

LA VIRUELA EN TABASCO: IMPACTO Y MEDIDAS PREVENTIVAS (1890-1915)*

JORGE LUIS CAPDEPONT BALLINA
MIGUEL ÁNGEL DÍAZ PERERA



RESUMEN

El propósito de este artículo es exponer las medidas implementadas en un contexto local (el caso específico de Tabasco) ante el impacto de las epidemias de viruela a fines del siglo XIX y principios del XX, en el ámbito de nuevas estrategias de control como política pública y médica para reducir la mortalidad. Esta revisión permitirá conocer la manera en que se ejecutaron medidas que tuvieron efectividad en espacios lejanos de la capital mexicana, a pesar de difíciles condiciones, como la dispersión demográfica, el poco control estatal, la falta de protocolos médicos estandarizados, el abundante calor, la falta de caminos y la preponderancia de los medios de transporte fluviales.

Palabras clave: viruela, epidemia, vacuna, contexto local, higiene, Tabasco

* Una primera versión de este artículo fue presentada como ponencia en el III Congreso Nacional sobre Investigación, Salud y Sociedad, realizado en la ciudad de Mérida, Yucatán, los días 7, 8 y 9 de octubre de 2009, por el Dr. Jorge Luis Capdepont Ballina. Se agradece a Mariana de Jesús Jiménez Cabello su valioso apoyo durante el proceso de recolección de datos en el Archivo Histórico del Registro Civil del estado de Tabasco.



Jorge Luis Capdepont Ballina · Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Correo electrónico: jlcapdepont@hotmail.com

Miguel Ángel Díaz Perera · El Colegio de la Frontera Sur, Unidad Villahermosa
Correo electrónico: mdiaz@ecosur.mx

Tzintzun. Revista de Estudios Históricos · Número 59 enero-junio 2014 · ISSN: 1870-719X

SMALLPOX IN TABASCO: ITS IMPACT AND PREVENTIVE MEASURES (1890-1915)

ABSTRACT

The goal of this paper is to present the measures taken in a local context (on the example of Tabasco) to face the impact of the smallpox epidemics at the end of the 19th and the beginning of the 20th centuries in the framework of new control strategies such as public and medical policies which served to reduce mortality rates. This article will shed light on how efficient measures were taken in areas far from the Mexican capital, under difficult conditions such as demographic dispersion, little state control, lack of standard medical protocols, extreme heat, lack of roads and an emphasis on inland water transport.

Key words: smallpox, epidemic, vaccination, local context, hygiene, Tabasco

LA PETITE VÉROLE DANS L'ÉTAT DU TABASCO : IMPACTE ET MESURES PRÉVENTIVES (1890-1915)

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article est d'exposer les mesures mises en œuvre dans le contexte local (le cas spécifique de l'État du Tabasco) face à l'impact des épidémies de petite vérole à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e. Elles doivent être comprises dans le cadre de nouvelles stratégies de contrôle en tant que politique publique et médicale pour réduire la mortalité. Cette révision permettra de comprendre de quelle manière furent mises en exécution des mesures efficaces malgré leur difficile application compte tenu du fait qu'il s'agissait d'espaces éloignés de la capitale mexicaine, de grande dispersion démographique, avec un faible contrôle de l'État, un manque de protocoles médicaux standardisés, une chaleur abondante et un déficit de moyens de communication terrestres et fluviaux.

Mots clé : petite vérole, épidémie, vaccin, contexte local, hygiène, Tabasco



Como otros países, el México del siglo XIX sufrió varias epidemias entre las que destaca el cólera, la viruela y la fiebre amarilla.¹ A diferencia de las centurias precedentes, en ésta hubo importantes avances en la medicina, uno de los más importantes fue la vacuna contra la viruela, perfeccionada por Edward Jenner (1749-1823) a fines del XVIII y que se divulgó por todo el mundo; este logro significó una de las medidas preventivas vitales para reducir las consecuencias funestas de esta epidemia.² Otra acción de control en los albores del siglo XX, fue la puesta en práctica de medidas sanitarias inmediatas como estrategia para prevenir y contener las enfermedades infectocontagiosas. La vacuna fue el puntal para prevenir las epidemias de viruela, y una vez que aparecía un caso, se procedía al aislamiento del enfermo (brindándole cuidados médicos y alimentación) y posteriormente a la desinfección (fumigación de habitaciones y destrucción de pertenencias, como ropa y algunos enseres).

En Tabasco, estas medidas fueron de gran ayuda para aminorar los daños de las epidemias de viruela. Los brotes se hicieron esporádicos

¹ Ver al respecto MALVIDO, Elsa, y Enrique FLORESCANO (Compiladores), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, tomo 1, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982 y CRAMAUSSEL, Chantal, Mario Alberto MAGAÑA y David CARBAJAL LÓPEZ (Editores), *El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX*, 3 vols., Zamora, El Colegio de Michoacán, 2010.

² RAMÍREZ MARTÍN, Susana, *La real expedición filantrópica de la vacuna en la Real Audiencia de Quito*, Quito, Abya-Yala, 1999 y RAMÍREZ MARTÍN, Susana, et al., *La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Doscientos años de lucha contra la viruela*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2004.

y las consecuencias funestas fueron mínimas, gracias a la organización de las autoridades locales para mantener campañas de vacunación, así como para responder con prontitud cuando se detectaba un caso. Aunque hay que señalar que también desempeñaron un papel importante en la contención de los brotes la dispersión demográfica y el relativo aislamiento de Tabasco y otros centros de población.

EL VIRUS DE LA VIRUELA Y SU INCIDENCIA EN MÉXICO Y EL MUNDO

La viruela es una enfermedad en sumo contagiosa. Su peligrosidad radica en su alta morbilidad y mortalidad, e incluso en las huellas que deja en muchas de las personas que la han padecido. Es ocasionada por el virus denominado *Variola*, que pertenece al género *Orthopoxvirus* (caracterizado por la conformación por parte del virus de cadenas dobles de ADN, que son largas y en forma de ladrillo, además se replican en el citoplasma celular y no en el núcleo celular como otros virus) y a la familia *Poxviridae*. Hay dos subfamilias: *Chordopoxvirinae* que ataca a animales vertebrados y *Entomopoxvirinae* que ataca a los insectos; en ella hay cuatro tipos de virus que tienen la capacidad de infectar a los seres humanos: *Variola*, *Vaccinia*, el de la viruela bovina (*Cowpox*) y el de la viruela de los monos (*Monkeypox*). El *Variola* únicamente ataca a los humanos, mientras que los otros tres atacan a humanos y algunos animales vertebrados. Además, los virus *Vaccinia* y *Cowpox* sólo se manifiestan superficialmente en la piel, en tanto que el *Variola* y el *Monkeypox* ocasionan enfermedades sistémicas.³

El virus *Variola* se transmite por las secreciones orales, nasales y faríngeas de las personas enfermas, al ser éstas inhaladas por individuos

³ PAREDES, Carlos Franco, *et al.*, “Enfrentando bioterrorismo: aspectos epidemiológicos, clínicos y preventivos de la viruela”, *Salud Pública de México*, 4, 2003, pp. 301-303, en <http://redalyc.uaemex.mx> [consultado el 23 de septiembre de 2009]

con sistemas inmunológicos aptos para el desarrollo del virus. Hay otras formas de contagio menos frecuentes que son el contacto con objetos personales (ropa, sábanas, toallas, etc.) de pacientes infectados; menos frecuentes son las costras de pacientes. Durante los primeros días del contacto, una persona no se considera contagiosa; el periodo de mayor riesgo es cuando aparecen lesiones en la boca y la laringe, así como pústulas por todo el cuerpo. Su tasa de transmisión es baja porque se contagia sólo a partir de que aparecen los primeros exantemas, a diferencia de la varicela o el sarampión.⁴

Hay dos formas clínicas de la manifestación del contagio con virus *Variola*: la viruela mayor y la viruela menor. La primera se caracteriza por presentarse en cuatro variedades identificables: ordinaria, modificada, plana, hemorrágica y *sine eruptione*. Su periodo de incubación tiene un rango de ocho a 19 días; causa síntomas como fiebre de 39 a 40 °C, dolor de cabeza, náuseas, vómitos y aparición de pústulas en todo el cuerpo; deja notables cicatrices con umbilicación (hoyuelos) y en algunos casos ceguera. Algunas complicaciones asociadas a la viruela son infecciones bacterianas, artritis (dos por ciento), encefalitis, problemas respiratorios (bronquitis y neumonía) y muerte en más del treinta por ciento de los casos diagnosticados. Por su parte, la viruela menor es menos grave, ya que se presenta con síntomas más leves, erupciones pequeñas en la piel, cicatrices poco perceptibles y su mortalidad es inferior al uno por ciento; fue la variedad predominante en Europa, Sudamérica y Estados Unidos.

⁴ PAREDES, "Enfrentando bioterrorismo", p. 300.

