, Faculdade de Letras, Universidade do Porto (CITCEM – UP).

Infectious manures and the resistance of Esposende citizens to municipal regulation in the early 1900s

Abstract

Since the Middle Ages, the practice of collecting sargassum and crabs has made possible to fertilise the sandy soils of the Northwest coast of Portugal. These natural fertilisers were spread on crops, fresh or dried, and mobilised a large part of the Portuguese coastal population, which collected them for their subsistence or to sell. However, the handling and commercialization of this maritime resource, associated to precarious sanitary conditions, made the population of Esposende municipality vulnerable, as well as other northern fishing communities, to be under outbreaks of exanthematic typhus in the late 1800s.

Based on the analysis of two local periodicals, *O Povo Esposendense* and *O Esposendense*, it will be explored which were the decisions promulgated by Esposende municipality, during the end of the 19th century and beginning of the 20th century, for the containment of these “infectious manures”, if better practices of fertilization were defined and how those who drew on to this maritime resource resisted. Simultaneously, will be verified if these periodicals were a tool for raising the population’s awareness, through the spreading of the municipal ordinances or to criticise this unhealthy community practice and the interventive and punitive incapacity of local officials.

Keywords

Maritime Resources; Organic Fertilizers; Typhus; Public Health; Social Resistance.

A importância histórica do sargaço e pilado no Noroeste português

Para além da pesca, o mar fornece muitos outros recursos, nomeadamente algas, conchas, crustáceos e outros animais marinhos que podem ser utilizados como adubo natural, tendo estes frutos do mar desempenhado um papel importantíssimo no passado ao converter os areais estéreis e desertos em terrenos que regularmente produzem culturas. O moliço ou o sargaço, juntamente com o pilado, foram usados para fertilizar as terras costeiras do Norte até Peniche e a Sul do Tejo.



Fig. 1 – Palheiro de Sargaço (Praia da Amorosa, Chafé, Viana do Castelo).

A colheita de algas para adubação das terras ao longo da costa é uma prática secular. Em documentos de diferentes tipologias, pelo menos desde os inícios de Trezentos, faz-se alusão a esta prática, com um relevante papel económico para os espaços a norte do Douro³, e um pouco por toda a costa europeia⁴. As várias institui-

³ PEIXOTO, António Maranhão, et al. – *Memórias de São Bartolomeu do Mar. População, Organização Administrativa e Religiosa, Economia, Cultura e Ambiente*. São Bartolomeu do Mar: Centro Social da Juventude de Mar, 2010, p. 99.

⁴ Veja-se, por exemplo, CHARPENTIER, Emmanuelle – *Le Peuple du Rivage. Le littoral nord de la Bretagne au XVIII^e siècle*. Rennes: PUR, 2013, p. 74; CORBIN, Alain – *O Território do Vazio. A Praia e o Imaginário Ocidental*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, pp. 218-219; CABANTOUS, Alain – *Les côtes barbares: Pilleurs d'épaves et sociétés littorales en France (1680-1830)*. Paris: Fayard, 1993, p. 85; LAFON, Philippe – *L'Or Brun De L'Île D'Oleron. L'Exploitation Du Varech Du Moyen Age A Nos Jours*. Saint-Cyr-Sur-Loire: Éditions Alan Sutton, 2004.

ções locais responsáveis pela regulamentação desta atividade agro-marítima, como as câmaras municipais, fortes militares ou as autoridades religiosas monásticas e seculares deixaram bem evidente as fortalezas na documentação que produziram a sua longevidade e importância⁵. Em Esposende, nos finais do século XVIII, era comum arar as terras e, durante o tempo em que ficavam em pousio, eram estrumadas e cobertas com sargaço ou mato putrefacto e esta mistura era aplicada em camadas por um longo tempo nos campos. Quando a terra já estava suficientemente adubada, era lavrada e semeada⁶. Na Estela (Póvoa de Varzim), a prática era semelhante. Em meados do século XVIII, a par do estrume, os argaços fortificavam as terras⁷.

Com a intensificação da agricultura e o crescente aproveitamento das dunas, no século XIX, a apanha do sargaço e do pilado parecem ter-se avolumado no noroeste de Portugal. Segundo Baldaque da Silva, em 1886, no porto de Esposende, o número de pessoas empregue na apanha de sargaço era de 50 e o de carradas 200, com um valor anual a ascender a 800\$000 réis. A sul da barra de Fão era apanhado o pilado e onde o sargaço tinha um valor mais expressivo, quer pelo número de carradas (272), quer pelo valor anual (1.088\$000 réis), muito superior aos 280\$000 réis que rendia o pescado⁸. Em 1898, o valor do pilado no porto de Esposende aumentou até 1.260\$000 réis, tornando-se este porto mais relevante no que respeita a este produto face ao de Viana do Castelo e ultrapassando, por exemplo, os valores obtidos na pesca da sardinha (882\$000 réis)⁹.

Até ao terceiro quartel do século XX, estes fertilizantes naturais eram espalhados sobre as culturas, frescos ou secos, e mobilizaram uma grande parte da população da costa portuguesa a norte de Peniche, que os recolhia para uma agricultura de subsistência ou para fins comerciais, na época estival. Não obstante, apesar de lucrativa, era também uma atividade muito perigosa. Quando “o vento súbito” se instalava e virava as jangadas de sargaço ou os barcos carregados de pilado, homens e mulheres que neles seguiam afogavam-se¹⁰.

⁵ CABRAL, João Paulo – “A apanha de sargaço no concelho da Póvoa de Varzim no Antigo Regime. Conflitos entre a Igreja, o Poder Municipal e a gestão de um recurso natural”. *Póvoa de Varzim Boletim Cultural*, 41 (2006-2007), pp. 83-131; CABRAL, João Paulo – “A apanha de algas na ilha da Ínsua (Caminha) nos séculos XVII-XIX: singularidades e conflitos”. *Finisterra* [Em linha] 40, 80 (2005), pp. 5-22 [Consultado em 18 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/finisterra/article/view/1475>.

⁶ *Geografia e Economia da Província do Minho nos fins do século XVIII*. Publ. António Cruz. Porto: Centro de Estudos Humanísticos, 1970, p. 97.

⁷ Braga, Arquivo Distrital de Braga, *Mosteiro de São Martinho de Tibães*, Sentenças, Sentenças. Volume 15, fol. 107.

⁸ SILVA, A.A. Baldaque da – *Estado actual das pescas em Portugal*. Vol. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1991, p. 96.

⁹ PORTUGAL. Ministério da Marinha – *Estatística das Pescas Marítimas do Continente do Reino e Ilhas Adjacentes nos annos de 1896, 1897 e 1898*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1899, p. 103.

¹⁰ “A pesca do mexoalho – “100 pescadores em perigo”. *O Povo Espozendense* 275 (24 out. 1897).

No noroeste de Portugal, o pilado (*Polybius Henslowii*, Leach ou *Portunus puber*, Lin.) é quase sempre indissociável do sargaço. Apesar do mexoalho, como também é denominado, constituir a adubação natural mais rica (três a seis vezes mais abundante em componentes minerais do que as algas), o sargaço ultrapassava-o pelo seu enorme volume e relativa regularidade de recolha anual. Este caranguejo de forma circular com cinco centímetros de diâmetro, couraça lisa e de cor escura acastanhada, que circulava em certas épocas em cambadas consideráveis¹¹, é concomitantemente vantajoso pela ação rápida de decomposição sobre a terra e de não conter quaisquer sementes daninhas prejudiciais às culturas agrícolas, fator importante, especialmente em zonas de cultura intensiva, como é o caso da costa minhota¹². Este caranguejo, surge com designações várias pelas zonas do Norte de Portugal. Assim, aparece designado como pilado, patelo, patela, mexoalho, escasso ou escaco, sendo apanhado em cardumes nos bancos arenosos próximos do litoral, e, por vezes, a sua quantidade era tal que se tornava um grande predador da sardinha. O referido crustáceo era usado na adubação das terras e constituía-se como uma importante atividade extrativa da zona costeira marítima que interessava à lavoura, mas que tinha lugar no mar, coexistindo de forma articulada atividades agrícolas e piscatórias na orla marítima¹³. A recolha de sargaço ou de algas raspadas na rocha, que desencadeou uma lenta, mas crescente antropização do litoral, fundamentalmente a partir das duas décadas finais do século XIX, mas sobretudo durante Novecentos, deveu-se, mais aos homens da terra, sargaceiros e lavradores, do que aos homens do mar¹⁴.

A norte do Douro, o pilado encontrava-se com bastante abundância nos limpos¹⁵ de Âncora e de Afife e, em menor escala, na Aguçadoura. Em muitos portos, nas primeiras décadas do século XX, o pilado era pescado em certos locais já conhecidos e, com frequência, as expedições em busca deste crustáceo podiam demorar até dois dias, dependendo da direção do vento. Em praticamente toda a costa, o pilado era recolhido com redes varredouras e envolventes que cercavam o caranguejo e arrastavam-no para as embarcações. Todas estas atividades, necessitavam que houvesse uma companhia organizada para que se realizassem os trabalhos necessários em simultâneo (remar, recolher e lançar a

¹¹ SILVA, António Artur Baldaque da – *Estado actual das pescas em Portugal*, vol. I, pp. 62-63.

¹² OLIVEIRA, Ernesto Veiga de; GALHANO, Fernando; PEREIRA, Benjamim – *Actividades agro-marítimas*, p. 181.

¹³ OLIVEIRA, Ernesto Veiga de; GALHANO, Fernando; PEREIRA, Benjamim – *Actividades agro-marítimas*, p. 121.

¹⁴ AMORIM, Inês – “Homens da Terra ou Homens do Mar”. In NUNES, Francisco Oneto (coord.) – *Culturas Marítimas em Portugal*. Lisboa: Âncora Editora, 2008. p. 36.

¹⁵ Bancos arenosos desprovidos de rochas e algas, situados até meia milha da costa, onde o pilado se encontra com abundância.

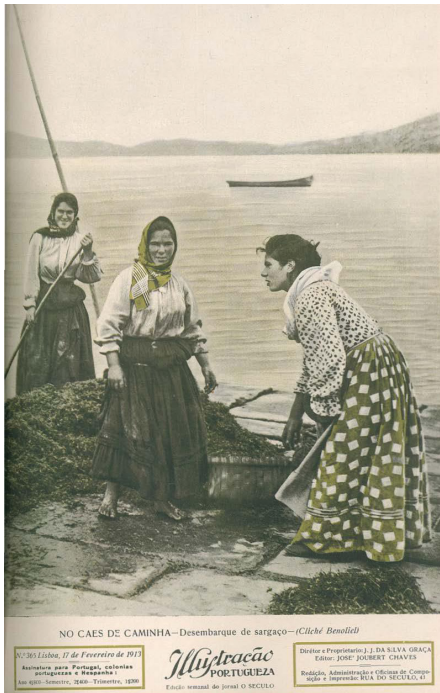


Fig. 2 – Mulheres desembarcando sargaço no cais de Caminha (Joshua Benoliel). Fonte: *Ilustração Portuguesa*, nº 365 (17 de fevereiro de 1913).

rede)¹⁶. Estas companhas eram constituídas pelos próprios lavradores ou pelos seus familiares que, conjuntamente com outros vizinhos da sua freguesia, colhiam este crustáceo, a partir do solstício de Verão¹⁷. Em alguns pontos, onde também se praticava a pesca ou a travessia do rio, os lavradores possuíam barcos e estavam familiarizados com o mar. Muitas vezes, como em Fão, por exemplo, os lavradores, além do pilado, dedicavam-se a outras pescarias, utilizando os seus barcos, redes e conhecimentos e, por isso, não raras vezes, as companhas do pilado, compostas por gente do campo, iam também à pesca da sardinha¹⁸. Os lavradores-pescadores beneficiavam assim dos meios de pesca para aumentar as suas fontes de alimento, adubo e, acima de tudo, de rendimento. A apanha do mexoalho e do sargaço não eram atividades únicas, mas a recolha destes recursos naturais de valor marginal constituía-se como um complemento

sazonal às diferentes atividades agrícolas e marítimas, contribuindo para melhorar a produção agrícola, a alimentação e as condições de vida.

Pela sua elevada concentração nos fundos lodosos do mar, onde a rede de arrasto de malha de corda e cortiça podia ser arrastada sem se rasgar, não era incomum que nestes lugares do mar, subitamente, se carregasse um barco de pilado¹⁹. Depois de recolhido, caso o pilado não fosse utilizado «em verde» (fresco), imediatamente após a recolha, era espalhado na praia para secar, onde permanecia dois a três dias. Então, depois de seco era carregado em cestas para levar à cabeça ou depositado

¹⁶ OLIVEIRA, Ernesto Veiga de; GALHANO, Fernando; PEREIRA, Benjamim – *Actividades agro-marítimas*, p. 1232.

¹⁷ SANTOS JÚNIOR, Joaquim Rodrigues – “Os lavradores de Mindelo lavravam a terra e o mar (Notas de vida agrária). In *Actas do colóquio «Santos Graça» de etnografia marítima*. Vol. 2, Póvoa do Varzim: Câmara Municipal da Póvoa de Varzim, 1984-1986, p. 172.

¹⁸ OLIVEIRA, Ernesto Veiga de; GALHANO, Fernando; PEREIRA, Benjamim – *Actividades agro-marítimas*, pp. 16 e 125.

¹⁹ SANTOS JÚNIOR, Joaquim Rodrigues – “Os lavradores de Mindelo, p. 174.

em pilhas para ser transportado pelos lavradores em carros de mão ou puxados por animais, especialmente gado bovino²⁰.

Saído da praia, era finalmente levado até aos campos agrícolas, onde era aplicado inteiro ou triturado. Aí, em meados do século XX, abria-se o terreno arenoso em forma de caixa, sendo depois colocada uma camada de sargaço, outra de estrume e uma outra de pilado (muitas vezes já esmagado em farinha, com o mangual²¹ do milho grosso, como na Apúlia), atuando como um nitrato. Depois de terem sido bem calcadas estas camadas em terrenos utilizados para agricultura, colocava-se novamente por cima a areia do terreno para, posteriormente, se lançar a semente, sobretudo de diversas espécies de couves e nabos, e cobria-se tudo, por fim, com areia²².

Este processo de aplicação do mexoalho como fertilizante não corresponde, todavia, à descrição da utilização do mexoalho de inícios de Novecentos, cujo transporte e manuseamento era tudo menos higiénico, sendo mesmo discordante das políticas de saúde pública coevas e sobre cujos relatos, ações e reações nos debruçaremos de seguida. O manuseamento e comercialização do sargaço e do mexoalho terá constituído um acréscimo relevante no rendimento de algumas povoações litorâneas, relativamente a populações camponesas do interior. Contudo, esta prática associada a precárias condições de sanitarismo, contribuiu para que a população do concelho de Esposende, assim como outras comunidades piscatórias norte-nhas, se visse sob surtos de tifo exantemático, nos finais de Oitocentos e inícios de Novecentos²³. Só volvido meio século e por muita insistência das entidades municipais e da aplicação de uma “moralização da limpeza”²⁴, que pela aplicação de multas, mas, essencialmente, pela valorização dos cuidados médicos e de higiene pública e privada, nomeadamente, através da imprensa local, é que os comportamentos dos lavradores esposendenses parecem ter-se adaptado às novas prerrogativas sanitárias e ao discurso higienista. Ainda que continuada a recolha deste recurso, mas agora sem consequências na saúde dos esposendenses, as preocupações sanitárias de meados do século XX passaram a centrar-se em inovações no Hospital Valentim Ribeiro e no Hospital da Misericórdia de Fão, na divulgação de farmácias e consultórios médicos ao dispor da população e de suplementos alimentares.

²⁰ COLE, Sally – *Mulheres da Praia. O Trabalho e a Vida numa Comunidade Costeira Portuguesa*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1994, p. 36.

²¹ Instrumento usado para debulhar cereais.

²² OLIVEIRA, Ernesto Veiga de; GALHANO, Fernando; PEREIRA, Benjamim – *Actividades agro-marítimas*, p. 183.

²³ REGO, Maria Aurora Botão Pereira do – *De Santa Marinha de Gontinhães a Vila Praia de Âncora (1624-1924). Demografia, sociedade e família*. Braga: Universidade do Minho, 2012. Dissertação de doutoramento, p. 335.

²⁴ VIGARELLO, Georges – *Lo Limpio y lo Sucio: la higiene del cuerpo desde da Edad Media*. Madrid: Alianza Editorial, 1991, p. 240.

