



---

## CUERPO Y SALUD EN LOS CIUDADANOS DEL DISTRITO FEDERAL EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Oliva López Sánchez<sup>1</sup>  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

Las siguientes páginas son apenas un primer acercamiento al tema de la higiene pública y la patología de la capital mexicana en la segunda mitad del siglo XIX. Es un intento de ir reuniendo datos, hilando temas, cifras y críticas sobre un fenómeno social que es tan amplio y que requiere de un análisis profundo. Así, el propósito de este breve ensayo es ofrecer un panorama general acerca de las condiciones físicas y sociales del Distrito Federal que permita entender la geografía patológica de la población del siglo XIX. Además de un primer análisis del uso de la estadística y su beneficio para la medicina y la planeación de la higiene y la salud pública. Trabajaremos con las cifras y datos obtenidos de las estadísticas de mortalidad en la ciudad de México en los años de 1845, 1852, 1858, 1859, 1866, 1867, 1870 y 1871.

Palabras clave: geografía médica, higiene corporal, higiene pública

### ABSTRACT

The following pages are just a first approach to the issue of public health and the pathology of the Mexican capital in the second half of the nineteenth century. It is an attempt to collect data, spinning themes, figures and criticism about a social phenomenon that is so broad and requires a thorough analysis. So the purpose of this brief essay is to build a picture about the physical and social conditions of the Federal District to

---

<sup>1</sup> Profesora Titular "B" tiempo completo del área de Psicología Clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM; E-Mail: [olivalopez@aim.com](mailto:olivalopez@aim.com)

understand the pathological geography of the population of the nineteenth century. In addition to an initial analysis of the use of statistics and their benefit to medicine and health planning and public health. Work with figures and data collected from the mortality statistics in Mexico City in the years 1845, 1852, 1858, 1859, 1866, 1867, 1870 and 1871.

Key words: medical geography, hygiene, public health

Medio tan heterogéneo ejerce una influencia compleja y permanente en el individuo, modifica y altera la salud proporcionalmente á la intensidad de sus variaciones, es factor poderoso de la distribución geográfica de las enfermedades y de la prosperidad de ciertas especies de insectos y parásitos aptos para transmitirlos (Guzmán, 1904<sup>a</sup>, p.6).

## Introducción

Los sistemas económicos y políticos han impuesto una representación del cuerpo humano y una noción sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Durante el siglo XIX mexicano, particularmente en la segunda mitad se construyó una noción de cuerpo productivo, sano, medido y auto disciplinado. Estos requerimientos respondieron a las exigencias del capitalismo burgués emergente. La ciencia, en particular la médica, contribuyó de manera decisiva en la construcción de este tipo de individuo. De esta manera, el escenario social estimuló la organización del discurso médico que fue sembrando las bases de su institucionalización y profesionalización.

La ciencia médica decimonónica fue la heredera de una noción de cuerpo integrado con la naturaleza, cuyo funcionamiento estaba íntimamente ligado con la geografía del lugar con la humedad, con la altura y la vegetación. Sin embargo, la mercantilización del servicio médico como un valor de cambio facilitó la pérdida de esta noción más armoniosa de comprender el funcionamiento del cuerpo en relación con la geografía, en la que se incluyó el clima y la alimentación.

El objetivo del texto es analizar las representaciones médicas decimonónicas sobre los factores geográficos, climáticos y alimenticios que provocaban la irrupción de las enfermedades y las muertes entre los habitantes de la Ciudad de México. Nos

preguntamos acerca de los planteamientos filosóficos subyacentes a la noción de cuerpo, salud y enfermedad que de la medicina hipocrática heredaron los galenos mexicanos y pretendemos explicar en un contexto socio cultural las representaciones de la salud en el periodo señalado.

### **I. Higiene y patología de la capital**

Las condiciones de salud de la población mexicana durante la segunda mitad del siglo XIX fueron bastante azarosas debido a las guerras que se vivieron a lo largo del siglo, por otro lado están los brotes epidémicos de fiebre amarilla, cólera, tifo y viruela que se presentaron entre la población. Así tenemos que el promedio de vida de los mexicanos durante la época que investigamos era de 26 años, el 50% de la población moría entre los 0-10 años. Tal panorama resultó bastante desalentador en todos los sentidos.