Cuadro 1. Clasificación de Ramachandra Rao de las variantes clínicas de la viruela mayor

Tipo	Gravedad	Características
Ordinaria	Leve a grave	<p>Es la más común y se presenta en más del noventa por ciento de las personas no vacunadas.</p> <p>En el tercer o cuarto día aparece un enantema en la cavidad orofaríngea, unas 24 horas antes de la aparición de las pústulas.</p> <p>El exantema aparece entre el día 2 y 4 después del inicio de la fiebre e invade el cuerpo en 24 horas. Al segundo día de aparición se forman pápulas elevadas, que al tercer día adoptan un color opaco, que luego se transforma en turbio.</p> <p>Al sexto o séptimo día todo el cuerpo está cubierto de pústulas elevadas, que entre los días 7 y 10 se maduran; se presenta fiebre que perdura por algunos días.</p> <p>En la segunda semana las pústulas comienzan a ser absorbidas por el cuerpo y se forman costras en las lesiones; éstas se caen a la tercera semana, dejan notables cicatrices.</p> <p>Hay tres subtipos de exantema: confluyente (coincide en cara y antebrazos), semiconfluyente (confluyente en la cara) y discreta (hay áreas de piel preservadas entre lesiones).</p>

Tipo	Gravedad	Características
Modificada	Leve	<p>Se presenta en personas previamente vacunadas. El exantema es similar al ordinario pero tiene un curso acelerado y no se presenta fiebre.</p> <p>Las lesiones postulares son superficiales y escasas. Rara vez es mortal.</p>
Plana	Grave	<p>Considerada la variante de viruela más peligrosa. En los casos analizados por Rao se presentó con una frecuencia de cinco a diez por ciento, niños y niñas son los más afectados.</p> <p>Las pústulas permanecen planas, es decir, sin elevarse (usualmente confluyente o semiconfluyente).</p> <p>El enantema es destructivo; y el axentema se desarrolla de forma lenta, ya que en el séptimo u octavo día las lesiones son planas o bajo la piel, con poco líquido. Las lesiones son suaves y contienen en algunos casos áreas hemorrágicas.</p> <p>Se presentan complicaciones respiratorias. Mortal en más del noventa y cinco por ciento de los casos.</p>
Hemorrágica	Grave	<p>En los casos analizados por Rao se presentó con una frecuencia del dos por ciento, sobre todo en adultos y mujeres embarazadas.</p> <p>La etapa prodrómica se caracteriza por fiebre y fuertes dolores de cabeza y espalda.</p>

		<p>Hemorragias diseminadas en la piel y las mucosas. Sobre todo en las conjuntivas, boca y encías, petequias, epistaxis (nariz) y hematuria (orina).</p> <p>Hay dos subtipos: temprana (con exantema purpúrico) y tardía (con hemorragias hacia la base de las pústulas).</p> <p>Mortalidad en más del noventa por ciento de los casos; suele ocurrir entre el quinto y sexto día.</p>
Viruela <i>sine eruptione</i>	Leve	<p>Aparece ocasionalmente en personas previamente vacunadas.</p> <p>Se presenta con fiebre, dolor de cabeza y espalda.</p> <p>No aparece exantema; mejora usualmente en 48 horas y no presenta riesgos de contagio.</p>

Fuente: PAREDES, Carlos Franco, *et al.*, “Enfrentando bioterrorismo”, pp. 301-303. La propuesta de Rao se basa en 7 000 casos que trató en la India; y fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud para planear la erradicación de la viruela en el mundo.

Como se observa, es una de las enfermedades transmitidas por virus más peligrosas que ha enfrentado la humanidad. Se piensa que los primeros brotes surgieron desde la formación de los pueblos de agricultores y pastores hace unos 10 000 años a. C., y aunque cierto número de personas en diferentes civilizaciones se hicieron inmunes al virus al ser afectadas en su infancia, había épocas en que ocasionaban desastres demográficos. En Europa, Asia y África eran recurrentes las epidemias y, durante siglos, se desarrollaron estrategias para contenerlas. Éstas fue-

ron mejorando notablemente hasta la aparición de la vacuna a finales del siglo XVIII.⁵

En el continente americano la viruela apareció con la llegada de los europeos a principios del siglo XVI. En lo que actualmente es el territorio mexicano, los primeros brotes se presentaron durante el proceso de conquista en el altiplano central.⁶ Desde entonces fueron frecuentes las epidemias de viruela: 1521, 1615-16, 1653, 1663, 1678, 1687, 1701, 1711, 1748, 1761-62, 1779-80, 1793 y 1797-1800, 1830-31, 1841, 1878-79 y otras más;⁷ en los siglos siguientes, hubo épocas en que las epidemias frenaron el crecimiento demográfico por las altas tasas de mortalidad, ya que se desconocían las formas de contagio y su tratamiento.⁸

Fue hasta entrado el siglo XX cuando se iniciaron campañas masivas de vacunación para erradicar la enfermedad; en México se impuso como obligatoria la inoculación en 1906. Así, el último caso detectado fue en 1951, en tanto que a nivel mundial, fue en Somalia, en 1977, a raíz de que la Organización Mundial de la Salud emprendiera una campaña de vacunación sin precedentes, apoyada por los gobiernos de Estados Unidos y la entonces Unión Soviética.⁹ Sin embargo, poco se pudo hacer por investigar las cepas del virus, ya que la vacuna que se aplicaba no impedía necesariamente la aparición de la enfermedad en personas inoculadas.

Se guardaron cepas del virus *Variola* en laboratorios de Atlanta (EUA) y Koltsovo (perteneciente a la antigua URSS, hoy Rusia), con la

⁵ FENNER, F., "History of Smallpox", H. KOPROWSKI y M.B.A. OLDSTONE (Editores), *Microbe Hunters. Then and Now*, Medi-Ed Press, 1996, 25-38 y RUFFIÉ, Jacques, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme : Essai d'anthropologie médicale*, París, Flammarion, 1984.

⁶ WATTS, Sheldon, *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, España, Editorial Andrés Bello, 2000, pp. 133-134.

⁷ Se estima que tan sólo entre 1524 y 1630 la población indígena se redujo 90%, por el efecto de epidemias como la viruela, sarampión, rubéola, tos ferina, tífus, disentería, escarlatina, etc., además de guerras y otras variables regionales (trabajo en las minas, sobreexplotación en el campo, maltrato, etc.).

⁸ OLIVER SÁNCHEZ, Lilia V., "La epidemia de viruela de 1830 en Guadalajara", *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 114, 2008, pp. 81-82 y CRAMAUSSEL, Chantal, "La lucha contra la viruela en Chihuahua durante el siglo XIX", en *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 114, 2008, pp. 103-108.

⁹ PAREDES, "Enfrentando bioterrorismo", pp. 304-305 y CRAMAUSSEL, "La lucha contra la viruela en Chihuahua", pp. 103 y 121.

finalidad de estudiarlos y disponer de ellos en el caso de surgimiento de personas infectadas. Se discutió la posibilidad de desaparecerlos para evitar que cayeran en manos de bioterroristas y se programó destruir todas las muestras hacia fines del siglo XX, pero se recorrió la fecha. Luego de los ataques terroristas a Estados Unidos en 2001, se replanteó la necesidad de conservarlos para continuar su estudio y producir vacunas ante posibles casos de ataques biológicos en los países centro del sistema-mundo.¹⁰

LA SOCIEDAD TABASQUEÑA DE 1880 A 1915

En Tabasco el régimen porfirista se consolidó hacia 1890, antes de esta fecha se disputaban el poder el médico y político tabasqueño Simón Sarlat Nova (1839-1906) y el general veracruzano Abraham Bandala (1838-1916), pero finalmente este último contó con la confianza del presidente Porfirio Díaz y se afianzó en el gobierno local de 1895 a 1910. Esta situación le dio al estado una relativa paz social y política, después de haber sufrido alteraciones en los primeros tres cuartos del siglo XIX, así como una aparente bonanza económica que se prolongó hasta la segunda década del XX. La economía se sustentaba en el comercio de importaciones y la exportación de cacao, maderas preciosas y palo de tinte. Sus puntos neurálgicos eran San Juan Bautista, capital y principal centro poblacional y de negocios, además de sede de los poderes del estado; y el pueblo costero de Frontera, el puerto marítimo más relevante, por donde entraban y salían las mercancías.

La población de Tabasco era reducida, si se coteja con otros estados como los del centro del país (ver cuadro 2). Como mencionamos anteriormente, la mayor parte se concentraba hacia la Chontalpa, Sierra y

¹⁰ PAREDES, "Enfrentando bioterrorismo", p. 305 y WATTS, *Epidemias y poder*, pp. 170-172.