Fontes e metodologia de análise

Ainda antes da universalização do cinema e da televisão e, na sua qualidade de meio privilegiado de acesso ao público, a imprensa periódica regular de carácter generalista teve um papel fundamental, designadamente na divulgação e educação das populações no sentido de difundir informação sobre a prevenção de doenças, publicando notícias com especial ênfase na higiene, sobretudo em períodos de risco sanitário, ou divulgando as decisões conjuntas da classe política e da comunidade científica. Os periódicos locais e nacionais informavam sobre as doenças que afligiam as populações das localidades onde eram publicados, sem esquecer, no entanto, o contexto nacional e internacional. Em tempos de crise sanitária, os jornais davam conta da situação dos hospitais, da frequência de doentes, as obras realizadas e médicos que se destacavam no exercício da sua atividade ou filantropos que se distinguiam no auxílio à saúde. Em Portugal, estes assuntos foram tratados de forma pormenorizada ao longo de Oitocentos e nas primeiras três décadas do século XX, em que, salvo alguns momentos de censura até à implantação do Estado Novo, imperava a liberdade de expressão nas publicações de informação diária e um forte sentido crítico na imprensa nacional. Na realidade o seu contributo foi essencial para o conhecimento dos quadros de dificuldade sanitária, fruto da atenção à realidade quotidiana, cumprindo os jornais uma função denunciatória das condições de insalubridade em alguns núcleos populacionais ou a falta de planos para precautelar a higiene pública. Pode por isso considerar-se que a imprensa desempenhava também uma função pedagógica, alertando a população para os cuidados individuais que deveria ter, bem como o das suas habitações, e a necessidade de interiorizar um conjunto de regras sanitárias quer em tempos de “normalidade”, mas acima de tudo aquando da ocorrência de surtos epidémicos. É também observável que nem sempre os jornais tinham uma posição concordante com as medidas tomadas e as ações organizadas pelas autoridades sanitárias e administrativas, não hesitando, muitas vezes, apontar fragilidades e denunciar insuficiência ou negligência. Assim, era frequente, em colunas de opinião, criticarem-se os processos utilizados para combater as epidemias e as sucessivas medidas que não surtiam o efeito pretendido. Em tempos de pandemia de cólera, tifo, febre amarela, pneumónica, também se enchiam as páginas dos periódicos de publicidade e de imagens ilustrativas de mezinhas, tratamentos ou medicamentos²⁵.

Preenchendo todas estas características elencadas por Maria Antónia Almeida no trabalho relativamente a quadros sanitários de risco em Portugal, entre meados do século XIX e inícios do século XX, no caso de estudo em foco analisámos dois periódicos locais, *O Espozendense* e *O Povo Espozendense*. *O Espozendense*, primeiro

²⁵ ALMEIDA, Maria Antónia Pires de – “As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [Em linha] 21-2 (2014), pp. 687-708 [Consultado a 15 dezembro 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000200012>.

periódico do concelho, publicado entre os anos de 1886 e 1945, era propriedade do tipógrafo José da Silva Vieira que também detinha o jornal *O Povo Esposendense*, o segundo periódico publicado em Esposende, desde 1892 até 1906, que era um semanário independente²⁶. Nestes periódicos locais levantaram-se as notícias referentes ao mexoalho, facilmente detetáveis pelo título, e como se poderá depreender das notas de rodapé. Entre os primeiros números publicados destes semanários até às vésperas da República, foram levantados os referidos elementos, com vista a averiguar as decisões promulgadas pela Câmara Municipal de Esposende para a contenção destas «estrumações infecciosas», procurando avaliar se foram definidas melhores práticas de adubação e como é que os lavradores-pescadores, que recorriam a este recurso marinho e respetiva técnica de colocação nos campos, resistiram ou aceitaram as novas recomendações e legislação.

Esposende e a salubridade pública lesada pelas «estrumações infecciosas»

Na transição do século XIX e XX, as condições de higiene e salubridade da vila de Esposende eram vistas como deploráveis, onde os acessos ao centro estavam arruinados e repletos de amontoados de lixo, tornando-se, com a grande pluviosidade do Inverno, intransitáveis. Abundavam as vielas e as cangostas malcheirosas, para onde eram atirados animais mortos, dejetos humanos e águas pestilentas, que constituíam grandes focos de infeção²⁷ e o acesso a água potável era um dos grandes problemas da cidade²⁸.

Situado este concelho junto da foz do rio Cávado, era também este território afetado por águas estagnadas e pelas áreas pantanosas nas margens deste curso fluvial e pelas cheias que, ocasionalmente, galgavam as suas margens que não eram drenadas. No século XIX, mesmo a mais pequena poça, constituía uma ameaça à saúde pública. Todavia, era a imagem do pântano que suscitava queixas incessantes, de onde surgiam todos os vapores, exalações ou a decomposição de animais e plantas e que infetavam o ar que se respirava²⁹. Ao longo do século XIX foram frequentes as solicitações para que se drenassem as áreas pantanosas em torno de Gemeses e de

²⁶ NEIVA, Manuel Albino Penteadó – *José da Silva Vieira: Apontamentos para a sua biografia*. Esposende: M.A.P.N., 1993.

²⁷ CAPITÃO, Fátima Marília Eiras Ribeiro – *O Hospital “Palácio” da Misericórdia de Esposende: origens, vontades, dinâmicas (séculos XIX a inícios do século XX)*. Porto: Universidade do Porto, 2019. Dissertação de Mestrado, p. 26.

²⁸ Veja-se a questão de acesso a água potável na prisão em ESTEVES, Alexandra – “Crime e punição: a criminalidade e o espaço carcerário de Esposende, entre os finais do século XIX e o início do século XX”. In RUBIO PÉREZ, Laureano (coord.) – *Instituciones y centros de reclusión colectiva: Formas e claves de una respuesta social (s. XVI-XX)*. León: Universidad de León, 2012. pp. 9-28.

²⁹ CORBIN, Alain Corbin – *The Foul and the Fragrant: Odor and the french social imagination*. Nova Iorque: Berg Publishers, 1986. p. 33.

Rio Tinto e para que se reconstruíssem os cais de Fão e Esposende, localidades na foz do Cávado. Em 1825, o abade de Rio Tinto (atual concelho de Esposende, mas até 1836 fez parte do termo de Barcelos) sensibilizava a edilidade barcelense para a abertura das lagoas da sua paróquia e das vizinhas, na medida em que, o escoamento das águas estagnadas fazia “damno á saude publica”, apelando ainda para a continuação do encanamento do rio Cávado³⁰. Depois dos surtos de cólera verificados na década de 1870, referia-se que os patogénicos que se desenvolviam em Fão provinham dos aterros de terra que ficavam em frente ao cais e que por isso urgia aterrar esses espaços que eram “fóco immundo de miasmas tão reconhecidamente prejudicial a saude publica”³¹. De igual modo, na viragem de Oitocentos, uma das poucas zonas onde ocorriam sezões no Minho era na foz do Cávado, “pelas salinas” que tinha nas suas margens³².

Esposende era também um porto de mar, constituindo-se, por isso, facilmente como um ponto de entrada e saída de doenças. A chegada de enfermidades instalara-se como uma constante preocupação da Estação de Saúde do Porto de Esposende. Por exemplo, e de acordo com o Regulamento das Quarentenas de 1864, temia-se que a cólera e a febre amarela chegassem ao porto de Esposende, no Verão de 1865, mesmo por parte de portos um pouco distantes e até com quem os mareantes ou outros habitantes da foz do Cávado não teriam diretamente relação, como os portos do Mediterrâneo ou da Guiana³³.

Para além desta contextualização dos problemas sanitários do território, o século XIX e o início do século XX foram marcados por sucessivos surtos epidémicos, tendo-se tal, igualmente verificado em Esposende. Em 1855, a cólera provocou várias vítimas mortais, em parte provocadas pela falta de assistência médica, e abrangeu desde os mais pobres aos membros da edilidade³⁴. Em 1867, um novo surto de cólera vitimou 15 a 25 moradores em Fão e 81 em Esposende³⁵. O século XIX, para além da cólera, foi marcado por vários surtos epidémicos de tifo, sarampo, coqueluche, varíola, febre tifoide e gripe. A estas doenças juntou-se a grande peste da contemporaneidade, a tuberculose. Muitas destas doenças alastraram-se ainda no início do século XX, sobretudo em espaços onde grassava

³⁰ Barcelos, Arquivo Histórico Municipal de Barcelos, *Atas de vereação, Livro 40*, fls. 66v-67v.

³¹ Lisboa, Arquivo Histórico da Marinha, Delegação Marítima de Esposende, cx. 190, doc. 102.

³² CARVALHO, José Rodrigues de – Chorografia palustre de Portugal. Porto: Typ. a Vapor da Real Officina de S. José, 1899. p. 26.

³³ LOPES, Ana Isabel – “Carta da Estação de Saúde do Porto de Esposende sobre os portos inspecionados e declarados suspeitos de cólera e febre amarela (1865)”. *Fragmenta Historica* [Em linha] 7 (2019), pp. 293-294. [Consultado a 15 de dezembro de 2021]. Disponível em: https://ceh.fcsh.unl.pt/pdf/rev/2019/07_43_FG7-p%20293-294.pdf.

³⁴ Esposende, Arquivo Histórico Municipal de Esposende, *Atas de vereação: Livro 25*, fols. 16-17v.

³⁵ MARIZ, Carlos – “As pestes”. *O Novo Fangueiro* (10 de março de 1986), p. 6. Sobre estes e outros surtos epidémicos em Esposende leia-se também CAPITÃO, Fátima Marília Eiras Ribeiro – *O Hospital “Palácio”*, pp. 37-44.

a pobreza, a insalubridade, as carências alimentares, a falta de hábitos de higiene e de estruturas básicas de saneamento. Os lavradores e jornaleiros que trabalhavam no campo, assim como as suas casas, não primavam pelo asseio e a casa do minhoto caracterizava-se por ser, diversas vezes, partilhada com os animais, sendo a sua habitação entendida como um prolongamento da área de trabalho, dispondo de anexos que desempenhavam essa função. A alimentação também não era a mais nutritiva e variada: o caldo era a base do seu sustento, a carne rareava e os aminoácidos, fundamentais para o organismo, escasseavam na rotina alimentar. A dieta não incluía fruta, que era vendida ou dada aos animais, resultando numa carência de cálcio e de vitaminas C e D. Finalmente, os hidratos de carbono, o pão e batata, predominavam no regime alimentar. Assim, a dieta monótona e pobre, associada à falta de cuidados básicos com a higiene pessoal e ao vestuário insuficiente e remendado para proteger os corpos do frio e da chuva, tornava os indivíduos vulneráveis à doença³⁶.

Associadas a estas condições do território e da falta ou a fraca implementação de uma política municipal de saúde pública e privada, o manuseamento e comercialização do sargaço e do mexoalho, permitiu que a população do concelho de Esposende, com maior incidência sobre as camadas das populações mais desfavorecidas, assim como outras comunidades piscatórias nortenhas, se vissem sob surtos de tifo exantemático e de varíola, nos finais de Oitocentos. A doença encontrava condições muito favoráveis à sua propagação, assumindo-se como um problema comum na costa noroeste de Portugal. No mesmo período em análise, o pároco de Vila Praia de Âncora revelava informações semelhantes às dos periódicos esposendenses, verificando-se entre os meses de abril e julho, especial propagação ou incidência das epidemias de bexigas, tifo ou difteria as quais se atribuíam aos maus cheiros dos estrumes do mexoalho e que tinha sido uma das causas responsáveis pela grande mortalidade na costa de Caminha, nos anos de 1894 e 1895³⁷.

³⁶ ESTEVES, Alexandra Patrícia; PINTO, Sílvia Daniela – “Quando a morte espreita: as epidemias no Minho entre o século XIX e as primeiras duas décadas do século XX”. *Revista M. Estudos sobre a Morte, Os Mortos e o Morrer* [Em linha] 6-11 (2021), [Consultado a 15 dezembro 2021]. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/10594/10250>.

³⁷ REGO, Maria Aurora Botão Pereira do – *De Santa Marinha de Gontinhães a Vila Praia de Âncora*, p. 335.



Fig. 3 – Sargaceira espalhando sargaço na areia (Fotografia Alvão, 1901-1930). Fonte: Porto, Centro Português de Fotografia, *Depósito Frio*, Estante 02, Prateleira 26.

A putrefação dos estrumes vegetais e as consequências na saúde humana já vinham sendo conhecidos desde meados do século XVIII. Ribeiro Sanches, no seu *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* alertava já para os perigos do sargaço, em Cabo Verde: “uma sorte de erva, que chamam Sarguasso em tão grande quantidade, e por tanto espaço, [...] esta imensidade de vegetais pelos calores continuados vêm por último a apodrecer: levantam-se deles pestíferas exalações, que fazem tão mal sadias àquelas Ilhas: e se não fosse pelas chuvas contínuas desde o mês de Abril, Maio e Junho, mais tarde, ou cedo, se não fosse por aqueles ventos gerais, que ventam do Sudeste, ao Nordeste, ninguém poderia viver por muito tempo naquelas paragens³⁸. Três décadas volvidas e já em solo minhoto, também o médico Bezerra de Lima mencionava as inexistentes condições de salubridade das casas dos lavradores minhotos e da existência de estrumes, junto dos seus leitões. Esses estrumes resultavam na “má cor” e moléstias dos lavradores e das suas famílias, mas dos quais não se podiam apartar “porque era a mais preciosa pessa, que tinha para adubo da sua horta”³⁹. Em 1907, continuava a alertar-se para as consequências das fossas, das estrumeiras, dos estrumes, dos guanos e da maior parte dos adubos orgânicos na saúde pública,

³⁸ SANCHES, António Ribeiro – *Tratado de Conservação da Saude dos Povos*. Paris: s.n., 1756. p. 12.

³⁹ BEZERRA, Manuel Gomes de Lima – *Os estrangeiros no Lima, ou Conversações eruditas sobre os varios pontos de historia ecclesiastica, civil, litteraria, natural, genealogica, antiguidades, geographia, agricultura, comercio, artes, e ciencias*. Coimbra: Real Oficina da Universidade, 1785, vol. II, p. 61.

como o caso do estrume de gado cavalhar que dava origem ao bacilo do tétano, e na qualidade da água. O mexoalho e os restos de peixe punham em causa a higiene pública e privada, dando origem a muitas moléstias e à perda de vidas humanas, do gado e a epifítias. Era também referido que no norte de Portugal se usavam urinas, oriundas de hospitais e quartéis, para regar hortaliças. As estrumações orgânicas de forma exclusiva e reiterada era a causa de infeção das terras e das plantas que aí se cultivavam e que acabavam por apodrecer, nomeadamente a batata, a vinha ou as árvores de fruto⁴⁰.

Segundo os dados recolhidos nos periódicos locais de Esposende, os maiores problemas para a saúde pública provocados pelo mexoalho diziam respeito ao seu transporte e à sua má aplicação como adubo nos campos, desrespeitando, sucessivamente, aquilo que eram as normas camarárias. Pelo incumprimento destas regras, o crustáceo era recozido pelo sol e pelo ar, de tal forma que exalava um cheiro insuportável e prejudicial à saúde pública, permitindo o surgimento de epidemias, nomeadamente o tifo exantemático.

Todas as terras minhotas foram atingidas pelo tifo, que não era endémica da região. Até 1920, os residentes dos concelhos de Arcos de Valdevez, Melgaço, Paredes de Coura, Barcelos, Santo Tirso, Braga, Guimarães, Esposende e Viana do Castelo foram atingidos por esta enfermidade. A sucessão de boatos sobre a presença desta enfermidade nas várias localidades minhotas levou à tomada de medidas que evitassem a sua propagação, nomeadamente a recomendação de cuidados acrescidos com a criação de animais, mormente os suínos, nos espaços urbanos⁴¹.

O tifo manifestava-se através de vários sintomas, como a febre alta, diarreia, icterícia, prostração e debilidade, erupção cutânea, mialgias ou arrepios e que facilmente se confundiam com outras enfermidades. Agravando-se, as suas vítimas ficavam com hemorragias, lábios azuis, sensação de sede, tosse seca, olhos vermelhos ou diarreia persistente. O quadro clínico poderia culminar na perda de controlo dos músculos e em pneumonia⁴². Ao longo dos registos de óbitos da freguesia de Fão são frequentes as seguintes causas de morte, que justificavam que o morto recebesse a Extrema Unção, mas não o Viático, pela perda completa de sentidos: “João da Silva Areas casado que foi com Josefa Gonçalves da rua da Ribeira desta freguesia de São Paio de Fão faleceu de vida presente com o sacramento da Extrema Unção unicamente por ser atacado repentinamente de um ataque de estupor, que o privou da falla, e nem deu a ocazio de receber os outros Sacramentos”⁴³. Poder-se-á pelos

⁴⁰ “Conhecimentos uteis. Estrumações infecciosas Adubos desinfectantes”. *O Esposendense*, 28 (4 abr. 1907), 3.

⁴¹ ESTEVES, Alexandra; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – “Resquícios de epidemias no Minho: os surtos de tifo nos séculos XIX e XX”. *Revista Portuguesa de História* [Em linha] 52 (2021). [Consultado a 15 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/rph/article/view/9313/7488>. pp. 43-44 e 51.

⁴² ESTEVES, Alexandra; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – “Resquícios de epidemias no Minho, p. 36.

⁴³ Braga, Arquivo Distrital de Braga, *Paróquia de Fão, Livro de Óbitos 1770-1837*, fol. 173.

sintomas considerar que muitos dos fãozenses possam ter falecido por tifo exantemático, febre tifoide ou outra doença, já que os sintomas se podem confundir.

José de Magalhães Sequeira mencionava que o tabardilho, forma coloquial como era conhecido o tifo exantemático, tinha como *habitat* predileto a orla marítima e que abrangia todas as povoações da costa. No último quartel do século XIX parecem ter sido frequentes as epidemias de tifo um pouco por toda a costa portuguesa, nomeadamente em 1879-1880, quando de Setúbal o tifo se propagou à Nazaré, ao Algarve e ao longo de toda a costa da Póvoa de Varzim a Espinho, passando ainda por Vila do Conde e Matosinhos e vitimando, sobretudo, as «colónias varinas»⁴⁴.