En primer lugar debemos mencionar que existían algunos indicadores que se consideraban universales para evaluar el grado de desarrollo de una nación. La mortalidad de la población era uno de estos indicadores; las tasas de morbi-mortalidad daban cuenta del atraso o adelanto de la higiene pública y privada de una sociedad, lo cual ofrecía un panorama de los niveles de productividad de un país basado en las condiciones de salud de los individuos. Además, daba cuenta del estado de bienestar alcanzado por cada nación. Las cifras de mortalidad y los datos de la higiene serán las consejeras seguras para la planificación y un cuestionamiento serio a los servicios de salud; para el tiempo que nos ocupa, son el indicador de que la política y la planificación no obtuvieron los frutos que se esperaban (Malvido, 2006).

Para el caso del México postcolonial, no se cuenta con un registro continuo y fidedigno de las muertes. Las administraciones políticas descuidaron mucho esta actividad de registro. Durante la colonia eran las autoridades eclesiásticas las que se encargaban de registrar las muertes debido a que eran la instancia que autorizaba las inhumaciones. Más tarde, con las leyes de Reforma, dicha tarea les correspondió a los jueces civiles. Las personas encargadas de hacer los registros no contaban con

la preparación necesaria para llevar a cabo una tarea cuidadosa, ni había un personal exclusivamente dedicado a levantar los registros. Por otro lado, la población no cumplía con la ley, y muchos cadáveres eran sepultados sin conocimiento del juez.

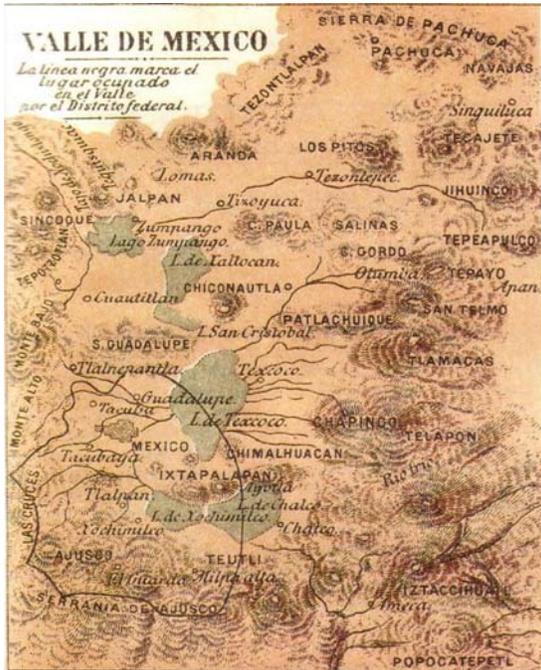
Los médicos decimonónicos se lamentaban de que los registros de mortalidad no contaran con datos específicos como la edad, el motivo de la muerte, el estado civil, entre otros, dicha información resultaba fundamental en la realización de las estadísticas. La edad como otros conceptos es un producto de la modernidad, por tal razón los que registraban las muertes no la anotaban, pues no tenía ningún uso aparente. Es con la influencia del pensamiento positivista y el auge de la medicina científica que el uso de las matemáticas, específicamente, la estadística se torna en herramienta necesaria e indispensable en todo trabajo considerado racional y científico.

El raciocinio por la estadística presta otra garantía bastante apreciable, y es que, siendo números los que sirven de elementos, añade á la circunstancia de tener bases ciertas, la sencillez y claridad en todas sus operaciones, sencillez y claridad inherentes á toda operación aritmética, porque se puede decir que el raciocinio por la estadística es un método numérico de raciocinar (Ruiz y Sandoval, 1872, p. 8).

## **II. Características geográficas de la capital mexicana**

### **a) Clima y ubicación**

El Distrito Federal es una entidad fundada en 1824, estaba compuesta de 554 manzanas, que formaban 950 calles, 15 plazas, 66 plazuelas y un extenso parque central conocido con el nombre de Alameda. Estaba dividida en ocho cuarteles mayores, cuatro al norte y cuatro al sur; los números impares correspondían al norte y los pares al sur. Las calles que iban al norte y partían de las esquinas Santa Teresa y Reloj; Mariscalá y Puente de la Mariscalá; Puente de Alvarado y San Fernando, limitaban los cuarteles 1,3,5 y 7; la prolongación de las mismas calles al sur limitan los marcados con los números 2,4,6 y 8. Se tenían cuatro juzgados, cada juzgado albergaba dos cuarteles mayores.



La ciudad de México contaba con tres tipos de alumbrado: luz eléctrica, gas hidrógeno carbonado y trementina.

