

5. Cronología de las epidemias de fiebre amarilla

En la presente obra no es posible detallar de manera rigurosa todas las epidemias de fiebre amarilla que se han producido a lo largo de la historia, pues son numerosísimas y afectan a tres continentes. Para tener un conocimiento más amplio y detallado de la materia, es muy recomendable la lectura de George Augustin, *History of yellow fever*, publicado en Nueva Orleans en el año 1909, y en donde se relacionan, año tras año, las epidemias reportadas de América, Europa y África. A continuación se detallarán las epidemias más representativas y se hará siguiendo el mismo modelo que Augustin, por continentes y por orden cronológico; y en el Apéndice de esta obra se tratará con mayor extensión dos grandes epidemias que tuvieron lugar en Cádiz y Barcelona a principios del siglo XIX, y en Panamá entre 1881-1914, durante la construcción del Canal.

1. Epidemias en Centroamérica y Sudamérica

A principios del siglo XVI, el Cronista Gonzalo Fernández de Oviedo contaba que tras el segundo viaje de Colón fue fundada la ciudad de La Ysabela, (República Dominicana, 6 de enero de 1494), la primera creada por los españoles. Muy pronto se pobló de colonizadores dispuestos a sacar rendimiento de los territorios descubiertos a costa de los indios, a los que obligaban a trabajar por la fuerza. Éstos decidieron sembrar el maíz en la época que no correspondía, de manera que todos pasaron hambre y muchos murieron, tanto indios como españoles, que acabaron comiéndose a los perros que habían traído de España para cazar los animales de la selva, y finalmente tuvieron que recurrir a *“lagartos, lagartijas, culebras e sierpes”*.

A causa de esta hambruna *“y de la humedad grandísima desta tierra, muchas dolencias graves e incurables, a los que quedaron con la vida, se les siguieron. Y desta causa, aquellos primeros españoles que por acá vinieron, cuando tornaban a España algunos de los que venían en esta demanda del oro, si allá volvían, era con la misma color dél; pero no con aquel lustre, sino hechos azamboas e de color de azafrán o tericia; e tan enfermos, que luego, o desde a poco que allá tornaban, se morían, a causa de lo que acá habían padescido, e porque los bastimentos y el pan de España son de más recia digestión que estas hierbas e malas viandas que acá gustaban, e los aires más delgados e fríos que los desta tierra. De manera que, aunque volvían a Castilla, presto daban fin a sus vidas llegados a ella”*¹. Parece ser que esta epidemia duró tres años, hasta que La Ysabela fue abandonada en 1496 y no fue jamás reconstruida.

Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, las epidemias de fiebre amarilla ya se producían con anterioridad al descubrimiento, y el Dr. Crescencio Carrillo y Azcona (1837-1897), historiador, filólogo y obispo de Yucatán, encontró al traducir los Códices mayas de Chumayel y Tizimin un recetario de los indios donde se hacía referencia a la *“medicina para el vómito de sangre”*, o a la *“medicina del vómito de sangre para personas que la arrojan no propiamente encarnada, que no parece verdadera sangre, sino como un líquido mezclado de hollín”*.

¹ El Dr. Francisco Guerra, historiador y catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares sostiene que *“debido a que el foco de dispersión de la fiebre amarilla y su vector se encuentra en el golfo de Guinea, se podría pensar que el virus amarílico podría haber sido transmitido por los españoles a territorio americano a partir del tercer viaje de Colón, pues en julio de 1498 fue la primera ocasión en que los españoles tocaron las islas de Cabo Verde, área entonces endémica de esta enfermedad, y como señalaba Colón en su Diario, tuvo que salir anticipadamente del puerto porque sus marineros se morían”* (Recogido en el artículo *“Origen de las epidemias en la Conquista de América”*. <http://revistas.ucm.es/ghi/02116111/articulos/QUCE8888110043A.PDF>). Ver también, en este mismo capítulo, las epidemias de fiebre amarilla en las Islas Canarias.

Más tarde, Bernal Díaz del Castillo, Cronista de Indias² que acompañó a la expedición de Hernán Cortés a México a partir de 1519, también informaba sobre una enfermedad que afligía a los soldados españoles y que podría interpretarse como fiebre amarilla: *“Estando que estábamos en Segura de la Frontera³, de la manera que en mi relación habrán oído, vinieron cartas a Cortés cómo había aportado un navío de los que el Francisco de Garay había enviado a poblar a Pánuco⁴, e que venía por capitán uno que se decía fulano Camargo, y traía sobre sesenta soldados, y todos dolientes y muy amarillos e hinchadas las barrigas, y que habían dicho que otro capitán que el Garay había enviado a poblar a Pánuco, que se decía fulano Álvarez Pinedo, que los indios del Pánuco lo habían muerto, y a todos los soldados y caballos que había enviado a aquella provincia, y que los navíos se los habían quemado; y que este Camargo, viendo el mal suceso, se embarcó con los soldados que dicho tengo, y se vino a socorrer a aquel puerto, porque bien tenía noticia que estábamos poblados allí, y a causa que por sustentar las guerras con los indios, no tenían qué comer, y venían muy flacos y amarillos e hinchados; y más dijeron, que el capitán Camargo había sido fraile dominico, e que había hecho profesión; los cuales soldados, con su capitán, se fueron luego su poco a poco a la villa de la Frontera, porque no podían andar a pie de flacos; y cuando Cortés los vio tan hinchados y amarillos, que no eran para pelear, harto teníamos que curar de ellos; al Camargo hizo mucha honra y a todos los soldados, y tengo que el Camargo murió luego, que no me acuerdo bien qué se hizo, y también se murieron muchos soldados; y entonces por burlar les llamamos y pusimos por nombre los panciverdes, porque traían las colores de muertos y las barrigas muy hinchadas.*

En el capítulo siguiente, CXXXIV, que trata de *“Cómo envió Cortés a Gonzalo de Sandoval a pacificar los pueblos de Xalacingo y Zacatami”*, el autor explicaba que cuando Cortés vio al capitán Gonzalo de Sandoval, que había recibido un flechazo, regresar con ocho soldados mal heridos y tres caballos menos, se alegró de verlos. Pero el mismo Díaz del Castillo no pudo asistir a esta recepción, pues *“estaba muy malo de calenturas y echaba sangre por la boca; e gracias a Dios, estuve bueno porque me sangraron muchas veces”*. Es posible que este Cronista de Indias contrajera la enfermedad a partir de los soldados que llegaron contagiados a Segura de la Frontera.

La fiebre del oro atraía a los colonizadores españoles hacia la Nueva España (México), y la provincia de Yucatán fue la más poblada. Sin embargo, Cortés se vio obligado a mudar por tres veces en cinco años el asiento de la Villa Rica de la Vera Cruz que, superpoblada e insalubre, se creó desde entonces reputación universal de sitio gravemente malsano, “tumba de españoles”. Se empezó a advertir que en esta ciudad se producía una enfermedad con variaciones anuales, que coincidía con las épocas en que después se comprobó que aumentaba la fiebre amarilla, entre los meses de marzo a octubre.

² Los biógrafos de Díaz del Castillo coinciden que el autor concluyó su obra *Historia verdadera de la Conquista de la Nueva España* en 1568. Una copia manuscrita llegó a España en 1575, la cual sirvió de base a la primera edición impresa, publicada en 1632.

³ Se trata de la actual Tepeaca, en el estado de Puebla, fundada por Hernán Cortés el 4 de septiembre de 1520 bajo el nombre de Villa de Segura de la Frontera.

⁴ La ciudad de Pánuco, en el estado de Veracruz, fue fundada por Hernán Cortés el 26 de diciembre de 1522. Se trata del segundo Ayuntamiento fundado en la América continental.