Centro y en menor medida hacia Pantanos-Ríos, tal como se muestra en el cuadro 3 y en el mapa 1:

Cuadro 2. Población de Tabasco 1869-1921

Año	Población total	Densidad demográfica (habitantes por km ²)
1869	83 288	3.4
1879	108 267	4.4
1895	134 956	5.5
1900	159 834	6.5
1910	187 574	7.6
1921	210 437	8.5

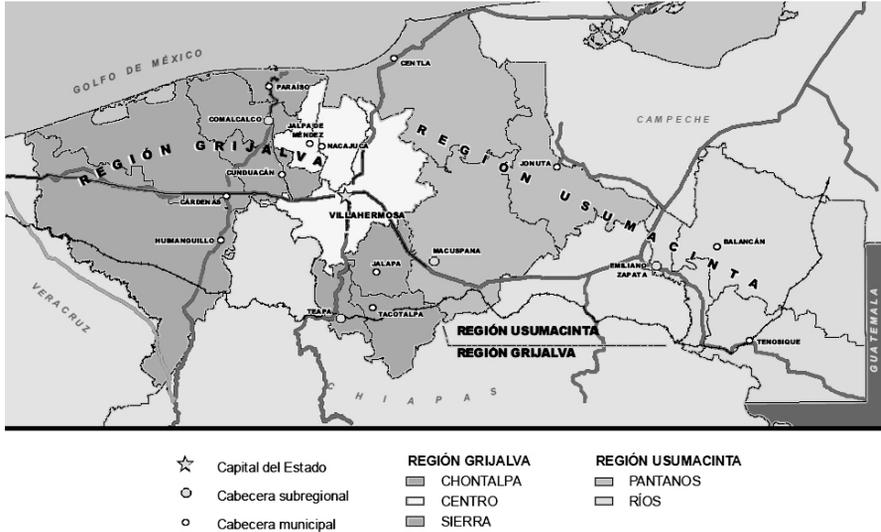
Fuente: CAPDEPONT BALLINA, Jorge Luis, “Con la furia de las sierras cayeron las caobas y se fue nadando la selva. Las monterías en las selvas de Tabasco y Chiapas (1855-1936)”, tesis de doctorado inédita, Centro de Estudios Históricos de El Colegio de Michoacán, A. C., Zamora, 2008, pp. 200 y 422.

Cuadro 3. Distribución de los habitantes de Tabasco por regiones (1869-1921)

Año	Chontalpa	Centro	Sierra	Pantanos-Ríos
1869	34 913 1	5 934 2	3 371 9	070
1879	45 435 2	0 734 3	1 589	10 509
1895	58 032	26 950	31 669	18 305
1900	68 224	31 729	37 923	21 958
1910	77 042	39 900	42 457	28 085
1921	84 757	47 988 4	6198	31 494

Fuente: CAPDEPONT BALLINA, “Con la furia de las sierras”, pp. 200 y 422.

Mapa 1



[Secretaría de Asentamientos y Obras Públicas, Gobierno del Estado de Tabasco]

Aunque la población tabasqueña era modesta, los recursos del erario eran escasos como para cubrir la demanda de servicios públicos. Los caminos y carreteras eran de terracería y sólo eran útiles durante la temporada de sequías, así, la mejor forma de comunicarse al interior de la entidad era a través de la vasta red de ríos y arroyos, a cuyas orillas se encontraban todas las cabeceras municipales y la mayoría de las comunidades.¹¹ Al respecto, Balcazar apunta:

Aunque ya desde antes de 1900 había en el estado una tejida red de caminos de herradura, éstos se volvían intransitables en una buena parte del año, durante la época de lluvias y crecientes. Regiones que en los meses de seca eran perfecta-

¹¹ CASTELLANOS COLL, Ramón, y Tania María ARIAS DE LA FUENTE, "Población, grupos sociales y relaciones laborales en Tabasco (1850-1930)", Ramón CASTELLANOS COLL (Coordinador), *Seis miradas la Tabasco del siglo XIX. Economía, cultura y prácticas de gobierno*, Villahermosa, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2009, pp. 11-13.

mente transitables, por jinetes y peatones, quedaban hasta cuatro metros bajo el agua en los meses de lluvias y crecientes.¹²

En materia de comunicaciones, Tabasco sólo tenía servicio telegráfico que databa de 1881; en términos comerciales los poblados sufrían la ausencia de un mercado interno fluido, debido a las limitaciones de la geografía regional. No obstante, las compañías fluviales con rutas hacia los puertos del Golfo de México (Campeche, Sisal, Veracruz, Tampico, Nueva Orleans) prosperaban y permitían la concentración de comercio y riqueza dentro del círculo cerrado de hacendados y navieros.¹³ Todavía en 1906, Pedro A. González calculó cerca de veintiséis vapores circulando en los ríos de Tabasco.

La educación se brindaba a través de unas cuantas escuelas públicas en las cabeceras municipales. El índice de analfabetismo fue mayor al setenta por ciento durante el siglo XIX, y se redujo a cerca de cincuenta por ciento hacia 1920.¹⁴ Mención aparte merece el rubro de salud. Como sabemos, más de cincuenta por ciento del territorio tabasqueño está conformado por tierras bajas, además de los innumerables cuerpos de agua (ríos, lagunas, arroyos, pantanos, etc.). (Ver mapa 1) Su clima se caracteriza por una temperatura promedio de 26 °C y lluvias abundantes casi todo el año, lo cual lo hace propicio para el desarrollo de plagas y varias enfermedades (algunas de ellas se han hecho endémicas: paludismo, dengue, varicela, tifoidea, problemas gastrointestinales, entre otras).

Debemos considerar que todavía a principios del siglo XX predominaba la idea de que los olores y el clima tropical favorecían

¹² BALCÁZAR ANTONIO, Elías, *Tabasco en sepia: economía y sociedad, 1880-1940*, Villahermosa, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2003, p. 55.

¹³ DÍAZ PERERA, Miguel Ángel, "Del barco al ferrocarril, del río a la carretera: del uso de las redes fluviales a la infraestructura terrestre como medio de comunicación en Tabasco, 1949-1980," Chantal CRAMAUSSEL (Coordinadora), *Caminos transversales*, Zamora, Centro de Estudios Históricos de El Colegio de Michoacán, en prensa.

¹⁴ CASTELLANOS COLL y ARIAS DE LA FUENTE, "Población, grupos sociales y relaciones laborales", p. 20.

el desarrollo de enfermedades. Una descripción cruda de la realidad tabasqueña la da Graham Greene durante su paso por San Juan Bautista:

Del río llegaba incesantemente un olor rancio, como de fruta podrida, y una sed continua me torturaba; cada vez que pasaba por la plaza bebía algo, una de esas bebidas gaseosas químicas, dulces y calientes. Al terminar el día ya me había tomado dos botellas de cerveza, cuatro botellas y media de diversas aguas minerales, y una botella de algo que decía ser sidra, además de tres grandes tazas de café. En cuanto a la comida, era indescriptible, lo peor de todo lo que comí o de todo lo que se podía comer en México. El hotel no daba de comer, y sólo había un restaurante en el pueblo; moscas y manteles sucios y carne a punto de descomponerse en esa especie de horno húmedo, y un propietario con una especie de gorra de regatas. Y además era muy caro, para el nivel de vida mexicano: un chelín y medio por comida.¹⁵

Desde la época colonial había constantes referencias a lo insalubre del clima y el territorio. Las propias autoridades locales emprendieron una serie de medidas para desecar pantanos, lagunas y arroyos o bien dragarlos para permitir la circulación del agua. Otra iniciativa consistió en desmontar los alrededores de las poblaciones, junto a lo cual se procuró disponer en las cabeceras municipales de sanatorios y hospitales (aunque esto se logró solo en los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX), panteones, servicios de recolección de basura y desechos; todos estos elementos eran asociados con la proliferación de plagas y enfermedades.¹⁶

Como en el estado no había una institución para formar médicos, los que llegaban eran bien recibidos y tenían varias prerrogativas, como

¹⁵ GREENE, Graham, *El poder y la gloria. Caminos sin ley*, México, Porrúa, 1998, p. 264.

¹⁶ *Memoria presentada a la Honorable Legislatura del estado libre y soberano de Tabasco por el gobernador constitucional C. Simón Sarlat el día 16 de septiembre de 1879*, México, Imprenta del Comercio, de Dublán y Compañía, 1880, pp. XVI-XX y GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO, *Memoria sobre el estado de la administración pública de Tabasco*, Villahermosa, 1891, pp. 23-26.

fue el caso de François Corroy que en 1833 atendió una epidemia de cólera y por ende gozaba de respeto y aceptación.¹⁷ Además se procuró el mejoramiento del Hospital Civil de San Juan Bautista y se crearon hospitales en algunas cabeceras municipales. Con todo, la mayoría de la población continuaba haciendo uso de remedios tradicionales. Por ejemplo: las personas se resistían a vacunarse contra la viruela y a que sus hijos fueran vacunados, debido a la “indiferencia [...] o bien, a la repugnancia que tienen a la linfa [...]”,¹⁸ aunada a esas actitudes, la agravante de la lejanía de tales centros ante la dispersión geográfica. En este sentido, la eficacia de medidas preventivas también se convirtió en una estrategia para incitar nuevas prácticas médicas en términos de política pública.

LA VIRUELA Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN TABASCO

Los brotes de enfermedades epidémicas fueron comunes a lo largo del siglo XIX y las primeras décadas del XX, tal como ocurría en casi todo el país, las más comunes fueron el cólera, viruela, fiebre amarilla (vómito negro), sarampión, además de paludismo, sarna, tiña, problemas gastrointestinales (diarrea, vómitos, parásitos, disentería) y respiratorios (gripe, crup, influenza, tuberculosis), entre otras. Algunos de los brotes epidémicos de viruela localizados, hasta el momento, son los de 1827, 1836 (que atacó sobre todo a niños), 1842, 1882-1883, 1890, 1892, 1893, 1895, 1896, 1899, 1900-1901, 1906, 1908, 1911-1912 y 1913. De éstos, los que mayor impacto tuvieron sobre la población, según datos obtenidos

¹⁷ DÍAZ PERERA, Miguel Ángel, “El reino de los incapaces. Antigüedad del indio americano en el testimonio de Frédéric Waldeck y François Corroy”, Ramón CASTELLANOS COLL, *Seis miradas al Tabasco del siglo XIX*, Villahermosa, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2009.