La capital se encuentra situada en la región austral del Valle de México, tiene una extensión de 1,270km<sup>2</sup> y una altura de 2,277 metros sobre el nivel del mar. Durante el siglo XIX, el Distrito Federal contaba con tres lagos principales: parte de los lagos Texcoco y Chalco, y con la totalidad del lago de Xochimilco. Contaba con ríos permanentes y temporales: entre

los primeros tenemos el de San Buenaventura; en los segundos están el los ríos San Juan de Dios, Churubusco, la Piedad, Consulado y Guadalupe. La temperatura media era de 15 grados centígrados; la máxima de 31,6 y la mínima de 1,7 grados. Llovía 139 días al año. El mes de más alta temperatura era abril y el de más baja diciembre. Los vientos reinantes eran en primavera y otoño del noroeste; en Estío del noreste y en invierno del noroeste y sureste. Por lo general el aire en la capital viene del noreste y dispersa los miasmas deletéreos (García Cubas, 1892).

La temperatura media entre otoño e invierno era casi la misma, al igual que en primavera y el estío, de ahí que los cambios entre las estaciones eran poco sensibles. Se notaban más bien dos cambios los cuales correspondían con la época de lluvias de abril a septiembre o principios de octubre y la de sequía de octubre a marzo.

### **b) La población capitalina: índice de natalidad y mortalidad**

Quitando los años en los que hubo brotes epidémicos, podemos decir que la media anual de muerte entre la población mexicana fue de 7,131; 594,3 por mes ó 19 por día. Si consideramos que en 1870, Antonio García Cubas reportó que el Distrito Federal contaba con 225,000 habitantes distribuidos en cinco prefecturas, la

tasa de mortalidad era alta. De los años a los que nos estamos refiriendo, los de mayor índice de mortalidad fueron los de 1852 y 1866. El primero coincide con el brote de cólera y el segundo año por la última inundación de la capital. A las inundaciones le siguen casi siempre brotes epidémicos. Los años posteriores a 1866 se observa un despunte en la tasa de nacimientos. Probablemente se deba a un mecanismo de regulación de la propia población.

Según Ruiz y Sandoval (1872) las condiciones sociales, económicas y geográficas determinaban las condiciones de salud de la población. La comodidad de los habitantes estaba en estrecha relación con el índice de mortalidad y las enfermedades. Hoy día no nos sorprendería esta afirmación, pero en la época en que Gustavo Ruiz y Sandoval lo declaran, resulta impactante. Sucede que las leyes universales de la biología se modifican según las características de la población, debido a los agentes externos que van a determinar en gran medida el funcionamiento del organismo. La pobreza está asociada a suciedad, inmoralidad y todo tipo de conductas que probabilizan toda clase de enfermedades, poniendo en riesgo a la población en general. Sumado a lo anterior, está una alimentación deficiente debido a la falta de recursos, pero también como consecuencia de ciertas políticas que restringieron la venta de algunos alimentos que formaban parte de la dieta básica de la sociedad campesina.

Según algunos datos de 1872, la riqueza de los cuatro juzgados de la capital es la siguiente: el más rico era el juzgado 21, donde el valor del predio era de \$13,555,081, le siguió el 11 cuyo valor es de \$11,285,685, 31 teniendo un valor de \$8.000.000 y el 41 \$6,000,000. Según Ruiz y Sandoval el índice de mortalidad corresponde con la riqueza de los juzgados en el año de 1870 y 1871 respectivamente.<sup>2</sup>

El promedio de vida de la población de la capital para los años que nos

---

<sup>2</sup> En 1870 la muerte por juzgado se dio de la siguiente manera: en el juzgado 11 la población era de 62,500 habitantes y la mortalidad de 4,3 por ciento; en el juzgado 21, la población 61,500 y mortalidad 2,9 por ciento; en el juzgado 31 población 55,000 y mortalidad 3,8 por ciento; y en el juzgado 41, población 46,000, mortalidad 2,6 por ciento. En 1871 la mortalidad en el juzgado 11 fue de 3,9 por ciento; en el 21 de 2,5 por ciento; en el 31 de 3,2 por ciento y en el juzgado 41 de 2,4 por ciento.

concierno fue la siguiente: en el año de 1845, la duración media de vida en años fue de 28,5; el de 1852, de 21,2; en 1858, de 26,0; en 1859, de 29,4; en 1866, de 24,4; en 1870, de 27,8 y en 1871, de 30,0. El promedio de vida mayor se observa en el año de 1871 que coincide con un incremento de la tasa de natalidad. Por otro lado, los promedios más bajos se localizaron en 1852 y 1866 que además coinciden con los años en los que hubo mayor número de defunciones registradas en la capital, como lo mencionamos anteriormente. En el año de 1892 García Cubas reportó un aumento considerable en la población de la capital cuya cifra ascendía a 463,646 habitantes. En veinte años la población de la capital había duplicado su número. Este es un dato que merecería un análisis por separado, pues en 1872 se pronosticaba un incremento muy lento en el índice de población, cómo y porqué razón en veinte años, la población de la capital aumentó al cien por ciento.