En 1536, el monje franciscano Fray Juan de Zumárraga, fundador de la Real y Pontificia Universidad de México, expuso ante el Consejo de Indias su alarma ante el hecho que la inmigración española llegada a Veracruz directamente de la Península, moría en gran cantidad en este puerto o de camino hacia la ciudad de México, y apuntaba el dato interesante que los meses de julio a noviembre eran los peores. Pero a pesar de estas informaciones y de otras posteriores, la fiebre amarilla no fue considerada plenamente como una enfermedad epidémica hasta el año 1648, fecha en que se verificó por primera vez en las islas de Barbados y Guadalupe. Fue observada en la península de Yucatán en el mismo año, se extendió al resto de las Antillas (1648-1650) y afectó también a la isla de Cuba.

El historiador y fraile franciscano, Fray Diego López de Cogolludo, en su *Historia de Yucatán*, publicada en Madrid en 1688 por el fraile dominico Alfonso Sandin, narra la historia de este territorio entre los siglos XVI y XVII. En ella dejó una descripción testimonial de la epidemia de 1648, la primera escrita por un europeo, donde se aprecia que era una enfermedad muy desconocida por los españoles, “*no vista otra vez desde que se conquistó esta tierra en la nación española. Suelen en otras tierras las pestes ser un accidente comun, que uniformemente da á todos; pero no fué así en Yucatan, que fué ocasion de mayor confusion. No es posible decir qué achaque fuese, porque los médicos no lo conocieron: las enfermedades no eran de una calidad en todos, y los efectos aun en las que lo parecian se experimentaron encontrados.*

Lo mas comun era sobrevenir á los pacientes un gravísimo é intenso dolor de cabeza y de todos los huesos del cuerpo, tan violento que parecia descoyuntarse y que en una prensa los oprimian. A poco rato daba tras el dolor calentura vehementísima que á los mas ocasionaba delirios, aunque á algunos no. Seguíanse unos vómitos de sangre como podrida, y de éstos muy pocos quedaron vivos. A otros daba flojo de vientre de humor colérico, que corrompido ocasionaba disentería que llaman sin vómitos, y otros eran provocados á ellos con gran violencia sin poder hacer evacuacion alguna, y muchos padecieron la calentura con el dolor de huesos sin alguno de los otros accidentes.

Los remedios que se aplicaban á uno y al parecer le mejoraban la salud, aplicados á otros que parecian tener los mismos accidentes se entendió les acortaron la vida. A los mas al tercero dia parecia remitirse totalmente la calentura, decian que yá no sentian dolor alguno, cesaba el delirio conversando muy en juicio; pero no podian comer ni beber cosa alguna, y así duraban otro ó otros dias; con que hablando y diciendo que yá estaban buenos, espiraban.

Fuéron muchísimos los que no pasaron del tercero dia, los mas murieron entrados en el quinto, y muy pocos los que llegaron al seteno, si no fué los que quedaron vivos y de éstos los más fuéron los de edad mayor. A los mancebos mas robustos y saludables daba con mas violencia y acababa la vida mas presto. Aunque de las mujeres enfermaron muchísimas, no apretó en ellas tanto el mal como en los varones, y así respecto de ellos fueron pocas las que murieron; pero rara la que halló preñada que quedase viva.

En casas de muy grandes familias apenas habia quien socorriese á los enfermos por estarlo todos á un tiempo, ni quien les pidiese los Sacramentos. Este daño espiritual reparó la caridad de los sacerdotes, así seculares como regulares, porque andaban por las calles de dia y de noche llevando consigo el santísimo Viático y santo Oleo, visitando las casas para darlos á los necesitados.

Amanecian los cementerios llenos de cuerpos muertos, unos con los vestidos que traian, otros cosidos en petates y de otras suertes, que todo causaba horror y confusion. A uno hallaron al segundo dia de su enfermedad muerto en los brazos de su mujer, que quedó como embelesada y sin sentido, y así estuvo por gran espacio de tiempo. A muchas personas se les endureció el corazon que no podian llorar viendo tantas desdichas; con que era mas crecida su pena. Llegó á no haber siquiera indios que en una tabla llevasen á las iglesias cuerpos de personas muy principales.

Miéntras duró la fuerza de la enfermedad en los españoles no enfermaron los indios, sino solo los que estaban con ellos y los que iban á la ciudad, que salian tocados del mal, y los mas morian en sus pueblos; pero no se les pegaba á los otros que los asistian. Ocasionó esto que los indios con atrevimiento dijese que el achaque era castigo de Dios, pues solamente enfermaban en la ciudad y villas por los malos tratamientos que les hacian. Presto desengañó nuestro Señor á los indios de la presuncion que tenian, porque pocos dias despues de lo referido dió en muchos pueblos de ellos la misma enfermedad que á los españoles, haciendo horrible estrago como en gente sin regalo ni medicinas.

Duró la enfermedad en toda la tierra por espacio de dos años, y muchos españoles que se salieron de la ciudad de Mérida á los pueblos de los indios, y estuvieron mas de un año, volviendo despues á Mérida, si por allá no habian tenido la enfermedad les daba luego, y murieron de este modo no pocos. Raro fué el que estuvo ó entró en esta tierra aquellos dos años que no enfermase, como tampoco que muriese de recaída habiendo salido del primer accidente. Quedaban todos pálidos que parecian difuntos, sin cabello, peladas las cejas muchos, y todos tan quebrantados, que aunque hubiesen tenido solo dos dias la calentura y poco dolor de huesos (como á mí me sucedió) en muchos no podian recobrar sus fuerzas.

Trabajaron mucho en esta santa ocupacion los padres del colegio de la Compañía de Jesus, especialmente el P. Juan Estéban, varon de apostólico espíritu, y el P. Gregorio de Ferrer, que andaba por las calles preguntando á voces si habia quien necesitase de confesar. No cesaban dia y noche los religiosos de nuestro convento y cuando comenzaron á mejorar los seculares, dió el achaque á los religiosos. De ocho sugetos que habia en el colegio de la Compañía murieron los seis. De nuestros religiosos murieron en la ciudad veinte; los diez y seis del convento grande, y cuatro del de la Mejorada. Casi todas las cabezas y personas de mas cuenta, eclesiásticas y seculares, faltaron en aquella peste. Murió el gobernador y los mas del cabildo eclesiástico que pocas veces de veinte años á esta parte se ha visto tan pleno de los poseedores de sus dignidades. Murió el R. P. Provincial de esta provincia, los dos guardianes de los dos conventos de la ciudad, el P. Rector de la Compañía de Jesus, dos Padres que en esta provincia habian sido provinciales nuestros y muchos de los que habian sido difinidores, y de los ciudadanos de mas porte faltaron muchísimos.

Otros muchos religiosos murieron aquellos dias en diversos conventos con la enfermedad de la peste, que para escribir sus singularidades era necesario libro aparte. Despues en los dos años que perseveró la enfermedad murieron otros muchos en todos los conventos. A unos y otros haya dada nuestro Señor su gloria.

Este relato tan tardío planteó una duda razonable, pues si la fiebre amarilla estuvo presente en América mucho antes de la llegada de los españoles a tierra firme, en 1519, por qué razón no se diagnosticó ni consideró como epidemia hasta el año 1648.

La respuesta ya es conocida: el vector transmisor de la enfermedad, en su ciclo urbano, el mosquito *Aedes aegypti*, no existía en América antes de la llegada de los españoles, pues fue introducido posteriormente en los barcos que transportaban esclavos desde las costas de África Occidental⁵. Los brotes anteriores a la llegada de los españoles fueron debidos a la fiebre amarilla selvática, cuyos vectores de transmisión del virus, mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, presentan una ecología distinta.

A. aegypti, responsable de las epidemias de fiebre amarilla urbana, sufrió un proceso de adaptación para integrarse en el nuevo hábitat. Se reprodujo con normalidad y aumentó su población hasta conseguir un nivel y concentración suficientes que permitieran producir una epidemia a las poblaciones humanas que vivían ahí. Este mosquito se vio beneficiado por el hecho que los españoles se agrupaban en comunidades grandes, pueblos y ciudades, habitando espacios más o menos pequeños; un sistema de vida muy diferente al de los indios, que vivían diseminados por la selva y en grupos reducidos.

