



GOBIERNO DE  
MÉXICO

# glifos



Revista trimestral del Centro INAH Campeche

Año 8

Número 33

Septiembre 2022



**CULTURA**  
SECRETARÍA DE CULTURA



**INAH**

     
[gob.mx/cultura/inah](http://gob.mx/cultura/inah)

# DIRECTORIO

**Secretaria de Cultura**

Alejandra Frausto Guerrero

**Director General del Instituto Nacional  
de Antropología e Historia**

Diego Prieto Hernández

**Coordinador Nacional de Centros INAH**

René Alvarado López

**Consejo editorial**

Luis Fernando Álvarez Aguilar

Iván Urdapilleta Caamal

Ana Patricia Figueroa Balam

Verenice Ramírez Rosado

**Coordinación editorial**

Verenice Ramírez Rosado

Marilyn Domínguez Turriza

Marco Antonio Salazar Gómez

Carolina Cervera Rosado

Antonio Benavides Castillo

**Diseño Editorial**

Gabriela Margarita Ceballos Jaramillo

**Coordinadora Nacional de Difusión**

Beatriz Quintanar Hinojosa

**Directora del Centro INAH Campeche**

Adriana Velázquez Morlet

Glifos, año 8, No. 33, Septiembre 2022, es una publicación trimestral editada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Córdoba 45, Colonia Roma, C.P. 06700, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, [www.inah.gob.mx](http://www.inah.gob.mx), [revista.glifos@inah.gob.mx](mailto:revista.glifos@inah.gob.mx) Editor responsable: Adriana Velázquez Morlet. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No.: 04-2022-092110160600-102., ISSN: 2007-9451, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Centro INAH Campeche, Gabriela Margarita Ceballos Jaramillo, Calle 59 #36 entre 14 y 16 col. Centro Histórico, C.P. 24000, Campeche, Campeche, fecha de última modificación, 25 de septiembre de 2022. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional de Antropología e Historia.



# ÍNDICE

- |    |  |
|----|--|
| 4  | <b>Editorial</b><br><i>Adriana Velázquez Morlet</i>  |
| 6  | <b>Ruta de propagación y sobremortalidad de la epidemia de viruela de 1793 en Campeche</b><br><i>Wilberth Gabriel Sánchez Moo</i>              |
| 12 | <b>La epidemia de viruela de 1798 y la variolización en Santiago del Saltillo</b><br><i>Nancy Selene Leyva Gutiérrez</i>                       |
| 18 | <b>El tifo en el noroeste del actual Estado de México: endemia y epidemia, 1805-1814</b><br><i>Víctor Torres Rosas</i>                         |
| 28 | <b>El cólera de 1833 en la ciudad de Chihuahua. Una mirada desde la salud pública</b><br><i>Osmar Alberto Escobar Quintana</i>                 |
| 36 | <b>Viruela y vacunas durante la primera mitad del siglo XIX: Algunos apuntes sobre la ciudad de Campeche</b><br><i>Carlos Alcalá Ferrández</i> |
| 44 | <b>La fiebre amarilla en el partido de Mérida (1875-1878)</b><br><i>Ricardo Manuel Wan Moguel</i>  |

# EDITORIAL

---

Estimados lectores de Glifos, en esta ocasión la edición número 33 de nuestra revista está dedicada a las enfermedades epidemiológicas que azotaron al país durante los siglos XVIII y XIX, tales como la viruela, el tifo, el cólera y la fiebre amarilla.

En el actual territorio nacional, a partir de la llegada de los españoles en el siglo XVI, ocurrieron una serie de terribles catástrofes epidémicas que asolaron a los pueblos mesoamericanos. Esta periódica mortandad es considerada como una de las causas que más influyó en el sometimiento de las comunidades originarias.

En esa etapa, los europeos trajeron enfermedades desconocidas que atacaron a los pueblos indígenas y que contribuyeron a disminuir de manera dramática, el número de habitantes de grandes regiones, y diezmaron la salud y la capacidad de resiliencia de quienes lograron sobrevivir.

En el mundo antiguo, una de las epidemias más devastadoras de las que se tiene registro, fue la Peste de Atenas que se propagó en el año 428 a.C., durante la Guerra del Peloponeso, mientras que en México, la viruela se conoce como la epidemia más catastrófica en el período de la conquista, junto con el cocoliztli (en náhuatl, “enfermedad o peste”), asociado a la bacteria de salmonela, aunque muy probablemente hubo otras enfermedades menos documentadas.

En este tenor, los temas expuestos en este número, son producto del trabajo de connotados especialistas en el tema. El primero de ellos, que lleva por nombre “Ruta de propagación y sobremortalidad de la epidemia de viruela de 1793 en Campeche”, de la pluma de Wilberth Sánchez Moo, tiene como objetivo señalar la importancia que tuvo el puerto de Campeche en la propagación de la epidemia de viruela de 1793, así como presentar la incidencia demográfica que tuvo dicha enfermedad en varias parroquias campechanas.

Después, Nancy Leyva Gutiérrez presenta “La epidemia de viruela de 1798 y la variolización en Santiago del Saltillo”, en donde muestra que dicha enfermedad estuvo presente en la época virreinal; haciendo un análisis detallado del impacto que causó la última epidemia del siglo XVIII en Saltillo y de cómo fue combatida con la técnica de variolización.

---

El autor Víctor Torres Rosas presenta “El tifo en el noroeste del actual Estado de México: endemia y epidemia, 1805-1814”, artículo que narra la afectación demográfica y la incidencia de distintos brotes endémicos y epidémicos, relacionados con el tifo en el centro del país.

“El cólera de 1833 en la ciudad de Chihuahua. Una mirada desde la salud pública”, de Osmar Escobar Quintana, describe cómo la junta de sanidad de dicha ciudad intentó evitar la llegada del cólera, que originó un alza en la tasa de mortalidad; así como las medidas curativas que se implementaron para tratar a los contagiados.

Seguidamente, Carlos Alcalá Ferráez presenta “Viruela y vacunas durante la primera mitad del siglo XIX: algunos apuntes sobre la ciudad de Campeche”, que explica la llegada del cólera a la península de Yucatán, en específico a la ciudad de Campeche. Detalla del incremento de decesos dentro del recinto amurallado de la ciudad, así como los primeros estudios y experimentos de lo que hoy es la vacuna para prevenir la viruela.

Finalmente, “La fiebre amarilla en el partido de Mérida (1875-1878)” de Ricardo Wan Moguel, destaca que el también llamado ‘vómito prieto’, afectó principalmente a personas procedentes de otras regiones del país, particularmente a hombres dedicados a actividades militares. Fueron muchas las enfermedades y calamidades que asolaron al país entre 1793 y 1878, provocando innumerables víctimas y causando miedo y estupor entre la población mexicana.

En ocasiones, la enfermedad y las prácticas médicas contribuyen en tal grado a modificar el curso de la historia, como lo acontecido recientemente con la pandemia de Covid-19, un brote mundial que se expandió más o menos al mismo tiempo en el mundo, y que cambió la vida de todos: ciudades enteras silenciaron, los mares se limpiaron, los cielos se despejaron, pero, sobre todo, nos recordó la vulnerabilidad del ser humano ante las enfermedades.

¿Cómo podrán asimilarse realmente las lecciones de la historia de las enfermedades, para prevenir nuevas catástrofes en el orbe?

Esperamos que este número sea de su interés.

**Adriana Velázquez Morlet**

# Ruta de propagación y sobremortalidad de la epidemia de viruela de 1793 en Campeche

Wilberth Gabriel Sánchez Moo

El objetivo de la presente investigación es demostrar y señalar la importancia que tuvo el puerto de Campeche en la rápida propagación de la epidemia de viruela de 1793, que supuestamente originó la de 1795-1799 en el resto del virreinato. También se busca presentar, gráficamente, la incidencia demográfica que tuvo dicha enfermedad en varias parroquias campechanas.

## La viruela en la Nueva España a finales del siglo XVIII

Altamente contagiosa y causada por el virus Variola, la viruela fue “el más terrible de todos los ministros de la muerte”. Esta enfermedad causó gran mortandad durante miles de años en prácticamente todas las regiones del mundo. Llegó a inicios del siglo XVI a México y, tras causar grandes estragos en la población, se volvió endémica. Sin embargo, aparecieron también brotes epidémicos frecuentes, incluso en el siglo XIX (Valdés, 2010, pp.27-30).

Transmitida de persona a persona por la inhalación de pequeñas gotas emanadas de las vías respiratorias de los enfermos, por los desechos cargados de virus provenientes de la descamación cutánea o por el contacto con fluidos corporales o con objetos contaminados (Valdés, 2010, p. 29), la viruela tuvo renovada virulencia en la segunda mitad del siglo XVIII (Cramaussel, 2010, p. 11).

En la actualidad se encuentran ampliamente documentados los azotes epidémicos de viruela, principalmente los de los años 1780 a 1782 y los de 1793 a 1799. Gracias a las publicaciones de los integrantes de la Red de Historia Demográfica con sede en México, se tiene conocimiento de los alcances y estragos que causó dicha enfermedad, de 1795 a 1797, principalmente en regiones del centro y norte de la Nueva España. Poca atención ha despertado la región sureste en ese periodo. El estudio de la viruela en la región permite debatir las interpretaciones existentes acerca del origen, propagación e impacto de la viruela a finales del siglo XVIII.





Hasta el momento, se han propuesto dos posibles escenarios en cuanto a la llegada de la enfermedad al territorio novohispano. Molina del Villar sugiere que se propagó desde Guatemala, donde habrían llegado personas enfermas de viruela provenientes del Perú. Así, la epidemia se hubiera diseminado, a partir de 1794-1795, por Oaxaca y la meseta central de la provincia de Chiapas. Por Oaxaca habría llegado a Valladolid de Michoacán en 1796. La autora también propone que la enfermedad igualmente pudo provenir directamente de Oaxaca vía Puebla, y de allí a Veracruz y a la ciudad de México (Molina, 2019, pp. 187-188). Por su parte, Cook (1939, p. 942) y Cramaussel (2010, pp. 20-23) proponen que la epidemia de viruela había llegado un año antes, es decir, en 1793, por el puerto de Campeche. A continuación, se enriquece el debate con documentación emitida por los intendentes/gobernadores de varias provincias, así como por los cirujanos del Protomedicato y los virreyes de la Nueva España.

### **De Campeche a todos lados. Ruta de propagación de la viruela de 1793 por el sur de la Nueva España**

La correspondencia de diversas autoridades de la región sureste de 1793 a 1795, así como la elaboración de curvas que muestran periodos de sobremortalidad en varias parroquias, permiten reconstruir, de manera detallada, las rutas que siguió la epidemia general de viruela que llegó a Campeche en 1793.

El bachiller Joseph Antonio Gómez, cura de la parroquia de San Román de San Francisco de Campeche, informó al teniente de la plaza acerca de la presunta aparición de la viruela en el puerto a finales de 1792,<sup>1</sup> lo que corroboró el cirujano Francisco Antonio Manuel Camejo del Real Protomedicato de La Habana, quien había sido enviado a Campeche desde enero de 1793 para detener la propagación de la enfermedad.<sup>2</sup> La epidemia, por lo tanto, se habría introducido a Nueva España desde la isla de Cuba por Campeche, mucho antes de marzo y abril de ese mismo año, como lo propusieron (Cook, 1939, p. 942) y (Cramaussel, 2010, pp. 20-23).

Se sabía que habían desembarcado al puerto campechano personas provenientes de La Habana infectadas de viruela, por la correspondencia del gobernador de La Habana, Luis de las Casas, con el virrey Revillagigedo. A inicios de febrero de 1793, se vigiló que no se embarcaran enfermos en la isla con destino a Nueva España.<sup>3</sup> Pero los cuidados no fueron suficientes y la epidemia llegó a Campeche. Su propagación no fue tan lenta como se ha dicho (Cramaussel, 2010, p. 21) y que no tardó tres años en afectar Mérida, la capital de la provincia de Yucatán, ni la provincia de Veracruz. En Mérida, el gobernador interino, Joseph Sabido de Vargas, confirmó la presencia de la peste desde 1793.<sup>4</sup>

1. Archivo General de la Nación (AGN, en adelante), *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 11.

2. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 9.

3. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 32v.

4. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 39.

La epidemia se propagó con rapidez de Campeche a Mérida, por el muy concurrido camino real entre Mérida y Campeche, que representaba la principal vía comercial entre la capital de Yucatán y el único puerto autorizado de la provincia. Se incrementó el número de entierros en todas las parroquias cercanas a Mérida, como fue el caso en Nuestra Señora de la Concepción de Chuburná de Hidalgo;<sup>5</sup> mientras que en 1791 y 1792 se sepultaron de 16 a 19 personas respectivamente, en 1793 fueron 83 los muertos.

Otra ruta comercial y de comunicación, en este caso marítima, que pudo ser también una vía de difusión de la viruela hacia otras provincias, fue la de Campeche a Veracruz, donde la viruela se presentó en abril de 1793.<sup>6</sup> Dado que Tabasco padeció de viruelas hasta junio de ese mismo año,<sup>7</sup> se excluye una eventual vía terrestre “Campeche-Presidio del Carmen-Tabasco-Veracruz”. A Tabasco pudo llegar la epidemia desde el pueblo de Palizada, infectado desde mayo de 1793.<sup>8</sup> El contagio hacia Palizada habría llegado desde el presidio del Carmen, que se encontraba con población enferma desde marzo.<sup>9</sup>

Como puede observarse en el mapa 1 que ilustra la ruta de propagación de la viruela, una vez en Campeche, la epidemia se diseminó hacia el norte, posiblemente por el camino real, hacia los pueblos del interior de la provincia de Yucatán y alcanzó Mérida. De Campeche, vía marítima, habría llegado hasta Veracruz. Hacia el sur afectó el presidio de El Carmen,<sup>10</sup> luego Palizada y Tabasco. Desde ahí, como se notificó al virrey Branciforte, la viruela habría llegado a la provincia de Ciudad Real, en Chiapas, a finales de 1794.<sup>11</sup> Molina del Villar sugirió que la viruela provenía de Guatemala y afectó primero a las provincias de Oaxaca y Chiapas (Molina, 2019, pp. 187-188), pero también pudo propagarse desde Campeche a Chiapas. Para averiguarlo sería necesario emprender un trabajo de mayor escala con base en registros parroquiales y señalar la cantidad de sepulturas mes por mes.

5. *Libro de entierros de Chuburná de Hidalgo, parroquia de Nuestra Señora de la Concepción, 1767-1795, disponible en familysearch.org.*

6. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 3.

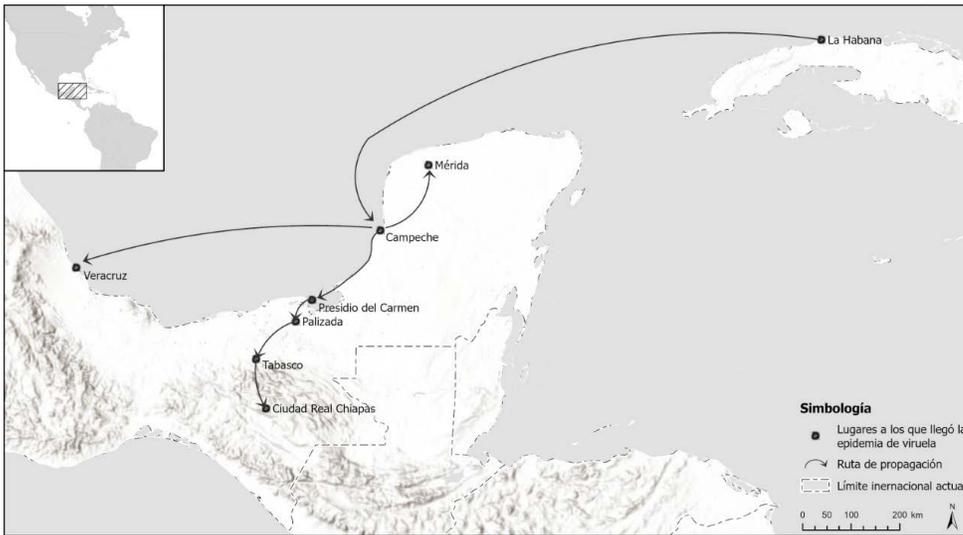
7. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 53.

8. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 41v.

9. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 15v.

10. *Los entierros en el presidio del Carmen se multiplicaron: fueron 13 en 1792 y 78 entierros en 1793: Libro de entierros del Presidio del Carmen, parroquia de Nuestra Señora del Carmen, 1792-1806, disponible en familysearch.org.*

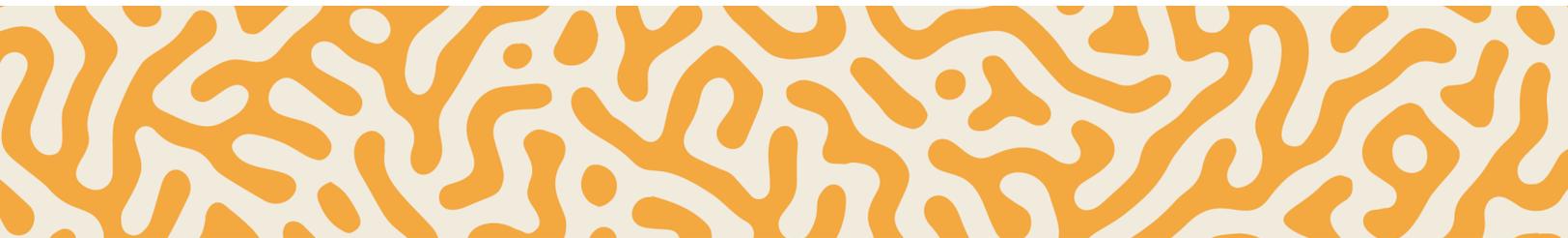
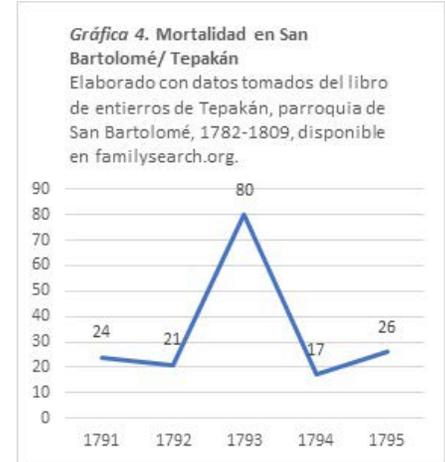
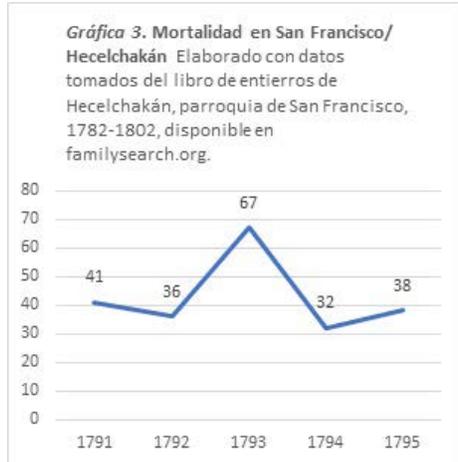
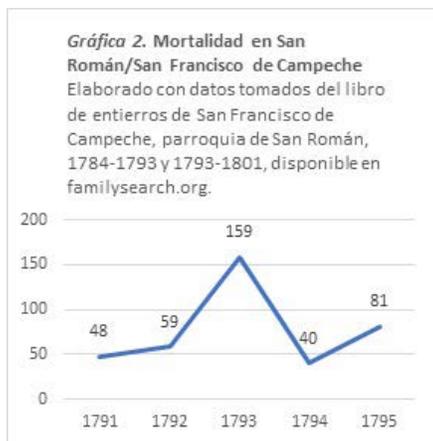
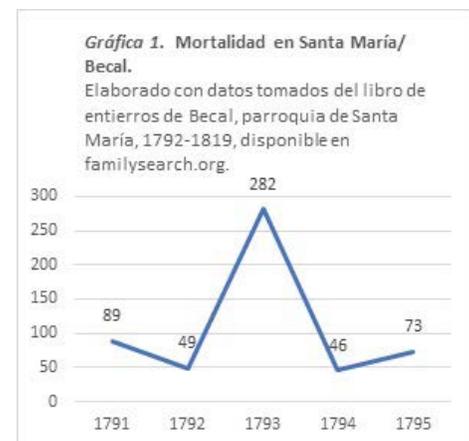
11. AGN, *Epidemias*. Vol. 7. Exp. 8. F. 61.



Mapa 1. Ruta de propagación de la viruela en el sur de la Nueva España (1793-1794). Elaboración propia. Basado en AGN, Epidemias. Vol. 7. Exp. 8.

## La sobremortalidad de la viruela de 1793 y su propagación por Campeche

Los datos que se presentan a continuación provienen de las partidas de entierros conservadas en algunas de las parroquias del actual del estado de Campeche. Se trata de saber qué tan letal fue la epidemia que cundió en los primeros meses del año de 1793 y si se propagó o no la enfermedad por el camino real hacia Mérida. Puede observarse en las gráficas 1 (Bécal), 2 (Barrio de San Román), 3 (Hecelchakán) y 4 (Tepakán), la mortalidad ocasionada por la viruela de 1793.





Las cuatro gráficas expuestas no son los únicos casos de pueblos/parroquias donde se manifestó la epidemia. En el caso de San Francisco de Campeche –sus barrios–, donde hubo más parroquias además de la de San Román, también fueron afectadas las de Nuestra Señora de Guadalupe,<sup>12</sup> Nuestra Señora de la Inmaculada Concepción<sup>13</sup> y la de Santa Ana.<sup>14</sup>

Con la información que ofrece el análisis de los registros de entierros, y algunos documentos más señalados en el apartado anterior, se muestra la rápida propagación de la epidemia de viruela, de Campeche a Mérida, a través del camino real (mapa 2). Se advierte en las cuatro parroquias de los barrios de San Francisco de Campeche un brusco incremento de los fallecimientos en enero y febrero, lo que corroboraría la presencia de la peste en el puerto, entre finales de 1792 y principios de 1793. Luego se constata un aumento de las sepulturas en Pomuch y Hecelchakán (en mayo), Tepakán (en junio) y Bécal (en julio). El contagio gradual se dio de sur a norte, rumbo a Mérida, por el camino real. Hacia el sur la peste se propagó a Seybaplaya en enero,<sup>15</sup> a Sabancuy y presidio de El Carmen en marzo, a Palizada en mayo y a Tabasco en junio.

## Consideraciones finales

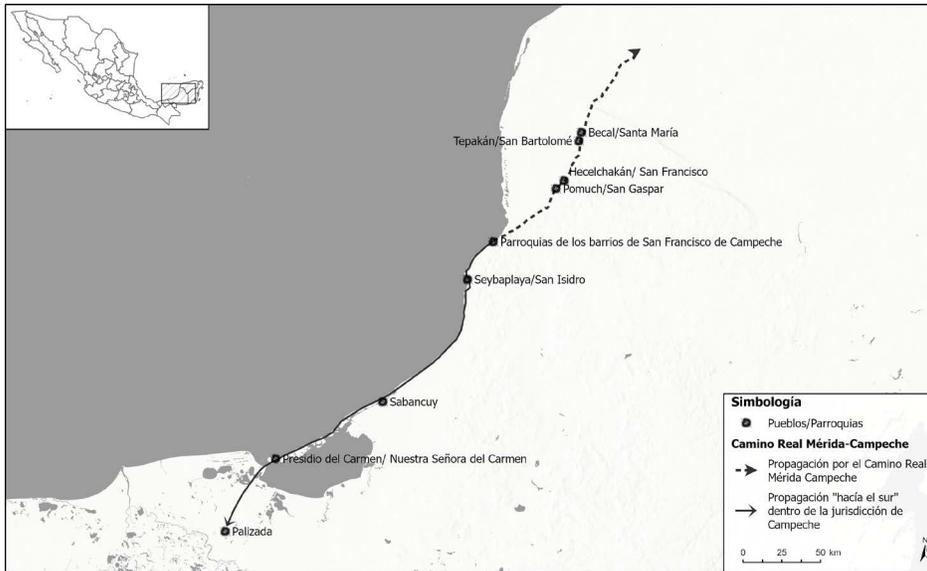
Las parroquias de Campeche fueron gravemente afectadas por la epidemia de viruela de 1793 que se propagó después por las rutas comerciales. Los entierros se multiplicaron, cuando menos, por dos en todas las localidades estudiadas. Pero habría que reconstruir las rutas de propagación, por Oaxaca y Chiapas y, hacia el centro del virreinato por Veracruz, para poder asegurar que la viruela de 1793, introducida por Campeche, originó la epidemia general de 1795-1799 en el resto de la Nueva España. Lo que sí es un hecho es que la presencia de la viruela, en el sur del virreinato a partir de 1793, no se trató de un brote endémico, sino epidémico que hizo aumentar el número de entierros en Campeche un par de años antes que lo que demuestran varios estudios de regiones del centro y norte.

12. Pasó de realizar 61 entierros en 1792, a 110 entierros en 1793. Libro de entierros de San Francisco de Campeche, parroquia de Nuestra Señora de Guadalupe, 1781-1794, disponible en [familysearch.org](http://familysearch.org).

13. Pasó de realizar 63 entierros en 1792, a 149 entierros en 1793. Libro de entierros de San Francisco de Campeche, parroquia de Nuestra Señora de la Inmaculada Concepción, 1770-1793 y 1792-1798, disponible en [familysearch.org](http://familysearch.org).

14. Pasó de realizar 61 entierros en 1792, a 143 entierros en 1793. Libro de entierros de San Francisco de Campeche, parroquia de Santa Ana, 1786-1802 y 1781-1798, disponible en [familysearch.org](http://familysearch.org).

15. Libro de entierros de Seybaplaya, parroquia de San Isidro, 1791-1807, disponible en [familysearch.org](http://familysearch.org).



Mapa 2. Rutas de propagación de la viruela de 1793 por la jurisdicción de Campeche. Elaboración propia. Basado en AGN, Epidemias. Vol. 7. Exp. 8 y libros de entierros de la jurisdicción de Campeche, disponibles en familysearch.org.

## Referencias:

Cook, S. (1939). "The Smallpox Epidemic of 1797 in Mexico". Bulletin of the History of Medicine. Vol. 7 Y 8. Johns Hopkins University Press. pp. 937-969.

Cramaussel, C. (2010). "Introducción" en El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. Zamora: El Colegio de Michoacán, pp. 11-27.

Molina, A. (2019). "Los alcances de la inoculación y el impacto de la viruela de 1797 en la parroquia de San Agustín Jonacatepec". Relaciones Estudios de Historia y Sociedad 157. pp. 178-214.

Valdés, R. (2010). "La viruela desde el punto de vista médico" en El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. Zamora: El Colegio de Michoacán, pp.27-35.



# **La epidemia de viruela de 1798 y la variolización en Santiago del Saltillo**

Nancy Selene Leyva Gutiérrez

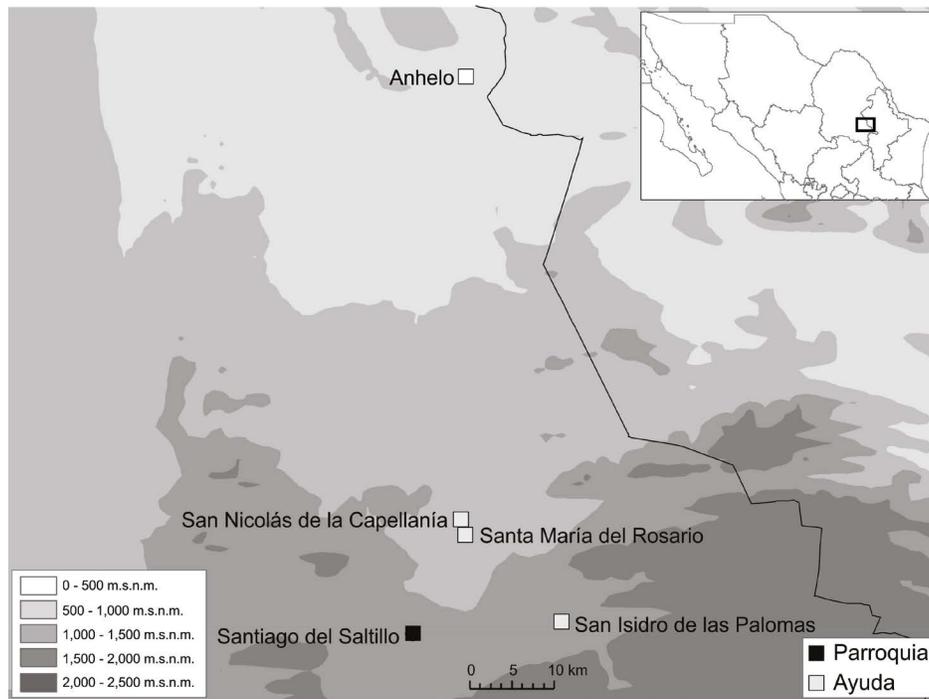
La viruela fue una enfermedad muy contagiosa que se transmitía por la inhalación del virus Variola. Los síntomas se presentaban entre 7 y 17 días después del contagio, consistían en fiebre elevada, malestar general, náuseas, vómitos y diarrea. Seguidos de la presencia de exantemas o erupciones rosadas que iniciaban en la boca e invadían el resto del cuerpo. Valdés Aguilar (2010) considera que los dolientes padecían la enfermedad por más de un mes (pp. 28-29). La mayoría de los sobrevivientes quedaban inmunizados de manera permanente. La viruela estuvo presente durante toda la época virreinal, más o menos cada diez años se presentó un periodo epidémico que provocó una baja demográfica como sucedió con el brote de viruela de 1797-1798. Este artículo tiene por objetivo analizar el impacto de la última epidemia del siglo XVIII en Saltillo, en el septentrión novohispano.

## **La villa de Santiago de Saltillo**

La villa de Saltillo se fundó en 1577, como resultado de las expediciones promovidas desde la Nueva Vizcaya. Fue parte de la gobernación novovizcaína hasta 1786 cuando pasó a formar parte de la provincia de Coahuila. En Santiago del Saltillo, como se le denominó durante la época colonial, la población hispánica se apropió de la tierra y fundó haciendas agrícolas. A finales del siglo XVIII la villa de Saltillo era un importante centro de producción agrícola y la sede de una feria comercial a la que acudían mercaderes de varias poblaciones septentrionales (Offutt, 2001, p. 13-15). Para finales del siglo XVIII en Saltillo radicaban, según Gerhard (1996), 8 319 personas (p. 411).



La parroquia de Santiago comprendía, en 1798, al menos cuatro ayudas de parroquia a cargo de un teniente, establecidas en las haciendas de Anhelo, San Nicolás de la Capellanía, Santa María del Rosario y San Isidro las Palomas.