No obstante, es menester mencionar que hasta 1900, los datos acerca de la población del territorio mexicano son variables, no se contaban con datos únicos, ni certeros. Existen diferencias en las tasas de natalidad y el número de población entre los diferentes estudiosos de la época: García Cubas, Antonio Peñafiel, Matías Romero, entre otros. En 1900 se hizo un censo nacional cuyos datos se aproximaron más a la realidad poblacional (Malvido, 2006).

### **c) Causas de mortalidad en las diferentes edades**

Según la concepción de algunos médicos decimonónicos la edad era un dato importante para ser considerado en el asunto de la salud porque estaba íntimamente ligada a las condiciones generales del organismo, sus costumbres y sus ocupaciones, y todo tipo de modificaciones que influían directamente sobre el modo de verificarse las funciones biológicas. Actualmente, los médicos alópatas estarían de acuerdo con esta afirmación en su totalidad, mientras que otros tantos estaríamos parcialmente de acuerdo. Ciertamente hay una evolución "natural" de la edad pero las predisposiciones a ciertas enfermedades no sólo dependen de la edad *per se* sino de la historia del sujeto en su conjunto; me refiero a que un tipo de alimentación rica en azúcares, harinas, grasas animales en exceso y productos refinados

generarán una mayor predisposición a desajustes orgánicos, generando enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer.

Como se ha mencionado, las etapas de la vida son una creación de la modernidad, así que los registros de mortalidad de los años estudiados sólo reportan si se trataba de un niño o un adulto. En 1867 Reyes reportó los índices de mortalidad por etapas a fin de referir las edades en las que se daban las defunciones: del nacimiento a los diez años; de lo diez a los treinta; de los treinta a los cincuenta; de los cincuenta a los noventa y más allá. Es evidente que el corte es totalmente arbitrario y dista mucho de ser una clasificación ideal.

De uno a diez años el promedio de mortalidad entre 1866 y 1871 fue de 45,5; tal cifra corresponde a la mitad de la mortalidad total. De tal suerte que averiguar las causas de mortalidad durante los primeros diez años se convirtió en una misión para los médicos decimonónicos. El estudio de la niñez, también fue una invención de la modernidad; los niños siempre habían sido tratados como adultos pequeños. Fue en el siglo XIX que la niñez y lo que ello significaba para el desarrollo de una nación conllevó a que se le considerara en el estudio de diferentes áreas. En el caso de la medicina, fue durante el último tercio del siglo XIX que cobró importancia, llevándose a cabo congresos sobre la infancia, y dedicando tiempo al estudio de las enfermedades infantiles. Se escribieron los primeros textos sobre higiene infantil y temas relacionados con esta etapa del desarrollo humano.<sup>3</sup>

Las causas de mortalidad durante los primeros diez años de vida se debieron a diversas razones: los agentes atmosféricos constituían un gran riesgo para los neonatos, pues el cambio brusco del seno materno a un ambiente externo modificaba algunas funciones orgánicas de ahí que fuera una etapa muy riesgosa para la vida. Este fenómeno atmosférico afectaba de igual manera a ricos que a pobres, causando mayores estragos en los últimos.

La lactancia: cuando la madre o la nodriza gozaban de buena salud se aseguraba que el niño recibiera una alimentación nutritiva, pero cuando las condiciones nutricionales de las que amamantaban eran pésimas por una mala

---

<sup>3</sup> Se puede consultar Del Castillo (2001)

calidad o por insuficiencia, la calidad del alimento que ingería el pequeño era igualmente pobre. Entre la clase menesterosa, la desnutrición fue considerada como la segunda causa de mortalidad entre la población infantil.

Los médicos aseguraron que padres de constitución débil determinaban en gran medida la salud de los recién nacidos. Entre las causas que debilitaban al organismo, no sólo se consideraba a la pobreza, también se incluían ciertas conductas: se acusaba a las mujeres, ya fueran ricas o pobres, de llevar una vida alejada de principios higiénicos; en el caso de los varones como se entregaban a todo tipo de excesos se menguaba su constitución. El resultado era que sus uniones traían hijos débiles.