John Williams fue el autor que apreció por primera vez en la historia que la fiebre amarilla era la misma enfermedad en África y en América, lo cual fue publicado en su obra *An Essay on the Bilious, or Yellow Fever of Jamaica* (1750). Pero este médico fue más conocido por la forma en que murió, que queda relatado en una obra anónima publicada en 1752, titulada *An authentic account of the death of the unfortunate doctor Williams and doctor Bennet of Kingston in Jamaica, on the 29th of December, 1750*, donde se explica que las controversias entre los especialistas sobre los distintos aspectos de esta enfermedad fueron grandes, pero llegaron a su máximo en Kingston, cuando los doctores John Williams y Parker Bennet, tras diversos y fuertes enfrentamientos dialécticos por este motivo, decidieron pasar a la acción y retarse en duelo:

“Al día siguiente, 29 de diciembre, muy pronto por la mañana, Bennet se armó con una espada y un juego de pistolas y llamó a la puerta de Williams. Éste lo vio desde la ventana y supo a lo que venía. Rápidamente cargó sus pistolas con balas para matar gansos o cisnes, y colgando su espada al cinto bajó y abrió la puerta, apenas lo suficiente para sacar su mano y la pistola, disparando entonces sobre el pecho del pobre Bennet, que había entregado las armas al muchacho que lo acompañaba y llamaba a Williams para que saliera fuera de la casa.

Bennet retrocedió, tambaleándose hacia su acompañante, momento que aprovechó Williams para salir y dispararle con su otra pistola en la rodilla. Bennet dio la vuelta sobre su oponente y agradeció a Dios que aún tuviera energía suficiente para vengarse de su enemigo. Entonces agarró su espada, pero estaba tan sujeta a la funda que no podía sacarla a pesar de sus esfuerzos, lo cual aprovechó Williams para herirlo con su espada por debajo de su brazo derecho, perforándole los pulmones a ambos lados.

Herido de muerte, Bennet pudo sacar su espada, y avanzando un paso hacia Williams, se la clavó por debajo de la clavícula derecha, atravesando la vena yugular y saliendo la punta del acero por el hombro. Williams aún pudo andar diez o quince yardas hasta que, sofocado con su sangre, no habló nunca más. Bennet sobrevivió cerca de cuatro horas, hasta que expiró en medio de terribles e inimaginables dolores”.

⁵ La cifra aproximada de esclavos africanos transportados a América durante el siglo XVI podría estar cercano al millón; tres millones en el siglo XVII y siete en el siglo XVIII. En total, incluyendo el siglo XIX, se estima que fueron llevados entre 10-28 millones de personas, y hay autores que hablan incluso de 60. Hasta 1850, al menos 13 millones fueron a parar a las colonias de Norteamérica y Caribe. Además, habría que añadir las pérdidas humanas ocasionadas por las capturas y las muertes producidas durante el trayecto marítimo, que puede valorarse en un 25% cada una de ellas. Los principales países esclavistas fueron Estados Unidos, Portugal, Gran Bretaña, España, Francia y Países Bajos.

Durante el siglo XVII se produjeron diversas epidemias en las Antillas, sobre todo en las islas Barbados, Martinica, Guadalupe, San Cristobal y Jamaica los años 1635, 1647-1649, 1652, 1656, 1664-1666, 1669, 1671, 1682, 1686, 1690, 1691, 1694, 1695, 1699, siendo especialmente graves las de Santa Lucía (Antillas Menores, al sur de la Martinica), donde el comercio de esclavos fue especialmente intenso: en 1664 murieron 1.500 soldados ingleses, el 94% de los afectados; en 1665 murieron 200 de los 500 marineros de la isla, y en 1666 murieron en total 5.000 personas.

En el siglo XVIII volvieron a reproducirse numerosas brotes de fiebre amarilla: en 1699 atacó la ciudad de Veracruz, todo un clásico como veremos en las páginas siguientes, y volvió a repetirse en 1725, como bien explicaba el sacerdote jesuita Francisco Javier Clavijero, nacido en Veracruz, en su *Historia Antigua de México* (1780). En 1740 afectó Guayaquil (Ecuador) y en 1760, 1762 y 1793 apareció en la Guayana Holandesa (Suriname), Guayana Francesa y Guayana Británica, y en 1780 hizo lo propio en la isla de Jamaica, donde murieron 3.500 personas.

En las Antillas volvieron a reproducirse numerosas epidemias: Guadalupe (1703, 1793), Jamaica (1704, 1750, 1774, 1780, 1791, 1793), Barbados (1713, 1721, 1724, 1733, 1739), Martinica (1724, 1735, 1750, 1791), La Española (1740-1741, 1746-1747, 1781), Curaçao (1750, 1760), Cuba (1762), Antigua (1729, 1765, 1793), Dominica y Tobago (1793), Montserrat (1799). En 1793, en la isla de Granada murieron 630 soldados de un total de 1.130. En 1794 la enfermedad afectó las islas Leeward y Windward, en las Antillas menores, junto a la costa venezolana, y de una población estimada en 12.000 personas, murieron 6.012. En 1796, en las islas Guadalupe, murieron 13.807 personas sobre una población total de 20.000.

El Dr. George Pinckard⁶ fue un médico de la Armada Británica que acompañó al General Sir Ralph Abercromby en la expedición a las Antillas que se inició en 1795 a bordo del barco de guerra *Ulysses*. Pinckard padeció fiebre amarilla, igual que una buena parte de la tropa, y relató su propia experiencia en su obra *Notes on the West Indies*. Allí escribió que en el segundo día de la enfermedad, *“la luz era intolerable y las pulsaciones de la cabeza y los ojos eran sumamente dolorosas, produciendo la sensación de que 3 o 4 garfios estuvieran enganchados en cada globo ocular y una persona detrás de mí los hundiera en la cabeza arrancándolos de sus órbitas; las pantorrillas daban la sensación de que unos perros las royeran hasta el hueso y ningún sitio, ninguna posición, daba un momento de respiro. La piel estaba ardiendo y cuando la tocaba sentía pinchazos.*

El pulso estaba bastante acelerado, la lengua blanca y abrasada, con una sensación de sed insufrible y constante sequedad en boca, labios y dientes. No sé qué era peor, si el dolor tormentoso, la insaciable sed o la agitación implacable; pero todo ello era insoportable y bastaba para agotar al organismo más fuerte”.

Durante el tercer día de la enfermedad remitieron los síntomas, en el cuarto la fiebre desapareció totalmente, y en el quinto ya reconoció signos inequívocos de restablecimiento. Según parece, entre el 1 de marzo de 1796 y el 1 de abril de 1799, la Armada Británica perdió 13.809 hombres en las Antillas a causa de la fiebre amarilla.

⁶ Pinckard murió de un ataque cardíaco el día 15 de mayo de 1835 mientras atendía en su consulta a un paciente y le estaba escribiendo la receta médica.

Isla de la Española o de Santo Domingo (Haití)

En 1791 se produjo una revuelta entre los esclavos negros de la Isla de la Española, en la zona que correspondería al actual país de Haití. Incendiaron gran parte de los campos de caña de azúcar, mataron a numerosos colonos blancos y el principal funcionario francés de la colonia se vio obligado a proclamar el fin de la esclavitud en la isla, lo cual fue refrendado por el gobierno de París en febrero de 1794.

Los ingleses, interesados en el dominio de una zona tan estratégica e importante para los franceses, y temerosos que el ejemplo de esas “*doctrinas salvajes y perniciosas de la libertad y la igualdad*” cundiera en sus colonias, desembarcaron en Haití en septiembre de 1793. A pesar de lograr rápidos avances, no contaron con la fuerza conjunta de esclavos, mulatos y franceses republicanos, al mando todos de Toussaint L’Ouverture. En 1795, los ingleses mandaron una gran flota con tropas, la mayor expedición emprendida hasta entonces: 218 barcos y 19.284 soldados. Pero de nada sirvió tal despliegue, pues en 1798 la bandera británica fue arriada en Port-au-Prince y L’Ouverture entró en la ciudad, a caballo, como libertador. La mayor mortandad, sin embargo, se produjo durante la gran epidemia de fiebre amarilla de 1795 y 1798, donde murieron 31.000 personas, la mayoría de ellos soldados ingleses (15.000) y franceses.