Relativamente à adubação em que era empregue o pilado, assinala-se que nas freguesias de Apúlia, Fonte Boa e Marinhas (Fig. 4) este era colocado nos terrenos agrícolas, não sendo, contudo, coberto convenientemente. Justificava-se que o mexoalho entrava rapidamente em fermentação, processo que se tornava ainda mais célere quando exposto ao ar e aos raios solares. Para evitar tal dano à saúde pública⁴⁵, este adubo deveria ser enterrado a uma curta profundidade, sob pena de multa, em caso de transgressão. Para além disso, muitos destes campos agrícolas situavam-se junto das estradas públicas, importunando todos aqueles que circulavam⁴⁶. Já anteriormente a 1895 se proibiam estas práticas, todavia não eram cumpridas as normas municipais⁴⁷ as quais foram, continuamente, desrespeitadas até à década de 1930. Durante os anos de 1899 e 1900⁴⁸, o número de notícias publicadas a respeito destas transgressões são muito superiores ao dos anos anteriores e posteriores. Tal poderá estar relacionado com outros surtos epidémicos que ocorriam no concelho, mas também com a peste bubónica que assolava o Porto e o próprio concelho de Esposende⁴⁹.

⁴⁴ SEQUEIRA, José de Magalhães – *Higiene e profilaxia do tifo exantemático*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 1918. Tese de doutoramento. pp. 33-34.

⁴⁵ “Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 373 (10 set. 1899), 3.

⁴⁶ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 425 (16 set. 1900), 3.

⁴⁷ “Pilado”. *O Povo Espozendense*, 166 (22 set. 1895), 2.

⁴⁸ “Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 373 (10 set. 1899), 3.

⁴⁹ CAPITÃO, Fátima Marília Eiras Ribeiro – *O Hospital “Palácio”*, p. 44.

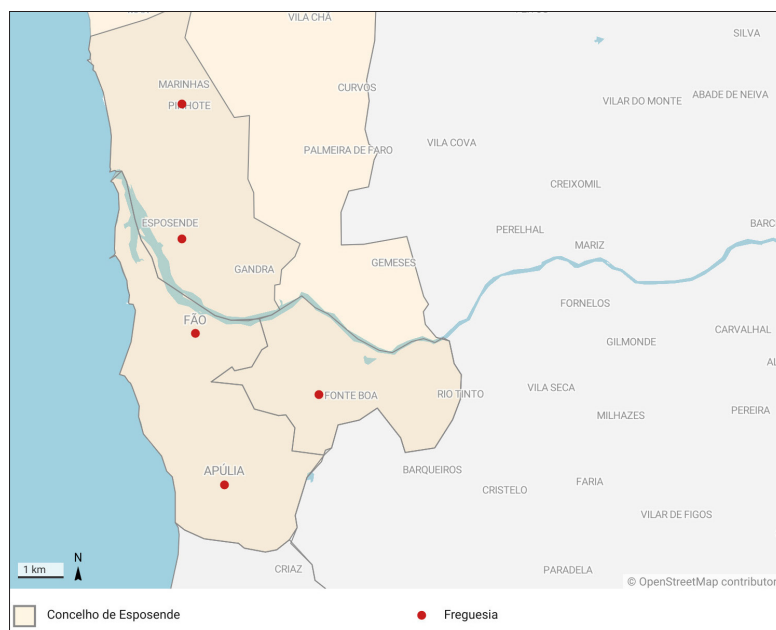


Fig. 4 – Freguesias mais afetadas por doenças causadas pelo manuseamento de pilado.

Fonte: *O Povo Esposendense* 373 (10 set. 1899); 424-425 (9 set.-16 set. 1900).

Estas práticas não intencionais de deposição de mexoalho nas vias públicas e estradas camarárias eram efetuadas durante o período estival, entre maio e outubro. As enfermidades do foro gastrointestinal eram mais comuns nesta altura e estavam associadas ao consumo de determinados alimentos que eram produzidos perto dos locais onde era colocado o mexoalho, bem como deste modo se potenciava a abundância de moscas e mosquitos que pousavam na água e nos seres humanos contribuindo para a propagação de determinadas doenças, nomeadamente disenterias⁵⁰. O tifo exantemático era mais comum nos meses de inverno e em períodos de carestia, no entanto, também poderia ser muito intenso no fim da primavera⁵¹. A ocorrência simultânea de várias epidemias complicou alguns quadros sanitários, como se verificou ao longo do século XIX e nas três primeiras décadas do século XX. No norte do país, no final do século XIX, coincidiram a pneumónica, o tifo e a varíola, cujas consequências foram ainda mais agudizadas pelas circunstâncias sociais e económicas adversas provocadas pela crise financeira de 1891, que se manifestou em deficiente alimentação, carestia e aumento do preço dos géneros e na escassez laboral⁵².

⁵⁰ ESTEVES, Alexandra – “A ação do Estado na prevenção e no combate às epidemias do século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo.” In ESTEVES, Alexandra, *et al.* (coord.) – *Políticas sociais em perspetiva: estudos em debate*. Braga: Lab2PT, 2017. p. 155.

⁵¹ ESTEVES, Alexandra; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – “Resquíocios de epidemias no Minho, p. 47.

⁵² ESTEVES, Alexandra Patrícia; PINTO, Sílvia Daniela – “Quando a morte espreita, p. 133.

No que concerne ao transporte do pilado, este era movimentado a descoberto⁵³, exposto ao sol e calor, pelo centro da vila de Espozende e da freguesia de Fão, sujando as vias públicas, atraindo moscas e mosquitos e espalhando um odor nauseabundo⁵⁴. À falta de explicação química para os maus ares, era usada a metáfora vegetal que explorava os recursos do esterco e do *húmus*, dos excrementos e das fermentações. Os odores provocados pelo mexoalho concentravam-se para fazer germinar as febres malignas e os contágios propagavam-se pela humidade e pelos suores⁵⁵ e, frequentemente, se encontram os termos “exhalações pestilenciaes”, “horroroso pivete”⁵⁶, “fedentina horrível e insuportavel”⁵⁷, “fedentina capaz de resuscitar mortos”⁵⁸, “cheiro pestilencial” ou “um cheiro de tombar mortos”⁵⁹.



Fig. 5 – Transporte do pilado e sargaço na Apúlia (Octávio Lixa Filgueiras, setembro de 1961). Fonte: Porto, Centro Português de Fotografia, *Depósito Frio*, Estante 06, Prateleira 01.

⁵³ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 425 (16 set. 1900), 3.

⁵⁴ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 424 (9 set. 1900), 3.

⁵⁵ VIGARELLO, Georges – *Lo Limpio y lo Sucio*, p.189.

⁵⁶ “Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 373 (10 set. 1899), 3.

⁵⁷ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 425 (16 set. 1900), 3.

⁵⁸ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 380 (29 out. 1899), 2.

⁵⁹ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 424 (9 set. 1900), 3.

Por muito que as instituições procurassem zelar pela limpeza das ruas e das praças e tentassem eliminar os potenciais focos de moléstias, nem sempre eram bem-sucedidas⁶⁰. Não obstante, estas práticas desrespeitaram as posturas municipais que estabeleciam que os carros deveriam ser cobertos quando transportassem pilado e que este adubo orgânico, nos campos agrícolas, deveria ser enterrado a uma curta profundidade, sob pena de multa em caso de transgressão. Por sua vez, os funcionários municipais e o administrador do concelho parecem não terem sido capazes por não terem meios ou preparação e foram sucessivamente apelidados de insuficientes por não fazerem cumprir as posturas.

As críticas às autoridades locais

As grandes pandemias de cólera, a par das sucessivas epidemias do longo século XIX, foram marcadas pela promulgação de várias medidas de defesa de saúde, dispersas por vários diplomas jurídicos que procuravam regular múltiplos setores da atividade humana⁶¹. Com a reforma de 1868 a nível municipal, foram reforçadas as competências de saúde pública do administrador do concelho, verificando-se a presença deste oficial em Esposende. O administrador do concelho que o decreto de 3 de janeiro de 1837, com a criação do Regulamento da Saúde Pública e do Conselho de Saúde Pública e que funcionou durante três décadas, previa que este indivíduo tivesse funções relacionadas com a educação física dos habitantes, o controlo da prática da medicina e outras atividades médicas e como polícia médica, e que durante o Cabralismo viu aumentadas as suas tarefas⁶². Este era responsável pelos processos de vacinação, de fiscalização dos cemitérios, a formação da matrícula do pessoal médico, da qualidade e segurança alimentar e ainda da inspeção dos lugares insalubres (cadeias, hospitais, asilos e colégios). Ao nível da freguesia, cabia ao regedor, submetido às decisões do administrador do concelho, comunicar quaisquer suspeitas de doenças⁶³. Nos periódicos analisados era também mencionada a figura do zelador que deveria fazer cumprir as posturas municipais, nomeadamente aquelas relacionadas com a saúde pública, e sancionar os contraventores⁶⁴. As normas sanitárias pagadas pelos códigos de posturas municipais visavam regular os comportamentos

⁶⁰ ESTEVES, Alexandra – “A ação do Estado, pp. 145-146.

⁶¹ COSME, João – “As Preocupações Higiéno-Sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do XX)”. *História – Revista da Faculdade de Letras* [Em linha] 7(2006). [Consultado a 15 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/historia/article/view/3768/3523>. p. 194.

⁶² ALVES, Jorge Fernandes; CARNEIRO, Marinha – “A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da monarquia à ditadura militar)”. In FERREIRA, Fátima Moura *et alii* (coord.) – *Justiça na Res Publica (Secs. XIX-XX) – Ordem, Direitos Individuais e Defesa da Sociedade*. Porto: CITCEM, 2012, pp. 39-40.

⁶³ ESTEVES, Alexandra – “A ação do Estado na prevenção”, pp. 150-151.

⁶⁴ “O Mexcoalho”. *O Povo Esposendense*, 424 (9 set. 1900), 3.

e práticas dos seus habitantes. Contudo, como também atestam estas mesmas fontes, pela sua sucessiva republicação e outras fontes municipais consultadas, a existência destes documentos normativos não significa que os mesmos fossem devidamente respeitados⁶⁵.

Apesar da circulação do conhecimento científico e da apropriação deste por parte das autoridades que o usaram para combater as doenças, a urgência das crises epidémicas não era compatível com a grande falta de higiene, pessoal e habitacional, sobretudo nas cidades⁶⁶. A aplicação destas medidas, que procuravam a generalização de práticas concordantes com a moderna saúde pública e que visavam prevenir e combater as doenças que assumiram dimensões epidémicas, esbarrava com um conjunto de obstáculos, assentes nesta prática ancestral de recolha de adubos orgânicos e que se constituíram como um meio de sobrevivência para os mais pobres ou afetavam os seus interesses económicos.

Os periódicos tornaram-se, igualmente, um porta-voz dos problemas de incidência e deflagração de doenças, denunciando a existência de um sistema de saúde pública muito incipiente⁶⁷. Em matéria de saúde pública, as competências municipais eram dificultadas pela falta de pessoal com a necessária preparação técnica⁶⁸. Em Esposende, frequentemente é referida a falta de vontade do zelador fazer cumprir as posturas municipais ou de ser ineficaz e de brandos costumes, que não estavam “para se matar”⁶⁹. Outras vezes, as autoridades são apenas chamadas à atenção para que fizessem cumprir o ato de cobrir o mexoalho ou as leis a que a tal obrigava para evitar prejuízos na saúde. No entanto, se em meados de 1890 o discurso é mais comedido, pedindo-se apenas que “a quem competir pedimos providências”⁷⁰, em 1900, torna-se mais reivindicativo, considerando-se estes atos pouco higiénicos “dignos de punição” e exigia-se aos zeladores municipais que castigassem “os primeiros contraventores para que o exemplo instigue os restantes ao cumprimento da lei”⁷¹.

Estas práticas agrícolas de recolha dos recursos da beira-mar, juntamente com a inação dos funcionários locais, não se compatibilizavam com aqueles que vindos, maioritariamente de Braga e Barcelos ou que regressavam na época balnear à sua terra, aí procuravam os calmos e relaxantes banhos de mar. Estes banhistas que os periódicos anunciavam, que exibiam o seu prestígio e se afirmavam socialmente na orla costeira do concelho de Esposende, não raras vezes, sentiam-se incomodados

⁶⁵ ESTEVES, Alexandra Patrícia; PINTO, Sílvia Daniela – “Quando a morte espreita”, pp. 130-131.

⁶⁶ ALMEIDA, Maria Antónia Pires de – “As epidemias nas notícias em Portugal”, p. 692.

⁶⁷ ESTEVES, Alexandra – “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas”. In HERNÁNDEZ BORGE, Julio; GONZÁLEZ LOPO, Domingo (ed.) – *Antiguos e nuevos desafios*. Santiago de Compostela: Avarellos Editora, 2017. p. 213.

⁶⁸ ESTEVES, Alexandra – “A ação do Estado na prevenção”, pp. 149-150

⁶⁹ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 424 (9 set. 1900), 3.

⁷⁰ “Pilado”. *O Povo Espozendense*, 166 (22 set. 1895), 2.

⁷¹ “O Mexoalho”. *O Povo Espozendense*, 424 (9 set. 1900), 3.

pelos ares fétidos provocados pelo pilado que não era enterrado e jazia à tona dos terrenos. Resultante desta inação das entidades locais, são noticiados conflitos. Em meados de outubro de 1899, uma família portuense, com origens em Fão, visitou a vila e queixou-se à autoridade sanitária de que num campo próximo à sua habitação, estava a descoberto uma grande quantidade de mexoalho, com um cheiro insuportável. Todavia, apesar de sucessivas queixas ao delegado de saúde para intimar o dono do campo a enterrar “o pestilento adubo”, recorreram também ao administrador do concelho. As queixosas acabaram por apelar ao Ministério Público, pelo facto de o dono do campo se recusar a seguir os trâmites legais, tendo regressado ao Porto por se virem “incommodadas physca e moralmente com tamanhas bolandas”⁷².

De forma generalizada, no Alto Minho, a partir do terceiro quartel de Oitocentos, eram vários os noticiários que alertavam para a falta de vestígios de policiamento da higiene pública, ou que o Conselho de Saúde raramente dava conta de si e dos seus representantes locais, quer na mais pequena paróquia ou na capital de distrito. A passividade destas autoridades sanitárias era apenas interrompida quando as proporções das doenças obrigavam ao decreto de quarentenas ou outras medidas mais drásticas⁷³. Os recursos humanos, nomeadamente os médicos, escasseavam e os poucos existentes não tinham capacidade de atender atempadamente e com eficácia aos desafios colocados pelos achaques. Assim, no sentido de se ultrapassarem estas dificuldades, procurou-se sensibilizar a população, através do envio de notas oficiais para a imprensa local⁷⁴.

A (in)disciplina dos lavradores

No século XIX, o surgimento de surtos epidémicos, nomeadamente a cólera e febre amarela, a par de uma nova mentalidade médica, resultante da descoberta de certas doenças provocadas por micro-organismos e infeções que se podiam evitar, ajudam a compreender as razões que levaram à implementação de um conjunto de procedimentos públicos e privados com vista à prevenção de certos males⁷⁵. O discurso higienista de final de Oitocentos foi incitado pelas visíveis condições insalubres das cidades portuguesas e pela elevada taxa de mortalidade denunciada pelas estatísticas demográficas. Ainda no final da monarquia havia a necessidade de se tomar

⁷² “Espantoso! O Mexoalho”. *O Povo Esposendense*, 378 (15 out. 1899), 3.

⁷³ ESTEVES, Alexandra – “A cólera no norte de Portugal”, p. 213.

⁷⁴ ESTEVES, Alexandra; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de – “Resquícios de epidemias no Minho”, p. 50.

⁷⁵ ESTEVES, Alexandra – “A cólera no norte de Portugal”, p. 207.

consciência da adoção de novos hábitos em relação à higiene social e da consciência da importância de diminuir a distância entre educação e higienismo⁷⁶.

Muitas destas preocupações com a saúde pública apenas surgiam com a aproximação de surtos epidémicos, não estando ainda os cuidados sanitários verdadeiramente generalizados, nem as populações devidamente sensibilizadas para a sua importância. Por outro lado, a resistência demonstrada pelas populações face a algumas medidas de propagação das doenças resultou, essencialmente, destas terem colocado em causa os interesses económicos e a sua própria sobrevivência⁷⁷. A aplicação destas práticas condizentes com a moderna saúde pública esbarrava com um conjunto de obstáculos, assente em práticas ancestrais como a partilha do espaço doméstico com os animais, a recusa em vacinar as crianças, o uso de mesinhas, a relutância em consultar médicos e o recurso a curandeiras ou curiosos da medicina sem formação, a falta de hábitos de higiene pública e privada, a resistência à construção de cemitérios e o enterramento fora das igrejas⁷⁸. Estas atitudes de resistência às intervenções de índole sanitária eram comuns à sociedade portuguesa nos finais do século XIX e nos inícios do século XX, e resultavam, muitas vezes, da falta de esclarecimento das populações ou de estas interpretarem as decisões como discriminatórias, vexatórias ou que atentavam contra a sua privacidade ou liberdade individual⁷⁹.

Identicamente, *O Povo Espozendense* e *O Espozendense* procuraram disciplinar os lavradores. A limpeza da rua, dos alojamentos e dos seus corpos era a única estratégia para transformar os costumes e evitar as doenças dos menos afortunados⁸⁰. Os periódicos ensinavam técnicas a que os lavradores poderiam recorrer para utilizar o mexoalho, mas de forma higiénica e igualmente eficaz. Por exemplo, em momentos de pré-sementeira, é dada uma receita de adubo de mexoalho preparado com areia e como o aplicar, da autoria de Manuel José Pereira, da freguesia de Lavos (Figueira da Foz). Nas vinhas ou na sementeira da batata, este adubo deveria ser aplicado em covas e, nas sementeiras de cereais ou de nabo, era espalhado e misturado com areia, em seguida, passava-se a grade e só depois se colocava a semente⁸¹.