El destete temprano fue considerado como otra causa de mortalidad infantil según los criterios del médico Eduardo Liceaga, dedicado al estudio de las patologías infantiles. El destete promovió la ablactación a muy temprana edad; la ingestión de alimentos en niños pequeños provocaba afecciones intestinales y los niños morían. Por lo regular, entre los pobres, la madre alimentaba al niño recién destetado con los mismos alimentos consumidos por la familia: atole, tortillas, frijoles y licor o pulque. Este tipo de alimentos producen fermentaciones. Al poco tiempo es probable que se diera la muerte de los niños.

La dentición era otra causa de mortalidad entre la población infantil, se decía que el desarrollo de los *criptos mucosos* del intestino que se verificaban en esta edad, era la causa ocasional de muchas de las afecciones flegmáticas o de otra naturaleza del tubo digestivo.

La pulmonía, la eclampsia, la viruela y las afecciones intestinales eran las principales enfermedades que hacían morir a los niños. Se aseguraba que la disentería se desarrollaba bajo los influjos de las condiciones topográficas tales como la humedad y el calor.

Las cifras tan altas de la mortalidad en esta primera etapa de la vida alentó la exigencia de una vigilancia higiénica pública y privada en esta edad. En cuanto a la higiene pública, se solicitaba a la autoridad que multiplicara los hospitales para niños y los asilos para los niños pobres. En 1871 se establecieron cuatro casas de

asistencia para los hijos de las obreras; lugar en el que se les proporcionaba alimentación, vestido y la instrucción necesaria. Estos espacios albergaban a más de quinientos niños diariamente. Se consideró que era un avance en materia filantrópica que reduciría la tasa de mortalidad.

De diez a treinta años, se consideró que era la etapa en la que se abarca la pubertad, la juventud y la adultez. Se creyó que era la etapa en la que moría menos población pues el promedio de mortalidad fue de 13,35%.

De treinta a cincuenta años se estableció como un periodo en el que las influencias exteriores no causaban mayores efectos en el organismo, pero de todas maneras la tasa de mortalidad en esta etapa fue considerable, 18,15%, sobre todo para el año de 1871 en la que se registró una epidemia de viruela que como se sabe atacó a la población infantil; "como del cómputo de la mortalidad total se tiene que quitar la correspondiente á aquella epidemia, resulta que el número de defunciones generales es mas corto, y por tanto el de esta edad, relativamente mayor" (Ruiz y Sandoval, 1872, 25).

Las causas de mortalidad en esta edad estaban relacionadas con agentes patógenos y sociales. En el caso de las causas sociales, los oficios de albañil, labradores, militares, cocheros que obligaban a la exposición de las inclemencias climáticas como el calor o el frío excesivo generaban gran número de enfermedades. La mala alimentación y la ingestión de bebidas alcohólicas provocaba diversos achaques entre los más frecuentes estaba la tisis pulmonar. En 1871 murieron por esta causa una proporción de 44,97% de la mortalidad total.

De cincuenta a noventa años y más. Se consideró que era una etapa que se asemejaba a la de los niños porque había una predisposición mayor a enfermar por causas fisiológicas del organismo debido a la edad. El término medio de mortalidad fue de 14,38%.

#### **d) Influencia de las estaciones sobre algunas enfermedades**

Considerar la influencia de las estaciones en el desarrollo de las enfermedades corresponde a un pensamiento holístico relacionado con la concepción corporal que

tuvieron otras culturas en el pasado. La medicina científica acepta una relación causal, pero su concepción es muy lineal y simple en comparación con otros sistemas de pensamiento curativo incluido el griego, representado por Hipócrates quien reconoció la relación existente entre alimentación, geografía, estaciones climáticas y enfermedad. Esta lógica integral de la enfermedad no fue exclusiva de las culturas griegas y romanas también fueron compartidas por los sistemas curativos orientales y mesoamericanos.

Para Ruiz y Sandoval los fenómenos físicos ocasionados por la mayor proximidad o lejanía del sol a la tierra producían y determinaban en mucho el carácter de las enfermedades. La pulmonía considerada una de las flegmasias que mayor muerte generaron en 1866 durante la primavera causó 500 enfermos; en el estío, 513; otoño, 295 y en invierno 533. En 1871: primavera, 599; estío, 493; otoño, 194 e invierno, 409. Según los datos, la primavera fue la estación que mayor número de casos de pulmonía generó.