La paz no llegó aún a la isla y se produjo una guerra civil entre el general mulato André Rigaud y el propio L’Ouverture, la “Guerra de los chuchillos”. Tras la derrota del primero, L’Ouverture propuso al estado francés un Proyecto de Constitución con el cual la colonia gozaría de una gran autonomía y él se otorgaba el gobierno vitalicio; pero la propuesta no fue aceptada.

A principios de 1802, Napoleón Bonaparte envió una tropa formada por 15.000 soldados al mando del general Charles-Victor-Emmanuel Leclerc, marido de una hermana de Napoleón. Se inició una desesperada guerra de guerrillas y los soldados franceses fueron llegando a la isla, hasta alcanzar un número aproximado de 40.000. Pero al declararse de nuevo la guerra entre Francia y Gran Bretaña, se suspendió el envío de suministros a la isla y algunas tropas francesas fueron retiradas.

A finales de 1803 fueron expulsados de la isla los restos de ejército francés y el 1 de enero de 1804 fue proclamada la República de Haití. En la epidemia de fiebre amarilla de 1802 murieron 10.000 soldados franceses, incluyendo el general Leclerc, aunque según Victor Bally, autor de la obra *Du typhus d’Amérique* (1814) la cifra real fue de 20.000. En total, contando la población civil, se cree que se produjeron alrededor de 29.000 muertes. Además, en la isla de Guadalupe, que también tenía destacado un ejército francés, murieron 2.700, incluido su general, Antoine Richepanse.

Durante el siglo XIX se siguieron sucediendo las epidemias de fiebre amarilla en el mar Caribe (Antillas⁷ y sobre todo Cuba), extendiéndose por todos lados transportadas de un puerto a otro por vía marítima. En América Central y del Sur fueron sucediéndose diversas oleadas, en ocasiones con tasas de mortalidad muy elevadas, y son de gran importancia las epidemias sistemáticas que sufrió Panamá (ver capítulo “Grandes epidemias de la Historia”).

⁷ En 1802 murieron en Guadalupe 5.057 personas; en 1807, 2.891 personas en La Martinica y en La Habana, en 1819, 5.162 muertos.

Las epidemias más importantes fueron las siguientes: Guayana Británica (1800, 1820-1821, 1825, 1837-1838, 1840-1841, 1881); Guayana Francesa (1802, 1850, 1855-1858, 1877); Suriname (1800, 1835, 1837, 1841, 1854); Venezuela (1802, 1869), Colombia (1830, 1861, 1883, 1886-1889); Perú (1842, 1852, 1854, 1869); México⁸ (1846, 1863, 1865, 1868, 1875, 1878); Brasil⁹ (1850, 1894), Honduras (1860, 1905), El Salvador (1868, 1894, 1896-1898), Nicaragua (1868, 1894, 1897, 1905).

Sin lugar a dudas, de todas estas epidemias las que resultaron más mortíferas fueron las que se produjeron en Veracruz y en Cuba, especialmente en La Habana, dos ciudades consideradas como los grandes focos endémicos de la fiebre amarilla.

Veracruz

Mientras la “pestilencia” hacía huir de las Antillas a soldados y colonos, la fiebre del oro los reclamaba en el Virreinato de Nueva España, en México, que difiere de otros países americanos por el hecho que sus costas atlánticas se componen de una franja relativamente estrecha de tierras bajas tras las que se levanta un muro continuo de tierras altas que ya están a salvo de la enfermedad, pues el mosquito no las coloniza¹⁰.

En 1519 fue fundada, junto a la costa, la Villa Rica de la Vera Cruz, el primer Ayuntamiento de América continental. A los pocos años ya se convirtió en un puerto marítimo muy importante, pero también en una ciudad superpoblada e insalubre, creándose desde entonces una reputación universal de sitio malsano, “tumba de españoles”.

En 1892, el viajero francés Louis Lejeune publicó *Au Mexique*, donde escribió que “*el nombre de Veracruz suena como un anatema. Ahí están los invisibles, microbios o bacterias, la tropa siniestra de Pasteur; están en el aire sobrecalentado que se respira, en el agua turbia que se bebe, en el muelle brisa que sopla; se llama el Vómito*”.

El botánico y político estadounidense Joel Roberts Poinsett ya hacía notar en 1822, en sus *Notas sobre México*, que “*la ciudad es compacta y muy bien construida; y es tan extremadamente limpia y pulcra que sería difícil explicar las causas de las enfermedades pestilentes que le han dado triste renombre*”. Sin embargo, más adelante, Poinsett descubre la causa, sin ser muy consciente de ello: “*la ciudad está rodeada de médanos y charcos de aguas estancadas, lo que en el trópico es causa suficiente para engendrar el vómito negro y la fiebre biliosa. Los habitantes y los acostumbrados al clima no están expuestos a la primera de dichas enfermedades; pero todos los forasteros, aun los de La Habana e islas de las Indias Occidentales, está sujetos a este contagio*”.

La mortandad era tan continuada que en la primera legislatura de Veracruz, 17 de junio de 1825, se decretó un premio de 100.000 pesos al individuo que descubriera un antídoto eficaz. Pero nadie se presentó para optar al premio.

⁸ A pesar de que Veracruz fue con diferencia la población mexicana más afectada por las epidemias de fiebre amarilla, ésta también irrumpió con fuerza en otras ciudades, como La Paz (1883), Linares (1903), Matamoros (1853), Cordova (1876), Colina (1884), Caraco (1883), Mazatlan (1883), Mérida (1906), Orizaba (1899, 1902) y Tampico (1878, 1898).

⁹ En Brasil, la fiebre amarilla tuvo carácter epidémico prácticamente cada año a partir de 1849, aunque se cree que existía desde 1640, y en Olinda (cerca a Recife) ya se reportó en 1687. En Río de Janeiro perdieron la vida 28.078 personas en tan sólo 13 años, hasta que se iniciaron los trabajos para erradicar al mosquito *Aedes aegypti*. En 1906 murieron sólo 42 personas; en 1907, 39; en 1908, 4 y en 1909, ninguna.

¹⁰ Este no era el caso en las costas de la Isla de La Española ni en el golfo del Darién, donde no existe ningún obstáculo que impidiera la propagación de estas epidemias desde la línea costera hacia el interior.

Albert M. Gillian, cónsul norteamericano en la California mexicana, también viajó hasta Veracruz, donde comentó en su obra publicada en 1846, *Travels over the Table Lands and Cordilleras of Mexico during the years 1843 and 1844* que “la enfermedad de Veracruz se atribuye a la aumentada intensidad del calor del sol, reflejado desde las altas colinas de arena que dominan la ciudad, y también al vapor venenoso que se eleva en las aguas estancadas de los lagos y pantanos que rodean la ciudad. Los insectos venenosos que infestan aquella calurosa región contribuyen en no escaso grado, al no permitir reposo a los habitantes, y al causar excitación febril e irritación, a promover la enfermedad”.

Mathieu de Fossey, viajero francés afincado en México, se hizo muy famoso tras escribir la obra *Viaje a Méjico* (1844). En ella trataba sobre los mosquitos “que crucifican sin cesar a los que viven a orillas del río, y aun cuando estuviesen cultivadas éstas, siempre los habría en la estación de las aguas. Esta plaga, bajo diferentes nombres y diversas formas, día y noche atormentan a uno. Horrorosas fueron de veras las noches que pasamos durante un viaje a Coatzacoalcos (estado de Veracruz).

Desde las dos o las tres de la tarde empezaba de ordinario la turbonada a tronar encima de nuestras cabezas, y caía el agua por torrentes hasta el día siguiente por la mañana. Apenas nos abrigaban algunos cueros de buey no curtidos, muy mal ajustados para que pudiesen librarnos de estar empapados, agregándose a esto el olor fétido que les hacía exhalar la sucesión de la humedad al calor.