¹⁸ Matías Romero citado en TORRUCO SARAVIA, Geney, “Historia económica de Tabasco, siglo XIX”, Rosa María ROMO LÓPEZ (Coordinadora), *Historia general de Tabasco: Historia económica*, Villahermosa, Secretaría de Educación, Cultura y Recreación del Estado de Tabasco, 1994, t. 2, p. 187.

en el Archivo Histórico del Registro Civil del estado de Tabasco (en adelante AHRC), fueron los de 1892, 1895, 1908 y 1911-1912, a causa de la gran mortalidad infantil que provocaron (ver cuadro 4).

Hasta el momento, las primeras referencias de la viruela proceden de una memoria de gobierno de 1831, una nota de un historiador aficionado y unos apuntes sobre la época. En tales trabajos sólo se hace mención de algunos brotes, sin dar cifras exactas sobre el posible número de infectados y víctimas, aunque se señala que la vacuna era administrada de manera gratuita para prevenir y reducir los daños de una posible epidemia entre los pobladores.¹⁹ Un poco atrevido, Manuel Zapata y Zavala escribe:

La viruela, que se presentó en los años de 1827 y 1836, tampoco hizo un estrago muy considerable, principalmente en la última vez; pero suponiendo que en ambas épocas se hubiese llevado 10,000 personas, lo que no es de creerse, supuesto que fue de poca duración esta epidemia y que en ambas épocas preservó a muchos individuos la vacuna que el Gobierno cuidó se propagase [...] ²⁰

Hay que puntualizar que justo en 1842, el año en que Zapata y Zavala escribió esta obra, hubo un brote de viruela en Tabasco, y por lo mismo la opinión pública compartía la idea de que en la entidad había constante insalubridad; para acallar las críticas e incluso para exaltar su estado, este autor redactó su trabajo apologético, exagerando las bondades de esta tierra, minimizando e incluso ocultando sus problemáticas. Pero no encontramos más datos sobre brotes de viruela en esa región sino hasta 1882-1883 y años posteriores, en los informes de gobierno.

¹⁹ Véanse MESTRE GHIGLIAZZA, Manuel (Compilador), *Documentos y datos para la historia de Tabasco*, Villahermosa, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1984, t. I, pp. 468-469 y LÓPEZ REYES, Diógenes, *Historia de Tabasco*, Villahermosa, Consejo Editorial del Gobierno del estado de Tabasco, 1980, p. 244.

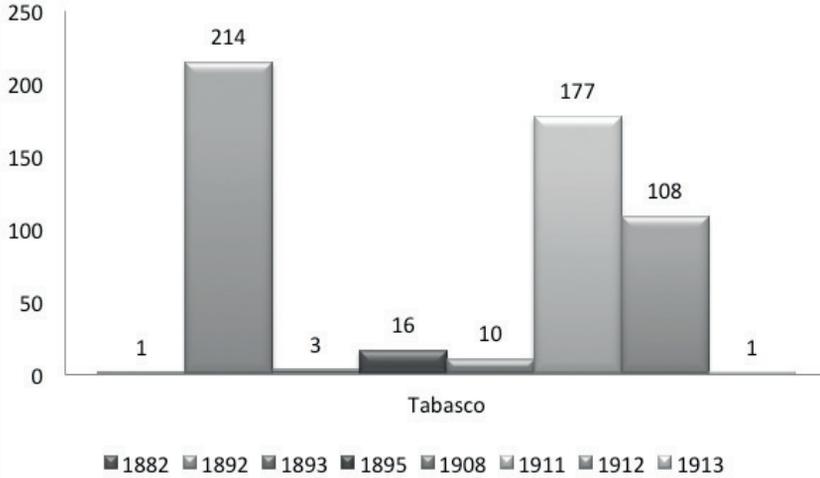
²⁰ ZAPATA Y ZAVALA, Manuel, "Tabasco. Apuntes estadísticos sobre este departamento de la república", Manuel MESTRE GHIGLIAZZA (Compilador), *Documentos y datos para la historia de Tabasco*, Villahermosa, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1984, t. III, p. 333.

Revisando las actas de defunciones en el AHRC, nos encontramos con algunas muertes por viruela en años que no son mencionados en aquellos informes, lo que nos sugiere que si se hiciera una revisión exhaustiva de esta documentación sacaríamos a la luz muchos casos más en años y municipios que desconocemos hoy. Por lo mismo, es importante aclarar que nuestra exploración en dicho acervo fue parcial, porque únicamente se revisaron los años de los brotes más importantes, y en los municipios donde se sospecha que se presentó con más fuerza la epidemia; pese a esto, los datos disponibles nos permiten medir el impacto de la viruela en la entidad.

El gobierno del estado informa que en 1892 hubo un brote de viruela en Huimanguillo. Para contener la epidemia se designó un médico que atendiera a los enfermos y aplicara la vacuna, y a quien se le pagaban 100 pesos cada mes. Ahora bien, aunque las autoridades señalan que la enfermedad no se propagó gracias a estas medidas,²¹ los datos obtenidos en el AHRC nos muestran que sí impactó, en especial, entre la población de los municipios de Centro y Huimanguillo, sobre todo a infantes y personas jóvenes (ver gráficas 1, 2, 3, 6 y 9; remítase también al cuadro 5); también se presentaron casos en Comalcalco. Como puede observarse en las gráficas mencionadas, la población infantil —0 a 15 años— fue la más afectada durante esta epidemia: representa más del sesenta y cinco por ciento de las muertes registradas, mientras que el índice de mortandad de menores de 1 año está cerca del veintitrés por ciento (ver cuadro 7). Si los datos disponibles los dividimos en dos grandes grupos de edad, resulta que la población de 30 años o menos representa más del ochenta y cinco por ciento de las muertes.

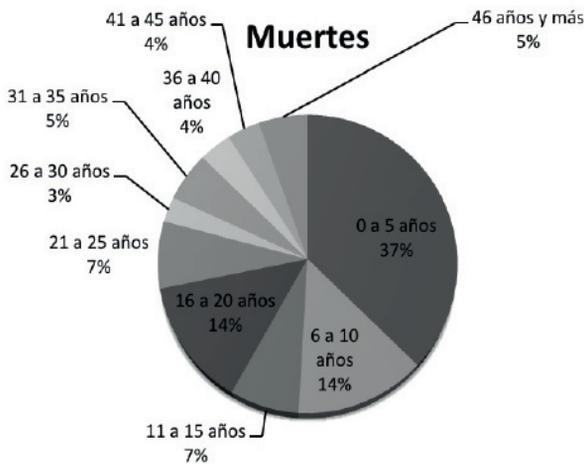
²¹ Colección Francisco J. Santamaría-Universidad de Berkeley California, de la Biblioteca Histórica “José Martí” de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (en adelante BHJM), rollo 5, “Mensaje leído por el gobernador interino de Tabasco, Joaquín Z. Kerlegand, el 16 de septiembre de 1892”.

Gráfica 1. Muertes por viruela en Tabasco durante los brotes de viruela entre 1882 y 1913



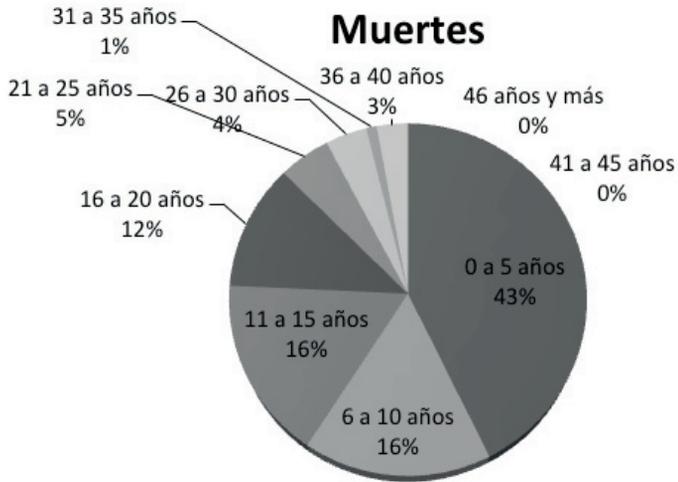
Fuente: AHRC

Gráfica 2. Grupos de edad afectados por la viruela en 1892 en Huimanguillo, Tabasco



Fuente: AHRC

Gráfica 3. Grupos de edad afectados por la viruela en 1892 en Centro, Tabasco



Fuente: AHRC

Cuadro 4. Muertes por viruela en algunos municipios de Tabasco durante los brotes más importantes entre 1882 y 1913

Municipio	1882	1883	1890	1892	1893	1895	1896	1899	1900	1901	1906	1908	1911	1912	1913	Total
Balancán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-
Cárdenas	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	2	0	-	2
Centro	-	-	-	103	-	0	0	-	-	-	0	0	158	96	1	358
Comalcalco	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	-	7
Cunduacán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frontera	-	-	-	0	-	0	0	-	-	-	0	0	1	0	0	1
Huimanguillo	-	-	-	110	-	-	-	-	-	-	0	-	0	11	-	121
Jalpa	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jalapa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	1	0	14
Jonuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macuspana	-	-	-	-	-	16	0	-	-	-	-	10	-	-	-	26
Montecristo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nacajuca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	1
Paraíso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tacotalpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
Teapa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenosique	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1	0	0	214	3	16	0	0	0	0	0	10	177	108	1	530