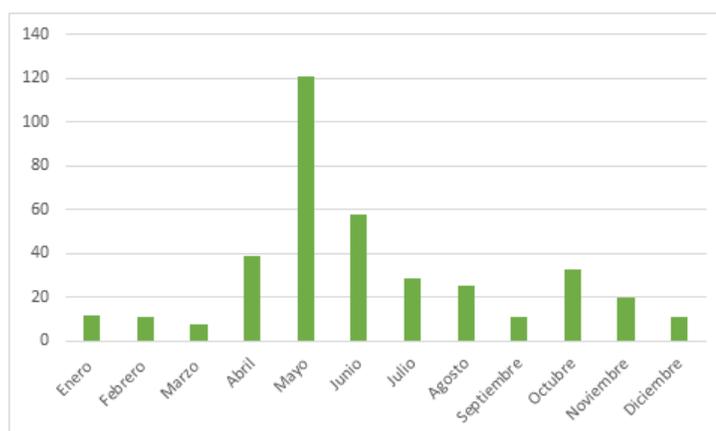
*La parroquia de Saltillo y sus viceparroquias en 1798. Elaboración propia con base en: Family Search, Coahuila, Saltillo, Sagrario Metropolitano, Libro de defunciones, 1798.*

## La epidemia de viruela

Se pueden estudiar los estragos de la epidemia de viruela en la sede del curato en Santiago y en la hacienda de San Isidro de las Palomas porque los bachilleres Pedro Fuentes, Nicolás José García, Ignacio Berlanga y Vicente Pío de Cárdenas anotaron como la causa de muerte “viruelas o viruela” en los registros de entierros. A diferencia de los anteriores brotes epidémicos, el de 1797-1798 fue

combatido con la variolización. Esta técnica consistía en introducir polvo de la costra de un enfermo en una incisión en la piel de una persona sana. La medida fue aprobada por el arzobispo Alonso Núñez de Haro desde que se presentaron los primeros casos de viruela en la Ciudad de México en 1797. Sánchez y González (2022) muestran que el virrey Branciforte promovió la inoculación desde febrero de ese año. Sin embargo, la variolización se realizó en Saltillo hasta enero de 1798 cuando el doctor José Vicente de la Peña identificó a un niño infectado de viruela, originario de Mazapil, en los alrededores de la villa. Con las pústulas de ese infante, de la Peña inoculó párvulos desde el 30 de enero hasta el 1 de febrero, luego trató a unas 200 personas más, hasta el 28 de marzo, según el libro del cabildo (p. 127-129).

En 1798 fallecieron en la villa de Saltillo 378 personas, entre párvulos (menores de siete años), adultos y doncellas (mujeres solteras). Pero en los libros de entierros no se precisa la causa de la muerte de los que perecieron entre los meses de enero y marzo, a pesar de que ya se habían presentado casos, como el del niño mencionado arriba.



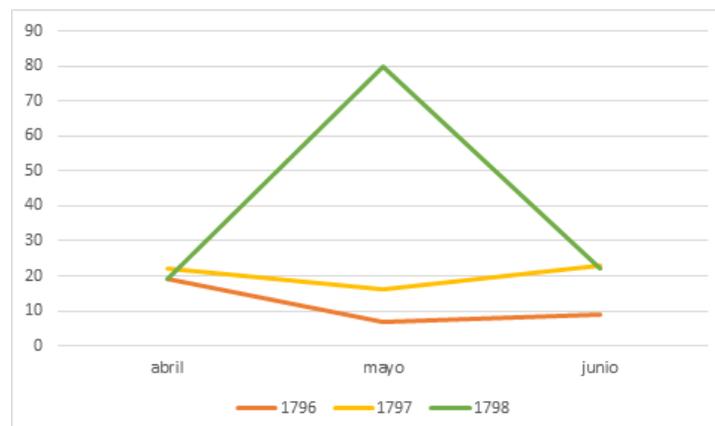
*Entierros en la parroquia de Saltillo en 1798 Elaboración propia con base en: Family Search, Coahuila, Saltillo, Sagrario Metropolitano, Libro de defunciones, 1798.*

Además de los fallecimientos ocasionados por la viruela, los sacerdotes anotaron hinchazones, dolor de costado y “morir de viejo” como las principales causas por las que expiraron los vecinos del Saltillo. En octubre aumentaron las defunciones, pero no fue un rebrote de la epidemia.



Los 200 inoculados entre los meses de enero y marzo de 1798 representaban apenas el 2.4% de la población de Saltillo. Este número fue muy bajo comparado con los 1615 que también fueron inoculados en Monterrey, menor incluso que los 277 de Cadereyta referidos por García Flores (2008) (p. 56). Como era de esperar, el número de entierros en Saltillo fue mayor al registrado en la capital de Nuevo León. En Santiago, se dio sepultura a 123 personas a causa de la viruela, que corresponden a 34% de los muertos de 1798. Esta cantidad de occisos por viruela superó por mucho a los once consignados en Monterrey. En otras poblaciones vecinas más reducidas, donde no se llevó a cabo la variolización, como en Linares y Boca de Leones, fallecieron más personas, 184 y 154 respectivamente (p. 56).

Al igual que en otras regiones del virreinato, la epidemia de viruela cobró la mayoría de las vidas en un periodo de tres meses, aunque el último fallecido por esa causa en Saltillo fue consignado en septiembre. La mayor cantidad de entierros se registró entre abril y junio de 1798. Como se observa en la gráfica 2, se multiplicaron las sepulturas en mayo, no se habían incrementado en ese mes en los dos años anteriores a la epidemia.



Entierros entre abril y junio de 1796 a 1798. Elaboración propia con base en: Family Search, Coahuila, Saltillo, Sagrario Metropolitano, Libro de defunciones, 1796-1798.

El cabildo de la villa, promotor de la inoculación desde enero de 1798, trató también de evitar la propagación de la enfermedad después de registrar a la primera víctima, tres meses después. El 16 de abril, el alcalde ordinario Juan Bautista Carreaga, los regidores José Antonio Gómez de Rada,



Francisco Antonio Robledo y Rafael González, y el procurador Alberto Nuin<sup>1</sup> instaron a la población a recibir la atención del doctor José Vicente de la Peña, quien se había encargado de la inoculación anteriormente:

*a todos estas personas curanderas se abstengan de curar y por cuanto el propio doctor se ha ofrecido voluntariamente a servir al vecindario sin más interés que el mérito [...] estando presente [el doctor José Vicente de la Peña] se le dieron las gracias por su buena inclinación y al propio tiempo mandamos que se haga saber al público saliendo con el expresado facultativo uno o dos de los capitulares para que todos los vecinos que tengan enfermos den el parte a su curación, sin que haya quien lo impida y antes bien [hagan] deberle su aplicación.<sup>2</sup>*

A pesar de esas medidas por parte del cabildo, se apuntaron los primeros muertos por viruela en ese mismo mes de abril. En mayo, fenecieron 80 personas por esta causa, casi todos aparentemente en la sede parroquial. De las cuatro vice-parroquias, solamente en la hacienda de San Isidro de las Palomas se consignaron tres entierros por viruela; en las demás no se apunta la causa de muerte.

En Saltillo, como en el resto del virreinato, los párvulos fueron los más vulnerables ante la viruela, representaban 83% de los entierros consignados. Hubo también doce adultos y ocho doncellas entre las víctimas mortales. Se ha dicho que la viruela afectaba más a los hombres que a las mujeres porque las féminas producían más linfocitos Th2 (Sánchez y González 2022, p. 118), pero en el caso de los vecinos de Saltillo no se advierte ninguna diferencia entre sexos.

*Grupos de fallecidos por viruela en Saltillo. Elaboración propia con base en: Family Search, Coahuila, Saltillo, Sagrario Metropolitano, Libro de defunciones, 1798.*

	Párvulos	Adultos	Doncellas	Total
Hombres	57	4		61
Mujeres	46	8	8	62

1. Archivo Municipal de Saltillo (en adelante AMS), *Actas de Cabildo*, libro 6, acta 27, f. 47 v, 02 enero 1798, Elección del cabildo de Saltillo.  
2. AMS, *Actas de Cabildo*, libro 6, acta 31, f. 57v, 16 de abril de 1798, Sobre la atención de los contagiados de viruela.

Entre los adultos once estaban casados. Tres de ellos eran indios pames (una mujer, un hombre y una doncella). Lo más probable es que estos adultos no hubieran estado en contacto con el virus con anterioridad, los pames eran una nación de indios que se encontraba en las inmediaciones de las actuales gobernaciones de San Luis Potosí, Querétaro y Tamaulipas en México.

Entre los fallecidos figuraron 54 españoles, 34 indios, 28 coyotes y 2 mulatos. Solamente se omitió el dato de la calidad en el caso de dos párvulos que fenecieron por viruela. Estas cifras concuerdan con la composición de la población de Saltillo.

## Conclusiones

El virus de la viruela cundió en la villa septentrional de Saltillo a partir de enero de 1798, pero el primer fallecimiento por esta causa se registró cuatro meses después. El cabildo de la villa trató de evitar el contagio con dos medidas: la primera fue la inoculación de los párvulos, menores de 7 años; también quiso que los contagiados fueran atendidos exclusivamente por el doctor José Vicente de la Peña y evitaran recurrir a los curanderos. A pesar de ello, se registraron las defunciones de 123 personas en la sede parroquial de Santiago y en la hacienda de San Isidro de las Palomas. Sin embargo, esta cantidad fue menor a la registrada en poblaciones más pequeñas donde no se inoculó a los habitantes. Pero superó la de Monterrey donde la variolización fue masiva, y los muertos sólo 11. Ese episodio muestra la eficacia de la inoculación, antes de que se introdujera la vacuna, descubierta por Jenner, en la Nueva España.

## Bibliografía

García Flores, R. "Morbilidad y vulnerabilidad en una epidemia de viruela: Nuevo León, 1798". Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad. Vol. 29, núm. 14. México, 2008, p. 45-75.

Gerhard, P. (1996). La frontera norte de la Nueva España. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Offutt, L. S. (2001). Saltillo, 1770-1810: Town and Region in the Mexican North. Arizona: University of Arizona Press.

Sánchez Luna, G. y González Flores, J. G. "Epidemias de viruela en el sur de la provincia de Coahuila (Patos, Parras y El Álamo) a fines del periodo colonial". Estudios de Historia Novohispana. núm. 67. México, julio-diciembre 2022, p. 113-142.

Valdés Aguilar, R. "La viruela desde el punto de vista médico" en: Chantal Cramaussel (ed.). El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX: La viruela antes de la introducción de la vacuna, Zamora: El Colegio de Michoacán, 2010, pp. 27-36.



# El tifo en el noroeste del actual Estado de México: endemia y epidemia, 1805-1814

Víctor Torres Rosas



Figura 1. Fragmento que representa el área de estudio tomado de: José Álzate (1772). Mapa geográfico del Arzobispado de México.

## Introducción

El estudio cuantitativo de la población y su dinámica de crecimiento para la Nueva España y México dio como resultado la identificación de puntos críticos de sobremortalidad, ocasionados por diversas enfermedades infecciosas en la población a nivel local, regional o macrorregional en distintos momentos de la historia. Han llamado la atención aquellos periodos de elevaciones en la curva de mortalidad que tuvieron una presencia territorial extensa y se han catalogado como epidemias. No obstante, el mismo ejercicio de estudio cuantitativo reveló otros puntos críticos de sobremortalidades menos notorios que los epidémicos a los que denominamos endemias.

El área de estudio se encuentra ubicada al noroeste del actual Estado de México. Es importante aclarar que dado el origen de las fuentes primarias empleadas para la elaboración de este trabajo – constituidas principalmente por archivos parroquiales– la división jurisdiccional que nos interesa es la parroquial. A inicios del siglo XIX, este territorio se encontraba bajo la jurisdicción eclesiástica del Arzobispado de México. Estaba conformada por las parroquias de Santa María Atacomulco, San

Miguel Temascalcingo, Jesús Jocotitlán, San Miguel Chapa de Mota, Virgen de la Peña Villa del Carbón, San Francisco Ixtlahuaca, San Felipe del Obraje, San Juan Jiquipilco, San Pedro y San Pablo Jilotepec, San Miguel Acambay y San Jerónimo Aculco (véase figura 2).

El primer periodo que nos interesa corresponde a los años de 1805-1811. Durante este periodo pudimos identificar por toda la región de estudio distintos brotes endémicos y epidémicos de una enfermedad que afectaba mayormente a los adultos. Fue gracias a documentos alojados en el Archivo General de la Nación,<sup>1</sup> y algunos archivos parroquiales<sup>2</sup> que pudimos vincular los brotes que se registraron entre 1805 y 1811 con el tifo. En la historiografía –la que se evoca al estudio de la historia demográfica– poco se ha escrito sobre posibles periodos endémicos a consecuencia del tifo, de ahí la importancia de este trabajo, y solo se tienen breves menciones al respecto en autores como Delfina López Sarrelangue (1957, pp. 128-129), Donald Cooper (1980, pp. 216-217), y más recientemente en Silvia Méndez Main (2013, p. 23) y Ana Bertha Juárez y Pedro Canales (2017, pp. 116-129). En el caso de la sobremortalidad que acaeció entre 1813 y

Figura 2. Región noroeste del actual Estado de México. División parroquial hacia 1800. Elaborado con datos tomados de: INEGI (2009).



1. Archivo General de la Nación, Instituciones Coloniales, Indiferente virreinal, Caja 1860, Expedientes 3-8.

2. Archivo Parroquial de Jesús de Nazaret Jocotitlán (en adelante APJNJ), Sección Sacramental, Serie Defunciones, Libro de entierros 1801-1814. Archivo Parroquial de la Virgen de la Peña Villa del Carbón (en adelante APVPVC), Sección Sacramental, Serie Defunciones, Libro de entierros.

1814, su estudio es amplio y se sabe que fue una epidemia de tifo que se difundió por todo el territorio novohispano entre 1812 y 1815.

El tifo exantemático –también denominado matlazáhuatl, tabardillo o tabardete a lo largo de la historia novohispana– es una enfermedad causada por la *Rickettsia prowazekii*, cuyo reservorio es el hombre y es transmitida por el piojo humano de cuerpo y cabeza. En cuanto a su carácter epidémico, se calcula que pudo alcanzar una letalidad de entre 50 y 70% (Vaughan, 1990: 756-758). La sobremortalidad adulta observada halla su mejor explicación en la lógica epidemiológica del tifo humano –al ser excluido el origen zoonótico, en la rata y su pulga– y no en otros factores que han sido señalados por la historiografía tradicional en México como carencias alimentarias, hambre o fenómenos climáticos. Bajo esta hipótesis, también se esperaría que los pueblos o localidades afectados por la epidemia de 1805-1811 habrían tenido poca afectación durante la epidemia general de 1813-1814 y viceversa. Lo anterior se fundamenta en lo que se ha denominado como vacunación natural: tras haberse contagiado de tifo la misma enfermedad otorga inmunidad por un periodo aproximado de diez años.

## Breves consideraciones teóricas

Una epidemia, según Ana Bertha Juárez y Pedro Canales (2017), se puede definir como la propagación de una enfermedad durante algún tiempo en un área geográfica determinada, como un país, diseminándose o atacando a un número extenso de personas de manera simultánea. Suelen darse en amplias regiones con incidencia súbita y su afectación se da en lapsos cortos, tiempo en que toda la población susceptible es expuesta al virus (p. 110), causando un elevado número de defunciones entre la población que hacía tiempo no había sido expuesta a dicho microorganismo: la importancia de la afectación depende del número de habitantes susceptibles al contagio mortal. El universo de habitantes susceptibles se define, para cada enfermedad contagiosa, a partir del periodo de inmunidad obtenida por los sobrevivientes (de por vida para las que llamamos enfermedades infantiles, de menos de diez años para el tifo, por ejemplo).