Pero luego que se extendían sobre las selvas las sombras de la noche, empezaba nuestro martirio; entonces llegaban las turbas opacas de mosquitos, al través de las cuales se discernía el disco del sol, cuando se dejaba ver un rato, sólo como si fuera por un vidrio ahumado, y, a pesar del movimiento de nuestros pañuelos, quedaba invadido nuestro retiro por sus aladas legiones.

Por mi parte, me agachaba por ocultarme todo en mi capa, dirigiendo entonces todas mis facultades hacia un solo objeto, el de tapar herméticamente la entrada, de cuya existencia me daba parte el zumbido de uno de mis oponentes; pero al cabo de cortos instantes, sofocado por la falta de aire y un calor opresivo, les abría los dobleces del paño, y me entregaba a ellos, aunque forcejeando, hasta que rendido a más no poder, me volvía a sumir en mi horno.

Después de una lucha tan irritante durante muchas horas, solía entregarme a unos rebatos de furor contra los mosquitos, contra la naturaleza y hasta contra mí mismo; furor impotente, cuya pena sólo en mí venía a recaer; destapándome repentinamente, descansaba los codos en las rodillas, y, dejando caer la cabeza en mis manos, permanecía inmóvil; resignado a sufrir me ofrecía en sacrificio a este azote, digno de figurar entre los tormentos del Tártaro; superaba el dolor, y una sonrisa infernal se deslizaba por mis labios cuando esos bichos endiablados redoblaban sus ataques.

Pero, en fin, vencida por el dolor cedía mi paciencia a tantos males, y volvía a buscar debajo de mi capa una tregua de un rato y un descanso emponzoñado con el veneno de mil piquetes”.

Durante los años de reposo, cuando no se daba la enfermedad, Veracruz se saneaba, crecía su población y también la necesidad de contar con agua potable. El Conde de Revillagigedo aprobó en 1784 los planos para la construcción de una presa que, terminada en 1790, fue destruida por un terremoto. Cuatro años más tarde, los tripulantes de tres embarcaciones, *Miño*, *Venus* y *Santa Bibiana*, reintrodujeron la fiebre amarilla urbana, que no cesó de infestar la región hasta su erradicación en 1923.

El viajero y naturalista alemán Alexander von Humboldt viajó por México a partir del año 1803, y en febrero de 1804 se dirigió hacia Veracruz, donde residió durante tres semanas. Allí escribió¹¹ sobre la fiebre amarilla que atacaba la ciudad: *“el puerto de Veracruz se considera como el sitio principal de la fiebre amarilla, vómito prieto o negro. Millares de europeos de los que tocan las costas de México en la época de los grandes calores, perecen víctimas de esta cruel epidemia. Algunos barcos quieren más bien llegar a Veracruz a la entrada del invierno, cuando empiezan a arreciar los temporales de los nortes, que exponerse en el verano a perder la mayor parte de la tripulación por los efectos del vómito, y sufrir a su regreso a Europa una larga cuarentena.*

La mortandad es principalmente muy notable cuando llegan al puerto durante los meses de verano varios buques de guerra y un gran número de embarcaciones mercantes al mismo tiempo. Hay años en que el número de muertos, en la ciudad y sus alrededores, llega a 1.800 o 2.000.

El azote de la fiebre amarilla todavía tiene consecuencias mas graves para el comercio interior: cuando las comunicaciones entre Jalapa y Veracruz están interrumpidas, falta el hierro, acero y azogue para las minas. El tráfico entre las provincias se hace por medio de recuas, y tanto los arrieros como los comerciantes que habitan las regiones frías y templadas de la Nueva España, no se atreven a bajar hacia las costas mientras el vómito reina en Veracruz.

En la estación en que el vómito obra con mucha violencia, la mas corta permanencia en Veracruz o en la atmósfera que circuye la ciudad, basta para contagiarse las personas que no están acostumbradas á aquel clima. Los habitantes de la ciudad de México, que se proponen pasar á Europa, y que temen la insalubridad de las costas, comúnmente permanecen en Jalapa hasta el momento que el barco va a hacerse a la vela; se ponen en camino con el fresco de la noche, y atraviesan Veracruz en una litera para embarcarse en la lancha que les aguarda en el muelle. A veces estas precauciones son inútiles, y sucede que estos mismos individuos son los únicos pasajeros que mueren del vómito á los primeros días de navegación”.

El viajero inglés de origen francés Charles Joseph La Trobe, futuro Gobernador de la colonia de Victoria, en Australia, fue testimonio en 1834 del suceso que ocurrió a un viajero en tránsito, que no hizo caso de los consejos que le indicaban que era mejor evitar cualquier tipo de estancia en Veracruz¹²: *“entre los europeos que habían venido de la capital con los demás pasajeros para embarcar en el paquebote con destino a Nueva York, y de allí a Europa, se hallaba Mr. P., un joven caballero francés, soltero, agregado a la legación francesa. Había pasado dos años en el país y ahora regresaba a París.*

Alegre y despreocupado al llegar a Jalapa, lejos de seguir el consejo o el ejemplo de todos los demás miembros del grupo, insistió en seguir sin dilación su viaje a Veracruz, riéndose de la idea del peligro, y prefiriendo pasar uno o dos días joviales con sus amistades en aquella ciudad a detenerse en una ciudad de las montañas que no le ofrecía interés.

¹¹ *Mapa de la Nueva España*, publicado en 1811 con el título *Ensayo Político sobre el Reino de la Nueva España*.

¹² Este suceso aparece en su obra *The Rambler in Mexico*, publicada en 1836.

¡Pobre hombre! No imaginó que aquel premioso desdén del peligro le costaría la vida: que en aquel momento mismo, ya germinaba en él la semilla de la fatal enfermedad y que a los ojos de más de un observador experimentado de la tripulación, era ya un condenado. Al igual que muchos pasajeros, sufrió mareos durante los primeros dos o tres días; pero cuando los demás, uno por uno, recuperaron salud y ánimo, él siguió muy enfermo, y empeoró en vez de mejorar. Hasta cierto grado, lo explicaba su débil constitución; pero al cuarto día, una total postración, la horrible lividez de sus semblante y otros síntomas muy ciertos del vómito, empezaron a excitar interés y atención más que de ordinario. Como podéis imaginar, nos era repulsiva la idea de tener entre nosotros la horrible enfermedad. Muchos negaban la posibilidad, y por algún tiempo el asunto se debatió más en voz baja que abiertamente.

El quinto día trajo consigo delirio y convulsiones. Ningún remedio sugerido por la experiencia de los que lo rodeaban, ningún cuidado, trajo alivio alguno. Era impresionante ver en ese momento, cuando fue ya evidente la naturaleza de la horrible enfermedad que así había introducido por fatal imprudencia en nuestra prisión flotante, cómo todos parecían afrontar con entereza el peligro. No hubo murmuraciones ni protestas. Nadie rehusó asistir al lecho del enfermo cuando era necesario.

La noche del séptimo y el octavo día fue espantosa. Nos hallábamos por la rada de Campeche, y al oscurecer, sobrevino una tormenta con truenos y rayos. El pobre paciente había sido trasladado abajo a uno de los camarotes en cubierta, tanto para mejor circulación del aire, cuanto para disminuir el riesgo del contagio. No puede describirse el efecto que producían en nuestro espíritu, durante las largas vigiliadas de aquella noche, los delirios febriles y agónicos del moribundo mezclados al silbar del viento en los cordajes, los embates del mar y el rugir del trueno.

El balanceo del barco en la costa, y los choques que ocasionaba, agravaban evidentemente su sufrimiento, y desde el crepúsculo hasta el alba, ni espíritu ni cuerpo hallaron reposo. Con frecuencia nos llamaba por nuestros nombres; pero cuando nos deslizábamos hasta cerca de su lecho, todo era incoherencia.

El día siguiente fue abrumador. Todos paseábamos en silencio sobre cubierta. El paciente no hallaba reposo. Su espíritu, literalmente, buscaba salida azotando los muros de su prisión. Hacia la noche, sobrevino el último síntoma fatal de su horrible enfermedad: el vómito negro. Ninguno de nosotros pudo dormir, sino que velábamos por ver cuándo llegaría el fin.