Com o mesmo intuito, é promovido o uso de adubos artificiais, tão eficazes como os naturais, mas que não provocavam os mesmos males na saúde e na contaminação do ar. O número de *O Povo Espozendense*, de 26 de agosto de 1900, publica um artigo do *Almanach das Aldeias*, publicitando os poderes do sulfato de cal, que não tinha o cheiro do estrume, mesmo em época de maiores calores, e que

⁷⁶ ALVES, Luís Alberto Marques; PEREIRA, Francisco Diogo Mota Soares — “Higienismo e municipalismo no Porto (1900-1926)”. *Sarmiento* [Em linha] 23 (2019), [Consultado a 15 dezembro 2021]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/125264/2/374187.pdf>. pp. 118 e 208.

⁷⁷ ESTEVES, Alexandra — “A cólera no norte de Portugal”, p. 208.

⁷⁸ ESTEVES, Alexandra — “A ação do Estado na prevenção”, p. 153.

⁷⁹ ESTEVES, Alexandra; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de — “Resquícios de epidemias no Minho”, p. 49.

⁸⁰ VIGARELLO, Georges — *Lo Limpio y lo Sucio*, p. 240.

⁸¹ “Adubo de mexoalho preparado com areia”. *O Povo Espozendense*, 292 (20 fev. 1898), 1.

poderia ser aplicado por cima dos estrumes animais ou vegetais, de forma que 60% do carbonato de amoníaco que se perdia fosse aproveitado⁸². Ademais, é publicitado o uso de «adubos desinfectantes», como complemento dos adubos orgânicos. São enumerados vários adubos químicos como a cal, sais de potassa, fosfato “Tomaz” e os super-fosfatos de cal, o nitrato de sódio e o sulfato de amónio. Este artigo refere que se se recorresse à adubação química e à orgânica, em simultâneo, poder-se-iam melhorar as condições de salubridade pública e privada, as condições da produção agrícola, em termos quantitativos e qualitativos, e fornecer às plantas a adubação adequada a cada tipo de cultura⁸³.

Desconhece-se se e de que forma é que esta informação chegava a quem não lia jornais ou era analfabeto, não sendo por isso possível comparar o alcance e como tal a eficácia da receção da informação formadora dos periódicos. Pode-se, pelo menos, obter uma ideia do número máximo de pessoas que poderia compreender a mensagem veiculada pelos periódicos a partir das taxas de alfabetização do concelho de Esposende. Em 1890, menos de 24% da população sabia ler e escrever⁸⁴, em 1900, apenas 27%⁸⁵ e, em 1911, era de quase 30%⁸⁶. Verificava-se uma dicotomia entre os espaços litorais e mais interiores na alfabetização, sendo superior nas comunidades litorais face às comunidades interiores, promovidas, sobretudo, com as constantes relações comerciais com outros espaços nacionais e estrangeiros. Por sua vez é no litoral que também se observa uma maior alfabetização feminina, verificando-se que na freguesia de Fão, esta era superior à masculina, fruto da necessidade de uma grande parte da população masculina ter emigrado para o Brasil ou se encontrar longas temporadas fora para pescar e de as fangueiras serem obrigadas a gerir o rendimento e património das suas famílias. No caso da freguesia de Santa Maria dos Anjos (Esposende) existia quase um cenário de igualdade de alfabetização entre sexos. Não obstante, muitas das vezes os assuntos fundamentais para a regulamentação e administração, como por exemplo a organização de grupos de pescadores para a pesca da lampreia e a colocação e retirada diária da respetiva estacada no rio Cávado, para além de terem espaços nas primeiras páginas dos periódicos locais, eram também transmitidos pelos párocos. Todavia, não se crê que seja o caso da divulgação destas novas inovações na adubação dos campos.

Apesar de todas estas tentativas da mudança de comportamentos, demoraria ainda muito para que esta prática anti-higiênica fosse suprida. Ainda no Verão de 1933,

⁸² “Meio de supprimir o cheiro do estrume”. *O Povo Esposendense*, 422 (26 ago. 1900), 2.

⁸³ “Conhecimentos uteis. Estrumações infecciosas Adubos desinfectantes”. *O Esposendense*, 28 (4 abr. 1907), 3.

⁸⁴ Portugal – Ministério das Obras Publicas, Commercio e Industria – *Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1890*. Vol. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1896, pp. 7 e 72.

⁸⁵ Portugal – Ministério dos Negócios da Fazenda – *Censo da População do Reino de Portugal no 1º de Dezembro de 1900*. Vol. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1905, pp. 7 e 77.

⁸⁶ Portugal – Ministério das Finanças – *Censo da População de Portugal no 1º de Dezembro de 1911*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1913, Parte I, pp. 9 e 52-55.

mencionando um código da postura municipal, se sublinhava a proibição de “baldear ou carregar estrumes”, conduzindo-os para fora da freguesia de Fão e da vila de Espozende depois do pôr do sol até à meia-noite e depois de nascer o sol, entre os meses de maio e setembro, e deixar cair os adubos dos carros, sob pena de multa. Também incorreria em coima, o proprietário do terreno onde fosse remexido ou carregado estrume, se depois destas tarefas não limpasse e lavasse a testada do campo. No entanto, novamente, se alertava para a negligência do zelador, referindo-se que em plena manhã, “quando o sol ha muito ja anda sobre as nossas cabeças” se carregava estrume⁸⁷.

Somente ao longo da década de 1950, esta prática parece ter caído em desuso. Veiga de Oliveira, Fernando Galhano e Benjamim Pereira, em meados do século XX, observando as atividades agro-marítimas na costa norte e centro de Portugal, mencionavam que, no terreno arenoso, o sargaço, o estrume e o pilado eram bem calcados e tapados com areia antes da sementeira⁸⁸.

A partir de 1970, com a transferência da uma parte significativa da população para outros setores de atividade, juntamente com a drástica redução dos *stocks* do caranguejo e a preferência por adubos químicos, esta prática acabou por se extinguir. Atualmente, o pilado perdeu qualquer valor comercial, quer em Portugal, quer na Galiza, sendo as suas capturas acessórias devolvidas ao mar⁸⁹.

Considerações finais

No decorrer deste texto, foi possível avaliar a importância económica, social e cultural que o sargaço e o pilado tiveram como adubo nas terras próximas ao mar. A prática tão enraizada e que era um meio de sobrevivência ou de melhoria das condições de vida para muitos não era compatível com as medidas municipais de higiene. Porém, há a considerar que também não haveria uma consciencialização das populações para os efeitos que a decomposição destes recursos marinhos, expostos ao calor e insetos, tinham na sua saúde e que já vinham sendo apontados desde meados do século XVIII por alguns médicos portugueses. Por outro lado, os responsáveis municipais também parecem não terem estado capacitados para fazerem cumprir as normas locais, seja por não existirem meios, não terem preparação ou as suas funções na área da saúde pública não serem devidamente respeitadas.

⁸⁷ “Estrumes”. *O Espozendense*, 1309 (12 ago.1933), 1.

⁸⁸ OLIVEIRA, Ernesto Veiga de; GALHANO, Fernando; PEREIRA, Benjamim – *Actividades agro-marítimas*, p. 183.

⁸⁹ FERNANDES, Ana Cláudia *et al.* – “Discards composition from Iberian trawl fleets”. *Marine Policy* [Em linha]. 53 (2015), pp. 33–44. [Consultado a 15 de dezembro 2021]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0308597X14002747>.

Apesar dos avanços tecnológicos e médicos conseguidos ao longo do século XIX e XX, o tifo dificilmente era travado, por se encontrarem tão entranhadas as condições que facilitavam a sua propagação. Todavia, os periódicos locais procuraram sensibilizar, ao longo de algumas décadas, entre os finais do século XIX e as primeiras décadas do século XX, os lavradores para o uso de outros adubos, que permitiam igualmente uma adubação eficaz e com menor impacto na saúde pública, e que acabou por fazer parte do quotidiano dos lavradores, também como consequência da redução dos *stocks* de pilado no noroeste de Portugal.

Só na década de 1950, com a descoberta da penicilina, que permitiu tratar o tifo por via medicamentosa, a adoção efetiva de medidas de higiene individual, habitacional e pública e a adoção e enraizamento de uma prática mais salutar do manuseamento do pilado e sargaço, o tifo perdeu a sua incidência no noroeste de Portugal.

As estruturas de saúde pública e a epidemia de cólera em Elvas (1865)

Joaquim Melon Simões¹

Resumo

O tema desta comunicação incide sobre a acção das estruturas de saúde pública portuguesas na contenção do surto epidémico em Elvas, no ano de 1865, num período de consolidação do liberalismo em Portugal. Escrutina-se, sobretudo, a coordenação entre o Ministério do Reino e o Conselho de Saúde Pública, para debelar a epidemia num contexto complexo, numa época em que a cólera era um dos maiores perigos para a saúde pública dos povos. O estudo analisa o funcionamento do eixo Ministério do Reino-Conselho de Saúde Pública durante os meses de Outubro a Dezembro do ano citado, e a sua articulação com outros ministérios e entidades públicas para impedir a propagação do surto na localidade de Elvas. Nesta pesquisa, são particularmente relevantes as intervenções do governador civil de Portalegre e do delegado de saúde do mesmo distrito, num conjugar de esforços onde a tecnologia do telégrafo assume um papel instrumental. Na sequência desta análise, procura-se, também, fazer um balanço da acção das estruturas de saúde pública em 1865, com um breve estudo comparativo do impacto dos surtos de cólera em Portugal e em Espanha, enunciando algumas questões para investigações futuras.

Palavras-chave

Saúde pública, epidemias, Elvas, 1865, liberalismo.

¹Instituto de História Contemporânea, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa (IHC – NOVA FCSH).

Public health facilities and Elvas cholera outbreak (1865)

Abstract

The theme of this paper focuses on the action of the Portuguese public health facilities in the containment of the epidemic outbreak in the city of Elvas, during the consolidation phase of the liberal state in Portugal. It scrutinises, above all, the coordination between the portuguese government and the portuguese Public Health Council, to contain the outbreak at a time when cholera was a great danger to society. The study analyses the functioning of the axis Kingdom Ministry-Public Health Council from October to December of 1865, and its articulation with other ministries and public entities in order to prevent the spread of the outbreak in Elvas. In this research, the interventions of the civil governor of Portalegre and the health officer of the same district are particularly relevant, in a joint effort where telegraph technology played an instrumental role. Following this analysis, a brief comparative study is made, evaluating the action of the portuguese and spanish public health facilities to halt the cholera outbreaks that occurred in the iberian countries during the mentioned year.

Keywords: Public health; epidemics; Elvas; 1865; liberalism.

As estruturas de saúde pública e o combate às epidemias

Na primeira metade da década de 1860, a supervisão sanitária de Portugal estava a cargo do Conselho de Saúde Pública, uma entidade semi-executiva sob alçada do Ministério do Reino². Estas duas instituições formavam o núcleo das estruturas de saúde pública do país desde a fundação do Conselho em Janeiro de 1837. Depois das tentativas falhadas de criar organizações estatais com capacidade para aplicar políticas de saúde pública consistentes, como aconteceu com as Juntas de 1813 e 1821, Passos Manuel conseguiu promulgar uma lei que levou a reformas efectivas³. O decreto de 3 de Janeiro de 1837 esteve em vigência durante 31 anos, apesar da tentativa reformista dos serviços sanitários, empreendida por Costa Cabral na década de 1840 e que falhou por causa das reacções negativas suscitadas na sociedade. Em 1865, perante a ameaça de crise epidémica, a autoridade sanitária tinha poderes reforçados, podendo utilizar verbas extraordinárias e estabelecer hospitais provisórios⁴. Também tinha capacidade de nomear sub-delegados técnicos para combater os surtos emergentes, conforme a gravidade destes⁵. Neste âmbito, a nomeação dos facultativos resultava em comissões temporárias, que terminavam quando a epidemia cessasse. Os facultativos nomeados eram profissionais com funções variadas, entre cirurgiões, médicos de partido, e clínicos de hospitais⁶. Possuíam já uma formação científica contemporânea da que se ministrava nas melhores universidades europeias de medicina e cirurgia da época, em grande parte devido à génese e consolidação das escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e do Porto⁷ (Alves, 2014).

Em contexto de crise epidémica, as estruturas de saúde pública centravam-se na acção do Conselho, avalizada e auxiliada pelo Ministério do Reino, e apoiada pelo trabalho das demais autoridades administrativas e sanitárias que fossem convocadas para o combate à enfermidade. Estes mecanismos de reforço da autoridade sanitária ocorreram nos surtos de cólera na década de 1850, e quando a febre-amarela fez uma incursão violenta por Lisboa em 1857. Durante a epidemia de 1855, sob orientação do Conselho, estas estruturas de saúde pública extraordinárias conseguiram sustentar o impacto epidémico em quase todos os distritos, à excepção do Porto e,

² Decreto-Lei de 03/01/1837. *Diário do Governo*, nº 9, de 11/01/1837.

³ FERREIRA, F.A. Gonçalves – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal – Vol. III*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

⁴ Lei de 10 de Janeiro de 1854. [Consultado a 10 de setembro 2021]. Disponível em <https://legislacaoegia.parlamento.pt/>.

⁵ Decreto-Lei 28/01/1854. [Consultado a 10 setembro 2021]. Disponível em <https://legislacaoegia.parlamento.pt/>.

⁶ *Relatório da epidemia da cholera-morbus em Portugal, nos anos de 1855 e 1856, feito pelo Conselho de Saúde Pública do Reino*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858.

⁷ ALVES, Valente – *História da Medicina em Portugal – Origens, ligações e contextos*. Porto: Porto Editora, 2014.

principalmente, do Algarve, onde a cólera devastou os concelhos de Lagos e Tavira⁸. Dois anos mais tarde, a epidemia de febre-amarela abalou a capital do país, pois quando foi detectada pelas autoridades sanitárias, já estava disseminada por vários bairros lisboetas⁹. Durante quase dois meses, a epidemia passara despercebida. As estruturas de saúde pública reagiram de forma eficaz ao surto, mas não conseguiram evitar a perda de milhares de vidas. De qualquer modo, a gravidade da epidemia de 1857 acabou por contribuir para que o cargo de sub-delegado técnico fosse instituído no distrito de Lisboa. Para o Conselho de Saúde Pública, a demora em descortinar o surto de febre-amarela na capital deveu-se à ausência de um maior número de agentes de polícia médica, e fez notar – com sucesso – esta lacuna ao governo¹⁰. Em 1865, além destes sub-delegados técnicos, o Conselho tinha nos seus quadros cerca de 47 profissionais de saúde: Os 5 vogais da direcção, 21 delegados de saúde distritais, 4 elementos da Instituição Vacínica, 2 facultativos do Lazareto de Lisboa, e 15 guarda-mores dos portos¹¹. E tinha, também, a experiência acumulada de uma década a lidar com epidemias.

A saúde pública em Elvas durante a implantação do liberalismo (1834-1865)

Em Elvas, as décadas posteriores à instauração do liberalismo e da monarquia constitucional são marcadas por problemas sanitários pontuais como o reestabelecimento do antigo partido de cirurgia do extinto concelho de Vila Boim¹², ou a ausência de cirurgiões-sangradores na cidade¹³. Nesta fase, as questões relacionadas com o cemitério de Elvas tornam-se em assunto de maior importância para a saúde pública local. A partir de 1841, a Câmara Municipal da cidade acha-se na posse de um terreno destinado à construção de um cemitério com a regulação sanitária adequada¹⁴. No entanto, passados dois anos, o município continua a negligenciar o “arranjo

⁸ *Relatório da epidemia da cholera-morbus em Portugal, nos anos de 1855 e 1856.*

⁹ *Relatório da epidemia de febre-amarela em Lisboa no ano de 1857, feito pelo Conselho Extraordinário de Saúde Pública do Reino, criado por Decreto de 29 de Setembro de 1857.* Lisboa: Imprensa Nacional, 1859.

¹⁰ *Relatório geral do Serviço da Repartição de Saúde/Conselho de Saúde Pública do Reino.* Lisboa: Imprensa Nacional, 1864.

¹¹ *Orçamento geral e propostas de lei das receita e despesa do Estado, 1865.* [Consultado a 03 de junho 2021]. Disponível em <https://purl.sgmf.pt/repositorio/orcamentos/index.html>.

¹² Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1609.

¹³ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1614.

¹⁴ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1608.

definitivo e pronto do cemitério”¹⁵. O Ministério do Reino entende que a Câmara Municipal de Elvas está a furtrar-se ao cumprimento das obrigações, e ordena à mesma que construa os muros delimitadores da edificação. Só depois, o Estado decidiu entregar-lhe a capela do extinto convento de São Francisco, como estaria prometido. Esta capela veio a funcionar como casa mortuária¹⁶. Em 1844, inicia-se, finalmente, a construção dos muros.

Passados quinze anos, o município e o governador civil de Portalegre requerem ao estado a disponibilização do terreno contíguo ao cemitério público, de modo a aumentar o espaço, insuficiente para o curto e médio prazo¹⁷. O terreno contíguo era utilizado por um regimento de cavalaria, que foi, entretanto, transferido para Vila Viçosa. Este requerimento provoca uma certa desinteligência entre os ministérios do Reino e o das Obras Públicas. O Ministério do Reino queria ceder com prontidão o terreno, mas um engenheiro consultado pelo Ministério das Obras Públicas escreveu um relatório desfavorável sobre a situação, com argumentos peculiares, tentando rebater a intenção em ceder o terreno¹⁸. Esta intervenção incomodou o Ministro do Reino que considerou tal argumentação irrelevante. A 14 de Setembro de 1858, a Câmara Municipal recebe o terreno para aumentar o cemitério.