La idea más clara sobre las connotaciones implícitas en la comprensión de lo que es una epidemia, acorde a lo entendido en esta investigación, la sintetiza Pedro Canales (2010); en ese sentido, podemos definir la epidemia como un brote infeccioso de menor incidencia y de una difusión más lenta en comparación con una epidemia. Hablar de una epidemia implica que la incidencia mortal es menor, en términos anuales, que los números totales de una epidemia, pero por encima del total de entierros de un año normal; por esto las epidemias pueden pasar incluso inadvertidas ante los ojos del investigador. Una epidemia llama la atención de manera clara por el súbito incremento de entierros en un lapso relativamente corto de tiempo; en contraste, una epidemia comúnmente tiende a confundirse con la mortalidad anual normal, pero puede ser identificada si se revisan los incrementos diferenciados de entierros por grupos de edad (párvulos o adultos), en los registros cuyas series se encuentren completas.

Una segunda acepción se puede aplicar, de manera simple, al hecho de que un brote infeccioso de cualquier enfermedad se mantiene en una esfera local o regional sin causar un brote de importancia que podamos llamar epidémico, es decir, sin afectar por contagio o transmisión a individuos que habitan más allá de la región geográfica en cuestión: una enfermedad puede impactar una región ecosistémica sin afectar otras similares y cercanas (Canales, 2010, p. 50). Lo anterior, sucede tras la llegada de un microorganismo por primera vez a un ecosistema, en particular en el caso de los que su reservorio natural es el hombre; es decir, el organismo infectante halla el individuo que le permite reproducirse de manera ininterrumpida entre otros habitantes de este ecosistema, lo que causará sobremortalidades periódicas por la enfermedad que ocasiona el agente infeccioso. Es importante entender esta acepción porque permite explicar el surgimiento de brotes infecciosos locales, regionales o continentales que no requieren ya de la introducción del germen desde el exterior de dichas esferas dado que, como dijimos, existen los reservorios locales que, llegada la ocasión, producirán la infección de manera local o regional o continental, incluso. La enfermedad, ahora, tiene

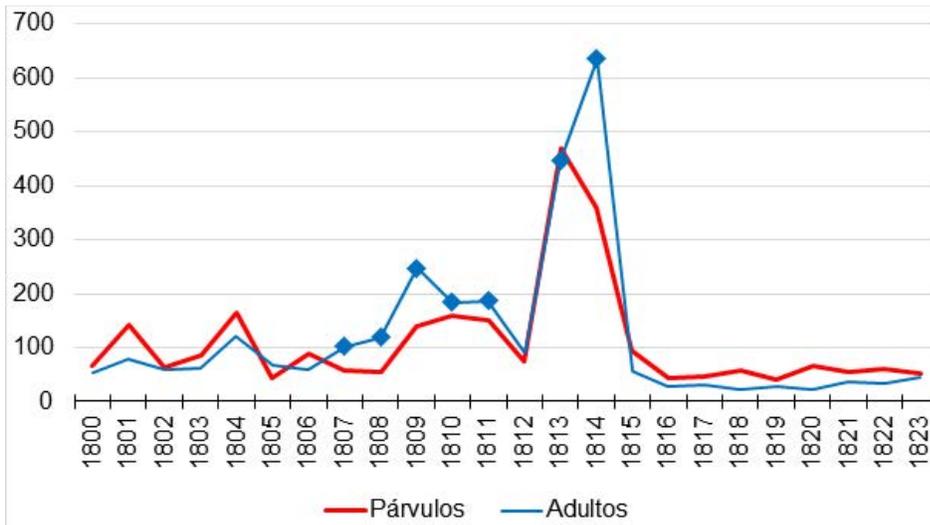
su origen en la misma comunidad o región pues existen los reservorios locales que causan brotes endémicos eventuales que, por otra parte, causarían inmunidad en los sobrevivientes afectados, por una decena de años en el caso de tifo. Esta inmunidad por la presencia endémica más o menos continua en una población también serviría de dique de contención para brotes epidémicos generales o parciales ante un contagio que provenga de otra población; su incidencia avanzará lentamente en la comunidad protegida por endemias previas.

El área de acción endémica, como hemos dicho, puede ser un pueblo, una parroquia, un valle o una región determinada un poco más extensa; entonces, también puede ser foco de una epidemia. Esto es lo que sabemos ocurre con la llamada enfermedad de Brill-Zinsser capaz de ocasionar cada vez brotes endémicos –y quizá epidémicos– de tifo, si se presentan las condiciones para su propagación.<sup>3</sup> La diferencia propuesta entre epidemia y endemia deberá ayudarnos a construir un mejor análisis y comparaciones puntuales al interior de nuestro objeto de estudio, el tifo, primero como endemia entre los años de 1805 y 1811, luego, como cuadro epidémico entre 1813 y 1814.

### **Incidencia y difusión de la endemia y epidemia de tifo**

Se puede rastrear una endemia de tifo a partir de un incremento del nivel normal de los entierros de adultos. Este incremento puede resultar evidente al observar los cambios proporcionales del comportamiento anual de los entierros por grupo de edad. Esto mismo se obtiene al momento de graficar los entierros anuales por grupo de edad como se ha hecho para una de la parroquias de la región estudiada.

*3. Una idea más desarrollada al respecto se encuentra en: Endemia y epidemia de tifo en el norte del actual Estado de México, 1805-1814 (Torres, 2022, pp. 32-38).*



Gráfica 1. Entierros de párvulos y adultos sin distinción de calidad, Jiquipilco 1800-1823  
Elaborado con datos tomados de APVPFVC; APSPSPJ; APSFAI; APSMGA; APSMAT; APS-  
MACM; APSGA; APSJBJ; APSFAP; APSMAA; APJNJ.

En la gráfica 1, correspondiente a la jurisdicción parroquial de Jiquipilco, se muestra que la endemia previa a la epidemia de 1813 se habría prolongado durante varios años, sobre todo entre 1809 y 1811, donde se ve que los entierros de párvulos también se incrementan; el aumento trianual de los entierros de niños parece acompañar el incremento entre los adultos pues, como se sabe, los niños también padecen el tifo pero en menor proporción que los adultos. El incremento bianual (1813-1814) de los entierros en Jiquipilco puede corresponder al traslape anual de los meses de sobremortalidad o bien a la incidencia diferenciada por localidad en la propia parroquia. Este tipo de gráficas plurianuales ha permitido identificar la sobremortalidad adulta.

Una vez que identificamos el periodo de sobremortalidad en la región, pudimos observar que la incidencia se registró de manera independiente para cada jurisdicción parroquial, como se observa en la figura 3. El brote de la enfermedad pudo haber comenzado en las proximidades a la Ciudad de México, hasta propagarse a los pueblos cercanos a Jilotepec y Villa del Carbón.

Parroquia	1805			1806			1807			1808			1809			1810		
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Jilotepec																		
Temascalcingo																		
V. del Carbón																		
Ixtlahuaca																		
San Felipe																		
Jiquipilco																		
C. de Mota																		
Jocotitlán																		
Atacomulco																		
Acambay																		

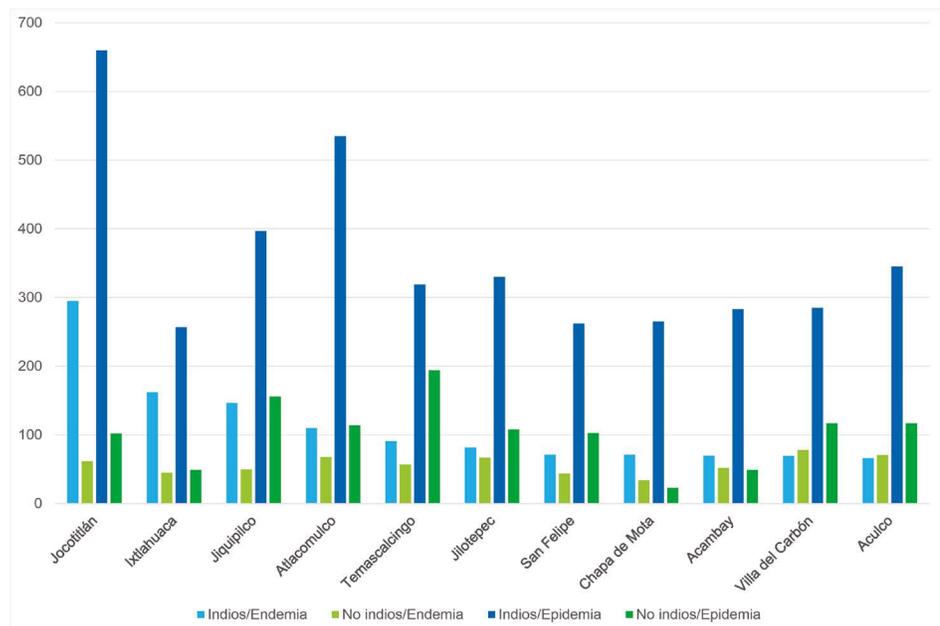
Figura 3. Meses de mayor sobremortalidad adulta por jurisdicción parroquial en la región Ixtlahuaca-Jilotepec, julio de 1805 a febrero de 1810.  
Elaborado con datos tomados de APVPFVC; APSPSPJ; APSFAI; APSMGA; APSMAT; APS-  
MACM; APSGA; APSJBJ; APSFAP; APSMAA; APJNJ.



En Jilotepec, por ejemplo, el número de entierros de adultos sobrepasa en varios momentos al de párvulos desde 1805 hasta 1809. En la mayor parte de las jurisdicciones parroquiales, el aumento en el número de defunciones de adultos es perceptible de 1807 a 1809 a excepción de Jiquipilco, donde la curva de entierros disminuye hasta 1811 (véase la gráfica 1).

En el caso de la epidemia, las defunciones por tifo comenzaron a darse, primero, en función de la cercanía con la Ciudad de México, en Villa del Carbón, en febrero de 1813. Podemos agrupar las parroquias de acuerdo al mes en que se incrementa el número de entierros en sus respectivas jurisdicciones comenzando por Villa del Carbón en febrero; Jilotepec en junio; Ixtlahuaca, Atlacomulco, Temascalcingo, Chapa de Mota y Aculco en el mes de agosto; Jiquipilco y San Felipe en septiembre y finalmente, Jocotitlán y Acambay en octubre. En la mayoría de los casos, la sobremortalidad se prolongó entre seis y ocho meses, siendo el periodo comprendido entre agosto de 1813 y mayo de 1814 el que mayor número de entierros registró para la región en general.

Para poder comparar los efectos del tifo endémico y epidémico entre la población de las distintas jurisdicciones parroquiales se obtuvo la tasa bruta de mortalidad para cada uno de los territorios, haciendo distinción de grupo de edad y separando a los indios del resto de la población no india. Para una mejor representación gráfica (véase la numero 2), la tasa bruta de mortalidad se dividió entre mil.



Gráfica 2. Tasa bruta de mortalidad dividida entre mil, en endemia y epidemia. Parroquias del noroeste del actual Estado de México, 1805-1814.  
Nota. Elaboración propia con datos tomados de APVPFVC; APSPSPJ; APSFAI; APSMGA; APSMAT; APSMACM; APSGA; APSJB; APSFAP; APSMAA; APJNJ.

Lo que podemos destacar de la gráfica dos, son algunos casos que –en términos generales– apoyarían la hipótesis que se planteó al inicio del texto. Si bien, la mayoría de los casos muestra –a simple vista– una proporción similar entre el número de defunciones –de indios o no indios– durante la endemia y la epidemia, un análisis más detallado (que por términos prácticos en esta publicación es bastante resumido) permitirá una mejor comprensión.

Veamos el caso de Ixtlahuaca: si observamos la línea que representa la tasa bruta de mortalidad del grupo de indios durante la endemia, es la segunda más alta, solo por detrás de Jocotitlán; ahora veamos la línea de indios durante la epidemia y podremos notar que es la más baja de toda la región de estudio ¿Qué significa? En nuestra interpretación, podemos decir que se ve reflejado –en este caso en particular– lo que versa la hipótesis planteada: los pueblos o localidades afectados por la endemia de 1805-1811 habrían tenido poca afectación durante la epidemia general de 1813-1814 y viceversa. En contraste, podemos interpretar el caso de Aculco: la tasa bruta de mortalidad de los indios durante la endemia es la más baja; durante la epidemia, este mismo cálculo ubica a la jurisdicción parroquial como el cuarto valor más alto en cuanto a las defunciones registradas.

Por términos de extensión de este texto no podemos ampliar este análisis para todas las jurisdicciones en particular, pero sí podemos adelantar que de las once parroquias en por lo menos siete se muestra una variación evidente



entre los cálculos de tasa bruta de mortalidad para la endemia y epidemia. Aunque el anterior ejercicio de comparación puede parecer un poco apresurado, en términos generales cumple con lo que se planteó al inicio del texto: mostrar si las jurisdicciones parroquiales más afectadas por la endemia de 1805-1811 habrían tenido poca afectación durante la epidemia general de 1813-1814 y viceversa.

## Consideraciones finales

Es evidente que el brote que tuvo lugar entre 1805-1811 se trató de una endemia, dado que la mortalidad no fue tan elevada, que la difusión fue lenta y que el brote no se propagó a regiones contiguas –como el valle de Toluca–,<sup>4</sup> esto, en oposición a lo ocurrido en el periodo 1813-1814 en que tuvo lugar la epidemia general de tifo por todo el territorio de Nueva España. La lenta difusión del periodo endémico tuvo como consecuencia que el tifo se mantuviera en la región por más de siete años a lo largo y ancho de todas las jurisdicciones parroquiales. El resultado: la elevación de los entierros anuales fue prácticamente imperceptible, como se anticipó.

4. Se revisaron estudios correspondientes al periodo en cuestión para constatar que, en efecto, no existió sobremortalidad aparente para el grupo de adultos entre 1800 y 1813 en los pueblos contiguos a nuestra región de estudio y el valle de Toluca. En cambio, se registró una endemia de tifo a inicios de la década de 1820 (Javier, 2017, pp. 123-141; Escobar y Torres, 2017, pp. 142-155).





Quedan pendientes varios aspectos particulares por resolver, como estudiar de manera detallada –quizá mediante trabajos de corte local y más finos– si la hipótesis planteada se cumple dentro de una jurisdicción parroquial o si no se presenta otro periodo de sobremortalidad por tifo en los próximos diez años (por el supuesto que alude a la vacunación natural). En archivos bien conservados y sin lagunas de información sería interesante analizar, distinguiendo la asignación social de los fallecidos, la incidencia del tifo durante endemias y epidemias –a detalle– para tener argumentos sólidos que nos permitan identificar si un grupo era más afectado que otro e intentar identificar las causas.

## Referencias

### Archivos consultados

Archivo General de la Nación (AGN)  
Archivo Parroquial de San Miguel Arcángel Acambay (APSMMAA)  
Archivo Parroquial de San Gerónimo Aculco (APSGA)  
Archivo Parroquial de San Miguel Arcángel Chapa de Mota (APSMACM)  
Archivo Parroquial de San Francisco de Asís Ixtlahuaca (APSFAL)  
Archivo Parroquial de San Pedro y San Pablo Jilotepec (APSPSPJ)  
Archivo Parroquial de San Juan Bautista Jiquipilco (APSJBJ)  
Archivo Parroquial de Jesús de Nazaret Jocotitlán (APJNJ)  
Archivo Parroquial de San Felipe del Progreso (APSFPP)  
Archivo Parroquial de San Miguel Arcángel Temascalcingo (APSMAT)  
Archivo Parroquial de Santiago Apóstol Temoaya (APSAT)  
Archivo Parroquial de la Virgen de la Peña de Francia Villa del Carbón (APVPFVC)

### Bibliografía

Canales Guerrero, P. (2010) Historia natural y cultural de la viruela y otras enfermedades infecciosas. Epidemias y endemias en el valle de Toluca, 1690-1833. En Cramaussel C. y Carbajal López, D. (eds.), El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX: estudios de larga duración (pp. 41-62). El Colegio de Michoacán.