Cuando todo acabó, se adoptaron inmediatamente medidas enérgicas para precaver del peligro a pasaje y tripulación. El cuerpo fue firmemente cosido a una lona, y hacia las siete ya se había retirado cuidadosamente toda señal de la tragedia. Pero aún estaba ahí el cadáver, el cual, cubierto por una bandera, yacía extendido sobre una plancha.

Al amanecer, la pequeña tripulación se reunió en torno del mástil, y los pasajeros bajo la casamata. En ausencia de sacerdote alguno de ninguna iglesia, se me impuso el deber de rezar el servicio fúnebre. Todos miraban frente a sí la prueba contundente de que “el hombre nacido de mujer tiene corta vida, y lleno está de miseria” y que “en medio de la vida, estamos en la muerte”. Así entregamos el cuerpo de nuestro prójimo mortal a la profundidad, a volverse corrupción; a aguardar la resurrección de la carne cuando el mar entregue a sus muertos”.

La relación de las epidemias padecidas en Veracruz es la siguiente: 1509, 1699, 1725, 1744, 1764, 1774, 1793-1805, 1809-1813, 1815, 1817-1819, 1821-1823, 1825-1828, 1829, 1831, 1836-1837, 1840-1842, 1844-1847, 1850, 1853-1854, 1857, 1859-1860, 1862-1865. Entre 1866 y 1899 hubo epidemias cada año, en las cuales murieron 7.156 personas, con unos máximos producidos en los meses de junio a septiembre.

Durante los primeros años del siglo XIX descendieron notablemente los casos de fiebre amarilla: en 1900 no se reportó ningún caso; en 1901 se registraron 10 muertos, en 1902, 274, y en 1903, 357. A partir de este último año se llevaron a cabo las tareas de saneamiento de la ciudad, que se alargaron hasta el año 1911. El encargado de llevarlas a cabo fue el Dr. Eduardo Liceaga, autor de un minucioso trabajo sobre las epidemias de fiebre amarilla sucedidas en México. A partir del día 1 de septiembre de 1903 se puso en marcha una intensa campaña de publicidad que propagó los métodos de destrucción de los criaderos de mosquitos. En 1923, México logró desterrar de su territorio al viejo azote de la fiebre amarilla, y en 1930 pudo declararse la desaparición del mosquito *Aedes aegypti*.

Cuba

La primera epidemia oficialmente reconocida de fiebre amarilla en Cuba data de 1649, año en que el Dr. Jorge Le Roy y Cassá, médico cubano muy reconocido y especialista en estadística sanitaria, autor del artículo *Estadísticas de Fiebre Amarilla* (1902), reportó su aparición. Esta epidemia tiene el récord histórico de presentar la mayor tasa de mortalidad de todas las que afectaron la isla, 121,72 por cada mil habitantes.

El historiador español Jacobo de la Pezuela, en su obra *Ensayo Histórico de la Isla de Cuba* (1842), se refería a la epidemia en estos términos: "*En la primavera de 1649 sobrevino una epidemia horrible, y desde la de viruela que diezmo a los nacientes pueblos de la isla, a principios del siglo XVI, no había conocido mas contagios ni enfermedades que las inherentes a su clima cálido y las fiebres malignas del verano de 1620*". En esta epidemia fueron diezgadas también las pocas fuerzas médicas con que contaba la villa de La Habana.

En 1652 se repitió otra epidemia en el mismo lugar, que se extendió por toda la isla. En 1658 irrumpió violentamente en San Salvador de Bayamo y reapareció en 1693 en La Habana y en 1695 en Santiago de Cuba. La prosperidad potencial de la isla en el aspecto económico se vio frenada por sus condiciones epidemiológicas, sobre todo viruela y fiebre amarilla, que fueron vistas como enfermedades insuperables por los emigrantes europeos, que preferían seguir hacia tierra firme y dejar la isla como lugar de paso.

Más tarde se produjeron nuevos brotes epidémicos, como el de 1709 en Remedios y 1731-1733 en La Habana. En 1738 llegó la Armada de José Alfonso Pizarro, Marqués de Villar y se recrudeció la fiebre amarilla en La Habana, sucediendo lo mismo en 1742 con la llegada a la capital cubana de la escuadra del teniente general Rodrigo de Torres¹³.

Esta enfermedad influyó de forma decisiva en acontecimientos de tipo político y militar, como fue el caso de la toma de La Habana por las fuerzas inglesas en el año 1762. Al estallar la Guerra de los Siete Años (1756-1763) entre Francia, Inglaterra y otros países para establecer el control sobre Silesia y por la supremacía colonial en América del Norte y la India, España entró en el conflicto a favor de los franceses.

¹³ Las dos Armadas tenían como misión proteger de los piratas a los barcos españoles que transportaban hacia la península las ganancias recogidas en sus dominios americanos.

Esta contienda sirvió de escenario para que los ingleses mandaran una gran armada, 53 navíos y 25.000 hombres, al mando de Sir George Pocock y tomaran La Habana el día 12 de agosto de 1762. Sin embargo, esta ocupación duraría únicamente once meses, pues el 6 de julio de 1763 la Corona española recuperó La Habana a cambio de entregar a los ingleses la península de La Florida, al sur de Estados Unidos.

El caso es que la fiebre amarilla estuvo presente un año antes de este hecho (mayo-octubre de 1761), y una gran epidemia causó tres mil muertos entre los soldados españoles destacados en la ciudad, lo cual diezmo notablemente sus fuerzas y limitó su resistencia. A pesar que el dominio inglés estaba únicamente circunscrito a la capital y áreas aledañas, una nueva epidemia de fiebre amarilla se cebó en las tropas inglesas, que quedaron muy debilitadas y forzaron la negociación con la Corona española. Las epidemias siguieron sucediéndose en La Habana (1764, 1780 y 1793), en Remedios (1770) y en Santa Clara (1794), ciudad donde murieron 600 personas.

Los médicos de la época mostraron mucho interés en combatir la enfermedad, pero en Cuba no fue publicada la primera obra sobre ella hasta el año 1797, a cargo del médico cubano Tomás Romay y Chacón, titulada *Disertación sobre la fiebre maligna llamada vulgarmente Vómito Negro, enfermedad epidémica de las Indias Occidentales*¹⁴.

En 1794 fue redactado un documento por John Holliday Heragod, un cirujano de origen escocés que había llegado a Cuba en 1790 tras naufragar la nave en la que viajaba, la cual transportaba esclavos de África a América. Este trabajo, titulado *Tratado sobre la fiebre amarilla que se llama vómito negro en las provincias españolas de la América Septentrional*, fue publicado en Boston, en inglés, en 1796. En él se explicaba que la epidemia que tuvo lugar en La Habana en el año 1794 y mató a miles de personas, tuvo su origen a bordo del barco *Lord Stanley*, que llegó al puerto cubano cargado de esclavos negros procedentes de África. Sin embargo, Romay opinaba que la epidemia se había iniciado anteriormente, pues antes de la llegada del *Lord Stanley* ya habían fallecido muchos enfermos en los hospitales.

En el siglo XIX continuaron las epidemias devastadoras: La Habana (1800, 1816, 1819, 1824, 1827, 1841, 1854-1857, 1867); Remedios (1801, 1858); Santiago de Cuba (1842, 1843); Puerto Príncipe (1846); Holguín (1857); Cienfuegos (1858).