Entre 1834 e 1865, não há registo de uma epidemia significativa na cidade de Elvas, mas obtiveram-se dados concretos para o que aconteceu na localidade durante o ano de 1856. Na década de 1850, vários surtos de cólera assolaram Portugal. Em 1856, a epidemia fustigou, especialmente, a Estremadura, o Algarve, e a Madeira, poupando mais as outras regiões¹⁹. No entanto, foi sentida de forma variável no distrito de Portalegre e no concelho de Elvas²⁰. Sobre este surto em particular, o delegado de saúde distrital construiu um mapa estatístico, cuja informação mais relevante é reproduzida na Tabela 1.

¹⁵ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1608, p. 212.

¹⁶ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1609.

¹⁷ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1619.

¹⁸ O citado engenheiro considerava que aquelas terras poderiam servir como hortas aos corpos militares, poderiam gerar alguma produtividade agrícola, e que não seria necessária uma extensão tão grande para ampliar o cemitério.

¹⁹ CASCÃO, Rui – “Demografia e Sociedade”. In MATTOSO, José (org.) – *História de Portugal – Volume V*. Lisboa: Círculo de Leitores, 1993, pp. 425-439.

²⁰ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 1ª Direcção, 2ª Repartição, Correspondência Recebida (1844-1860)*, mc. 2456, Ofício de 16/04/1857 do Delegado de Saúde de Portalegre.

Tabela 1. A epidemia de cólera no distrito de Portalegre (1856)

Concelhos	Casos	Mortes	População	Mortalidade da população
Portalegre	198	102	7.633	1,33%
Elvas	107	67	8.988	0,74%
Fronteira	106	76	2.332	3,25%
Castelo de Vide	1	1	5.174	-
Niza	1	1	2.913	-
Aviz	2	1	1.590	-
Campomaior	3	2	4.354	-
Total	418	250	32.984	0,75%

O surto de cólera veio de Lisboa, pelo Tejo até à cidade vizinha de Abrantes, no distrito de Santarém, tendo atacado, sobretudo, os concelhos de Portalegre e Fronteira, onde fez inúmeras vítimas nas crianças e nas classes mais desfavorecidas. No concelho de Elvas, o impacto foi menor, “aonde a epidemia caminhou branda, e vagarosamente”²¹. Na cidade, registaram-se setenta e sete casos e quarenta e sete mortes.

A epidemia de cólera em Elvas no ano de 1865

Em inícios de Outubro, o governador civil de Beja informa que foi declarado um surto de cólera em povoações espanholas, vizinhas, nos limites de Moura, Serpa e de Barrancos²². Notificado pelo facto, o Ministério do Reino solicita ao Conselho de Saúde Pública que tome medidas e que comunique às autoridades distritais de Beja, as instruções necessárias para lidar com tal situação. O governador civil é encarregue de delegar nos cabos de polícia e nos regedores da paróquia as tarefas de recomendar aos habitantes das localidades citadas que evitem contacto com a população espanhola. Providencia-se a instauração de cordões sanitários nas fronteiras com os concelhos de Moura, Serpa, e Barrancos, cordões de isolamento implementados pelas autoridades locais, sob indicação do delegado de saúde distrital. Na presença do perigo, tomam-se medidas essenciais como a “fiscalização severa sobre a higiene

²¹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 1ª Direcção, 2ª Repartição, Correspondência Recebida (1844-1860)*, mc. 2456, Ofício de 16/04/1857 do Delegado de Saúde de Portalegre.

²² Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

pública”²³, fomentando o asseio das povoações, das casas, e a remoção de qualquer foco de infecção. O Ministério do Reino insta o governador civil a criar, imediatamente, uma comissão de socorros na capital do distrito e, se necessário, nos concelhos que forem afectados pela epidemia. Nestas comissões deverão entrar as autoridades locais, os párocos, e “as pessoas mais importantes das terras”²⁴. Onde ocorrer o surto, serão estabelecidos hospitais provisórios, empregando-se nas despesas dos mesmos “o produto das subscrições, as sobras das irmandades, e as quotizações que estas corporações devem ser convidadas a dar para fim tão pio”²⁵, embora a autoridade estatal saliente que poderá contribuir com fundos extraordinários, se for necessário. Actuando para a prevenção de uma incursão da cólera em Beja, o Ministério do Reino instruí o governador civil a mais dois procedimentos essenciais: 1) Contactar as câmaras municipais de modo a que estas estejam preparadas para a gestão do serviço médico, pondo de sobreaviso os facultativos de partido, dos enfermeiros, e dos farmacêuticos. 2) Recorrer aos hospitais das misericórdias locais, se for preciso.

Receava-se que o surto de cólera entrasse em Portugal através do distrito de Beja. No entanto, a oito de Outubro, o governador de Portalegre envia um telegrama para Lisboa, referindo uma possível epidemia na cidade de Elvas. Na sequência deste telegrama, o Ministério do Reino solicita ao administrador do concelho de Elvas um relatório urgente sobre o estado sanitário da cidade, enviando-lhe cinquenta exemplares de instruções higiénicas relativas à cólera-morbus, redigidas pelo Conselho de Saúde Pública, para serem distribuídos no terreno. Mais trinta e seis exemplares destas instruções são enviados, no dia seguinte, ao governador civil de Portalegre, no sentido de serem distribuídos nos outros concelhos de distrito. O Ministério do Reino requer, também, à autoridade distrital que ponha em execução duas circulares específicas, de décadas anteriores²⁶.

Neste contexto epidémico, as estruturas de saúde pública, assentes no eixo Ministério do Reino-Conselho de Saúde Pública, tomam outras decisões importantes. Devido às circunstâncias extraordinárias, torna-se urgente a constituição de um facultativo às ordens do delegado de saúde de Portalegre, para exercer funções de polícia médica. Por isso, o Ministério do Reino roga ao Governador Civil de Portalegre que consulte a Câmara Municipal de Elvas com o fim de outorgar tal comissão ao facultativo do respectivo partido. Após reunião com o vice-presidente do Conselho

²³ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625, p. 175 – verso.

²⁴ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625, p. 176.

²⁵ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625, p. 176 – verso.

²⁶ A primeira circular é uma portaria de 12/10/1848, que diz respeito à constituição técnica das comissões paroquiais, extraordinárias, de socorros aos desvalidos atingidos pela cólera, e cujos princípios de acção são idênticos aos aplicáveis no distrito de Beja. A segunda é uma circular de 25/10/1853, uma comunicação que relembra os preceitos da polícia sanitária, e as suas funções inspectivas em prol da saúde pública.

de Saúde Pública, o Ministro do Reino solicita ao Ministro da Guerra que não permita a deslocação da tropa da praça de Elvas para qualquer outro ponto do reino, sob risco de se espalhar o contágio existente na cidade, e de modo a não repetir um episódio ocorrido na Madeira em 1856²⁷. Na sequência desta solicitação, também se expediram ordens para que se “vedassem os movimentos de tropa entre os pontos invadidos pela epidemia de cholera”²⁸. Dias depois do início do surto, a epidemia parece não escalar para o resto do país. Através do serviço telegráfico²⁹, os delegados do Conselho de Saúde Pública do Porto, Beja, Évora, e Faro comprovam o bom estado sanitário dos seus distritos, enquanto que o delegado de Portalegre avança dados positivos sobre a evolução da doença em Elvas.

Uma semana depois do surto ter começado, o Governador Civil de Portalegre reporta ao Ministério do Reino sobre a evolução da situação no terreno³⁰. Na primeira semana, registou-se o contágio em quarenta e sete indivíduos, dos quais faleceram vinte e seis. Foram organizadas comissões paroquiais de socorros em todos os concelhos do distrito. Logo no início da crise, na Secretaria do Governo Civil, reuniram-se as autoridades e os facultativos para deliberarem sobre as providências específicas a tomar, tendo em conta as premissas definidas pelas estruturas centrais de saúde pública. Estabeleceu-se uma casa própria como hospital provisório, o edifício onde se faziam, normalmente, as reuniões dos Conselhos de Guerra. No dia nove de Outubro, foi convocado o Conselho de Distrito para actualização dos dados sobre a epidemia, para o encetar de novas providências, e para “votar os meios pecuniários que eram precisos”³¹. No dia dez de Outubro, o delegado de saúde do distrito, após visita ao local do surto, informou o governador que a epidemia não apresentava grande gravidade e que se circunscrevia “ao bairro mais insalubre daquela cidade”³². Através do serviço telegráfico, o delegado acrescentou que se havia feito tudo para impedir a progressão da moléstia, referindo que viu nas autoridades e nos facultativos de Elvas “a melhor disposição e boa vontade para cooperarem”³³. No dia onze de Outubro, o governador civil mandou instruções aos administradores dos concelhos, além de Elvas, para criarem hospitais provisórios em cada concelho. No dia doze,

²⁷ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

²⁸ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, liv. 1625, p.192 – verso.

²⁹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3473, Telegramas de 11/10/1865 e 12/10/1865.

³⁰ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3473, Ofício nº 99 de 14/10/1865 do Governador Civil de Portalegre.

³¹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3473, Ofício nº 99 de 14/10/1865 do Governador Civil de Portalegre.

³² Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3473, Ofício nº 99 de 14/10/1865 do Governador Civil de Portalegre.

³³ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3473, Ofício nº 99 de 14/10/1865 do Governador Civil de Portalegre.

o governador oficiou aos vigários de Elvas e de Portalegre para, convenientemente, suprimirem os seus bispados durante a crise, exigindo ao administrador do concelho de Portalegre que registasse os forasteiros que pernoitassem nas estalagens da cidade, enviando depois tal registo ao delegado do Conselho de Saúde Pública. Entretanto, as estruturas de saúde pública decidem conferir uma remuneração extraordinária a este mesmo delegado, enquanto durar a situação epidémica no distrito³⁴.

Na sequência da crise sanitária em Elvas, as estruturas de saúde pública tomam outras providências para precaver uma incursão maior da doença no país. Em colaboração com o Ministério da Guerra e com os governos civis, preparam-se mais locais aptos a converterem-se em hospitais provisórios nos vários distritos: Uma fortaleza em Sesimbra, um quartel militar em Torres Novas, e o Recolhimento dos Capuchinhos, na capital. O Ministério do Reino emite uma circular a todos os governadores-civis, sobre as acções a tomar se algum concelho ou paróquia solicitar a constituição de uma comissão de socorros a doentes pobres, se o surto de cólera alastrar. Estas providências são aplicadas por quase todas as autoridades distritais, excepto a de Faro. O Ministro do Reino chega a recriminar o seu governador civil, por diferenças de interpretação na forma de lidar com a ameaça latente. O governador civil de Faro não fomentou a criação de comissões de socorros, não instaurou cordões sanitários preventivos, nem ouviu com atenção as medidas propostas pelo delegado de saúde distrital. Em telegrama enviado para o governo em Lisboa, o magistrado considerou ser ineficaz o apelo à caridade pública, descurando os meios que poderiam haver nas confrarias e irmandades distritais para constituição de comissões de socorros. Numa postura contrária às instruções das estruturas de saúde pública do reino, o governador civil de Faro pretendia financiar a sua própria estratégia, pedindo 600 mil reis para eventuais despesas com doentes coléricos, e mais um crédito de 200 mil reis de modo a municiar a polícia distrital, numa solicitação que o Ministro do Reino entendeu como vaga e despropositada. O governo só acedeu a conceder ao magistrado uma quantia de 400 mil reis, a ser direccionada, unicamente, para implementar as instruções do governo central.

Em vinte de Outubro, por proposta do Conselho de Saúde Pública, são proibidas todas as feiras anuais e todos os grandes mercados nos distritos de Beja, Évora, Faro, e Portalegre. Cancelam-se assim as feiras de Castro Verde e do Alvito, onde costumam estar presentes cinco mil pessoas todos os anos, incluindo muitos espanhóis³⁵. No entender dos membros do Conselho, esta resolução deve-se ao facto de “a experiência ter provado, exuberantemente, que as epidemias se manifestam e propagam com mais facilidade quando há grandes ajuntamentos de pessoas como

³⁴ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

³⁵ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3472, Ofício nº 494 de 18/10/1865 do Conselho de Saúde Pública.

feiras e romarias”³⁶. Três dias mais tarde, por precaução, esta proibição estende-se a todos os outros distritos do continente³⁷.

As medidas de contingência resultam. A epidemia continua circunscrita a um sector da cidade de Elvas. Em princípios de Novembro, o delegado de Portalegre, Adriano José Lopes, envia ao Conselho de Saúde Pública um relatório com providências novas “que ele julga indispensáveis para melhorar o estado sanitário da praça de Elvas”³⁸. Uma das primeiras acções consiste no estabelecimento de uma sopa económica para os pobres, e do fornecimento de agasalhos para os mesmos, de modo a atenuarem-se as causas de insalubridade que mantêm o foco da epidemia em certos locais de Elvas. O delegado considera, também, ser urgente mudar o sistema de limpeza da cidade, o qual entende como muito insuficiente. Outra providência sugerida é a beneficiação e limpeza assídua das habitações dos estratos sociais mais pobres. Na conclusão do seu relatório, o delegado elogia a cooperação com os facultativos da cidade: “Pode tirar-se muito resultado do zelo, dedicação e bom acordo entre todas as autoridades”³⁹. As recomendações do delegado são aceites, e postas em prática num protocolo entre as estruturas de saúde pública e a Câmara Municipal de Elvas. As instruções para a assistência aos indigentes são transmitidas ao Administrador do concelho.

Numa circular de finais de Novembro, dá-se por, definitivamente, encerrada a crise sanitária em Elvas⁴⁰. No entanto, nesse mesmo momento, as estruturas de saúde pública realçam que as diversas autoridades do país devem continuar de sobreaviso, pois há uma possibilidade da epidemia de cólera-morbus reaparecer na primavera seguinte, como aconteceu em anos sucessivos, nos meados da década de 1850. Nesta circular enviada a todos os governadores civis do continente, reforça-se a ideia de continuar a aplicar todas as medidas de higiene pública e municipal adequadas. Como consequência do fim do problema sanitário, as feiras são autorizadas a voltar à actividade. A feira da Golegá abre a 11 de Dezembro. A exposição anual de gado em Matosinhos celebra-se em Janeiro do ano seguinte. Com o fim da epidemia, o próprio governo enaltece a acção das estruturas de saúde pública, “reconhecendo que o Conselho, e os empregados da repartição de saúde mostraram na crise porque

³⁶ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3472, Ofício nº 494 de 18/10/1865 do Conselho de Saúde Pública.

³⁷ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

³⁸ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625, p.225.

³⁹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625, p. 226 – verso.

⁴⁰ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

passou o país muito zelo e muita dedicação pelo que se compraz em dar-lhes os devidos louvores⁴¹.

Nesta epidemia em particular, o serviço telegráfico desempenhou um papel crucial para a constante actualização dos dados sobre a evolução da doença em terras alentejanas. Foi através deste serviço que o Ministro do Reino instou as autoridades máximas do distrito de Portalegre e do concelho de Elvas a reportarem, diariamente, a progressão dos casos e dos óbitos⁴². De 13 de Outubro a 26 de Novembro, contabilizaram-se setenta e três telegramas enviados pelo governador civil e pelo administrador do concelho, ao governo central. Em Portugal, a introdução das comunicações telegráficas deu-se em inícios da década de 1850⁴³. A quatro de Abril de 1853, estabeleceu-se a ligação do Porto à Foz, com equipamentos adaptados nas oficinas do sócio da Associação Industrial Portuense, António Francisco Galo, no que foi a inauguração simbólica da história da telegrafia eléctrica no país. “O desenvolvimento das primeiras redes telegráficas ocorreu no contexto da Regeneração⁴⁴, considerando as prioridades do programa de obras públicas implementado, então, pelo ministro Fontes Pereira de Melo. Estas incidiam na criação e melhoramento de estradas, na disseminação dos caminhos-de-ferro e na construção da rede telegráfica. As primeiras linhas de telegrafia eléctrica estabeleceram ligações entre Lisboa, Porto, Elvas, e Santarém, numa implantação progressiva pelo país. A cidade alentejana foi das primeiras dezasseis localidades onde se instalaram vias para o sistema de redes telegráficas em Portugal⁴⁵. Em 1860, existiam já 2000km de rede conectando os principais centros urbanos de Portugal continental⁴⁶. Cinco anos depois, as estruturas de saúde pública beneficiaram do desenvolvimento desta rede, no combate ao surto que assolou Elvas, e que permitiu um fluxo de actualização diária de conhecimento, transmitido pelas entidades locais ao governo central. No contexto político, a década de 1860 foi caracterizada por uma grande instabilidade. A crise epidémica em Elvas é gerida por um governo de fusão entre o Partido Regenerador e o Partido Histórico, formado em Setembro do mesmo ano, e liderado por Joaquim António de Aguiar que acumula a função de chefe de estado com a de Ministro do Reino⁴⁷. No início,

⁴¹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625, p. 248.

⁴² Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mç. 3473, 73 telegramas.

⁴³ QUEIROZ, Maria Inês – *A Companhia Portuguesa Rádio Marconi na rede mundial de comunicações (1906-1936)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2015. Tese de Doutoramento.

⁴⁴ QUEIROZ, Maria Inês – *A Companhia Portuguesa Rádio Marconi*, p. 31.

⁴⁵ DENTINHO, Maria do Céu Ponce – *Elvas: Monografia*. Elvas: Câmara Municipal, 1989.

⁴⁶ SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira – *Nova História de Portugal: Portugal e a Regeneração*. Lisboa: Editorial Presença, 2004.