Cooper, D. (1980). Las epidemias en la Ciudad de México 1761-1813. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Escobar Sánchez, J. y Torres Plata, M. A. (2017). El tifo de 1813 y otras enfermedades del siglo XIX en Almoloya. En González Flores, J. G. (coord.), Epidemias de matlazáhuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia de la población adulta del siglo XVII al XIX (pp. 142-155). Universidad Autónoma de Coahuila.

INEGI (2009), Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Javier López, E. (2017). Tifo, mortalidad comparada: epidemia de 1813, endemia de 1822-1824. Parroquia San José de Toluca. En González Flores, J. G. (coord.), Epidemias de matlazáhuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia de la población adulta del siglo XVII al XIX, Saltillo (pp. 123-142). Universidad Autónoma de Coahuila.

Juárez Ramón, A. B. y Canales Guerrero, P. (2017). Enfermedad, muerte ¿y hambre? en Ixtlahuaca durante la Guerra de Independencia. Tifo epidémico en 1813, tifo endémico de 1807-1809. En Iracheta Cenecorta, M. P. y Enríquez Sánchez, A. J. (coords.), Ixtlahuaca (pp. 99-152). El Colegio Mexiquense.

López Sarrelangue, D. (1957). Una villa mexicana en el siglo XVIII: Nuestra Señora de Guadalupe. Imprenta Universitaria.

Méndez Maín, S. M. (2013). Xalapa, Jilotepec y Noanilco: una ruta de contagio en el camino México-Veracruz, 1765-1820. En Magaña Mancillas, M. A. (coord.), Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México (pp. 13-32). Universidad Autónoma de Baja California / Instituto Sudcaliforniano de Cultura.

Torres Rosas, V. A. (2022). Endemia y epidemia de tifo en el norte del actual Estado de México (tesis de Maestría en Humanidades). Universidad Autónoma del Estado de México.

Vaughan, V., McKay, J. y Nelson, W. (1990). Tratado de pediatría. Salvat.

# El cólera de 1833 en la ciudad de Chihuahua.

## Una mirada desde la salud pública

Osmar Alberto Escobar Quintana



Figura 1. Ministro francés atacado por el cólera morbus. Ilustrador Granville, (1803-1847). Imagen obtenida de la Biblioteca Nacional de Francia. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b53013685c?rk=21459;2>.



La enfermedad ha acompañado al ser humano desde su aparición en este planeta y no es precisamente un mal que comprometa el bienestar de unas cuantas personas. Basta recordar simplemente la pandemia del AH1-N1 en 2009, o peor aún, la que se está viviendo con el Covid 19. Aunque esto represente un serio problema en las sociedades, el ser humano ha ideado estrategias para frenar semejante mal con base al conocimiento que se encuentra a su alcance.

Gracias a los avances médicos, se han dado mejores respuestas a estas crisis de salud pública, pues al conocer mejor la etiología de las enfermedades, se han logrado idear medidas eficaces para frenar el paso de las epidemias y, en el mejor de los casos, la creación de su respectiva cura. Pero ¿Acaso el ser humano siempre ha actuado de la misma forma ante estas situaciones? Dicho lo anterior, el presente trabajo pretende demostrar, a manera de esbozo, las múltiples formas en que la junta de sanidad de la ciudad de Chihuahua procuró evitar la llegada del cólera morbus, así como las medidas curativas para tratar a los epidemiados. Si bien la epidemia de 1833 no generó altas tasas de mortalidad en la capital del estado, sí ocasionó una interesante movilización que facilita entrever las dinámicas de dicha corporación.

## Llegada del cólera a Chihuahua

La llegada del cólera morbus a la entidad chihuahuense se encuentra en el contexto de las primeras dos pandemias ocurridas durante el siglo XIX.<sup>1</sup> Fue hacia 1817 que el bacilo colérico abandonó su nicho natural –ubicado en el delta del río Ganges– para internarse en las ciudades y puertos más importantes del continente asiático (Cuenya, Malvido, Lugo, Carrillo & Oliver, 1992, p. 7). Algunos años después, el cólera volvió a tomar rumbo, solo que en esta ocasión la epidemia atacó a las poblaciones del continente europeo y americano. En 1832, proveniente de los puertos de Irlanda, la enfermedad cruzó el Atlántico llegando a las ciudades de Montreal y Quebec en noviembre de ese mismo año. De Canadá, el bacilo llegó a la urbe neoyorquina para expandirse por la costa atlántica estadounidense alcanzando a la población de Nueva Orleans, desde donde ingresó a territorio mexicano (Carbajal, 2011, p. 2026).

Entre los meses de mayo y junio de 1833, el cólera arribó a los puertos de Tampico y Campeche, diseminándose al interior del país por las principales rutas comerciales de la época (Carbajal, 2011, p. 2030). En un primer momento el camino obligado para la epidemia fue el tramo Tampico-San Luis Potosí. A este último lugar llegaban la mayor parte de las mercancías importadas para ser trasladadas a los estados de Zacatecas, Aguascalientes, Guanajuato y Durango (Oliver, 2018, p. 55). Es importante señalar que por varias de estas localidades pasaba el camino real de tierra adentro, ruta por la cual ingresó a territorio chihuahuense el cólera morbus y otras epidemias devastadoras como el matlazáhuatl y la viruela<sup>2</sup> (Cramaussel, 2014, p. 152).

1. Ocho han sido las pandemias que han flagelado a la humanidad según González, Casanova y Pérez. Las fechas van de la siguiente forma: 1° 1817-1823, 2° 1826-1851, 3° 1852-1859, 4° 1863-1879, 5° 1881-1896, 6° 1899-1923, 7° 1961-1991, 8° 1992-2010 (2011, pág. 280-294).

2. Es importante señalar que el ingreso de las epidemias se facilitaba por las grandes comitivas de viajeros que solían transitar por el camino real de tierra adentro. Lo inseguro de los caminos y la aridez del terreno hacían que esta empresa fuera necesariamente colectiva, pues se necesitaban suficientes personas para repeler alguna agresión y también para transportar insumos. Además, las rutas por las que circulaban las caravanas pasaban cerca de lugares poblados, lo que permitía no solo el traslado de mercancías, sino también el de enfermedades epidémicas (Cramaussel, 2006, pág. 300).

Fue así que para el mes de octubre<sup>3</sup> de 1833 el cólera morbus ingresó por primera ocasión al estado de Chihuahua. Proveniente de Durango, la epidemia comenzó a cobrar las primeras víctimas en la población de la hacienda del río Florido, llevándose a la tumba a 168 personas; de ahí, la epidemia comenzó a avanzar con lentitud al norte del estado, llegando a la comunidad de Valle de Allende, donde perecieron 240 individuos para después acabar con otros 99 en la población de Santa Rosalía. Hacia el mes de noviembre la enfermedad se hizo presente en Santa Cruz de Rosales y en la ciudad de Chihuahua, solo que en estas últimas dos comunidades el vibrión acabó únicamente con la vida de dos personas (Cramaussel, 2014, pp. 154-155). Al parecer, el clima gélido que había comenzado a presentarse actuó como una barrera natural que impidió el avance de la epidemia más allá del sur del estado (Cramaussel, 2014, p. 170), donde según las fuentes oficiales, causó la muerte de 779 personas, equivalente a un poco más del 3% de la población de aquel entonces (Cramaussel, 2014, pp. 155-156).

Si bien la epidemia no alcanzó a ocasionar estragos en la población de la capital, sí generó una importante movilización de las autoridades debido a las noticias que llegaban al ayuntamiento dando a conocer el avance de la temible enfermedad. Así, el gobierno local recurrió a la jefatura asignada para este tipo de situaciones.

## Las juntas de sanidad

La junta de sanidad fue una corporación dependiente de los ayuntamientos cuyo objetivo era mantener la salud pública de la población. Cuando los cabildos recibían noticias sobre el avance de alguna epidemia, las autoridades consultaban a dicha junta para que se encargara de dictar las medidas preventivas y curativas (Oliver, 2018, p. 170). Estas jefaturas surgieron con la promulgación de la Constitución de Cádiz en 1812, la cual estableció en el artículo 309 que el gobierno interior de las provincias recaía en los

*3. Según Cramaussel, el ingreso de la enfermedad en esa fecha obedece a la época de mayor tránsito por el camino real de tierra adentro, ya que las caravanas se multiplicaban al terminar el periodo de lluvias entre los meses de septiembre y octubre (2010, pág. 107).*



Figura 2. Pacientes enfermos de cólera durante la epidemia de 1854. Dibujo a lápiz por A. Gautier, 1859. Véase en: <https://www.jstor.org/stable/community.24835092>.

ayuntamientos. Estos cuerpos tenían una serie de atribuciones entre las que destacan la policía de salubridad (Cádiz, 1812).

Con la intención de clarificar los nuevos lineamientos administrativos emanados de la constitución de Cádiz, las cortes optaron por promulgar la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias en el mes de junio de 1813 (Hernández, 2014, p. 537). En ella se daba a conocer que todos los ayuntamientos debían formar una junta de sanidad año con año, la cual se compondría por el alcalde primero, el cura párroco más antiguo, uno o más facultativos, varios regidores y vecinos según el número de personas en el pueblo. Los deberes de esta corporación comprendían la limpieza de los parajes públicos, la vigilancia sobre la condición de los alimentos, la existencia de un cementerio convenientemente instalado y la desecación de cuerpos de agua insalubres; además, tenían la importante labor de notificar al jefe político de la provincia sobre la presencia de enfermedades epidémicas para así lograr frenar su paso y enviar los auxilios correspondientes a las personas infectadas (Instrucción para el gobierno económico, 1813).



No fue sino hasta el mes de marzo de 1826 que se creó la primera junta de sanidad en la capital con base a lo estipulado en el Reglamento para el régimen interior de los pueblos<sup>4</sup> (Archivo Histórico Municipal de Chihuahua, 1826, caja 1, exp. 9). En el artículo 65 de dicha ley se establece que la salud pública debía estar a cargo de los ayuntamientos y, al igual que en la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 1813, la junta tendría que ser compuesta por el alcalde, de uno o más regidores, el cura párroco de la zona, de uno o más facultativos y vecinos según el número de habitantes del lugar.<sup>5</sup>

Es importante recalcar que, si bien año con año se formaba dicha junta, esta solo se reunía cuando la situación lo ameritaba, tal es el caso del cuerpo designado en 1833.<sup>6</sup> En el mes de marzo de ese mismo año, el ayuntamiento de la capital le hizo saber al gobernador José Isidro Madero que durante el mes de enero el cabildo había conformado la junta de sanidad, solo que no habían podido darle noticia sobre los trabajos de dicha corporación debido a que no se habían reunido (AHMCH, 1833, caja 2, exp. 17). No fue sino hasta ese mismo mes que en la ciudad de Chihuahua y en algunas poblaciones

bajo la jurisdicción de la capital,<sup>7</sup> hubo una epidemia a la que ellos nominaban como “fiebres pútridas”, lo cual motivó a que la junta de sanidad se reuniera para la implementación de medidas precautorias y profilácticas (AHMCH, 1833, caja 1, exp. 9).

Al poco tiempo, múltiples circulares comenzaron a llegar al ayuntamiento por parte de gobierno del estado notificando el avance de la temible epidemia del cólera morbus con el propósito de que se empezaran a crear las medidas correspondientes para evitar su llegada y también para el tratamiento de los enfermos.

## Prevenir y curar

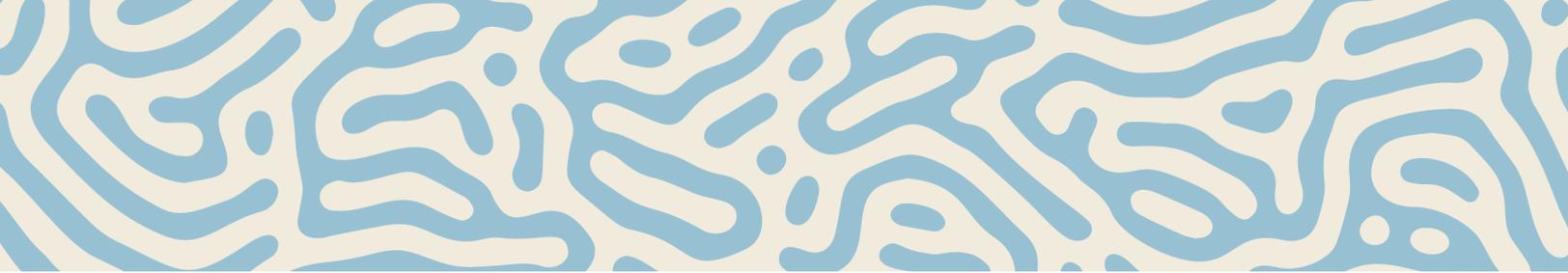
Durante la primera mitad del siglo XIX, las teorías miasmáticas y humorales constituyeron los soportes teóricos desde los cuales se basaron para precaver y curar las enfermedades. De este modo, la aparición de una epidemia en alguna localidad apelaba a la presencia de los denominados miasmas, los cuales se conformaban por las partículas pútridas del fondo de la tierra o efluvios malignos que exhalan algunos cuerpos enfermos y generalmente las aguas corrompidas y estancadas; con base a esta

4. Dicha junta se compuso por el presidente del ayuntamiento don Eugenio Risojos, el párroco don José Mateo Sánchez Álvarez, el regidor primero don Eduardo Trillo, el regidor cuarto don Melchor Puaspe, el facultativo de medicina don Francisco López de Roda y los vecinos don Vicente (ilegible) y don Juan Nepomuceno de Bustamante.

5. Nótese la herencia gaditana en la conformación de los ayuntamientos del recién creado estado de Chihuahua.

6. La junta quedó compuesta por José Eusebio Calderón, Antonio Gómez del Campo, Cristóbal Sánchez de Aparicio, Mariano Sáenz, Joaquín de Arellano, Miguel Jaurrieta, Joaquín Guerrero y Gabriel Hernández. Esta misma comisión fue la que se hizo cargo de las medidas preservativas y curativas ante el arribo del cólera morbus.

7. Dichas comunidades eran Santa Isabel, Babonoyaba, Santa Eulalia y San Lorenzo. La junta municipal de la última población envió una carta al ayuntamiento de Chihuahua donde hacía saber los estragos ocasionados por las “fiebres contagiosas”, las cuales se diseminaban con mayor rapidez entre la población indígena; además, dicha junta municipal carecía de los fondos necesarios para auxiliar a los epidemiados, por lo cual, pedían que el ayuntamiento de Chihuahua pasara la noticia al supremo gobierno del estado para poder ser auxiliados (AHMCH, 1833, caja 2, exp. 13).



lógica, la enfermedad no provenía de una persona enferma a una sana, sino que esta se originaba por la existencia de una atmósfera sucia e infectada. Así mismo, se creía que los estragos de una enfermedad en el organismo humano ocurrían por la alteración de los humores, basando así los remedios curativos en la recuperación del equilibrio humoral a la par del uso de químicos y la herbolaria local (Peniche, 2016, pp. 33-34). La ciudad de Chihuahua no fue la excepción en el seguimiento de estas tendencias médicas de la época.

En lo correspondiente a las medidas preventivas, la junta de sanidad local recomendaba la limpieza exhaustiva de parajes públicos y domésticos, fue así que se prohibió tener todo tipo de ganado en las áreas céntricas de la población y la matanza de reses debía hacerse en “la otra banda del río”, también se encargó que todos los interiores de las casas y sus respectivos corrales estuviesen limpios, evitando así la acumulación de estiércoles, basura y cuerpos de agua estancados; además, se recomendaba también que por las noches se colocaran luminarias de ocote o pino afuera de las casas con el fin de que el aroma inhibiera los miasmas (AHMCH, 1833, Caja 2, exp.13). Debe recordarse que evitar la creación de malos olores fue prioridad por parte de las autoridades para impedir la llegada del cólera a la capital.