Durante los diez años que duró la primera guerra de independencia cubana contra las fuerzas reales españolas, conocida como Guerra del 68 o Guerra Grande (1868-1878), murieron de fiebre amarilla cerca de 20.000 soldados, y entre 1870-1880¹⁵, únicamente en la Habana, 12.623 personas (665 en 1870; 991 en 1871; 551 en 1872; 1.214 en 1873; 1.225 en 1874; 1.001 en 1875; 1.619 en 1876; 1.314 en 1877; 1.599 en 1878 y 1.444 en

¹⁴ Los primeros tratados sobre esta enfermedad no fueron muy anteriores a los de Tomás Romay y Chacón, y entre los más importantes cabe citar los de Henry Warren, *A treatise concerning the malignant fever in Barbados* (London, 1740); Juan José de Gastelbondo, *Tratado del método curativo, experimentado y aprobado de la enfermedad del vómito negro, epidémico y frecuente en los puertos de las Indias Occidentales* (Cartagena de Indias, 1753); William Hillary, *A treatise on such diseases as are most frequent in, or are peculiar to the west Indian islands, or the torrid zone, both acute and chonical, with the putrid bilious or yellow fever...* (London, 1759); Antoine Poissonnier-Desperrieres, *Traité des fièvre de l'île de Saint Domingue* (Paris, 1763) o Samuel Curtin, *Dissertatio medica inauguralis de febre flava Indiae occidentalis* (Edimburgo, 1778). Cabe añadir que a finales del siglo XVIII, coincidiendo con las epidemias norteamericanas, y sobre todo durante todo el siglo XIX, las publicaciones que trataban sobre fiebre amarilla fueron numerosísimas.

¹⁵ Entre 1879-1880 tuvo lugar la llamada “Guerra Chiquita” que tuvo escasos combates, ninguno de relevancia, y acabó con la detención de los líderes de la revuelta.

1879). Entre 1876-1879 murieron en el Hospital Militar de La Habana más de 3.000 pacientes y sólo en 1881 ingresaron en este hospital un total de 6.019 enfermos, de los cuales fallecieron 528 de fiebre amarilla. En 1887 murieron en esta ciudad 568 personas; 505 en 1888 y 345 en 1889.

Durante los primeros años de la década de 1890, la tasa de mortalidad se redujo a una media de 380 defunciones anuales, que aumentaron significativamente a partir de 1895, cuando se inició la segunda Guerra de Independencia cubana o Guerra del 95, que terminó en 1898 con la entrada de Estados Unidos en el conflicto. Las defunciones fueron las siguientes: La Habana (5.159 entre 1890-1901); Santa Clara (163 en 1890; 64 en 1891; 30 en 1892; 405 en 1893; 201 en 1894; 540 en 1895; 1.552 en 1896; 2.803 en 1897 y 1.732 en 1898). Y en toda la isla, 16.308 muertos entre 1895-1898.

En octubre de 1896, el Capitán General Valeriano Weyler decretó la inhumana concentración de población rural en las ciudades, que se mantuvo hasta marzo de 1898. Los fallecidos se duplicaron y quintuplicaron a causa, principalmente, de las enfermedades infecciosas. En el mes de abril de 1898 Estados Unidos decretó un férreo bloqueo naval a la isla, que duró cuatro meses y también hizo aumentar la mortalidad por enfermedades infecciosas.

En la región de Santa Clara, la mortandad durante este periodo fue especialmente alta, y de un censo aproximado de 460.000 habitantes, murieron 119.484 personas entre 1894-1898. El siguiente cuadro muestra las muertes producidas por diversas enfermedades infecciosas, bastante más de la mitad (57,99%), siendo la malaria la peor de todas.

Años	Total fallecidos	Fiebre amarilla		Malaria		Fiebre tifoidea	Viruela	Disentería	Enteritis diversas
			%		%				
1894	8.322	201	2,42	276	3,32	276	27	207	810
1895	9.638	540	5,60	583	6,05	280	319	693	921
1896	14.624	1.552	10,61	2.107	14,41	675	1.411	657	1.340
1897	46.219	2.803	6,06	12.702	27,48	1.769	958	5.689	7.002
1898	40.681	1.732	4,26	9.901	24,34	830	1.116	5.170	6.747
Totales	119.484	6.828	5,71	25.569	21,40	3.830	3.831	12.416	16.820

En La Habana, con una población de 250.000 habitantes, murieron durante los cuatro años de guerra 75.396 personas. Al iniciarse el conflicto había en la isla unos 13.000 soldados venidos de la península. En 1895 llegaron 80.000 y al final de la guerra la cifra ascendió a 220.000, sin incluir voluntarios y guerrilleros, lo que sumaba en total algo más de 300.000 soldados. Durante estos cuatro años se trataron de fiebre amarilla 35.200 soldados, de los cuales murieron 11.347 en hospitales militares, a los que habría que añadir gran cantidad de militares que fueron atendidos en hospitales civiles, casas de salud mutualista y clínicas privadas.

En 1897 fueron ingresados 45.538 soldados en hospitales; de ellos, 1.480 estaban afectados por fiebre amarilla y murieron 327. Para atender esta catástrofe sanitaria tan enorme, España envió a Cuba cerca de 700 médicos, cifra fabulosa para la época, de los que murieron cerca de 100, de ellos 50 de fiebre amarilla y sólo 4 por heridas de bala.

El 13 de febrero de 1898, el barco de guerra norteamericano *Maine* explotó en el puerto de La Habana, matando a 268 marineros. Estados Unidos culpó a España de este atentado y le declaró la guerra el 25 de abril del mismo año.

Los oficiales de Sanidad estadounidenses eran conscientes del peligro que suponía enviar una tropa a la isla, pues justo en el momento de declararse la guerra, de los 220.000 soldados que componían el ejército español, 55.000 de ellos, el 25%, estaban fuera de combate por causa de las enfermedades tropicales.

A pesar de saberse que la fiebre amarilla aparece con mayor frecuencia en verano, durante la estación de las lluvias, el ejército de Estados Unidos invadió Cuba el día 22 de junio, cuando la Fifth Army Corps ocupó la ciudad de Daiquiri. El teniente coronel Theodor Roosevelt envió una nota a la Secretaría de Guerra diciendo que “*si el ejército permanece aquí durante esta estación, la mitad de sus efectivos enfermará sin remedio*”. Pero su opinión no fue escuchada y se ordenó el ataque a la ciudad de Santiago, que se alargó hasta que las tropas españolas se rindieron.

Sin embargo, el daño ya estaba hecho. Alrededor de 400 soldados norteamericanos murieron por causa de los combates, y en cambio más de 2.000 contrajeron la fiebre amarilla durante la Campaña. El primer caso ocurrió en la ciudad de Siboney el día 6 de julio, y durante las siguientes semanas, la mayoría de la tropa estuvo afectada de malaria y disentería. Siboney fue evacuada y quemada el día 11 de julio, y una unidad de soldados negros, que se pensaba eran inmunes a la fiebre amarilla, fueron destinados a la atención de enfermos. Pero más de la tercera parte de este regimiento murió de fiebre amarilla o de paludismo.

Al término de la guerra, más de 50.000 soldados norteamericanos permanecían en Cuba y centenares de ellos siguieron muriendo por causa de esta enfermedad. Fue entonces cuando las autoridades militares designaron la llamada IV Comisión Militar Americana para estudiar el problema de la fiebre amarilla y tratar de darle remedio, lo cual ya ha sido tratado en las páginas anteriores.

Una vez confirmado que el mosquito era el responsable de transmitir la fiebre amarilla, el doctor Gorgas sugirió al doctor Reed que la solución para reducir los efectos de la enfermedad pasaba por la erradicación del mosquito y observar las consecuencias. En el mes de febrero de 1901 se iniciaron los trabajos de eliminación de mosquitos de sus zonas de hábitat. Se destruyeron las larvas mediante el vertido sistemático de petróleo sobre las aguas estancadas, aún a sabiendas del daño ecológico que se generaba.

La reducción en los casos de fiebre amarilla fue espectacular: en 1900 se contabilizaron en todo el país 1.400 casos; en 1901 sólo 37 y después del mes de octubre del mismo año, ninguno. La campaña sanitaria fue tan exitosa que en sólo noventa días la enfermedad pudo ser controlada. Además, los procedimientos de erradicación no sólo eliminaban la especie *Aedes aegypti* sino también buena parte de la población *Anopheles*, de manera que los casos de malaria se redujeron a menos de la mitad.

En el cuadro siguiente puede comprobarse el gran éxito del trabajo norteamericano efectuado en la ciudad de La Habana.