⁴⁷ Outras figuras deste governo eram Fontes Pereira de Melo (Ministro da Fazenda), Augusto César Barjona de Freitas (Ministro da Justiça), António César de Vasconcelos Correia (Ministro da Guerra), Isidro Francisco Guimarães (Ministro da Marinha), e José Joaquim Gomes de Castro (Ministro dos Estrangeiros e das Obras Públicas). O governo de fusão acabaria por cair em Janeiro de 1868.

esta solução governativa, imbuída do espírito centrista de 1851, procurou fazer face ao clima de turbulência institucional, mas não conseguiu lidar com a difícil crise económica e financeira que marcou os anos precedentes⁴⁸.

Na sequência da extinção da cólera em Elvas, um outro surto, menor, menos preocupante, surge em meados de Dezembro, na localidade de Freixo-Espada-À-Cinta⁴⁹. Considerando o número de casos e vítimas provocados por estas duas crises sanitárias, projectei a tabela 2 que reflecte o impacto da cólera-morbus em Portugal no ano de 1865:

Tabela 2. A cólera em Portugal (1865)

Localidades	Casos	Mortos	Mortalidade da doença
Elvas	58	33	56,89%
Freixo-Espada-À-Cinta	39	9	23,07%
Total	97	42	

Conclusões

A epidemia analisada teve um efeito menor em relação à incursão da cólera-morbus pela cidade alentejana, onze anos antes⁵⁰. Atingiu menos indivíduos, e não foi tão mortífera, como se pode ver pela tabela 3:

Tabela 3. A cólera em Elvas (1856-1865)

Cidade	População	Casos	Mortos	Mortalidade da doença	Mortalidade da população
Elvas (1856)	8630	77	47	61,03%	0,54%
Elvas (1865)	10271	58	33	56,89%	0,32%

⁴⁸ SILVEIRA, Luís Nuno Espinha da; FERNANDES, Paulo Jorge – *D. Luís*. Mem Martins: Temas & Debates, 2009.

⁴⁹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3473.

⁵⁰ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 1ª Direcção, 2ª Repartição, Correspondência Recebida (1844-1860)*, mc. 2456.

Em Espanha, no ano de 1865, estima-se que foram vítimas de cólera – pelo menos – 84.000 pessoas⁵¹, embora numa primeira abordagem às fontes, o historiador António Fernandez Garcia tenha estimado outros valores⁵². A epidemia entrou por Valencia, tendo afectado, principalmente, essa província, Palma, Gerona, Léon, Albacete, Huesca e Teruel. Só na capital de Madrid, a doença fez três mil mortos. Como se pode ver na tabela 4, o impacto da moléstia em Espanha foi muito superior ao constatado em Portugal:

Tabela 4. A cólera na península ibérica (1865)

Países	População	Mortos	Mortalidade da população
Portugal	3.829.618	42	0,001%
Espanha	15.658.586	84000	0,53%

Mesmo assim, os valores registados em Espanha são bem menores do que os registados nas crises epidémicas de 1833-34 e de 1854-55, pois estes surtos chegaram a atingir uma mortalidade superior a 1% da população. Em Portugal, as crises epidémicas das décadas de 1830 e de 1850 provocaram também uma devastação nítida⁵³. No ano de 1865, a cólera não entrou da mesma forma agressiva no país. Por um lado, tal aconteceu devido à acção preventiva das estruturas de saúde pública portuguesa, e por outro lado pelo facto do surto epidémico se ter centrado mais nas regiões do leste de Espanha⁵⁴. Contudo, convém realçar que esta epidemia de 1865 chegou de alguma forma a Madrid, atingiu a área de Léon, perto de Ourense, e atacou localidades espanholas vizinhas dos concelhos alentejanos de Moura, Serpa, e Barrancos⁵⁵. A instauração de cordões sanitários por parte das autoridades portuguesas nestes concelhos, e, mais tarde, à volta da cidade de Elvas, ajudaram a conter o surto vindo de Espanha. A proibição de feiras e mercados no país, nas semanas posteriores à erupção da epidemia em Elvas também pode ter contribuído para atenuar as hipóteses de contágio. Através de um estudo comparativo entre os procedimentos das estruturas de saúde pública portuguesas em Elvas, e das espanholas em Palma de Maiorca, no contexto epidémico de 1865, torna-se

⁵¹ FEO PARRONDO, Francisco – “La epidemia de Cólera en San Fernando de Henares”. *Nimbus: Revista de climatología, meteorología y paisaje*, nº 15-16 (2005), pp. 57-72.

⁵² Entre 84 mil e 120 mil mortes devido à cólera-morbus.

⁵³ CASCÃO, Rui – “Demografia e Sociedade”, pp. 425-439.

⁵⁴ FEO PARRONDO, Francisco – “La epidemia de Cólera en San Fernando de Henares”.

⁵⁵ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

tangível a importância doutro factor na contenção da epidemia: A coordenação entre as diversas autoridades institucionais. No caso português, a acção conjunta no terreno dos médicos de partido, do administrador do concelho, e do delegado distrital de saúde pública, levou à contenção efectiva do surto num dos bairros mais pobres de Elvas⁵⁶. No caso espanhol, as clivagens entre o alcaide de Palma e o governador civil recém-nomeado para o cargo, assim como a marginalização da junta de saúde provincial, sem peso relevante nas decisões efectivas, levaram a respostas lentas, insuficientes, à epidemia no arquipélago⁵⁷. Nesse ano, a cólera vitimou duas mil pessoas em Palma de Maiorca, quase 4% da população da altura.

Para a maior eficácia da acção das estruturas de saúde pública portuguesa, considerando os casos de Elvas e Palma, também contribuiu o facto do delegado distrital de Portalegre exercer um poder semi-executivo, em contraste com o que se passava em Espanha⁵⁸. O delegado era, na prática, um representante do Ministério do Reino no terreno. A partir do momento em que o ministro lhe conferia autoridade, o delegado distrital tornava-se numa extensão do poder central, e não podia ser contrariado. No caso espanhol, ao nível regional, existiam juntas provinciais de saúde – quando a população excedesse as quatro mil pessoas – e juntas municipais⁵⁹. As juntas provinciais possuíam grande conhecimento técnico, pois eram constituídas por três facultativos, dois vogais farmacêuticos, e um veterinário. No entanto, eram chefiadas pelo governador civil que podia, simplesmente, ignorar os seus pareceres, como se verificou em Palma de Maiorca. Na Espanha, em questões de saúde pública, por mais leigo que fosse, o governador podia sobrepor a sua autoridade política à autoridade científica das juntas provinciais sanitárias.

No final da crise sanitária em Elvas, o Conselho de Saúde Pública aproveitou o momento da reacção eficaz das estruturas de saúde pública ao surto em terras alentejanas, para pedir ao governo nova revisão da lei de 1837, no sentido de colmatar a sua grande lacuna: A falta de sub-delegados técnicos em todos os distritos do reino, excepto Lisboa e Porto⁶⁰. Contudo, o pedido mais uma vez não foi atendido⁶¹. Pelo contrário, três anos mais tarde, em 1868, o Decreto de 3/1/1837 foi revogado, sendo substituído por uma legislação ineficiente que converteu o

⁵⁶ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 2ª Repartição, Registo Geral, Correspondência expedida para várias entidades, Saúde Pública (1837-1877)*, lv. 1625.

⁵⁷ VIVES, Pere Salas; PUJADAS-MORA, Joana M. – “El cólera como conflicto y facto de legitimación. Palma, 1865”. *Ayer*, nº 101 (2016), pp. 189-212.

⁵⁸ Decreto-Lei de 03/01/1837, *Diário do Governo*, nº9, de 11/01/1837.

⁵⁹ Ley del Servicio General de Sanidad, 28/11/1855. [Consultado a 24 de março 2021]. Disponível em <https://legislacionsanitaria.org/>.

⁶⁰ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, Direcção-Geral da Administração Civil, Correspondência Recebida (1860-1869)*, mc. 3472, Ofício nº631 de 21/11/1865 do Conselho de Saúde Pública.

⁶¹ Lisboa, Torre do Tombo, *Ministério do Reino, 1ª Direcção, 2ª Repartição, Correspondência Recebida (1844-1860)*, mc. 2448, Relatório Anual do Conselho de Saúde Pública para o ano de 1849.

Conselho de Saúde Pública num organismo consultivo⁶², reforma considerada mais tarde como retrograda⁶³. Este erro na avaliação da importância dos serviços de saúde pública, só foi rectificado com o ciclo de medidas legislativas, implementadas na transição do século XIX para o século XX⁶⁴.

O presente estudo sugere possibilidades de investigação futura no plano das dinâmicas das estruturas de saúde pública, e no campo dos estudos comparativos. Seria interessante analisar as causas concretas do fim do Conselho de Saúde Pública em 1868, no contexto da crise económica e política desencadeada pela Janeirinha, no início desse ano⁶⁵. A crise provocou uma mudança de governo e de política, mais orientada para a contenção orçamental, para o corte das despesas públicas⁶⁶. Este foi um dos argumentos utilizados pelo Ministro do Reino que reformou o Conselho⁶⁷. Em 1884, uma devastadora epidemia de cólera assolou a vizinha Espanha, provocando níveis de mortalidade maiores que os provocados pelo surto de 1865⁶⁸. Seria pertinente elaborar um estudo comparativo entre a acção das estruturas de saúde pública dos países ibéricos, tendo como ponto de partida a investigação desenvolvida por Laurinda Abreu ao cordão sanitário implementado pelas autoridades portuguesas nesse mesmo contexto⁶⁹.

⁶² Decreto-Lei de 03/12/1868. [Consultado a 24 de março 2021]. Disponível em <https://legislacaoegia.parlamento.pt/>.

⁶³ JORGE, Ricardo – *Higiene social aplicada à nação portuguesa: conferências feitas no Porto pelo Professor Ricardo de Almeida Jorge*. Porto: Livraria Civilização, 1884.

⁶⁴ GARNEL, Maria Rita Lino – “Prevenir, cuidar e tratar: O Ministério e a saúde dos povos (1834-1957)”. in ALMEIDA, Pedro Tavares de; SOUSA, Paulo Silveira e (orgs.) – *Do Reino à Administração Interna*. Lisboa: INCM, 2016.

⁶⁵ SERRÃO, Joel; MARQUES, A. H. de Oliveira – *Nova História de Portugal*.

⁶⁶ SILVEIRA, Luís Nuno Espinha da; FERNANDES, Paulo Jorge – *D. Luís*.

⁶⁷ Na introdução ao decreto de 3.12.1868 que extinguiu a instituição, Alves Martins falou da necessidade financeira de suprimir lugares no Lazareto e de reduzir o número de sub-delegados técnicos no distrito de Lisboa.

⁶⁸ FEO PARRONDO, Francisco – “La epidemia de Cólera en San Fernando de Henares”.

⁶⁹ ABREU, Laurinda – “A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, século XVI-XIX”. *Ler História*, nº 73 (2018), pp. 93-120.

How to deal with pandemics: Small cities and the Spanish flu (1918–1920)

Steinar Aas¹

Abstract

In 1918 a global pandemic – the so-called Spanish flu – hit Norway. As many as 50 million people worldwide died from the pandemic. In Norway – a country of around 2,5 million people – 13,000-15,000 people died between 1918-20 as a consequence of the influenza pandemic.

The main aim with this article is to study how small Norwegian towns dealt with the pandemic. Consequently the article also addresses the issue of strategies in dealing with the pandemic. Did these strategies vary between different towns in Norway, and how did the national strategies influence on the local strategies in the fight against the menacing disease?

In consequence, the article also gives an insight into the growing attention to public health in Norwegian society in the 19th and 20th century, as well as a short introduction to the Norwegian urbanisation in the same period. We also have to study the diffusion of a pandemic to the European periphery.

The main cases of the article is the two only towns in Nordland, Narvik and Bodø, and the wiggle-room of the small towns when dealing with the Spanish flu. How did the two towns meet the pandemic? But there will also be taken detours in to other Nordic cities, and the public debate about the pandemic.

Keywords

Healthcare; pandemics; Spanish flu; Norway.

¹ Nord university.

Como lidar com as pandemias: as pequenas cidades e a gripe espanhola (1918-1920)

Resumo

Em 1918 uma pandemia global – a chamada *gripe espanhola* – atingiu a Noruega. Cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo morreram devido à pandemia. Na Noruega, um país com cerca de 2.5 milhões de habitantes na altura, os estudos mais recentes indicam a morte, vítimas desta gripe, de entre 13.000 e 15.000 pessoas apenas no intervalo 1918-1920.

O principal objetivo deste artigo é estudar como diferentes pequenas cidades norueguesas encararam a pandemia. Os principais casos de estudo do artigo são as duas únicas cidades em Nordland: Narvik e Bodø, e qual foi a margem de manobra das pequenas cidades ao lidar com a epidemia de gripe. Como as duas cidades enfrentaram a pandemia? Mas também haverá espaço para observar outras cidades nórdicas e analisar o debate público sobre a pandemia. Consequentemente, o artigo também aborda a questão das estratégias adotadas para lidar com a pandemia: essas estratégias variaram entre diferentes cidades da Noruega? As estratégias nacionais influenciaram as estratégias locais na luta contra a doença ameaçadora?

Em consequência, o artigo também oferece uma visão sobre a crescente atenção à saúde pública na sociedade norueguesa nos séculos XIX e XX, bem como uma breve introdução à urbanização norueguesa no mesmo período, oferecendo assim uma análise sobre a difusão de uma pandemia para a periferia europeia.

Palavras-chave

Assistência sanitária; pandemias; gripe espanhola; Noruega.

In 1918, a global pandemic hit Norway: the so-called Spanish flu. Over the next year, as many as 13,000–15,000 people in the country died from the influenza. This article discusses how two small towns in Norway's Nordland county, Narvik and Bodø, dealt with the pandemic: Did their strategies differ from each other and other regions in the country, and to what extent did the state interfere in the strategies of these towns? The article will have a sidelong glance on the capital city of Norway Kristiania (named Oslo from 1924), and the town of Arendal, and to some extent other Nordic towns. The aim is to explore the wiggle room of the small towns when dealing with the Spanish flu and illustrate, through some empirical examples.

Norwegian urbanisation – late, but extensive

In the view of Norwegian urban historian Jan Eyvind Myhre, Norway's urbanisation process mainly occurred over the 19th and 20th centuries. In 1830, legal towns were few, and the ones that existed were small. The majority of the 1.1 million Norwegian citizens lived in rural areas. The typical Norwegian was a farmer, and some of Norway's provinces, including the county of Nordland, had no urban settlements. Just around 13% of Norwegians lived in urban areas, which included legal towns and villages. However, by 1920, this figure rose to 43.4%.²

At the time of the Spanish flu in 1918, Norwegians were as likely to be factory labourers, urban dwellers and harbour workers as they were to be farmers. Following the pandemic, Norwegian urbanisation took off; between 1920 and 2000, the urban population rose significantly to form three-fourths of the country's population. The majority now lived in densely populated areas, and the rest of the citizens to some degree lived under the influence of a town or city.³

One cause of this rapid urbanisation was the public strategy for the creation of a national urban grid. New towns were founded as a means of developing the country economically, as well as to bind together the provinces in a national grid of urbanised regions. The state-established towns were meant to develop and unify the nation. The liberal ideas characterizing the politics aimed at initiating urbanisation in order to promote trade and public administration and strengthen communication among a growing network of towns scattered throughout the nation, but organised hierarchically, comprising of regional centres, then of provincial towns and under them smaller towns and villages. Most towns grew as a result of the increased

² MYHRE, Jan Eivind – “Tre generasjoner rivende byvekst”. In HELLE, Knut; ELIASSEN, Knut Einar; MYHRE, Jan Eivind; STUGU, Ola Svein (eds.) – *Norsk byhistorie. Urbanisering gjennom 1300 år*. Oslo: Pax forlag, 2006, p. 254.

³ MYHRE, Jan Eivind – “Tre generasjoner rivende byvekst”, p. 254.