Así mismo, para asegurar el cumplimiento de las medidas y la vigilancia sobre la situación de la ciudad, el gobernador José Isidro Madero asignó a cuatro jefes de policía,<sup>8</sup> los cuales estuvieron a cargo del aseo de las calles de cada uno de los cuatro cuarteles<sup>9</sup> y también de poner multas a los contraventores

de los preceptos establecidos (AHMCH, 1833, caja 2, exp. 13). De igual forma, pueden apreciarse las acciones de policía y vigilancia en una orden datada el 9 de agosto de 1833, en la cual se ordena que todos los ciudadanos regidores en turno lleven un diario en el que hagan saber lo advertido en las áreas asignadas. Tal es el caso del regidor Mariano Simón Terrazas, quien hace saber al jefe político de la ciudad que con el carretón que tenían no era suficiente para mantener limpias las calles del cuartel a su cargo, pero que gracias a que habían habilitado otro podrá mantenerlas con el mejor aseo posible (AHMCH, caja 2, exp. 17).

Respecto a los tratados médicos, en ellos puede observarse toda una gama de remedios. Los facultativos recomendaban ampliamente masajes en las piernas, brazos y cerebro acompañados de aguardiente, mostaza, pimienta, tabaco y un poco de ajo; también, se aplicaban ladrillos calientes en las plantas de los pies con sinapismos frecuentes, aunados con baños calientes para ocasionar la sudoración. Así mismo, se empleaba el láudano y la goma arábiga a manera de analgésicos (AHMCH, caja 2, exp. 13).

Un remedio interesante y al cual se referían de forma positiva, era el uso de una hierba llamada marcola. Según el secretario de gobierno del estado, era

*8. Algunos jefes de policía fueron los regidores que también componían la junta de sanidad.*

*9. En ese entonces la ciudad había sido dividida en cuatro cuarteles. El propósito de esto fue asegurar una vigilancia más eficiente tanto en la limpieza como en el auxilio de la población menesterosa que estuviese enferma. Lamentablemente no se cuenta con la documentación suficiente para trazar con precisión la extensión y ubicación de cada cuartel (AHMCH, 1833, caja 19, exp. 29).*

un pequeño arbusto de flor amarilla, el cual se recomendaba masticar y tragar el jugo de dicha planta para después ingerirlo a manera de cocimiento con un grano de sal. Se decía también que los beneficios contra el cólera morbus eran admirables, pues al ser ingerida a tiempo destruía la enfermedad y se encargaba de restituir los intestinos (AHMCH, 1833, caja 2, exp. 16). Otros remedios que se recomendaban era el cocimiento del peyote y la jícama silvestre. Esta última – según los testimonios de la época – ayudaba a destrabar las quijadas al exprimir la raíz entre las encías del enfermo (AHMCH, 1833, caja 2, exp. 16).

### Consideraciones finales

No cabe duda que la epidemia del cólera morbus de 1833 en la capital del estado no fue mortífera, sin embargo, el arribo constante de noticias y circulares sobre el avance y la posible llegada de la enfermedad a la ciudad de Chihuahua, ocasionó una fuerte movilización por parte las autoridades de la época, permitiendo así entrever el modus operandi de la junta de sanidad local, ya sea en la forma de nombrar a las personas que llegaron a componer dicha junta así como en las respuestas ideadas para hacer frente a las epidemias.

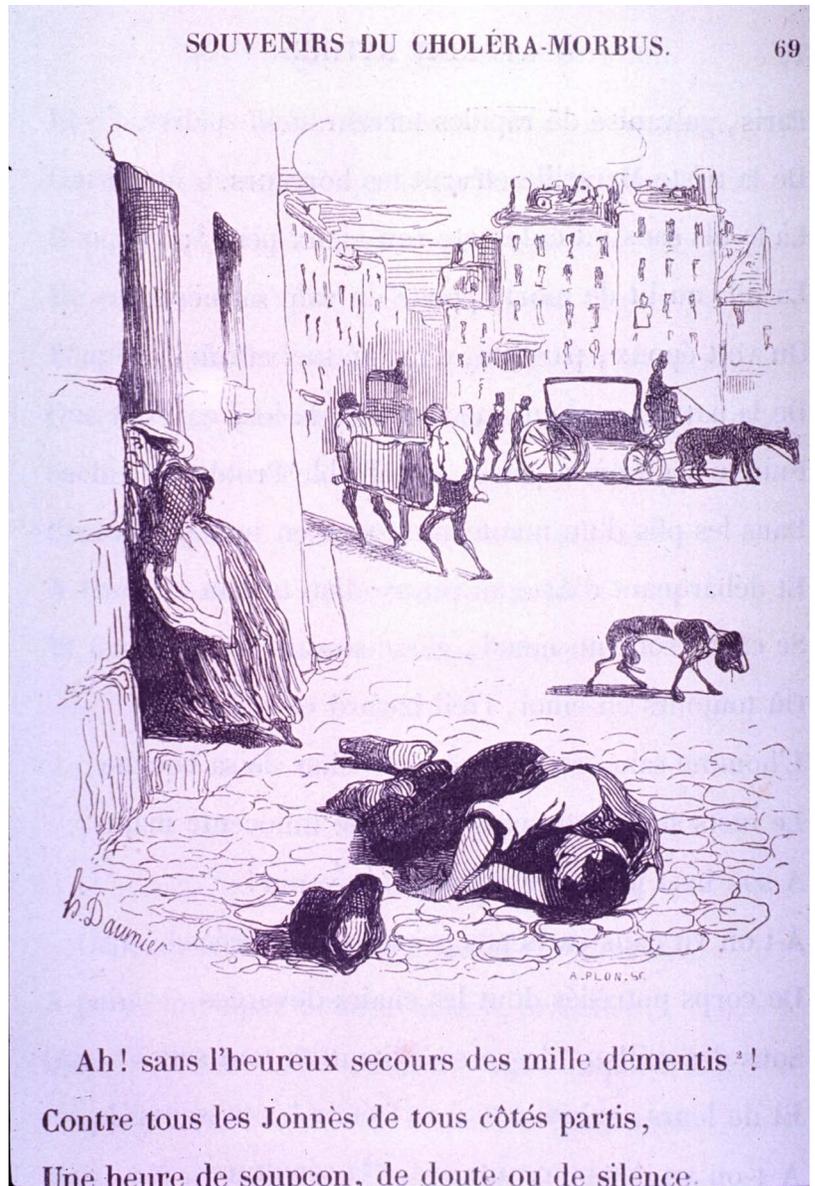


Figura 3. Hombre tirado en la calle a causa del cólera. Esta ilustración forma parte del *Némésis médicale illustrée*. Véase en: <https://www.jstor.org/stable/community.28539760>.

## Fuentes

AHMCH. Archivo Histórico Municipal de Chihuahua.

## Bibliografía

Carbajal, D. "La epidemia de cólera de 1833-1834 en el obispado de Guadalajara. Rutas de contagio y mortalidad". *Historia Mexicana* Vol. 60, Núm. 4. México, abril-junio-2011 pp. 2025-2067. Véase en: <https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/305>.

Constitución política de la monarquía española, promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812. (1820). Imprenta de Madrid. Véase en: [https://www.te.gob.mx/publicaciones/sites/default/files/archivos\\_libros/CPME\\_cadiz\\_1812.pdf](https://www.te.gob.mx/publicaciones/sites/default/files/archivos_libros/CPME_cadiz_1812.pdf).

Cramaussel, Ch. (2006). "El camino real de tierra adentro. De México a Santa Fe" en: *Rutas de la Nueva España*. México: El Colegio de Michoacán.

Cramaussel, Ch. (2010). "Epidemias y endemias. La viruela en Chihuahua del siglo XVIII al XX" en: *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*. Estudios de larga duración Vol. 3. México: El Colegio de Michoacán.

Cramaussel, Ch. (2014). "El cólera en el estado de Chihuahua, 1833, 1849 y 1851" en: *Cólera y población, 1833-1854*. Estudios sobre México y Cuba. México: El Colegio de Michoacán.

Cuenya, M.A., Malvido, E., Lugo, C., Carrillo A.M., & Oliver, L. (1992). *El cólera de 1833: una nueva patología en México. Causas y efectos*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

González, L.M., Casanova, M., Pérez, J. "Cólera: Historia y actualidad". *Revista Ciencias Médicas* Vol. 15 Núm. 4. México, octubre-diciembre-2011 pp. 280-294. Véase en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n4/rpr25411.pdf>.

Hernández, Saéñz, L. (2014). "Un problema de equilibrio: El protomedicato y las juntas de sanidad de México y Puebla, 1813-1850" en *México, a la luz de las revoluciones*. México: El Colegio de México.

*Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias*. (1813). Imprenta Nacional.

Oliver, L. (2018). *Un verano mortal. Análisis demográfico y social de la epidemia cólera: Guadalajara 1833*. México: Universidad de Guadalajara.

Peniche, Moreno, P. (2016). *El Cólera morbus en Yucatán, medicina y salud pública, 1833-1853*. México: MAPorrúa.

# Viruela y vacunas durante la primera mitad del siglo XIX:

## Algunos apuntes sobre la ciudad de Campeche

Carlos Alcalá Ferrández

El 31 de mayo de 1855 Damiana Chi, empleada doméstica indígena de la Señora Faustina Estrada, viuda de Gutiérrez, falleció de viruela (Alcalá, 2013, 45). Era una mujer que, desde los 7 años, había sido entregada por sus padres a una de las familias más acaudaladas de la ciudad de Campeche. Una vez que el párroco de la Iglesia del barrio de Guadalupe certificó el deceso, el cuerpo fue rápidamente envuelto



*Figura 1. Muñoz, Miguel, Cartilla o breve instrucción sobre la vacuna, escrita por Miguel Muñoz, profesor cirujano y comisionado por la superioridad para la conservación y propagación de este precioso antidoto. Mandada a reimprimir de cuenta del gobierno del Departamento de Yucatán. México, Reimpreso por Ignacio Cumplido, calle de los rebeldes núm. 2, 1844.*

con una sábana blanca y trasladado al camposanto para su entierro, mientras que la habitación donde había estado aislada fue desinfectada y clausurada para encerrar a los miasmas pestíferos causantes de las enfermedades, según el conocimiento médico de esa época. Algunos años después, los postulados de Luis Pasteur demostraron que los responsables de las enfermedades infecciosas eran microorganismos; sin embargo, los virus, uno de tantos gérmenes, tal como los conocemos ahora, fueron detectables hasta después de 1931 en microscopios electrónicos como uno de ellos, el Variola virus que causaba la viruela.

Algunas investigaciones señalan que este mal fue identificado en momias egipcias del siglo III a. C.; incluso, un médico islámico que vivió en 910 d.C. describió una forma benigna de la viruela (Watts, 2000, 130-131). Sin embargo, las descripciones sobre este padecimiento eran escasas, lo que podría explicar que los europeos que arribaron al continente americano entre 1492 y 1520 tuviesen poca información; a pesar de que en algunos episodios epidémicos sus relatos correspondían a este tipo de peste, en otras ocasiones describían signos y síntomas de otras enfermedades exantemáticas, como la varicela y el sarampión (Watts, 2000, 130-131). Un exantema se refiere a un grupo de infecciones sistémicas, con diferente grado de contagiosidad, que tienen como característica principal la presencia de una erupción cutánea y simétrica que en la actualidad afecta en mayor cantidad tanto a niños

como a niñas (Palacios y cols, 2015, 412). Algo que sí está documentado es que en el territorio que ocupa la República Mexicana, uno de los efectos de la llegada de los españoles fue el descenso del número de habitantes y el Variola virus fue uno de los principales responsables (Malvido, 2006, 26). Cuando Damiana se enfermó, el puerto de Campeche sufría los estragos de un episodio epidémico de viruela, los cuales se presentaban en oleadas de 15 a 20 años aproximadamente. La península de Yucatán sufría periodos de inestabilidad política y económica debido a la Guerra de Castas, así como otros enfrentamientos derivados de las facciones liberales y conservadoras del centro de la República Mexicana. En ese marco, los indígenas mayas tenían lazos comerciales con los ingleses que habitaban el territorio de la Honduras Británica o Belice con el objetivo de obtener armas. Sin embargo, en 1852, un episodio de cólera que afectó a los habitantes de la isla de Jamaica se propagó por gran parte de la zona del Caribe. Por consiguiente, el territorio yucateco, que sufría los efectos del conflicto armado, también resultó afectado por el *Vibrio cholerae*. Para darnos una idea, entre octubre y noviembre de 1853, la ciudad de Mérida reportó casi 3000 personas fallecidas por esta enfermedad (Contreras, 2014, 96).

Además del cólera, en 1854, algunos pueblos yucatecos informaron casos de viruela y el 30 de noviembre se reportaron varios decesos en el puerto de Campeche. En 1855, durante los meses de marzo y junio, este mal se convirtió en



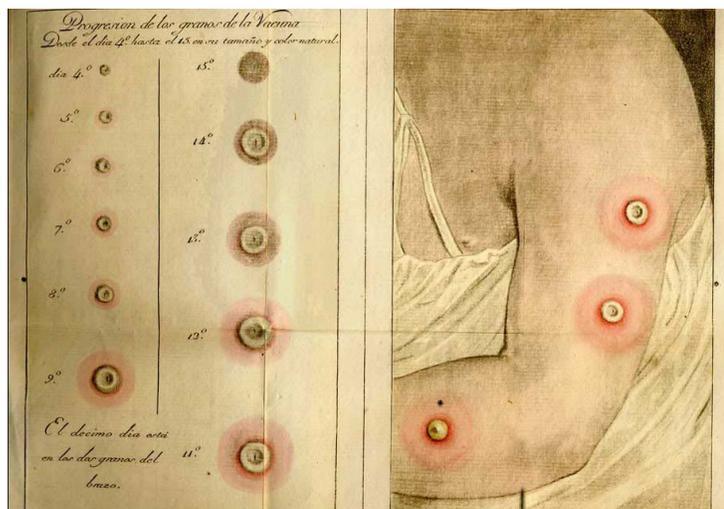
epidemia y en un sitio de 15 000 habitantes, la cuarta parte de los decesos que se registraron ese año se debieron a la viruela. Del total de enfermos fallecidos, 58.75% vivían en el recinto amurallado, la zona con mayor densidad de población de la ciudad, mientras que, en el barrio de Guadalupe, donde se encontraba el domicilio en el que Damiana trabajaba, sólo reportó un 2.81%, lo cual podría ser una cifra engañosa porque gran parte de los habitantes de esa zona se registraban en la parroquia del Sagrario, actualmente la Catedral de la Diócesis de Campeche (Alcalá, 2015, 154-160). Además, una cantidad importante de comerciantes y sus familias, que residían en el suburbio, emigraron del puerto en busca de mejores condiciones de vida tanto en la ciudad de Mérida, como en otros puntos del país por causa de la inestabilidad política y la crisis económica.

La viruela es una enfermedad que no tiene cura alguna y sólo puede ser prevenida por medio de una vacuna. En 1796, Edward Jenner observó que las personas ordeñadoras de vacas no se contagiaban por viruela bovina y pensó que si inoculaba líquido de una vesícula con viruela a las personas, éstas no se enfermarían. Por lo tanto, demostró sus afirmaciones con un niño de ocho años y ante el éxito de esta práctica, publicó los resultados en un trabajo titulado *An inquired into the causes and effects of Variolae Vaccinea. A disease Discovered in some of the Western Countries of England*, y la vacuna se extendió por el continente europeo (Oliver, 2006, 212). En 1800, la corona española aceptó este método preventivo y tres años después, la expedición encabezada por Francisco Xavier de Balmis la introdujo en la Nueva España, es decir, como se le conocía al territorio que actualmente ocupa México, y el puerto de Campeche fue uno de los primeros sitios en recibir la vacuna (Oliver, 2006, 212).