Fuente: AHRC. Estos datos son parciales porque sólo se revisaron los años de los brotes más importantes, y esto para los municipios donde se sospecha que se presentó con más fuerza la epidemia. Pese a ello, los datos disponibles nos permiten medir el impacto de la viruela en la entidad. Los años revisados fueron 1880-85 (Comalcalco), 1890-91 (Comalcalco), 1892 (Centro, Frontera, Comalcalco y Huimanguillo), 1893 (Comalcalco), 1895 (Cárdenas, Comalcalco, Frontera, Jalpa de Méndez, Macuspana, Centro y Tenosique), 1896 (Centro, Comalcalco, Frontera y Jalapa), 1899-1901 (Comalcalco), 1906 (Centro, Frontera, Comalcalco, Balancán y Huimanguillo), 1908 (Centro, Frontera, Comalcalco, Macuspana), 1911-12 (Centro, Cárdenas, Nacajuca, Comalcalco, Frontera, Huimanguillo y Jalapa) y 1913 (Centro, Frontera, Tacotalpa y Jalapa).

Cuadro 5. Grupos de edad afectados por la viruela durante los brotes más importantes entre 1882 y 1913 en Tabasco

Municipio	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71 y más	Sin clasificar	Total
Balancán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cárdenas	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-	2
Centro	111	39	59	49	31	25	9	13	7	3	2	1	1	2	4	2	358
Comalcalco	2	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	7
Cunduacán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frontera	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1
Huimanguillo	41	15	9	19	11	4	6	5	4	1	0	5	0	1	0	-	121
Jalpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jalapa	3	1	2	3	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	-	14
Jonuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macuspana	9	6	0	2	2	1	3	2	0	0	0	1	0	0	0	-	26
Montecristo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nacajuca	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1
Paraíso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tacotalpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teapa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenosique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	166	62	70	74	46	35	20	22	11	5	2	7	1	3	4	2	530

Fuente: AHRC.

Cuadro 6. Distribución por mes de las muertes por viruela entre 1882 y 1913 en Tabasco

Municipio	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Balancán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cárdenas	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
Centro	17	1	1	1	7	34	61	45	62	27	38	64	358
Comalcalco	3	-	-	1	-	-	1	1	1	-	-	-	7
Cunduacán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frontera	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Huimanguillo	6	23	32	22	24	7	6	1	-	-	-	-	121
Jalpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jalapa	1	-	-	-	-	-	-	-	6	2	2	3	14
Jonuta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macuspana	3	2	5	1	-	8	4	3	-	-	-	-	26
Montecristo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nacajuca	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Paraiso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tacotalpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Teapa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tenosique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	30	26	38	25	31	50	72	52	70	29	40	67	530

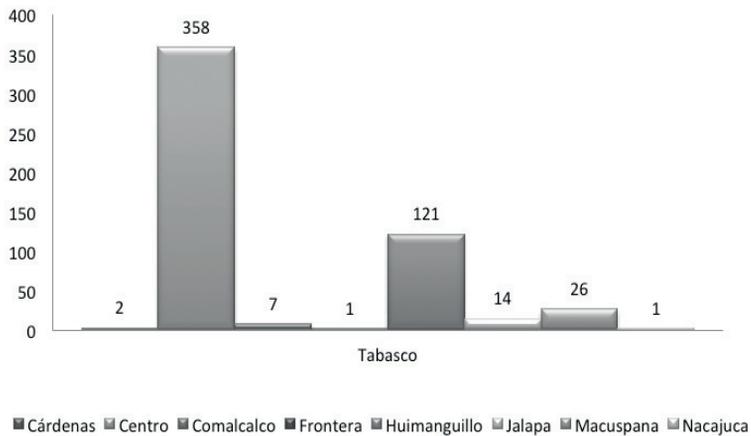
Fuente: AHRC.

Cuadro 7. Niños de 1 año o menos que murieron de viruela en 1892, 1911 y 1912 en Centro y Huimanguillo, Tabasco

Municipio	Año	Total en el periodo	1 año o menos	Porcentaje respecto al total (%)
Huimanguillo	1892	110	25	22.73
Centro	1892	103	21	20.39
Centro	1911	158	14	8.87
Centro	1912	96	19	19.79
Total	-----	467	79	16.92

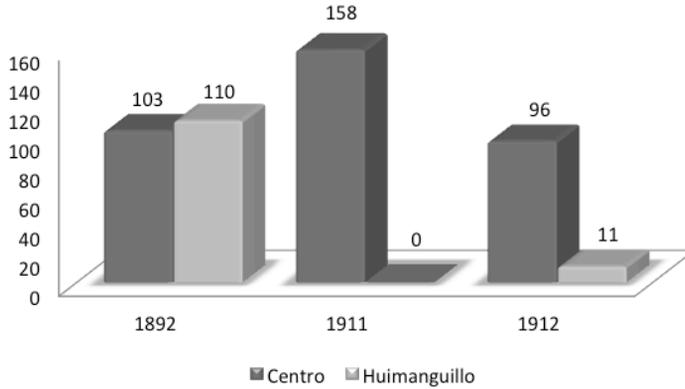
Fuente: AHRC

Gráfica 4. Municipios afectados por los brotes de viruela entre 1882 y 1913



Fuente: AHRC

Gráfica 5. Municipios más afectados la viruela en 1892, 1911 y 1912 en Tabasco



Fuente: AHRC

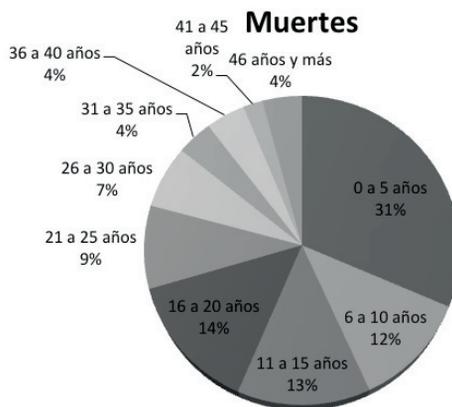
En 1893 se erigió el Instituto de Vacuna Animal a fin de obtener ahí la linfa (por razones desconocidas fue cerrado a principios de 1895), asimismo, se creó una ley de vacunación obligatoria en noviembre de ese mismo año. Estas fueron quizá las medidas preventivas más relevantes que se hayan tomado en el siglo XIX en Tabasco, para aminorar los efectos de la viruela en la entidad.²²

Poco tiempo después, en 1895, se presentó otro brote importante que, a decir del alcalde de San Juan Bautista, ocasionó algunas muertes y varios contagiados en Frontera, Macuspana, Tenosique, Cárdenas y Jalpa de Méndez. Las medidas adoptadas para contener esa epidemia fueron el aislamiento de los enfermos a través del acordonamiento de las casas identificadas, para impedir que los moradores abandonaran sus domicilios, además de la aplicación de la vacuna en dichas comu-

²² Colección Francisco J. Santamaría-Universidad de Berkeley California, de la BHM, rollo 5, “Mensaje leído por el gobernador de Tabasco, Abraham Bandala, el 15 de marzo de 1895”, p. 5 y “Mensaje leído por el gobernador de Tabasco, Abraham Bandala, el 15 de marzo de 1898”, p. 5.

nidades afectadas. Sin embargo, algunos vecinos se resistían a quedarse en sus viviendas y las autoridades tuvieron que adoptar medidas más enérgicas. El jefe del cordón sanitario de Macuspana informó que se le recomendó que después de que las personas sanaran o fallecieran, de ser posible se quemaran las casas, aunque no lo creyó indispensable. No obstante, consideró que se debía asignar un médico que atendiera a todos los enfermos, aplicara los medicamentos y fumigara las casas, todo gratuitamente.²³ Los datos arrojados por el AHRC nos indican que únicamente se presentaron 16 muertes y todas ocurrieron en Macuspana. El que no haya registro de ningún deceso en las otras municipalidades afectadas (ver cuadro 4), tiene que ver con el hecho de que no siempre se reportaban las muertes a la autoridad civil, ya fueran naturales o por enfermedad: se daba aviso a las autoridades eclesiásticas y para muchos fieles eso era suficiente.

Gráfica 6. Grupos de edad afectados por la viruela entre 1882 y 1913 en Tabasco



Fuente: AHRC

²³ Archivo Histórico y Fotográfico de Tabasco (en adelante AHFT), fondo Gobernación, rollo 13, ff. 6644-68; 17, ff. 8793-96, 8820-23, 8976-83, y 18, ff. 9471-76, 9495-97.