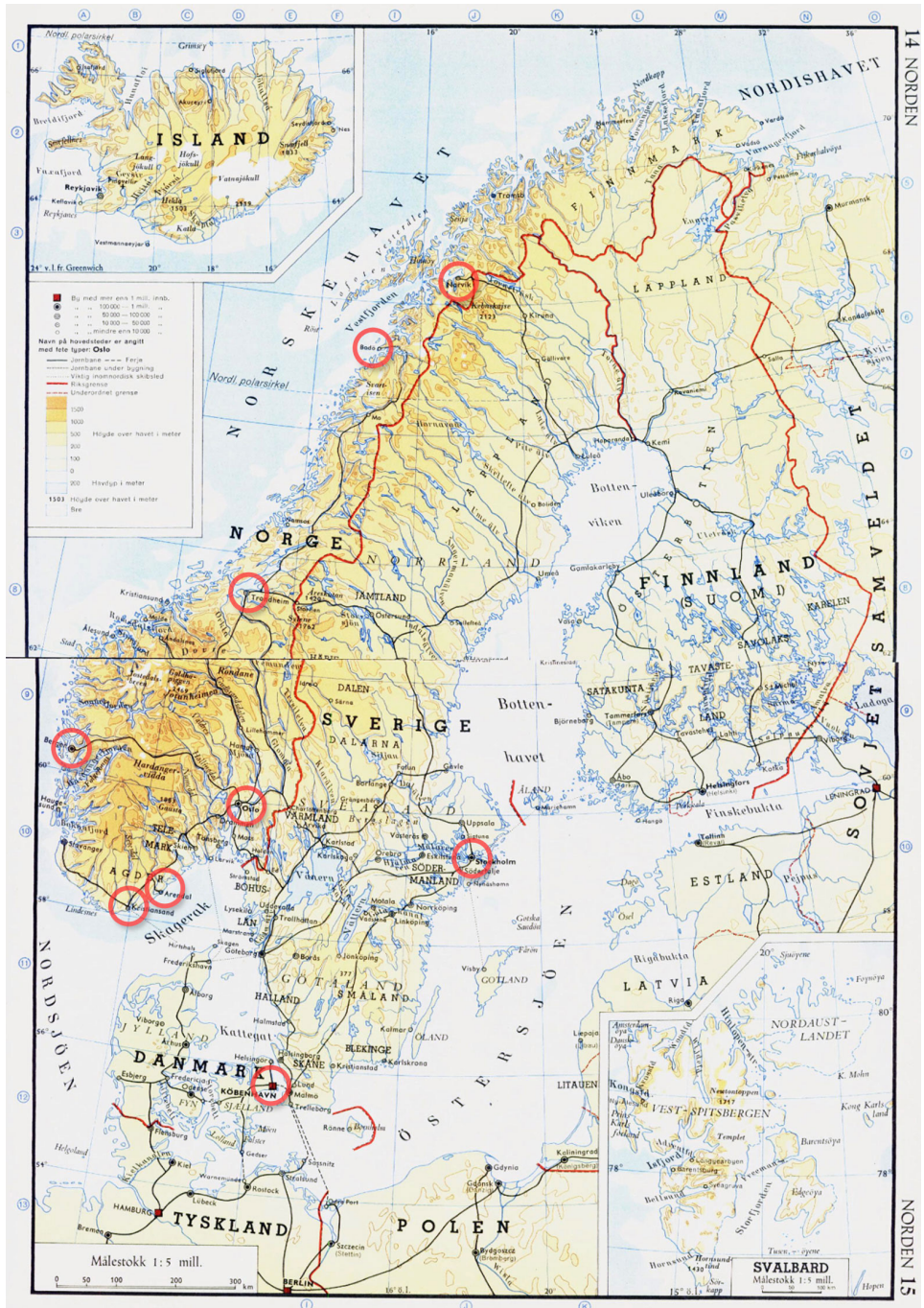


Fig. 1 – Nordic countries: place names mentioned in the article marked by a red circle. (KLOKK, Knut – Cappelen's Atlas. Oslo, 1951).

demand for goods and services in the towns and the hinterland, combined with more liberal legislations related to trade.⁴

In 1918, Nordland county had two legal towns, Bodø and Narvik, with around 4,600 and 6,000 inhabitants, respectively. While Narvik was a harbour town for Swedish iron ore exports from the mines of Kiruna and Gällivare in Swedish Lapland, Bodø was the provincial hub and commercial centre of Nordland county, as well as a communication centre offering advanced public and private administrative services. Further, while Narvik was a *network town* connecting the mines of Swedish Lapland and the global iron ore trade through a railroad, Bodø was stronger connected to the hinterland of Nordland through modern regional and local steam ship routes.⁵

Public health from the late 19th century

In 1860, the Norwegian parliament had introduced a new health legislation ordering the municipal authorities to establish local health commissions – local boards of health. In addition, the new legislation instigated the organisation of local health services, as well as helping initiate preventive health services and organise health professions.⁶ However, by 1918, Norway's public health system was still limited. Through the new legislation, doctors could instruct the local health boards to take a more active role in the municipality, as well as advising them in order to improve the public health. Moreover, funded by the state, they became local director generals of public health in their municipalities. The legislation thus gave them authority, tools of power and a new heightened status at the local level. Whereas doctors previously had not played a particular role or held any significant rank in the hierarchy of the state's officials, their rank in the national hierarchy was about to rise.⁷

The new health legislation of Norway made a significant distinction between rural and urban districts, instructing the latter to take specific measures to civilise and discipline the whole society, through both emphasising urban order and respectability and promoting public health.⁸ The pre-emptive measures of the law pointed in the direction of health improvements concerning sanitary conditions, garbage disposal and water supply. Other measures were taken in the areas of food

⁴ MYHRE, Jan Eivind – “Tre generasjoner rivende byvekst”, p. 255.

⁵ AAS, Steinar – *Narviks historie bind 1, Byen, banen og bolaget, 1890-1950*. Narvik: Stiftelsen Narviks historieverk, 2001, pp. 83-89.

⁶ SCHIØTZ, Aina – “Hvordan gikk det med Sundhetsloven av 1860”. *Michael Quarterly, Publication series of the Norwegian Medical Society*, vol 7/3 (2010), p. 332.

⁷ SCHIØTZ, Aina – “Hvordan gikk det med Sundhetsloven av 1860”, p. 332.

⁸ SCHIØTZ, Aina – “Hvordan gikk det med Sundhetsloven av 1860”, p. 333.

control, building regulations, animal husbandry, the storage of corpses and – not least – infection control, with isolation units formed in the local hospitals.⁹

These actions were met with support from the urban municipalities, while the rural ones were more ambivalent in their reactions, mostly due to economic reasons. For any town, whereas, it was important to follow up on the initiative to improve public health in all aspects of the concept. Consequently, the Health Legislation of 1860 helped formulate local health commissions and offer preventive health service. It also marked the emergence of a local health profession that strengthened the doctor as a director general of public health at the local level. In small towns, doctors were to become greater social developers than earlier. Their elevated position as high state officials during the second half of the 19th century and the first half of the 20th century made them instigate urban improvements to a higher degree in small cities and urban settings than in rural areas. In the urban context, they became local director generals of health, forming health councils of their own and to some extent recruiting an elaborate staff of professional health workers.¹⁰

The Spanish flu in Norway

The Spanish flu was a global pandemic ravaging the world between 1918 and 1920, killing as many as 50–100 million people, especially young adults and children. The pandemic hit Norway in four waves, the first occurring during June 1918 – probably imported from Great Britain. Then it struck again in autumn before returning in December. It culminated with the final wave in January 1919. During this relatively short and intense period, as many as 15,000 Norwegians out of a total population of 2.5 million died from the flu. Most of them died due to pneumonia or other pulmonary diseases.¹¹

While the origin of the flu has not been clarified, there have been numerous tentative explanations. In one article from 2001 published in the *Journal of the Norwegian Medical Association*, the neurologist Tom Borza claims that the virus began in inner parts of Asia.¹² His article is mainly based on Svenn-Erik Mamelund's extensive research on the pandemic since the late 1990s. Mamelund, being a leading expert on historical studies on the 20th-century pandemic, gives new and

⁹ SCHIØTZ, Aina – “Hvordan gikk det med Sundhetsloven av 1860”, p. 333.

¹⁰ SCHIØTZ, Aina – “Hvordan gikk det med Sundhetsloven av 1860”, p. 333.

¹¹ BORZA, Tom – “Spanskesyken i Norge 1918-19”. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 121 (2001), P. 3551; MAMELUND, Svenn-Erik – “Spanskesyken rammet sosialt skjevt” [online]. *Samfunnsspeilet* 1 (2005) [Accessed 29 March 2022]. Available at <https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/179427/Kap7-Mamelund.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹² BORZA, Tom – “Spanskesyken i Norge 1918-19”, pp. 3551-3552.

much-sought information about the Spanish flu, utilised also for combatting the COVID-19 pandemic in the 21st century.¹³

The most common theory has been that the flu in 1918–1920 spread from inner parts of Asia eastwards towards China and Japan, before the ship traffic brought the virus further east to the Americas across the Pacific.¹⁴ Subsequently, the US was hit by its mighty force as an epidemic broke out among new military recruits at Camp Funston in Kansas in March 1918. The virus was then spread by half a million U.S. soldiers travelling to Europe to join the Western Front during World War I.¹⁵ Soon, two of the main ports receiving the U.S. soldiers, Bordeaux and Brest in France, were hit by the pandemic in April 1918.

The Spanish flu was an airborne infection and contact between people helped the contagion of the virus. The diffusion of the virus was in particular facilitated by the transport of people through ships, railways and roads. Centrality was vital for the spreading: The more central a city, the faster the infection struck the urban population. Further, better connection of a city with the European continent, or with other main cities in the country, proved to accelerate contagion.¹⁶

How did the Spanish flu spread in Norway? The first reports of the disease in Norway came from the capital city of Kristiania (Oslo) in July 1918. The virus then spread via Scotland.¹⁷ The pattern of the spread of the Spanish flu to and within Norway was as expected: From the main cities it spread to the regional centres and then to small cities and towns, dispersing first among those having the most frequent connections with the larger cities. Eventually, the infection spread to the hinterland of even the small peripheral towns.

How was our two main study objects – Narvik and Bodø – influenced by the pandemic?

Earlier, on 28 and 30 May 1918, two local papers in Bodø reported about the new influenza pandemic ravaging Spain. Almost all of Spain had been hit by the “mysterious illness”. In Madrid alone, around 90,000 people were sick due to the “Influenza like” disease.¹⁸ One paper claimed that as many as 30% of the Spanish population had been affected by the flu.¹⁹ In June the local press reported about the virus ravaging doctors in Spain. The situation in Madrid was so serious that

¹³ MAMELUND, Svenn-Erik – *Spanskesyken i Norge 1918-1920: Diffusjon og demografiske konsekvenser*. Oslo: Institutt for Sosiologi og Samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 1998. Hovedoppgave i Samfunnsgeografi.

¹⁴ HOYLE, Lesley – *The influenza viruses*. New York: Springer, 1968. BEVERIDGE, W.I. B. – *Influenza. The last great plague. London, an unfinished story of discovery*. London: Heinemann, 1977.

¹⁵ SHORTRIDGE FS. – “The 1918 «Spanish» flu: pearls from swine?”. *Nat Med* 4 (1999), pp. 384-385. CROSBY A. - *America's forgotten pandemic. The influenza of 1918*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

¹⁶ MAMELUND, Svenn-Erik - “Diffusjon av influensa i Norge under spanskesyken 1918-19”. *Norsk Epidemiologi* 8/1 (1998), pp. 45-58.

¹⁷ MAMELUND, Svenn-Erik – *Spanskesyken i Norge 1918-1920*, pp. 45-46.

¹⁸ *Bodø Tidende* (30 May 1918).

¹⁹ *Nordlandsposten* (28 May 1918).

theatres were shut down.²⁰ Around mid-July, local papers in Bodø again mentioned “the Spanish flu” striking the town and spread by people arriving from the south.²¹ Narvik, too, was familiar with the infection by 12 July, and as in Bodø, the flu spread through the coastal steamer arriving directly from the city of Trondheim. The majority of the sailors onboard were infected by the “Spanish illness”, one local paper reported.²²

The indication of a Spanish origin of the flu seems to be connected to an idea that the disease started in Spain and then spread to France. One reason for this theory is that neutral Spain did inform readers about the disease, while other nations – due to press censorship during the Great War – did not. In fact, when the Spanish king Alphonso XIII (1886–1941) was reported to be afflicted by the virus, his illness was seen as one of the first public cases in Europe; consequently, the Spanish connection became apparent. In the local press of small Norwegian towns such as Bodø and Narvik, terms such as only “the Spanish” and the “the Spanish disease” became common names for the pandemic.²³

Diffusion of the Spanish flu in small peripheral towns of northern Scandinavia

Primarily, communication between towns and cities and between regions in the vast country of Norway occurred through numerous boat routes, as well as through a growing number of small boats owned by fish farmers in the hinterland of the urban settlements along the coast, where the majority of the Bodø and Narvik populations resided. Both Bodø and Narvik were limited in road transport: The first car was registered in the county of Nordland only in 1913, and by 1919, there were only 15 registered cars in the police district of Bodø.²⁴ In the case of Narvik, cars were even more futile as a means of transportation, due to the lack of roads connecting the town and the hinterland. So car traffic played a lesser important role in the spread of the Spanish flu.²⁵

As a network town, Narvik did indeed have frequent communications with central Europe. Ships carrying iron ore departed and arrived every week from harbours in France, Belgium, Great Britain and the Netherlands in 1918. Could the virus have spread more rapidly to the periphery than to the capital city due to

²⁰ *Bodø Tidende* (6 June 1918).

²¹ *Bodø Tidende* (18 July 1918).

²² *Ofotens Tidende* (12 July 1918).

²³ *Nordlandsposten* (4 July 1918) and (5 October 1918); *Bodø Tidende* (8 October 1918) and (14 November 1918); *Ofotens Tidende* (8 October 1918).

²⁴ AAS, Steinar – *Forvandlinga, Bodøs historie bind 3, 1890-1950*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014, p. 330.

²⁵ AAS, Steinar – *Narviks historie bind 1*, p. 377-379.

this frequent ship traffic? Sources are too few to confirm this thesis. In addition the iron ore traffic during the last part of World War I was heavily reduced due to the American and British blockade on Norway and the German U-boat warfare in the North Sea. Consequently, 70%–80% of Sweden's iron ore was shipped through Swedish waters to Germany. Further, the end of the war in November 1918 did not result in an increase in iron ore traffic. On the contrary, because the German steel industry and the national economy collapsed, the iron ore trade stopped for some months. Moreover, another aspect here is the lack of data from the first months of the pandemic. Norwegian medical practitioners were not aware of the virus before its discovery, so the first cases could have been considered and registered as instances of the ordinary seasonal flu.²⁶

What do we know about the communications connecting our two towns to the national and regional network of communications? Narvik, for example, had a direct steam boat connecting to the larger city of Trondheim in 1918, and a direct train connection with the Swedish capital Stockholm, while Bodø could have had as many as eight coastal steamers arriving in its harbour weekly from the more prominent regional cities of Trondheim and Bergen.²⁷ Narvik was not a hub in this transport system, but its local steamers feeding the hubs along the coasts from the inner fjords could reach the coastal steamers. Further, the passenger trains to Sweden were, in Narvik's case, not as huge a threat to public health as the more important passenger transport occurring through ships.²⁸

Moreover, there seems to have been a common resignation due to other problems in the war-ridden Norwegian society. The rationing of food supplies, the general problems of unemployment and social problems due to the war, resulted in lack of essentials and basic goods, and high prices had prepared the society for a sense of doom. Narvik's doctor Astrup actions in 1918 illustrated his resignation to the common situation, stating that the rationing of food, resulting in malnutrition among the majority of the population, combined with the pandemic, had led to a depressing situation. It even led to a rise in the number of cases of an old enemy – tuberculosis. The general public's health was definitely influenced by the common social and economic status, and Astrup did fear the long-term consequences of the situation. The pandemic in 1918 affected many people, and he predicted that it would take some time to recover from it.²⁹ This aspects seems to have influenced on the local strategy for prevention of the pandemic in Narvik compared to Bodø. A sense of resignation seems to have been more outspoken there. Perhaps the character of

²⁶ AAS, Steinar – *Narviks historie bind 1*, p. 93-95.

²⁷ *Nordlandsposten* (21 February 1918).

²⁸ AAS, Steinar – *Narviks historie bind 1*, p. 385

²⁹ Medicinaldirektoratet, Medicinalberetning Nordland Amt. Årsberetning for Narvik og Ankenes 1918. PK 528. Riksarkivet. II-III.

Narvik, as an iron ore based network town did affect the common situation in a more fundamental way? His expressions of deep concern could be interpreted in that direction. The war seems to lay the foundation for a breakdown in resistivity towards a coming pandemic, which was worse in cities and towns most impacted by the war in neutral Norway.

Differing strategies of small towns in dealing with the pandemic

We saw earlier how the health legislation empowered the local health authorities to drastic action, if necessary. Our two towns did indeed chose different paths dealing with the pandemic. Narvik's director of health, Dr Nils Astrup, displayed an expectant attitude, while his counterpart in Bodø, Dr Bernt Lie, took a more proactive approach. For instance, during the ascending autumn phase of the Spanish flu in 1918, Lie chose to close down the cinema, assembly halls, churches and schools for 14 days, whereas Astrup took no measures to prevent the flu from raging through Narvik. In most Norwegian towns the cinema was run by the municipality, so closing down the cinema would mean lost public incomes.³⁰

Even though the ship traffic was somewhat reduced during World War I because of the rationing of fuel, encounters between locals and visitors were not as frequent as before, and steps to prevent contact were not so urgent in the autumn of 1918. This was a general fact when it comes to other Norwegian towns. Despite the reduced contact between different towns, and the towns and their hinterland, the number of contagious grew rapidly in Narvik. During this increase in flu cases, cinema pictures functioned as usual, as did the local temperance association and the Social Democrat Youth Organisation, still holding assemblies.³¹

Astrup was not naive. He observed the rise in numbers when pupils came back to school in August. In October some citizens questioned his passivity in closing assembly halls and the cinema.³² The pressure on Astrup was so high during this month that he was forced to respond to the public criticism trough the local papers. As chairman of the municipal board of health, he presented his personal opinions as the board's opinions when stating that "extra measures" were "not necessary". Since the entire town, as the entire nation, was infected, isolation was practically impossible: "One must assume that everything we touch is infested with contagion," he added.³³ However, his impression at that point was that the pandemic was in decline, occurring milder in October than in July, thanks to more cautious public

³⁰ AAS, Steinar – *Narviks historie bind 1*, pp. 327-333.

³¹ *Fremover* (24 July, 3 August, 24 August, 28 December 1918)

³² *Ofotens Tidende* (15 October 1918).