No obstante, antes de los hallazgos de Jenner, existían otros procedimientos cuyos objetivos eran similares, es decir, la prevención de la viruela. Entre éstos destacaba la variolización, técnica que comenzó a utilizarse en China que consistía en la introducción de costras por la nariz de las personas que habían enfermado. Las personas, al enfermarse, contraían una forma benigna del padecimiento y quedaban protegidos de por vida (Oliver, 2006, 212). A partir de la vacunación, la forma de inocular se modificó y un reporte realizado por dos médicos de la ciudad de Campeche describía la técnica aplicada, así como el tiempo adecuado de conservación del frasco del pus vacuno y la etapa más conveniente para obtenerla:



Figura 2. Muñoz, Miguel, *Cartilla o breve instrucción sobre la vacuna, escrita por Miguel Muñoz, profesor cirujano y comisionado por la superioridad para la conservación y propagación de este precioso antídoto. Mandada a reimprimir de cuenta del gobierno del Departamento de Yucatán. México, Reimpreso por Ignacio Cumplido, calle de los rebeldes núm. 2, 1844.*



*Se usa de una lanceta fina limpia y bien afilada: con esta se hace dos pequeñas cortadas en cada brazo bien superficiales; las costras se introducen al fluido vacuno con la misma lanceta, cuidando que se secan bien las sisuras antes de separarse el paciente del practicante. El mejor pus es lo que sacan del grano al tiempo de usarlo, sin embargo el pus conservado en vidrio bien cerrado sirve muy bien humedecido con un poco de agua fresca al tiempo de usarlo. La época mas apropiada para sacar el pus del grano es desde el noveno hasta el duodécimo día, teniendo el grano un color de perla.<sup>1</sup>*

Las aplicaciones de la vacuna formaron parte de las políticas sanitarias y en el puerto campechano existía, desde 1846, una Dirección de Vacunas, organismo responsable de su distribución y que estaba constituido por un director titular, otro subalterno y los jefes políticos de los ayuntamientos y municipalidades. Además, esta organización era responsable de auxiliar a las poblaciones rurales cuando se presentaban episodios de fiebres estacionales relacionadas con el paludismo. Sin embargo, existieron dificultades para que el pus vacuno se pro-

<sup>1</sup> Archivo General del Estado de Yucatán (AGEY). El jefe superior del Departamento de Campeche mandado al gobernador los opúsculos sobre la vacuna de los facultativos don Manuel Campos y don Alejandro Mc Kinney. Campeche, abril 26 de 1842. Fondo: Poder Ejecutivo, Ramo: Gobernación, vol. 1, exp. 19.



pagara a toda la población de la ciudad, como la calidad del suero y su conservación. Otros factores asociados se relacionaron con la realización de la vacuna al aire libre, así como la técnica deficiente del vacunador, lo cual se debía a la falta de personas instruidas para la aplicación de la inoculación, así como la cantidad de vacunas debido al escaso presupuesto destinado por parte de las autoridades (Alcalá, 2015, 150-154).

La técnica de inoculación se relacionaba con el manejo inadecuado de las normas higiénicas para el uso de lancetas y, por lo tanto, el volumen de niños vacunados con el mismo instrumento también contribuía al fracaso de la inmunización. Aun así, se diseñaron estrategias para que este líquido estuviese al alcance de toda la población, las cuales eran más intensas cuando existía la amenaza de una epidemia, como las ocurridas en Tabasco y La Habana en agosto y septiembre de 1850. No obstante, los conflictos armados, que desde 1835 se presentaron en la península de Yucatán, dificultaron su distribución, principalmente en el ámbito rural, lo que podría explicar que Damiana no estuviese vacunada, a diferencia de otras personas que vivían en la ciudad de Campeche; aunque también, sus padres pudieron negarse a que la recibiese (Alcalá, 2015, 150-154).

Las autoridades y médicos señalaban que la negativa de

los padres era una de las principales causas por las cuales no se vacunaba a los niños. Al respecto, existía un discurso en el que los indígenas y los que rechazaban la vacuna eran los responsables de que las vacunas perdiesen la vigencia correspondiente y por consiguiente, ya no eran útiles para su aplicación. Durante el siglo XIX, la percepción sobre las personas que no se querían vacunar era distinta y los que rechazaban esa oportunidad fueron considerados por parte de los funcionarios como seres apáticos, negligentes, ignorantes y enemigos de los progresos de la civilización. Por esta razón, se recomendó la amonestación hacia los padres de familia por “su imprudente resistencia y se les exigió a que acudiesen diligentes con sus hijos para hacerles vacunar”.<sup>2</sup>

Se llevaron a cabo diversas estrategias para que la vacunación fuese aceptada de manera voluntaria como la aplicación gratuita, la gratificación económica a los padres de los niños, cuyos gránulos que se habían desarrollado en sus brazos, sirviesen para la elaboración de mayor cantidad de linfa, así como la instalación de diversos sitios como escuelas o las oficinas de policía incluso, durante las fiestas públicas. Sin embargo, ante la escasa respuesta y resistencia de las personas, las autoridades determinaron la obligatoriedad de ésta e, incluso, se autorizó el uso de la fuerza y la revisión de cicatrices en niños para identificar si estaban ino-

*Archivo Municipal del Estado de Campeche (AMC). Acuerdos de la Junta de Sanidad de la ciudad de Campeche. 1813, 1814 y 1820. Fondo: Salubridad, Caja1, exp. 2.*



culados. Además, se hicieron gestiones para que la obligatoriedad fuese establecida en los diversos códigos y reglamentos sanitarios que se publicaron en México, principalmente, durante el gobierno de Porfirio Díaz (Carrillo, 2010, 94-102).

A pesar de estos inconvenientes, los que aceptaban la vacuna destacaban que era un símbolo del progreso para las naciones receptoras. Además, en algunos casos se consideraba como la panacea para otras enfermedades como las relacionadas con el sistema nervioso, trastornos de los órganos de los sentidos, “en la parálisis de los párpados, en la de los músculos de la laringe con pérdida de la voz (afonía); en la debilidad de esófago y del estómago, en las de las extremidades: en el colapsus cerebral, la demencia y el idiotismo; en la descomposición pútrida de la sangre o en su disolución, en el escorbuto no inflamatorio”, etc, (Muñoz, 1844, 6). Por otra parte, las primeras sociedades antivacunas mostraron con estadísticas los perjuicios de la vacuna entre las que puntualizaban algunas formas del cáncer, la tuberculosis y la sífilis, lo cual, en el caso de las últimas dos, era posible por el uso general de las lancetas, lo que también propiciaba procesos infecciosos por lesiones en el brazo inoculado (Agostoni, 2016, 28).

Pero ¿en qué consistía la vacuna? A diferencia de los preparados actuales que están realizados con virus atenuados o como vectores, así como con elementos proteicos, las vacunas que se aplicaban durante

el siglo XIX eran llamadas de brazo a brazo porque el suero se obtenía de niños inoculados previamente, el cual era guardado en unas placas de vidrio para ser utilizadas posteriormente. Al mismo tiempo, también se desarrollaron vacunas obtenidas de suero de ternera, las cuales fueron rechazadas por un sector de la comunidad médica mexicana porque no proporcionaban inmunidad indefinida, tal como lo hacía la vacuna humanizada, que podía transmitir enfermedades venéreas como la sífilis si no se escogían a los niños adecuados que sirvieran como vacuíniferos (Carrillo, 2010, 103-104).

En conclusión, lo narrado es una pequeña muestra de lo que ocurría en materia sanitaria en el puerto de Campeche, así como en el resto del país. Los sectores socioeconómicos más vulnerables resentían con mayor intensidad el impacto de una epidemia que se convirtió, durante periodos de 15 a 20 años, en parte de la cotidianidad y en la que sectores vulnerables de la población se resistía a recibir el pus vacuno, mientras que las autoridades discutían sobre la obligatoriedad de su aplicación. Las autoridades organizaron campañas para la propagación de líquido vacunal; en un principio, como parte de un proceso civilizatorio y posteriormente, en un marco de procesos más amplios de consolidación institucional del Estado para que encabezara las políticas de salud pública conforme el territorio nacional se pacificaba después de diversos conflictos bélicos que se presentaron desde la consumación de la Independencia.



## Bibliografía

Agostoni, Claudia (2016), Médicos, Campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México. 1870-1952, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Dr. José Luis Mora.

Alcalá, Carlos (2015), Población y epidemias en San Francisco de Campeche. 1810-1861, Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.

Alcalá, Carlos (2013), Viruela y mujeres: Trabajadoras del hogar en la ciudad de Campeche, 1855, en Península, vol. VIII, núm. 2, 39-64.

Carrillo, Ana María (2010), "Por voluntad o por fuerza. La lucha contra la viruela en el porfirismo, en Chantal Cramaussel y Mario Magaña (edits). El Impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX. La viruela después de la introducción de la vacuna. Tomo II, Zamora: El Colegio de Michoacán, 91-111.



Contreras, Alicia (2014), “El cólera en Yucatán, 1853-1854”, en Alicia Contreras y Carlos Alcalá (edits.), *Cólera y población, 1833-1854. Estudios sobre México y Cuba*. Zamora: El Colegio de Michoacán, 85-111.

Malvido, Elsa (2006), *La población, siglos XVI al XX*, México: Editorial Océano.

Oliver, Lilia (2006), “La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna y la Junta Central de Vacunación de Guadalajara”, En Lilia Oliver (coord.), *Convergencias y divergencias: México y Perú, siglos XVI-XIX*, México: Universidad de Guadalajara, El Colegio de Michoacán, 205-231.

Palacios-López CG, Durán-Mckinster C, Orozco-Covarrubias L, Saéz-de-Ocariz M, García-Romero MT, Ruiz-Maldonado R (2015), “Exantemas en pediatría”. *Acta Pediátrica Mexicana*, núm. 36, 412-423.

Watts, Sheldon (2000), *Epidemias y poder. Historia, enfermedad e imperialismo*, Barcelona: Editorial Andrés Bello.

# La fiebre amarilla en el partido de Mérida (1875-1878)<sup>1</sup>

Ricardo Manuel Wan Moguel

## Introducción

La fiebre amarilla es una enfermedad causada por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Desde la época colonial hasta el siglo XX se han identificado varias epidemias en la península de Yucatán, por lo que varios autores han dedicado gran cantidad de tinta y papel para analizar diversas cuestiones relacionadas con la fiebre amarilla.<sup>2</sup> Este artículo tiene el objetivo de analizar el brote epidémico de 1878<sup>3</sup> en el partido de Mérida, uno de los 15 que conformaba el territorio yucateco, que incluía tanto la ciudad capital<sup>4</sup> como 15 pueblos<sup>5</sup> en los que vivían 38 412 habitantes, según los datos levantados por José María Iturralde en las postrimerías de ese año ( BVY, Visita oficial del estado hecha por el C. José María Iturralde, vicegobernador constitucional del mismo, 1878).

1. Este trabajo es parte de mi tesis doctoral dirigida por la Dra. Chantal Cra-maussel.

2. Entre los estudios de fiebre amarilla está el realizado por Renán A. Góngora-Biachi, "La erradicación de la fiebre amarilla en Mérida, Yucatán: una historia de tenacidad y éxito", 2004. La tesis doctoral de Luis Roberto Canto Valdés, titulada "La fiebre amarilla en Yucatán, 1903-1920. Entre el deseo de la erradicación y la realidad del control. Las razones de una lucha sanitaria inconclusa", tesis de doctorado, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015. El documento transcrito Gabriel Angelotti Pasteur, "Sobre la Historia primitiva de la fiebre amarilla por el Ilmo. sr. doctor don Crescencio Carillo y Ancona Obispo de Yucatán, de la Sociedad Mexicana de Geografía, Estadística e Historia y de Otras Corporaciones Científicas, Nacionales y extranjeras. 1892", *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. año 6, núm. 11, enero-junio 2020, pp. 191-213, los estudios de Carlos Alcalá Ferrández, "De miasmas a mosquitos: el pensamiento médico sobre la fiebre amarilla en Yucatán, 1890-1920", *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 2012, pp. 71-87 y Ricardo Manuel Wan Moguel "Las principales enfermedades en Mérida según el Boletín de Estadística, 1894-1910", En Chantal Cra-maussel y Tomás Dinas Arenas, *Causas de muerte. Aportes metodológicos a partir de fuentes pre estadísticas y médicas*, El Colegio de Michoacán, 2020.

3. En este año la fiebre amarilla se presentó en diversas partes del mundo como Estados Unidos y Cuba.

4. La ciudad se dividía en cuarteles y barrios. Estos últimos, de origen colonial, eran los siguientes: San Sebastián, Santiago, San Cristóbal, Santa Ana y La Mer-jorada.

5. Los 15 pueblos eran: Caucel, Cholul, Chuburná, Chuburná (Puerto), Holbox, Cozumel, Isla Mujeres, Progreso, Punta Chen, Itzimná, Kanasín, Molas, Sierra, Cosgaya y Juárez.

En este estudio sostengo que la fiebre amarilla afectó principalmente a personas procedentes de otra parte de México, particularmente a hombres dedicados a actividades militares. Para comprobar lo anterior, primeramente, presento la etiología y algunas ideas en torno a la fiebre amarilla publicadas en la revista médica *La Emulación* desde 1875. Seguidamente, se examinan los datos de los óbitos registrados en las actas de defunción -consultadas en el portal Family Search- del año de 1878, y finalmente se concluye y se mencionan los aportes de este estudio.<sup>6</sup>

## Etiología e ideas en torno a la fiebre amarilla

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fiebre amarilla como una enfermedad vírica aguda y hemorrágica que se transmite por mosquitos infectados. El término “amarilla” alude a la ictericia que presentan algunos pacientes. También se le decía “vómito prieto” porque los enfermos vomitaban sangre. Los demás síntomas son fiebre, cefaleas, dolores musculares, vómitos, náuseas y cansancio (Fiebre amarilla, 2019, Organización Mundial de la Salud, recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever> consultado el 1 de julio de 2022).

El mosquito *Aedes aegypti*, al picar a un hombre enfermo de fiebre amarilla, se infecta, y cuando pica después a otra persona sana, transmite la enfermedad. A finales del siglo XIX aún no se identificaba plenamente el mosquito como vector,<sup>7</sup> pero se sabía que las costas eran los lugares más propensos donde se presentaba la enfermedad, de hecho, el *Aedes* sólo podía sobrevivir en lugares que estaban por debajo de los mil metros sobre el nivel del mar (Carrillo, 2018, p. 222). Se han identificado epidemias en 1527, 1662, 1699, 1715 y 1802. En el siglo XIX y XX, la fiebre amarilla se presentó con regularidad y era considerada endémica en la región (Góngora, 2004, pp. 252-253).

En 1875 el barco español “Braulio y Vicente” pretendía anclar en el puerto de Progreso con un caso de fiebre amarilla,

6. Las actas de defunción contienen el nombre, la edad, el lugar de muerte, la ocupación y el lugar de origen del fallecido, pero debido a la brevedad de este trabajo se presentan solamente algunos datos de la fuente consultada.