En cuanto a otras afecciones pulmonares las pleuresías y la tos ferina aparecieron con mayor frecuencia en primavera y en invierno. La tisis pulmonar aparecía con mayor frecuencia en el estío y el otoño. Las razones se debían a que en el estío la evaporación de las aguas de lluvia exponía a cambios de temperaturas más bruscos que en ninguna otra estación del año; y en el otoño los vientos del noreste eran fuertes y fríos.

Para las afecciones intestinales: disentería, diarrea, enteritis, entero-colitis, el estío era la estación más mortífera, después le seguía el otoño, la primavera y por último el invierno. Se aseguraba que la variación de la temperatura durante el tiempo de aguas podía ser la causa de dichas enfermedades intestinales. En la actualidad, los médicos aseguran que durante el tiempo de aguas se genera un caldo de cultivo para todo tipo de microbios cuya reproducción incrementa en los medios húmedos. Tal vez fuera en realidad esta la causa real de contagio y no sólo el cambio de temperatura en sí mismo.

Las afecciones cerebrales como la meningitis aparecieron con mayor frecuencia en otoño, aunque esta última es una afección que en la infancia era

comúnmente tuberculosa, otras veces era traumática y raras veces espontánea, lo cual indica la poca influencia que en su carácter tendrán las diversas estaciones.

Las enfermedades de infección como el tabardillo, afección que tiene un término medio entre la fiebre tifoidea de Europa y el *tifus fever* de los ingleses y americanos, era en épocas anteriores uno de los mayores azotes de la capital. Su disminución fue notable para 1872. Se presentó en la primavera con mayor frecuencia.

El sarampión se presentó con altas tasas en la primavera de 1871. La escarlatina aún cuando su aparición no obedece a circunstancias de la estación, mueren más personas de escarlatina que de sarampión. Que no se reporten en las estadísticas se debió a que por las complicaciones de ésta enfermedad, la causa de muerte que se anotaba era la enfermedad resultante de dicha complicación y no de la escarlatina como sucedía con los casos de sarampión.

Las enfermedades intermitentes, las pirexias que se padecían en las ciudades, por lo general eran contraídas en la tierra caliente, donde eran endémicas. Sin embargo, Ruiz y Sandoval afirmaron que se habían trasladado a las ciudades como la capital y que causaban más estragos. Era en otoño cuando se presentaban más casos. Aunque en 1866 su mayor frecuencia apareció en invierno. Esto se debió a que en ese año se vivió una inundación que duró casi todo el año, y fue en invierno que empezó a disminuir el nivel del agua; era por lo tanto el tiempo en el que se estaban evaporando las aguas estancadas. Este dato coincide con que en sea el otoño en el que se presentan más caso pues es en dicha estación que el agua de las lluvias se empieza a evaporar.

La erisipela apareció con mayor frecuencia en invierno y primavera, y aún cuando fue considerado como un mal epidémico, presentó un carácter de poca gravedad. La fiebre puerperal aparecía con altas tasas en primavera.

### **Cuadro patológico de la Capital<sup>4</sup>**

#### **Primavera**

<sup>4</sup> Fuente: Ruiz y Sandoval, Gustavo (1872) *Estadística de la mortalidad y sus relaciones con la higiene y la patología de la capital*. Tesis, México, Imprenta del Gobierno en Palacio.

Marzo: pulmonías, afecciones intestinales (mínimum), intermitentes (mínimum), sarampión

Abril: pulmonías (máximun), afecciones intestinales, eclamsia (máximun), tabardillo (máximun), intermitentes, flujos sanguíneos.

Mayo: pulmonías, afecciones intestinales, eclampsia, sarampión (máximun), tabardillo, flujos sanguíneos, intermitentes.

### **Estío**

Junio: pulmonías, afecciones intestinales, sarampión, flujos sanguíneos, tabardillo, intermitentes, eclampsia.

Julio: pulmonías, afecciones intestinales (máximun), flujos sanguíneos, intermitentes, tabardillo, eclampsia, sarampión.

Agosto: pulmonías, afecciones intestinales, flujos sanguíneos (minumun), intermitentes, erisipelas, eclampsia, sarampión.

### **Otoño:**

Septiembre: Pulmonías (minimum), intermitentes (maximum), afecciones intestinales, erisipelas, eclampsia, tabardillo

Octubre: Pulmonías, erisipelas (minimum), afecciones intestinales, intermitentes, sarampión, tabardillo.