³³ ASTRUP, Nils – "Fra Helseraadets formand". *Ofotens Tidende* (10 October 1918), p. 2.

behaviour. Consequently, no measure would be taken to close down the cinema or the schools, he concluded.³⁴ While the municipal board of education could nevertheless take measures regarding school safety in case safe functioning was impossible, that was still an issue for the board of education, not for the board of health. Further, Astrup proposed requesting the municipal executive board to help families in need of “effective domestic help”, as housewives were out of business due to the influenza. For the chairman of the local board of health, apparently, taking care of domestic duties and nursing family members seemed to be of more importance than isolating the virus through public measures.³⁵

One can speculate about the reasons for Astrup’s passivity concerning preventive measures against the Spanish flu. Could it be related to the common Social Darwinist ideas among the elites of Norwegian society? Within the health system, there was a widespread idea about the order of things regarding poverty or health issues: Weakness and defects in society had to be removed. Malthusian theories and Social Darwinist ideas were quite common in society, leading to conceptions that pandemics were necessary to regulate untamed, unsustainable population growth (Malthusian). Some doctors, inspired by Malthusianism, held that birth control was a common good for society.³⁶ However, more seriously there was a widespread understanding that pandemics struck occasionally in order to clean society from populations with “defects” – that is, human beings with illnesses, weaknesses or disabilities.³⁷ Such ideas became paradigmatic in the only medical study in Norway conducted at the University of Oslo in the latter half of the 19th century.³⁸

Astrup received his medical degree in 1897, so he was exposed to the relatively new paradigm of Social Darwinism.³⁹ However, there is no evidence of explicit statements by Astrup of the Social Darwinist kind, but only a tendency to champion family values and social order. He was preoccupied with moral questions such as the control of social contact between local maidens – that is, single girls – and the sailors frequently visiting the Narvik harbour through the year.⁴⁰ Thus, Astrup’s worries about the Spanish flu’s influence on family life could be interpreted as a result of his preoccupation with moral issues and urban order. Altogether, the attitude of Narvik’s director of health was rather peculiar, especially considering that the

³⁴ ASTRUP, Nils – “Fra Helseraadets formand”, 1918, p. 2.

³⁵ ASTRUP, Nils – “Fra Helseraadets formand”, 1918, p. 2.

³⁶ SØBYE, Espen – *En mann fra forgangne århundrer. Overlege Johan Scharffenbergs liv og virke 1869-1965, en arkivstudie*. Oslo: Oktober 2010, p. 282.

³⁷ NERLAND, Else Marie – “I utakt med samtiden, i pakt med fremtiden – Ernst Ferdinand Lochmann 1820-1891”. *Michael* 4 (2007), pp. 529-256.

³⁸ NERLAND, Else Marie – “I utakt med samtiden”, pp. 541–552.

³⁹ AAS, Steinar – “Spanskesjuka 1918-1919 – den siste store pandemien”, In *Årbok for Narvik*. Narvik: Museum Nord-Ofoten Museum, 2010, pp. 126.

⁴⁰ AAS, Steinar – *Narviks historie bind 1*, pp. 220-221.

proportion of single women in Narvik was rather low: Only 47% of all females older than 15 years were unmarried, whereas as many as 57% of Bodø women in the same age group were unmarried.⁴¹ However, there is no doubt that moral issues seemed to be more pertinent for Narvik's director of health than for Bodø's.

Ultimately, why was Astrup so reluctant to implement measures to stop the spread of the flu? His reports illustrate perfectly that he had an adequate understanding of the crisis. In his 1918 annual report, he mentioned that the whole town had been devastated by the Spanish flu through the second half of the year. The pandemic had dominated everything, he concluded. Astrup even used words such as "wildfire", portraying a population caught in the wildfire. The flu's domination had made it almost impossible to comment on anything else, he added.⁴² Astrup observed the pandemic's development through July and the drop in cases by the end of August, but then the summer holidays were over and the school children were set to return to school. This fact was to anticipate an increase in the pandemic again in August/September. Consequently one would expect some form of steps from the local health authorities, but this did not occur.

Notwithstanding Astrup's passivity, doctors in Norwegian towns and cities were empowered to take strict measures within their respective jurisdictions. In Bodø, for instance, Lie took steps to shut down for 14 days important institutions where people met and where the virus could potentially spread among the town's inhabitants during the anticipated increase in contagion at the start of the school year. In addition, the local branch of the Red Cross contributed to controlling the contagion through setting up a field hospital, and the assembly hall of the Christian association the Home Mission (Indremissionen) was converted into an epidemic lazarette. Lie concluded that all these measures together took the sting out of the pandemic.⁴³

In comparison, Oslo closed down some schools for a couple of days during the worst phase in October 1918. Like Astrup in Narvik, they soon observed that the virus particularly hit young adults. In one school in Oslo, none of the teachers was on sick leave, while 30% of the pupils were hit by the Spanish flu.⁴⁴ The conservative newspaper *Aftenposten* in Oslo criticised the local health authorities 10 days later. Doctors were working day and night. Nurses were tormented by the despair and grief they observed in the homes of Oslo because of the "Spanish plague". The local health authorities sat idly watching a virus that was impossible to stop from

⁴¹ DET STATISTISKE CENTRALBYRÅ - NOS, VII, 76, *Folketellingen i Norge 1. desember 1920, tredje hefte, Folkemengden fordelt etter kjønn, alder og ekteskapelig stilling*. Kristiania: Aschehoug 1923, [accessed 10 March 2022], available at https://www.ssb.no/a/histstat/nos/nos_vii_076.pdf.

⁴² National Archives of Norway (NAN), Medicinaldirektoratet, Medicinalberetning Nordland Amt. Årsberetning for Narvik og Ankenes 1918. PK 528. XXXX, p. III.

⁴³ NAN, Medicinaldirektoratet, Medicinalberetning Nordland Amt. Rapport fra fylkeslegen, p. 4.

⁴⁴ "Spanskepestens herjinger" - *Dagbladet* (20 October 1918), p. 5.

infecting everyone, *Aftenposten* claimed.⁴⁵ Nevertheless, there were doctors with different opinions, and like in Narvik the local health care seems to have been under expert rule, so the doctor would have the last word anyway.

In Oslo, where people seemed to be fed up with the passivity of the local health administration, *Aftenposten* started questioning the indifference. It criticised the lack of disinfection measures in homes that the influenza destroyed, slamming the authorities for being interested only in gaining experience from the pandemic, not in preventing it from ravaging the town.⁴⁶ Compared to Sweden and Denmark, the passivity in Oslo was striking. In Copenhagen, measures had been taken to isolate infected patients through expanding hospital capacities, while doctors and nurses in Stockholm had started wearing face masks to prevent contagion. By contrast, passivity dominated in Oslo.⁴⁷ The comprehension of a health system run by expert rule seems to be strong, even though some local voices tried to challenge this view.

One reason for Oslo not closing down theatres and cinemas was its liability to compensate institutions for their income loss. However, *Aftenposten* stated that there was a greater risk of the virus spreading through the same institutions, urging the health authorities to shut them down temporarily. Failing such measures, readers were urged to not visit these premises, and the newspaper continued criticising the local health authorities for not taking sufficient measures to prevent the flu from killing people. It ended its urgent request with the following statement:

We can assure our medical authorities that there as we speak are under development a growing embitterment and anger because nothing is done to minimize the plague that ravages our homes and requires so many casualties.⁴⁸

However, despite the education council's request to the health council to close cinemas, circuses and similar establishments, nothing was done.⁴⁹ By that point, schools had already remained closed for a period in order to prevent the flu from spreading among the young population.⁵⁰

The lack of a state-run policy or coordination of the pandemic seems to be a problem in the case of the measure against the Spanish flu. Consequently local adaptations to the pandemic meant that the towns and cities in Norway chose different approaches to the pandemic. Seemingly, individual local health directors, together with their local health councils, were responsible for deciding the course of action. By March 1919, the Norwegian Medical Association (NMA) devoted an entire issue of its *Journal of the Norwegian Medical Association* to covering the Spanish flu, and

⁴⁵ "Pesten". *Aftenposten* (30 October 1918), p. 1.

⁴⁶ "Pesten". *Aftenposten* (30 October 1918), p. 1.

⁴⁷ "Pesten". *Aftenposten* (30 October 1918), p. 1.

⁴⁸ "Pesten2". *Aftenposten* (30 October 1918), p. 1.

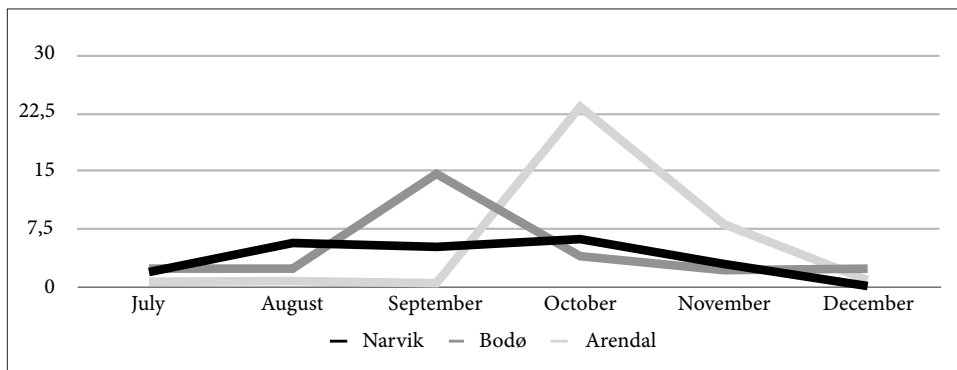
⁴⁹ "Christiania Skolestyre". *Morgenbladet* (26 October 1918), p. 3.

⁵⁰ "Den spanske syke". *Morgenbladet* (16 October 1918), p. 3.

medical debates were conducted on the contagion and therapy used in the treatment of patients infected by the virus. The journal particularly wanted to focus on the pandemic management of the medic in Arendal (10,269 inhabitants in 1920) where experimental strategies to stop the pandemic were tested on a regional level.

Arendal had already taken measures to stop contagion through closed schools, assembly halls, theatres and cinemas, by the doctor in town, Niels Barth.⁵¹ He even went further in his measures to stop the virus. In cooperation with a regiment doctor in the neighbouring town of Kristiansand, he started to experiment with a vaccine.⁵² At first he administered the vaccine to nine voluntaries at the local hospital with successful results. Subsequently, he also injected some infected patients with the self-developed vaccine containing laboratory cultivated streptococcus and pneumococcus bacteria. Only one of the nine voluntaries was infected. In the other cases, where the vaccine was used on infected patients, Barth definitely saw its “favourable influence on the disease”.⁵³ The example from Arendal shows how the pandemic management seems to have been rather individualistic and random, despite how the association of medics seems to have taken an initiative to publish articles on the topics shedding light on the topic.

The consequences of the pandemic on a local level was rather diverse despite the measures taken on the local level. When Bodø’s influenza pandemic peaked in September, Narvik’s pandemic was more of a flat curve on the same level from July to November. However, in the case of Arendal, one can see how the pandemic exploded in October, from a summer period almost without many incidents.



Tab. 1 – Threatened influenza incidents in 1918 in Bodø, Narvik and Arendal (promille). Source: NOS, VII. 58, *Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene 1918*. Kristiania: Aschehoug, 1922.

⁵¹ “Den spanske syke”. *Morgenbladet* (16 October 1918), p. 3.

⁵² BARTH, Niels – “Den «spanske syke» i Arendal 1918”. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 6 (1919), p. 227.

⁵³ BARTH, Niels – “Den «spanske syke» i Arendal 1918”, p. 229.

Perhaps was this also the reason why different towns chose different strategies? The explosion in contagion in Arendal in October must have triggered the need for desperate actions, like the development of a vaccine. The rising numbers of incidents in contagion in Bodø in September also created a need for municipal actions to bring the numbers down by the closing down of assembly halls, schools and cinema. Perhaps can the wait and see attitude of the local doctor in Narvik illustrate that there was no need for strict measures in that town, because the curve showing incidents there was rather flat even through the worst periods of the pandemic elsewhere in Norway? It is obvious that the doctors were monitoring the situation in detail, continuously assessing actions. In Bodø the measures chosen by Dr Lie seem to have been effective, while there probably could have been a decrease in incidents in September and October in Narvik if Dr Astrup had taken the same actions as Lie earlier. However, the numbers of treated cases in Narvik seems to have been reasonable low compared to Bodø and Arendal. In addition, we know that pandemics like the Spanish flu have a tendency of reducing its strength after a while. Reports from health authorities of Nordland county indicated this in 1919.⁵⁴ The pandemic was about to automatically burn out, and was almost extinct during the spring of 1919.

Why was there a peak in the two towns of Arendal and Bodø, but not in Narvik? It is not easy to judge why the pattern was so distinctly different, but the two towns of Arendal and Bodø both held functions as provincial centres. In the case of Bodø one can see how the provisional lazaretto was put up as an initiative to help visiting influenza patients travelling through Bodø as crew members or passengers on regional or local ship routes. During the spring, when the Spanish flu already was established in Norway, the diffusion of the pandemic went between towns and the hinterland in different waves, especially with local ship routes. Narvik was more affected by the reduced foreign trade and the long distance ship traffic, and the local ship routes were not that frequent as in Arendal and Bodø. This can explain the lack of a peak in the number of influenza patients in Narvik, and is in line with the thesis of Svann-Erik Mamelund, who found that towns with frequent ship traffic within the urban network were more exposed to the diffusion of the pandemic due to their place higher up in the national urban hierarchy.⁵⁵

The role of volunteers from organisations like The Red Cross, The Salvation Army and Norwegian Women's Public Health Association were also of great importance for the prevention of contagion. The local branch of the Red Cross in Bodø recapitulated the defeated pandemic in late October 1918 by highlighting the role of the female volunteers. The Red Cross provided a tent for the use as a lazaretto,

⁵⁴ DIREKTØREN FOR DET CIVILE MEDISINALVESEN – NOS, VII. 108. *Sundhetstilstanden og Medisinalforholdene* 9. Kristiania: Aschehoug, 1923, p. 196.

⁵⁵ MAMELUND, Svann-Erik – "Diffusjon av influensa i Norge", pp. 47–48.

isolating contagious patients, and contributed in addition with nurses to keep vigil over the patients.⁵⁶ This reserve potential of health personnel was of great help for the health service and the society as a whole.

Conclusion

Through our cases of the pandemic management in 1918 and 1919 Norway, we can see how the health legislation gave the municipalities authority to make the necessary steps to protect the society against the pandemic. The lack of a coordinated national approach in the pandemic management led to the a variety of strategies on the local level. The examples from Arendal and Bodø show the wiggle room of small towns when implementing health initiatives, as local doctors even could take innovative experimental measures to battle the pandemic. Small towns seems to have been more disposed to strict measures, seen in the examples of Arendal and Bodø, compared to bigger cities like Oslo. However, the measures also seems to be taken on the basis of how the health authorities monitored the situation and gained experience based knowledge about the development of the pandemic on a local level. This was again influencing on the actions taken in order to protect the population. In combination with the strong position of the local doctors, the course chosen could again affect the outcome of the pandemic. A certain social Darwinist approach or Malthusian ideology seems to have been eminent among some local doctors, but one cannot find explicit evidence for this ideology founding the decisions about precautions against the Spanish flu in our cases.

The expert rule seems to be confirmed by the way the doctors handled the pandemic. They would almost always have the last word, even though some local voices tried to challenge their rather authoritarian position. If a doctor on the other hand chose to not take any measures against the menacing pandemic, as in the case of Narvik, the local health council or other elected representatives could challenge the authority of the local health director.

Even public criticism as in Narvik and Oslo seemed to bounce off the local health authorities. Whether this was because of Malthusian or Social Darwinist ideas dominating the health profession at the time is uncertain, but there seems to have been a common understanding of a certain febleness among doctors responsible for the health policy when dealing with the Spanish flu. Another conclusion is that small towns probably had more tools to prevent the flu from spreading, than bigger cities. Cooperation with and mobilization of volunteers connected to humanitarian organisations was also important for the of huge importance associations

⁵⁶ "Fra Bodø og omegns kreds av Norges Røde kors". *Nordlandsposten* (31 October, 1918), p. 1.

Another aspect of judgement in the pandemic management in 1918-19 was the reluctance of closing down the society, because this would strengthen the common decline due to World War I. The war had effected negatively in particular on the economy, as well as on the social life and public health. There seems to have been a reluctance to worsen this situation by closing down the society, and in some municipalities more than others. On the other hand, the general recession seemed to influence negatively on the diffusion of the infection, due to the common state of public health weakening the general resilience in the populations when it comes to the overall immunity from diseases. However, the rationing of fuel also reduced the regularity of transport, consequently reducing the diffusion of the virus, consequently making up for the reduced immunity.

All in all one can state that the small towns had a variety of tools to handle the pandemic in 1918-19, and that the most effective means to reduce the mortality seems to have been to isolate people for a short period, especially during the first waves of the pandemic. During the later waves the virus seems to have be weakened and a reduced mortality.

A pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, levou à adoção de sucessivas medidas para tentar minimizar a sua propagação. Como sabemos, ao longo de cerca de dois anos, a saúde esteve, antes de mais, na agenda pessoal de cada um de nós, bem como nas agendas sanitária, política, mediática e, também, académica. Ainda que o contexto pudesse parecer pouco favorável à realização de um evento científico, considerámos que seria um bom momento para analisar o tema da saúde, desde a ótica das pequenas cidades ao longo do tempo.

Este livro resulta de uma seleção dos trabalhos apresentados e debatidos no Colóquio Pequenas Cidades e Saúde, realizado online nos dias 6, 7 e 8 de maio de 2021. Os textos apresentados incluem abordagens muito diversas no seu espectro cronológico, desde a Idade Média à Época Contemporânea, e nos seus métodos, por diferentes áreas de investigação histórica.

O volume oferece assim o que consideramos ser uma perspetiva atualizada sobre a problemática da saúde desde os pequenos núcleos urbanos incluindo reflexões sobre as políticas e estruturas de saúde pública, os processos de mudança e adaptação, a gestão de recursos e a sua materialidade, o papel dos governos locais e a sua interação com o poder central, e ainda reflexões sobre as respostas urbanas em tempos de epidemia.

Apoio:

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia



In-SCIT

INTERNATIONAL NETWORK
SMALL CITIES IN TIME