Por lo que respecta al tratamiento empleado durante la convalecencia, es el jefe político de Jalpa de Méndez quien nos da una idea de lo que se administraba a los enfermos para aminorar los malestares y acelerar la curación. Al enviar noticias sobre la situación en ese municipio, solicitó tubos de linfa vacunal, dando referencias de los medicamentos que disponían para los enfermos de viruela: pus vacuno, una lanzeta, alcanfor, asafétida, bicarbonato de sodio, cloruro de La Barraque (cloruro de cal y de sosa líquida), ácido tartárico, crema tártara, aceite francés, linaza, calomelano (cloruro a base de mercurio y potasio) y quinina.²⁴

En 1896 se presentó un brote que se contuvo eficazmente, aunque se desconoce dónde ocurrió.²⁵ En 1899 se detectaron algunos enfermos de viruela en el puerto de Frontera (cuatro niños y un adulto), las autoridades portuarias actuaron de inmediato y tomaron las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación, así como consecuencias funestas. De igual manera, se dieron casos en Jalapa²⁶ y al parecer, también hubo brotes aislados a fines de 1900 y principios de 1901, pero sin trascendencia.²⁷

Como los brotes no eran frecuentes ni de gran importancia, en 1903 el gobierno local se atrevía a decir que “la generalidad de la población, es ya inmune en el Estado, al contagio ó producción de viruela”. Este discurso se sostiene respecto a la viruela maligna o negra, aún cuando en 1906 se registraron algunos casos de viruela llamada benigna o loca en Balancán y Huimanguillo, los cuales fueron controlados mediante el “aislamiento de los enfermos y desinfección de los locales en que éstos [habían] estado”, además de continuar la propagación de la vacuna. En ese mismo año se procuró iniciar la construcción de un hospital en

²⁴ AHFT, fondo Gobernación, rollo 17, f. 8822.

²⁵ Colección Francisco J. Santamaría-Universidad de Berkeley California, de la BHJM, rollo 5, “Mensaje leído por el gobernador de Tabasco, Abraham Bandala, el 16 de septiembre de 1896”.

²⁶ AHFT, fondo Gobernación, rollo 21, ff. 17308-17 y rollo 43, ff. 23136-39.

²⁷ Colección Francisco J. Santamaría-Universidad de Berkeley California, de la BHJM, rollo 5, “Mensaje leído por el gobernador de Tabasco, Abraham Bandala, el 15 de marzo de 1901”, p. 5.

Frontera, que se consideraba esencial puesto que “por su condición de puerto, afluyen gentes de todas partes”. La obra quedó funcional en los primeros días de septiembre de 1907, con un costo de 13 353 pesos con 77 centavos, que sufragó el ayuntamiento municipal.²⁸

Durante los primeros días de enero de 1908, hubo alarma entre la población porque en Macuspana un joven que había viajado a la capital del país fue “atacado por la temible viruela negra y [...] falleció á [sic] los pocos días, dejando contagiados á [sic] varios miembros de su familia, de los cuales fallecieron también algunos, así como á [sic] otros que habitaban muy cerca del foco de la infección”; las autoridades procedieron a tomar las medidas precautorias y “enérgicas de aislamiento, desinfección y propagación de la vacuna”, de manera que se controló el brote, y a fines de febrero no se presentó otro caso. Las muertes acaecidas fueron 10, según los datos del AHRC (ver cuadro 4). El gobierno del estado ordenó a los ayuntamientos incrementar la aplicación de la vacuna con carácter de obligatoria, así que fueron inoculadas un total de 4 548 personas, de las cuales 1510 pertenecían a Macuspana.²⁹

²⁸ *Tabasco a través de sus gobernantes (1902-1910)*, Villahermosa, Gobierno del estado de Tabasco-Instituto del Cultura de Tabasco, 1988, v. 1, pp. 81, 158, 176 y 202.

²⁹ *Tabasco a través de sus gobernantes*, pp. 218-219.

Cuadro 8. Número de vacunados contra la viruela en Tabasco (1893-1914)

Años	Número de personas vacunadas	
	Septiembre-febrero	Marzo-agosto
1894-95	s. d.	s. d.
1895-96	s. d.	s. d.
1896-97	s. d.	3244
1897-98	1476	s. d.
1898-99	2412	728
1899-00	s. d.	364
1900	1218*	
1901	2035*	
1902-03	s. d.	s. d.
1903-04	s. d.	s. d.
1904-05	s. d.	s. d.
1905-06	s. d.	s. d.
1906-07	s. d.	s. d.
1907-08	4548	s. d.
1908-09	1732	1342
1909-10	1296	1342
1910-11	1211	19 523
1911-12	s. d.	s. d.
1912-13	s. d.	1756
1913-14	1563	s. d.
1914-15	s. d.	s. d.

Fuente: Mensajes e informes de los gobierno de Tabasco entre 1893 y 1915. En los años sin datos (s. d.), no se encontraron cifras del número de vacunados, pero sí se señala en dicha documentación que había distribución de linfas y aplicación de vacunas en la entidad. (*) Para los años de 1900 y 1901 se tomaron datos procedentes de las boletas mensuales de vacunación, por lo que la información se ajusta al año cronológico; puede haber una repetición de datos en el semestre marzo-agosto de 1900, ya que, con toda probabilidad, están incluidos en el año cronológico. En el año cronológico de 1899 tenemos según las boletas mensuales de vacunación un total de 1238 vacunados, cifra que coincide con los dos años siguientes, si se tiene en cuenta que en este periodo se presentó un brote importante en la entidad; esta tendencia al incremento en el número de vacunados la observamos también en 1907-1908 y 1910-1911, cuando se presentaron epidemias nuevamente.

En los años siguientes se continuó con la propagación de la vacuna. Sin embargo, a mediados de 1911 se presentó un nuevo brote de viruela, esa vez en San Juan Bautista y municipalidades vecinas; además de ésta y otras medidas como el aislamiento, desinfección y propagación de la vacuna (19 523 personas inoculadas), se conformó una brigada sanitaria con apoyo de la federación y se designó a un médico para atender a domicilio a los enfermos pobres, también se amplió el Lazareto para recibir a una mayor cantidad de pacientes afectados. Para principios de 1912 las autoridades señalaban que ya estaba controlado el brote, aunque se dieron casos aislados en Huimanguillo y Jalapa, que fueron controlados por las autoridades locales.³⁰

Gráfica 7. Grupos de edad afectados por la viruela en 1911 en Centro, Tabasco



Fuente: AHRC

³⁰ *Tabasco a través de sus gobernantes (1911-1924)*, Villahermosa, Gobierno del estado de Tabasco-Instituto del Cultura de Tabasco, 1988, v. 2, pp. 34, 44-45.

En el cuadro 4 podemos apreciar el impacto que tuvo la viruela entre la población tabasqueña, particularmente en Centro, Jalapa y Huimanguillo donde causó muertes; otras municipalidades afectadas fueron Cárdenas, Comalcalco, Frontera y Nacajuca. Los datos obtenidos en el AHRC nos muestran que el brote de viruela continuó siendo relevante en Huimanguillo en 1912 pese a lo dicho por las autoridades, porque entre enero y mayo de ese año provocó varias muertes; e incluso, el brote resurgió en San Juan Bautista en el segundo semestre del año, ocasionando muchos decesos entre junio y octubre. Esta epidemia de 1911-1912 fue de grandes dimensiones, incluso mayor que la de 1892, y al igual que ésta, dañó sobre todo a la población joven. En el municipio de Centro, que fue el más afectado, los niños de un año o menos representan el mayor número de muertes con cerca del trece por ciento; mientras que si hacemos la división en dos grandes grupos de edad, las personas de 30 años o menos fueron las más afectadas ya que de las defunciones registradas constituyen cerca del ochenta y cinco por ciento (ver igualmente cuadros 5 y 7 y gráficas 4, 5, 7, 8 y 9).

Durante varios meses no se presentó ningún caso de viruela, pero a fines de febrero de 1913 en Atasta, una comunidad aledaña a San Juan Bautista, se detectó un enfermo. Las autoridades sospechaban que el contagio pudo proceder del norte de Chiapas, ya que había un brote en esa zona, específicamente en los municipios de Chicoasén, Tecpatán y Tapilula. Se procedió a aislar al paciente, desinfectar y aplicar la vacuna en la comunidad, incluso en municipios limítrofes con Chiapas, sobre todo en Tacotalpa y Jalapa.³¹ Los datos recabados en el AHRC nos indican que sí hubo una muerte en el municipio de Centro por viruela, aunque no hay nada que nos asegure que se trata del caso que las autoridades consignan en el citado informe de gobierno; además, no se detectaron muertes en los otros municipios mencionados. Si bien esto

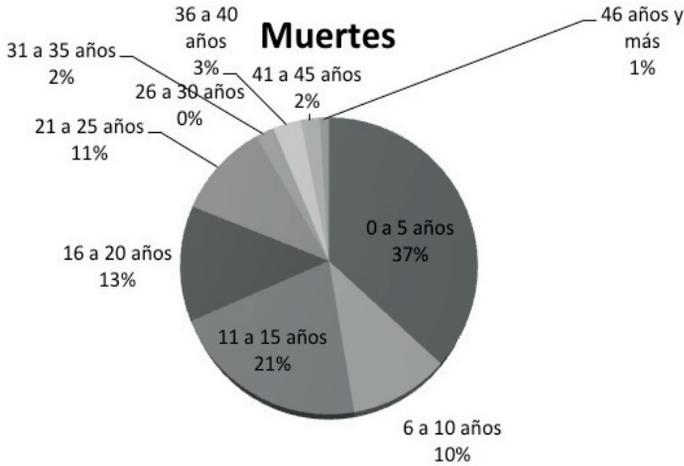
³¹ *Tabasco a través de sus gobernantes*, v. 2, pp. 84-85.

tampoco implica que no hubieran contagiados, el brote fue de poca importancia, al parecer.