Noviembre: Pulmonías, erisipelas, intermitentes, sarampión, eclampsia, infecciones intestinales, tabardillo.

### **Invierno:**

Diciembre: Pulmonías, eclamsia (minimum), intermitentes, tabardillo, afecciones intestinales, sarampión (minimum), erisipelas

Enero: Pulmonías, intermitentes, erisipelas, afecciones intestinales, eclampsia, tabardillo (minimum), sarampión

Febrero: Pulmonías, erisipelas (maximum), afecciones intestinales, eclamsia, intermitentes, tabardillo, sarampión.

### **III. La epidemia de viruela en la ciudad de México**

En todos los años se habían presentado brotes epidémicos de tos ferina,

viruela, tabardillo, disentería y gripa, pero en 1871, la viruela cobró una alta tasa de muertos como no lo había hecho en otros años. La epidemia duró de mayo de 1871 a mayo de 1872 con 2,184 víctimas. La edad mayormente atacada fue del nacimiento a los diez años. En cuanto al sexo, hubo el doble de muertes en mujeres que de hombres.

En el mes de mayo que inició su desarrollo la epidemia de viruela, aparecieron los primeros brotes en el juzgado 11 que se sitúa al noroeste de la ciudad, en el resto de los juzgados no se presentó ni un sólo caso, sino hasta el mes de octubre, llevando una marcada ruta: las primeras muertes se registraron en las calles y callejones del barrio de los Ángeles; siguió propagándose por la plazuela de Madrid, de Juan Carbonero, calles y callejones adyacentes; después siguió las calles de la Misericordia, San Juan de Dios, Mariscalá, Puente de Alvarado, San Hipólito y calles contiguas. En el mes de octubre empezó a invadir las calles de la Pelota, las Verdes, Niño Perdido y otras periféricas del juzgado segundo. A la vez se presentaron casos en las calles de San Antonio Abad, San Pablo, Rastro, Puente del Fierro y otras también periféricas del juzgado 31. En el mismo mes se vieron los primeros casos en las calles de Santa Catarina, San Sebastián, el Carmen, La Soledad de Santa Cruz y puntos cercanos. De noviembre a enero se propagó al centro, haciéndose general a toda la ciudad, y en los meses siguientes, hasta mayo que desapareció, fue disminuyendo del centro a la periferia, dándose los últimos casos en las calles de los suburbios de la población. Para su merma no llevó ruta tan bien marcada como en la propagación.

Los médicos de la época no pudieron explicar el derrotero de esta mortífera enfermedad; descartaron como origen los vientos dominantes como había ocurrido con otras epidemias, pues en el mes de mayo los vientos eran suaves en el norte de la ciudad, y los que dominaban eran los vientos del sur. El contacto y tráfico de las personas también se eliminó como la causa del contagio, argumentando que la movilidad se daba en todos sentidos y que la ruta de la epidemia de viruela había sido claramente marcada. La única explicación que aceptaron de buen grado fue que el origen y la propagación de la enfermedad estaban íntimamente ligados a la clase

pobre porque la ruta y las calles correspondían con los asentamientos de los pobres de la ciudad. Era la clase más miserable la que habitaba las periferias de la ciudad; que eran los que descuidaban las mínimas reglas de higiene: sus habitaciones eran inmundas, el descuido de los padres que no atendían el bienestar de sus hijos al no vacunarlos, constituyeron, bajo la lógica de los médicos, los orígenes de la epidemia de viruela.

Los médicos decimonónicos, no visualizaron las coincidencias entre los derroteros de la viruela de 1871 y 1797; otras epidemias importantes como la del Matlazahuatl de 1736. La ruta de contagio que siguió el Matlazahuatl en 1736 en la ciudad de México empezó en Tacuba, siguió a Coyoacán, Xochimilco, Azcapotzalco y el centro de la ciudad, de ahí se extendió al resto del virreinato (Molina, 2001).

En 1797 fue el último brote importante de viruela en la Nueva España, antes de que en 1803 se introdujera la vacuna en la colonia (Cooper, 1980). En 1840 hubo otra epidemia de viruela en la que murieron 3 000 personas. En Tacuba se localizaron los primeros casos de viruela durante el mes de septiembre de 1797; de ahí se propagó a Azcapotzalco a Santo Domingo y al resto de la ciudad.