7. Delaporte (1989) apunta que fue a finales del siglo XIX cuando el galeno cubano Carlos Finlay relacionó el mosquito con la propagación de la fiebre amarilla. En enero de 1881, en la Conferencia Internacional de Washington estableció que el entonces llamado *Culex* podía alimentarse varias veces de sangre, lo que significaba que podía ser el agente transmisor. Un mes después, Finlay sostuvo que un individuo podría contagiar a otro, pero para ello era necesario un agente externo, independiente de la enfermedad y del enfermo. Pero sus ideas no se aceptaron sino dos décadas después conforme los conocimientos de la ciencia avanzaron (pp. 66-89).

pero las autoridades sanitarias lo inspeccionaron durante seis días y mandaron a un médico a bordo, quien constató que había dos contagios más. La Junta de Sanidad no impidió el desembarque de la tripulación ni el entierro de los fallecidos porque predominaba la idea de que los miembros del Ejército o las personas no aclimatadas eran los principales afectados (Biblioteca Virtual de Yucatán (BVY), Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1875, p. 76). En la revista científica La Emulación, se publicó que el padecimiento no se propagaba por los objetos ni las cosas, ni en muchos lugares simultáneamente. Además, solía aparecer en embarcaciones distantes de las costas y se tenía la idea de que una vez limpiando el buque que transportaba a los enfermos, las personas que lo abordaban no corrían peligro de contagiarse (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1875, pp. 162-164).

En plena epidemia de 1878, Waldemaro Cantón daba a co-

nocer las ideas de diferentes médicos para que se tomaran las medidas necesarias y se evitara que la enfermedad se llevara a la tumba a muchas personas. Afirmaba que la fiebre amarilla no se propagaba de un punto infectado de una misma localidad a otro por medio de las personas y los objetos y que los focos de infección se circunscribían a las ciudades (BVY, Fondo: Reservado, Folletería, La Emulación, 1879, pp. 162-163). Cantón cita estudios que se realizaban a nivel mundial relacionados con el vómito prieto<sup>8</sup> y algunos artículos publicados en la Gaceta Médica de México<sup>9</sup> (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1879, p. 163). No se sabía en ese momento que el mosquito era el vector de la enfermedad e incluso el mismo Cantón afirmaba que “las causas de la fiebre amarilla se ignoran tanto como las de la fiebre tifoidea” y “las causas que la engendran están todavía fuera de las manos de la ciencia”. Sin embargo, estaba al tanto de las discusiones en curso en el mundo médico so-

8. Entre ellos el de una persona a quien cita como Littré, que no hemos identificado.

9. Recalcó que la fiebre amarilla: 1. Se tenía que escapar del punto donde se había desarrollado la enfermedad. 2. Si alejado del lugar del foco de la epidemia el sujeto caía enfermo, no contaminaba a ninguna persona que lo asistiera. 3. Si permanecía lejos de la acción del foco no corría riesgo alguno. 4. Enfermo o sano, el infectado no tendría la posibilidad de evitar la acción morbífica que se ejercía de manera funesta en el círculo de la ciudad infectada.

bre el probable origen del vómito prieto (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1879, p. 164).

## La epidemia de 1878

El brote epidémico de 1878 se dio durante la conocida como “Guerra de Castas”, un conflicto que comenzó desde 1847 y se extendió hasta 1901 y se caracterizó por el enfrentamiento entre las autoridades estatales y federales contra los indígenas mayas.

Desde 1876, debido a los movimientos comerciales y los desplazamientos militares de las tropas que apoyaban el Plan de Tuxtepec se presentaron casos de fiebre amarilla en algunos asentamientos de Yucatán (Carrillo, 2018, p. 224). Sin embargo, en Mérida solamente se escribió en las actas del Registro Civil la muerte de dos personas: Petrona Conde, de 55 años, y Simón Ramos, labrador de 40 años, quien perdió la vida en el Hospital General. La mujer era de Mérida y Ramos de Hunucmá, quizá solamente se trasladó a la capital para ser atendido, pero encontraron la muerte en el nosocomio. El 4 de abril de 1877 un soldado llamado Ángel López de 28 años, oriundo de Zacatecas, pereció tam-

bién de fiebre amarilla en el Hospital General.

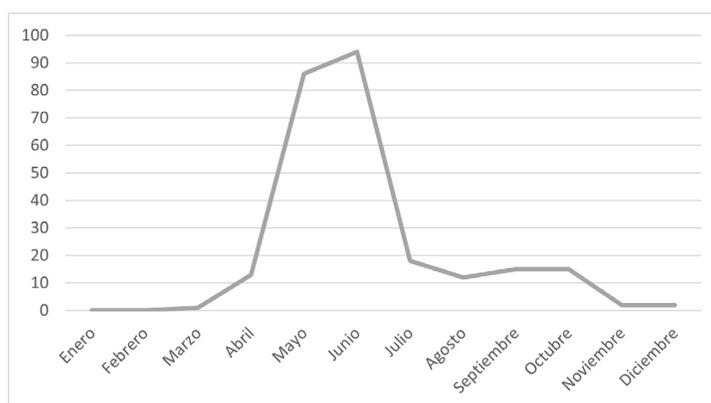
El 1 de julio de 1878, Waldemaro Cantón escribió un artículo en La Emulación en el que consignaba el primer caso de fiebre amarilla en febrero de 1878, cuando arribó el batallón 2 a la entidad. El galeno expresó que la capital estaba amagada por la fiebre amarilla “desde hace cuatro meses”, cuando al parecer se aceleraron los contagios. Los más afectados eran los “no aclimatados”, las personas del interior de los pueblos y en menor medida, los infantes. En el puerto de Progreso se había asentado el batallón segundo que sufrió entre 80 y 100 bajas y el tercero, con 14 muertos por el vómito prieto (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1879, p. 161). En 1878, fallecieron pocos infantes de corta edad. Pero hubo bajas en el ejército, se advirtió que en un batallón de 100 hombres que salió de Tekax para Valladolid, murieron seis soldados y propagaron la enfermedad (BVY, fondo: reservado, Folletería, La Emulación, 1879, p. 165).

Waldemaro Cantón dice que cuando “La Colonia del Oriente” -no especifica a que se refiere con lo anterior-, bajó

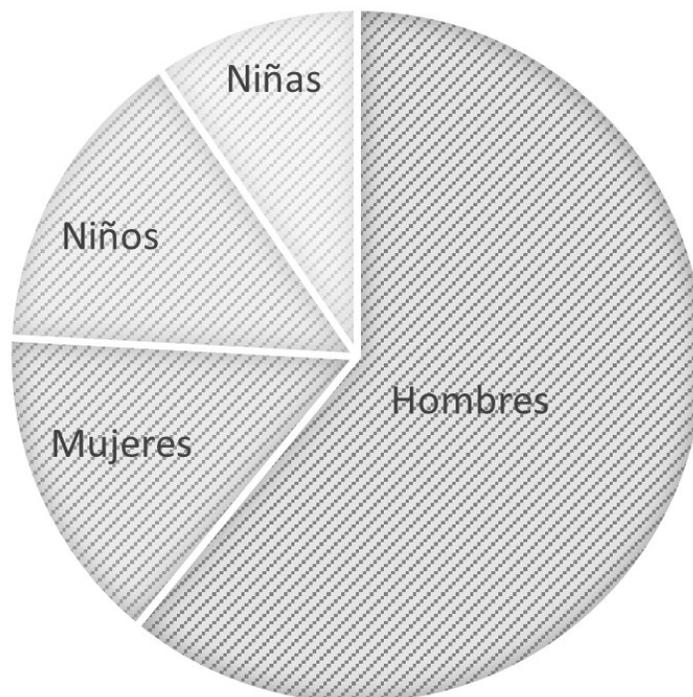
a Mérida, con individuos del Estado, se asentó la muerte de al menos doce personas más en Mérida (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1879, p. 165). Quizá se refiera a un grupo de desplazados que huían de la guerra que ensangrentaba el oriente de Yucatán.

El 20 de mayo de 1878 se estableció una junta para paliar los estragos de la epidemia que ya no sólo afectaba las tropas militares sino también a los habitantes de la región. En esa reunión, se decidió establecer un lazareto que quedó a cargo del médico Ricardo Sauri. Además, se acordó que salieran las tropas de Mérida para estacionarlas mejor en los pueblos, con la finalidad de detener la propagación de la epidemia en la capital estatal (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1878, p. 5).

Esta medida se tomó de acuerdo con las ideas de Waldemaro Cantón sobre las posibles causas de la fiebre amarilla. Ese mismo médico dio cuenta de ello, el 1 de julio, cuando reportó que no se tenían “noticias desfavorables” sobre ese regimiento (BVY, Fondo: reservado, folletería, La Emulación, 1879, p. 165). En los registros de defunción de 1878, aparecen los primeros casos fatales en marzo, aunque, como se mencionó con anterioridad, en La Emulación se advirtió que había enfermos desde el mes de febrero. A partir de abril, los muertos aumentaron y los meses con más decesos fueron mayo y junio con 86 y 94 óbitos respectivamente. En julio, la cantidad de fallecidos descendió a 18 y, al finalizar el año, hubo una única defunción por esta enfermedad (gráfica 1). Cabe señalar, que en 1879 se registraron también tres decesos por fiebre amarilla, en abril, mayo y noviembre.



Gráfica 1. Mortalidad por fiebre amarilla en el partido de Mérida (1878). Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Mérida de 1878, consultadas en el portal Family Search.



Gráfica 2. Personas muertas por fiebre amarilla (1878).  
Elaboración propia a partir de las actas de defunción del Registro Civil de Mérida de 1878, consultadas en el portal Family Search.

En las actas de defunción de 1878 se asentaron 259 muertos por fiebre amarilla, 16.51% del total de los 1568 difuntos que se registraron en las actas de defunción de 1878.<sup>10</sup> 157 fueron hombres (60.61%), 39 mujeres (14.94%)<sup>11</sup> y 63 infantes (24.32% del total: 38 niños y 25 niñas), como se observa en la gráfica 2.

Las actas de defunción indican que 83 (32.04%) personas murieron en el Hospital General, 62 (32.02%) en los cuarteles de la ciudad, 57 (22%) en lazareto que se estableció para recibir a los enfermos,<sup>12</sup> 27 (10.42%) en los barrios, 27 (10.42%) en haciendas y 3 en los pueblos. De los 83 occisos en el nosocomio, 70 eran hombres, 9 eran mujeres y 4 niños. Entre ellos, estaban 1 jornalero, 3 labradores y en dos actas no se precisó: los 64 restantes eran militares (64.96% del total).<sup>13</sup>

10. Pudieron ser más porque el Registro Civil solamente tenía 17 años operando en el estado, por lo que no estaba completamente consolidado.

11. Del total de las mujeres solamente 16 (41.02%) eran originarias de Mérida, las demás eran de distintas partes de la República mexicana o de otros partidos.

12. Probablemente el lazareto se estableció a finales de julio o principios de junio porque la primera muerte ocurrida en ese lugar se registró el 3 de junio. Se trataba de Santos García, originario de Tepic, de 28 años.

13. Según el censo levantado en 1878 por José María Iturralde había en el estado de Yucatán 13 079 hombres "listos para las armas" y en el partido de Mérida 1 688. Con lo que se podría decir que el 6.04% murió de fiebre amarilla en ese año.

De las 157 actas de defunción de varones, 102 (64.96%) correspondían a miembros del ejército, de entre 15<sup>14</sup> y 50 años.<sup>15</sup> En siete no se asentó su estado civil, pero en 14 se precisó que estaban casados y que 81 permanecían solteros, probablemente se trataba de recién llegados. Entre las víctimas estaban también José Dorantes, el sargento de la división y Francisco Rosas, un cabo perteneciente al batallón. Solamente 12 (11.74%) eran originarios de Mérida, los demás (88.23%) provenían de diferentes partes de México.<sup>16</sup>

En las actas de defunción del Registro Civil de 1879 se registraron tres muertes más de fiebre amarilla: las niñas Francisca y Laureana de ocho años y la de Carolina Navas, de quien no se especificó su edad, cuyos padres eran vecinos de La Habana, lo que podría indicar que solamente estaban de paso. En 1880 seis almas pasaron al más allá por el mismo mal: cuatro hombres de 18 a 40 años y dos infantes: Francisco de 7 e Ignacia de 9.

## Conclusiones

La fiebre amarilla fue la enfermedad de carácter adulto que se presentó frecuentemente durante el porfiriato. En el año estudiado aún no se conocía que el mosquito era el vector de la enfermedad, por lo que la prensa médica seguía de cerca los estudios sobre el mal. A través de las actas de defunción comprobamos que los primeros decesos en 1878 se dieron en marzo, pero el pico de la epidemia se dio en mayo y junio. En total, la epidemia dejó 259 muertos, el 60.61% fueron hombres. De estos últimos, se asentó en 102 actas el oficio de militares que probablemente llegaron a combatir en la Guerra de Castas, pero perdieron la batalla en contra del vómito prieto.

*14. Solamente había una persona de quince años, Francisco Vázquez, originario de Puebla fallecido el 24 de mayo.*

*15. También se asentó un "cabo" y un sargento.*

*16. De diversos estados de la república, fueron los más numerosos de Puebla (20), México (18), Michoacán, Oaxaca, Jalisco, Veracruz y Querétaro (8 cada uno), por mencionar algunos.*

## Archivos y fuentes primarias:

Centro de Apoyo a la Investigación Histórica y Literaria de Yucatán/ Biblioteca Virtual de Yucatán (CAIHLY) (BVY).

## Folletería:

Expediente de la visita oficial del estado hecha por el C. José María Iturralde, vicegobernador constitucional del mismo, en cumplimiento del artículo 56 de la Constitución Política de Yucatán, Tipografía de Gil Canto, 1878.

La Emulación, 1875 y 1879

## Bibliografía:

Alcalá, C. (2012), "De miasmas a mosquitos: el pensamiento médico sobre la fiebre amarilla en Yucatán, 1890-1920", *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, Jan-mar, pp. 71-87.

Angelotti Pasteur, G. (2020), "Sobre la historia primitiva de la fiebre amarilla por el illmo. sr. doctor don Crescencio Carillo y Ancona Obispo de Yucatán, de la Sociedad Mexicana de Geografía, Estadística e Historia y de Otras Corporaciones Científicas, Nacionales y extranjeras. 1892", *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Mérida, año 6, No. 11, enero-junio, pp. 191-213.

Canto Valdés, L. R. (2016), "La fiebre amarilla en Yucatán, 1903-1920. Entre el deseo de la erradicación y la realidad del control. Las razones de una lucha sanitaria inconclusa", Tesis doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Carrillo Farga A. M. (2018), "Guerra de exterminio al 'fantasma de las costas'. La primera campaña contra la fiebre amarilla en México 1903-1911", en Claudia Agostoni (Coord.), *Curar Sanar y Educar. Enfermedades y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México: UNAM, pp. 221-256.

Delaporte, François. (1989), *Historia de la fiebre amarilla, nacimiento de la medicina tropical*, México, CEMCA – UNAM, 1989.

Góngora-Biachi, R. (2004), "La erradicación de la fiebre amarilla en Mérida, Yucatán: una historia de tenacidad y éxito", *Revista biomédica*, Vol. 15, No. 4, Octubre-Diciembre, Mérida, pp. 251-258.

Wan Moguel, R. M. (2020), "Las principales enfermedades en Mérida según el Boletín de Estadística, 1894-1910", En Chantal Cramaussel y Tomás Dinas Arenas, *Causas de muerte. Aportes metodológicos a partir de fuentes pre estadísticas y médicas*, El Colegio de Michoacán.

## Páginas web:

[www.familysearch.com](http://www.familysearch.com)

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>



**Centro INAH  
Campeche**

Revista trimestral del Centro INAH Campeche

Año 8

Número 33

Septiembre 2022



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**CULTURA**  
SECRETARÍA DE CULTURA