En marzo de 1913 se expidió un reglamento provisional para organizar los rubros de Vacuna, Inspección Sanitaria de Mujeres Públicas y Desinfección en Tabasco. Desde hacía algunos años había preocupación por mejorar el sistema de prevención y control de enfermedades infecciosas, en especial para responder a brotes de viruela, fiebre amarilla, tuberculosis, disentería, meningitis, así como sífilis y otros padecimientos de transmisión sexual. El nuevo reglamento establecía las visitas a domicilio de brigadas de salud (sobre todo a aquellos sitios que se consideraran focos de infección) y saneamiento con petróleo y cal para depósitos de agua, pantanos, charcos, etc., donde se pudieran reproducir mosquitos u otras plagas. Contemplaba asimismo la desinfección de las habitaciones donde ocurrían muertes por padecimientos infectocontagiosos, de igual modo que la incineración de muebles y pertenencias de personas fallecidas por alguno de estos males. Sin olvidar la vacunación obligatoria y el mejoramiento de la infraestructura del sector salud en todo el estado.³²

³² *Tabasco a través de sus gobernantes*, v. 2, pp. 84-85, 109-110 y 122-123.

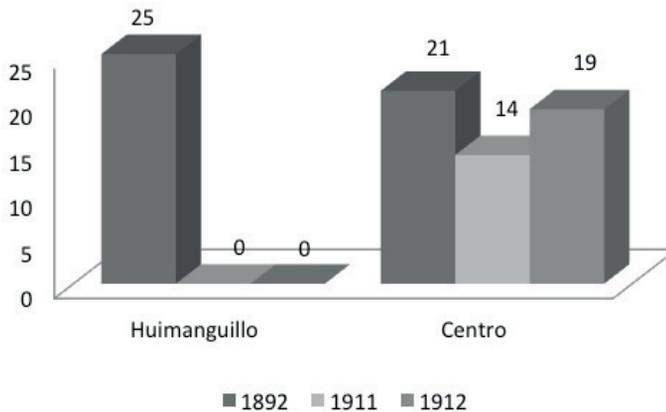
Gráfica 8. Grupos de edad afectados por la viruela en 1912 en Centro, Tabasco



Fuente: AHRC Estos datos son parciales y se basan en el cuadro 4.

Con lo mostrado hasta ahora, podemos saber cuáles fueron las principales disposiciones que tomaron las autoridades para prevenir y contener las epidemias, y a la vez, medir el impacto que éstas tuvieron en la población tabasqueña de finales del siglo XIX y principios del XX. Se puede constatar que el municipio más afectado durante los dos brotes más importantes del periodo de estudio —los de 1892 y 1911-1912— fue Centro, seguido de Huimanguillo. Este último fue impactado sobre todo en 1892 y escasamente en 1911-1912. Cuando se presentaba una contingencia, lo inmediato era el aislamiento en los lazaretos u hospitales (ubicados en Frontera y San Juan Bautista, los centros poblacionales estratégicos), la destrucción de pertenencias del infectado (vivo o muerto), así como la aplicación de vacuna a las personas cercanas al sitio del brote (ver cuadros 8 y 9).

Gráfica 9. Niños de 1 año o menos que murieron de viruela en 1892, 1911 y 1912 en Centro y Huimanguillo, Tabasco



Fuente: AHRC

Si bien las autoridades señalaban en la época: “se ha procurado la aplicación de la vacuna a niños. Pero para que este específico se propague con la generalización necesaria, es indispensable ordenar que sea obligatoria la vacunación y revacunación, expidiéndose el Reglamento respectivo”,³³ entre 1895 y 1900 las autoridades de las municipalidades solicitaban linfas vacunales o pus vacuno para inmunizar a la población.³⁴ Tal fue el caso de los gobernantes de Macuspana, que se dirigieron al gobierno del estado para solicitarle tubos de linfa el 2 de abril de 1896, porque “aunque en la actualidad no se ha dado ningún caso de viruela en esta Municipalidad, [hay que] poner los medios de preservación posibles”.³⁵

³³ *Memoria sobre el estado de la administración pública de Tabasco por Simón Sarlat*, p. 24.

³⁴ AHFT, fondo Gobernación, rollos 13, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 28, 29, 32, 33, 43 y 45.

³⁵ AHFT, fondo Gobernación, rollo 17, f. 8872.

Cuadro 9. Relación de vacunados en los municipios de Tabasco (1899-1901)

Municipalidad	1899	1900	1901
Centro (San Juan Bautista)	208	289	471
Cárdenas	82	80	80
Huimanguillo	18	19	228
Comalcalco	0	378	42
Cunduacán	33	69	76
Jalpa	50	0	46
Nacajuca	248	0	67
Paraíso	0	180	98
Tacotalpa	0	0	13
Teapa	0	0	14
Jalapa	149	52	113
Macuspana	112	66	0
Frontera	10	36	47
Jonuta	25	0	39
Montecristo	4	0	230
Balancán	251	0	81
Tenosique	6	0	390
Se desconoce municipio	42	s. d.	s. d.
Total	1238	1218	2035

Fuente: Boletas mensuales de vacunación de varios años entre 1895 y 1901. Los datos son parciales porque no hay continuidad ni uniformidad en la información, sin embargo es una aproximación creíble si tomamos como referencia el cuadro 4, y veremos que las cifras concuerdan más o menos con los años fiscales, salvo excepciones ya explicadas en el referido cuadro. Sólo se considera el número de vacunados y no de vacuníferos.

Por lo tanto, la falta de la linfa vacunal fue un problema para las autoridades locales;³⁶ por lo mismo, junto con las notificaciones de envío de tubos de pus, se pedía a los encargados de aplicar las vacunas, que “en lo posible se practique la inoculación de brazo a brazo por ser la que produce más eficaces resultados”, incluso en algunos momentos se solicitaban “depósitos capilares” pues “pudiendo hacerse una gran cosecha

³⁶ AHFT, fondo Gobernación, rollo 32, f. 17384.

del específico que se rebela de bondadosa calidad, y que no se procuro [sic] por falta de tubos para recogerlo”, luego de haber “seguido con satisfactorio resultado la propagación de brazo á brazo”.³⁷

Llama la atención esta recomendación gubernamental: la propagación de la vacuna de brazo a brazo se utilizaba cada vez menos en otros lugares, debido a los riesgos que significaba el contagio de enfermedades como la sífilis, pero en Tabasco el incremento de este padecimiento se atribuía ante todo a la prostitución. En el reglamento de 1913, el Consejo de Salubridad añadió a sus atribuciones el control de la actividad de las mujeres públicas, ya que “será de obvios beneficios, pues ya es alarmante el incremento de la sífilis según nuestras estadísticas, y principalmente de la mortalidad infantil en relación con aquella terrible enfermedad”.³⁸

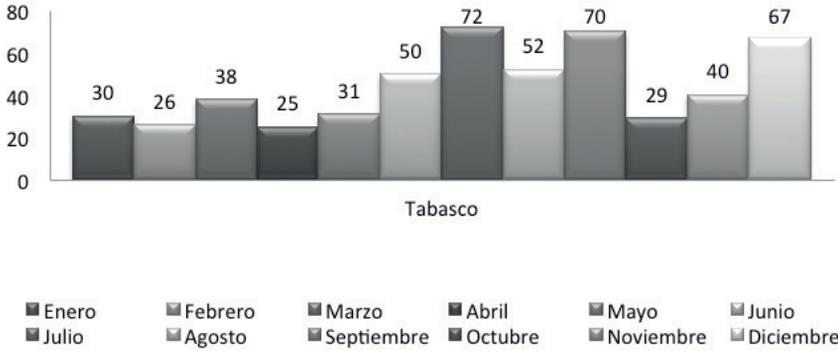
Otro inconveniente era que muchos de los tubos de linfa empleados no rendían los frutos esperados. El 9 de marzo de 1899 las autoridades de Macuspana objetaban al gobierno del estado que “No habiendo dado resultado alguno los tres tubos de linfa vacunal que se sirvió remitir esa Secretaría General [...] para la propaganda del antídoto de la viruela, sin embargo de haberse trasmitido á brazos sanos, atentamente suplico [...] se sirva ordenar la remisión de dos tubos más para ver si se consigue el objeto que se desea”. Una queja similar fue la de Tenosique del 9 de abril, y tras más la de junio del mismo año al demandar que se enviaran más linfas “en virtud de no haber pegado los tubos que esa misma Sria. se sirvió remitir”.³⁹

³⁷ AHFT, fondo Gobernación, rollo 33, f. 17778, rollo 32, f. 17386 y rollo 23, f. 12150.

³⁸ *Tabasco a través de sus gobernante*, v. 2, p. 65.

³⁹ AHFT, fondo Gobernación, rollo 32, f. 17343 y rollo 33, ff. 17784 y 17808.

Gráfica 10. Distribución por mes de las muertes por viruela entre 1882 y 1913 en Tabasco



Fuente: AHRC Estos datos son parciales y se basan en el cuadro 4.