Los tres brotes de epidemias antes mencionados llevaron casi la misma ruta; empezaron en el norte, entraron por Tacuba. Esta zona era un sitio de comercialización importante; Tacuba tenía un obraje de lana. Es posible que la ruta de las epidemias estuviera marcada por las rutas de comercio más importantes en la ciudad de México.

América Molina (2001) afirma que entre la lana viajaban las ratas y las chinches que fueron el transmisor del Matlazahuatl de 1736. Para el caso de la viruela de 1797, 1840 y 1871 hace falta mayor investigación y revisión de fuentes, pero tal vez una explicación sobre el origen tenga algún basamento en la hipótesis de Molina en cuanto a que son las rutas de comercialización, el paso por el camino real las que además de mercancías propagan todo tipo de enfermedades.

#### **IV. Algunas reflexiones**

Por las reflexiones de algunos médicos higienistas mexicanos se pone en

evidencia el rescate de los postulados hipocráticos en sus intentos por explicar el origen de las enfermedades y las epidemias de la ciudad de México. El principio fundamental hipocrático sostiene que las causas de la enfermedad radican en la pérdida del equilibrio entre el organismo humano y el resto del mundo natural, poniendo principal énfasis en la alimentación. De esta manera los galenos mexicanos intentaron relacionar clima y alimentación con el desarrollo de algunas enfermedades. Los manuales de medicina higiénica como los de Luís E Ruiz, Máximo Silva y Gustavo Ruiz y Sandoval, entre otros fueron propuestas teóricas que rescataron el saber hipocrático, por un lado, e incorporaron los nuevos postulados de la medicina higienista, por otro. Los principios de la medicina higienista militaron a favor de los valores burgueses y promovieron la moderación, la temperancia y la mesura en los hábitos y estilos de vida de los individuos.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, vieron la luz una infinidad de manuales de medicina higienista, como lo hemos señalado, a la vez que se crearon leyes y medidas de inspección sanitaria exclusivos para la República Mexicana, que al decir de los franceses, expertos en la materia, representaron una verdadera innovación. Lamentablemente nunca se pudieron implementar en la práctica debido a la cultura de la corrupción, herencia colonial, y al marasmo social de aquellos años.

A más de cien años, dos siglos de distancia, la planificación de la ciudad de México sigue quedando pendiente, los gobernantes no rebasan sus pueriles ambiciones de gobernar el Distrito Federal como el trampolín a la candidatura Federal. Los índices de mortalidad entre los niños menores de un año por enfermedades gastrointestinales y respiratorias es altísima; las mujeres se siguen muriendo por complicaciones en el parto. Resulta increíble que se siga hablando de un avance y desarrollo económico cuando las causas de muerte entre la población mexicana de escasos recursos siguen siendo prácticamente las mismas de cien años atrás. La medicina y su discurso moderno no han cumplido las promesas de conseguir una calidad de vida digna. En México hay sesenta millones de pobres (Campos, 1995) que se enferman y acuden a todo tipo de servicio médico buscando

su curación. Eso nos da una idea de que la medicina científica no es suficiente, ni en su cobertura, ni en su eficacia.

### Referencias Bibliográficas

- Campos, J. (1995) *¿Qué hacemos con los pobres? La reiterada querrela por la nación*. México: Aguilar.
- Cooper B. D. (1980) *Las epidemias en la ciudad de México*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Eguiarte S. E. (1989) *Hacer ciudadanos. Educación para el trabajo manufacturero en el siglo XIX en México*. México: Universidad Iberoamericana, Departamento de arte.
- Florescano E. y Malvido E. (1982) *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*. T. 1 y 2. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- De Gortari, R. H. y Hernández F. R. (1988) *Memoria y encuentros: La ciudad de México y el Distrito Federal (1824-1928)*. Tres volúmenes. México: Departamento del Distrito Federal. Instituto Mora.
- Del Castillo T. A. (2001) *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en México, 1880-1914*. Tesis de doctorado en Historia, El Colegio de México: México.
- García y Cubas A. (1997 [1894]) *Geografía e historia del Distrito Federal, México*. Edición facsimilar, México: El Instituto Mora.
- Molina Del Villar A. (2001) *La Nueva España y el Matlazahuatl, 1736-1739*. México CIESAS/ El Colegio de Michoacán.
- Malvido E. (2006) *La población. Siglos XVI al XX*. México: UNAM /Océano.
- Ruiz y Sandoval G. (1872) *Estadística de la mortalidad y sus relaciones con la higiene y la patología de la capital*. Tesis, México, Imprenta del Gobierno en Palacio.