CONCLUSIONES

En este modesto acercamiento al estudio de la viruela en Tabasco, se pueden conocer cuáles fueron las principales disposiciones que tomaron las autoridades para evitar contagios o bien para aminorar los daños cuando se presentaba un brote. Para prevenir una epidemia había una permanente aplicación de la vacuna, pese a que en muchas ocasiones esta labor se entorpecía por la carencia de linfas o bien la mala calidad de las mismas, a decir de los propios médicos encargados de la inoculación. Además, se adoptó la política de mantener en condiciones higiénicas las calles de las comunidades, los espacios públicos e incluso las propias casas mediante: saneamiento de agua; apertura de canales para la circulación del agua (charcos, pantanos, arroyos, lagunas); desecación de pantanos y otros cuerpos; desmonte de terrenos patios, baldíos y calles; recolección de basura y desechos; fumigación de casas, patios, calles y terrenos baldíos. También se invirtió en el acondicionamiento de es-

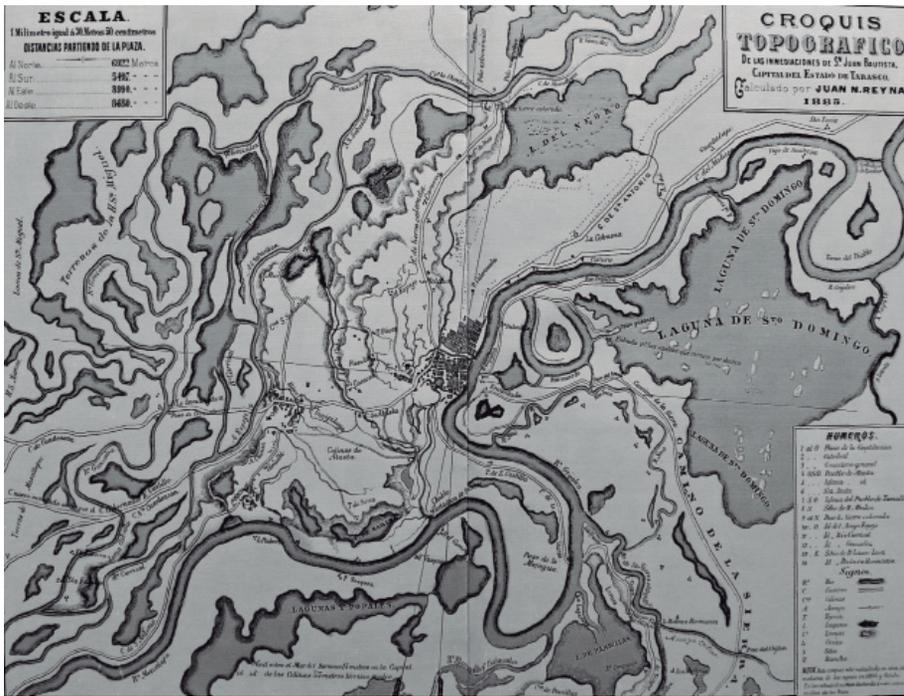
pacios que fungieran como sanatorios, hospitales y lazaretos; además se recomendaba constantemente a los ciudadanos asistir a tratarse con los médicos y no con curanderos, yerberos y brujos.

Cuando se presentaba un brote de viruela, lo que se disponía de inmediato era el aislamiento de la persona para evitar el contagio (con los cuidados médicos indispensables), de igual modo se procedía a vacunar a los pobladores y si era necesario, se impedía la entrada o salida de gente en la comunidad para que no se propagara la enfermedad. Una vez controlado el brote y sanado los pacientes, se quemaba la ropa y objetos que hubieran estado en contacto con éstos, y finalmente se desinfectaba la habitación o casa por medio de la fumigación. Este mismo protocolo se aplicaba regularmente para otras enfermedades infectocontagiosas como el sarampión, fiebre amarilla, varicela, cólera, etc.

Los casos de viruela que se presentaron en Tabasco no causaron gran impacto en la población, salvo los brotes que se presentaron en 1892 y 1911-1912 y que provocaron varias muertes en Huimanguillo y Centro (mayormente en San Juan Bautista, la capital), ya que en general se controlaban a tiempo y la mayoría de las veces, puesto que se trataba de lo que las autoridades denominaban viruela benigna o loca. Fueron pocos los brotes de viruela negra o maligna.

Quizá las variables que contribuyeron a que no se presentaran epidemias importantes de ese mal en la entidad fueron la escasa población, el relativo aislamiento del resto del país y la dispersión de las poblaciones. Esta condición territorial de la planicie tabasqueña ha estado determinada por una presencia importante de humedales (permanentes e intermitentes), ríos y arroyos de acuerdo a periodos de crecientes (entre mayo y octubre) y de estiaje (noviembre a abril) como se percibe en detalle en el croquis topográfico de Juan N. Reyna de 1884, o bien con una visión más panorámica en el plano de Alberto Correa de 1891 (ver mapas 2 y 3 a continuación). Los asentamientos dispersos estuvieron condicionados por las características geomorfológicas de una planicie

Mapa 2



Croquis topográfico de las inmediaciones de San Juan Bautista, capital del Estado de Tabasco. Calculado por Juan N. Reyna. 1885.

A partir de esto, si atendemos a Chantal Cramaussel, quien señala que la viruela atacaba ante todo en los periodos de sequía y solía desaparecer cuando se presentaban las lluvias,⁴⁰ podemos decir que en Tabasco el clima no jugó un papel relevante, ya que con normalidad se presentan precipitaciones pluviales casi todo el año (sobre todo entre mayo y octubre). En el cuadro 6 y la gráfica 10, podemos observar que en el periodo de estudio el mayor número de muertes se presentó durante el segundo semestre del año que es el más lluvioso; aunque como los datos disponibles son parciales, no podemos aseverarlo, quizá en pesquisas posteriores se complementen la información y los datos encontrados hasta ahora.⁴¹

⁴⁰ CRAMAUSSEL, Chantal, "La lucha contra la viruela en Chihuahua durante el siglo XIX", p. 106.

⁴¹ El periodo de lluvias se presenta de mayo a octubre y el de sequía de noviembre a abril; sin embargo,

Mapa 3



Estado de Tabasco, 1891.

Para terminar este modesto acercamiento a los estudios de la viruela, debemos señalar que la falta de información sobre los brotes, el número de vacunados, personas infectadas y pacientes fallecidos, constituyen un problema frecuente para los investigadores de las enfermedades epidémicas en Tabasco durante el siglo XIX y principios del XX. Asimismo, los datos disponibles por lo regular son incompletos, imprecisos o confusos y en general, carecen de uniformidad; de tal manera que las cifras mostradas sobre el asunto tratado son meras aproximaciones. Por ejemplo, la información extraída del AHRC tiene sus inconvenientes: los datos no son siempre exactos, porque en relación a algunos años faltan partes de los

entre los meses de noviembre y febrero hay frecuentes lluvias ocasionadas por los “nortes” o frentes fríos. Los meses más secos son marzo, abril y mayo, pese a eso, hay precipitaciones pluviales esporádicas.

libros de defunciones, o bien, porque mucha gente no acudía a las autoridades civiles a reportar las muertes, no así ante la jerarquía eclesiástica local. Pese a todo, la información vertida en este trabajo es rigurosa y, aunque parcial, nos permite una aproximación bastante fidedigna del impacto de la viruela en la población tabasqueña de la época. Cabe aclarar que no se tuvo oportunidad de consultar los archivos parroquiales y se desconoce si éstos guardan información sobre el periodo de estudio, tanto como las condiciones en las que se encuentran.

Sin el afán de justificar las posibles imprecisiones de este trabajo, señalamos que el problema se debe en gran medida a la desidia de las autoridades para registrar o recopilar datos sobre su respectiva administración en la época de estudio. Baste con un ejemplo, en 1899 y 1900, cuando el gobierno federal solicitó al del estado que enviara datos acerca del número de infectados y vacunados de viruela durante estos años, a fin de incorporarlos a las estadísticas nacionales, esta autoridad requirió lo mismo a los ayuntamientos locales. Pero tras algún tiempo de espera, terminó por responder en una misiva que “Por no haber remitido los municipios sus datos en la misma forma y con oportunidad, se retardó la formación de este cómputo”.⁴² Revisando los mensajes e informes de gobierno podemos apreciar este mismo inconveniente.

Por último, en la actualidad hay un desinterés por el resguardo y conservación de la documentación de los archivos públicos de Tabasco. El AHRC y el Archivo Histórico del Tribunal Superior de Justicia son pruebas irrefutables de que hace falta modificar la política de los acervos históricos en esta entidad. Es urgente que las autoridades tomen en serio la creación de un genuino Archivo General, donde participen de manera comprometida los tres poderes de gobierno, así como los tres niveles de las autoridades administrativas, acondicionando un espacio adecuado y con el personal capacitado para salva-

⁴² AHFT, fondo Gobernación, rollo 25, f. 24500.

guardar, conservar y difundir la memoria histórica; de otra manera, los factores naturales y antropogénicos harán que a mediano plazo se destruyan los escasos acervos documentales existentes.

Fecha de recepción: 26 de abril de 2013

Fecha de aprobación: 1 de octubre de 2013