Muertes por fiebre amarilla en La Habana, separados por meses, periodo 1890-1901

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	Totales
Enero	10	10	15	15	7	15	10	69	7	1	8	7	174
Febrero	4	3	10	6	4	4	7	24	1	0	9	5	77
Marzo	4	4	1	4	2	2	3	30	2	1	4	1	58
Abril	13	5	8	8	4	6	14	71	1	2	0	0	132
Mayo	23	7	7	23	16	10	27	88	4	0	2	0	207
Junio	38	41	13	69	31	16	46	174	3	1	8	0	440
Julio	67	66	27	118	77	88	116	168	16	2	30	1	776
Agosto	60	66	67	100	73	120	262	102	16	13	49	2	930
Septiembre	33	65	70	68	76	135	166	56	34	18	52	2	775
Octubre	32	48	54	46	40	102	240	42	26	25	74	0	729
Noviembre	15	24	52	28	23	35	244	26	13	18	54	0	532
Diciembre	9	17	33	11	29	20	147	8	13	22	20	0	329
Totales	308	356	357	496	382	553	1.282	858	136	103	310	18	5.159

A partir de este momento, la enfermedad remitió de una manera absoluta. En 1902 sólo se dieron en Cuba siete casos y dos defunciones; en 1903 sólo ocurrieron algunos casos importados de fiebre amarilla; en 1905 algunos casos llegados de Nueva Orleans; en 1906 no se reportó ningún caso; en 1907, 180 casos y 50 fallecidos; en 1908 hubo un pequeño brote en Cienfuegos entre las tropas norteamericanas, y a partir de 1909 ya no apareció ningún caso más de fiebre amarilla en Cuba.

En 1949, los diez países más afectados por la fiebre amarilla urbana, Brasil, Bolivia, Guayana Británica y Guayana Francesa, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú, Suriname y Venezuela, llevaron a término una importante campaña para erradicar la presencia de *A. aegypti*, considerándose desaparecido de la mayor parte de las zonas urbanas en el año 1995. Sin embargo, actualmente, este mosquito ha reinfestado la mayor parte de América Central y del Sur.

En los últimos veinticinco años se han reportado 115 casos de media anual (con un máximo entre 1981-1982, cuando se reportaron 368 casos y murieron 183 personas). Los países afectados actualmente son Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Guayana Francesa. El último brote mayor se desató en Perú en 1995, con 440 casos y 192 muertos, el 39%, afectando sobre todo a personas no vacunadas que frecuentaban por su trabajo las zonas boscosas y accedían al ciclo selvático.

Entre 2002-2004 se reportaron en total 629 y 52 muertes; en 2008, 102 casos y 52 muertes; en 2009, 55 casos y 18 muertes; y en 2010, únicamente 2 casos, ambos en Brasil.

2. Epidemias en Estados Unidos

En Estados Unidos también se produjeron epidemias severas¹⁶, como las de 1688 en Nueva York y Philadelphia, causadas por las comunicaciones frecuentes con las colonias inglesas antillanas. En 1690 afectó Charleston; en 1691, Boston; en 1693, nuevamente Philadelphia, Charleston y Boston; en 1694, Boston, Nueva York y Philadelphia; y en 1699, Charleston y Philadelphia, donde murieron 220 personas.

Durante el siglo XVIII continuaron las epidemias prácticamente en los mismos lugares que los años anteriores: en Nueva York (1702, con 570 muertos; 1734, 1741, 1743, con 217 muertos; 1745, 1751, 1791, 1795, con 732 muertos y 1798, con 2.086); en Charleston (1703, 1728, 1732, entre 8-12 personas muertas diariamente entre los meses de mayo a octubre; 1734, 1739, 1745, 1748 y 1792); en Boston (1734, 1795 y 1798, con 200 muertos); Albany (1734); en el estado de Virginia (1737, 1741 y 1743); en New Haven (1747); en Baltimore (1783, 1794); en Philadelphia (1732, con 250 muertos; 1734, 1741, con 251 muertos; 1747, 1751, 1762, 1778, 1791; 1793, epidemia de grandes proporciones; 1797, con 1.030 muertos y 1799, con 1.000); en Pensacola (1765, con 125 muertos); en Charleston (1748, 1799, con 200 muertos); en Nueva Orleans¹⁷, el principal puerto del río Mississippi y un gran foco endémico de características similares a Veracruz y La Habana. En 1769 se produjo la primera epidemia registrada en la ciudad, ya durante el periodo español, a las que siguieron otras en 1791 y 1793.

En el siglo XIX fueron reportadas multitud de epidemias, repartidas en numerosas poblaciones, la mayoría de ellas puertos marítimos situados frente a la costa atlántica. En esta ocasión no se añadirá la cantidad de muertes pues son numerosas en cada brote. Las ciudades más afectadas, por orden alfabético y cronológico fueron las siguientes:

Baltimore (1805, 1817, 1819, 1821); Boston (1800, 1803, 1821); Charleston (1800, 1807, 1817-1819, 1821, 1824, 1827, 1838-1839, 1843, 1849, 1852, 1854, 1856, 1858, 1871); Galveston (1839, 1844, 1847, 1853-1854, 1858-1859, 1861); Key West (1823, 1829, 1841, 1867); Massachussets (1801); Memphis (1828, 1873, 1879); Mobile (1819, 1825, 1827, 1829, 1837, 1839, 1843, 1847-1848, 1853-1854, 1867); Natchez (1825, 1829, 1837, 1847); Newborn (1864); Norfolk (1800-1801, 1803, 1853, 1855); Nueva Orleans (1800-1804, 1811, 1818, 1820, 1822, 1824-1825, 1827-1830, 1833-1835, 1837, 1839, 1841-1844, 1846-1850, 1852-1855, 1857-1858, 1867, 1870, 1873, 1878, 1898, 1905); Nueva York (1801, 1803, 1805, 1809, 1819, 1821-1822, 1834, 1849, 1870); Pensacola (1765, 1822, 1845, 1867, 1873); Philadelphia (1802-1805, 1819-1821, 1853, 1867); Portsmouth (1793, 1796, 1798, 1855); Savannah (1854); Washington (1825); Wilmington (1796, 1798, 1802, 1862)¹⁸.

¹⁶ En Canadá ocurrieron algunos casos de fiebre amarilla, pero siempre fueron limitados y muy esporádicos. Cabe destacar los casos de Quebec (1804, 1812, 1864) y Halifax (1861, 1878).

¹⁷ Nueva Orleans fue fundada el año 1718 por colonos franceses, que le pusieron el nombre de La Nouvelle-Orléans. Al año siguiente ya fueron importados los primeros esclavos, 500 en total, que debían trabajar en las plantaciones limítrofes con el río Mississippi y su delta. Cada año llegaban centenares de nuevos esclavos y en 1724 ya estaban censados 3.300.

¹⁸ Siguiendo la información facilitada por George Augustin en su obra citada anteriormente, las ciudades norteamericanas más afectadas en el curso de la historia con brotes epidémicos de mayor o menor intensidad, fueron las siguientes: Nueva Orleans, 72; Nueva York, 62; Charleston, 55; Philadelphia, 38; Pensacola, 27; Mobile, 26; Norfolk, 23; Baltimore, 17; Galveston y Boston, 11.

Philadelphia, 1793

En 1793, Philadelphia era la ciudad más grande de la nación y también su capital, contando con una población de 60.000 habitantes. El 5 de agosto, el Dr. Benjamin Rush¹⁹, uno de los médicos más prominentes de la ciudad y firmante de la Declaración de Independencia, fue llamado a casa del Dr. Hugh Hodge, pues su hija sufría los efectos de la fiebre amarilla: estaba amarillenta, vomitaba sangre y murió ese mismo día. Durante las dos siguientes semanas, Rush, que había padecido esta enfermedad y la había superado, atendió a muchos otros pacientes, de los cuales muchos murieron.

El Dr. Rush dejó escrito cuales eran los síntomas precursores de la enfermedad: *“estreñimiento de vientre, pesadez dolorosa del lado derecho, inapetencia, mal sabor de boca, cefaleas, ojos tristes, llorosos, relucientes, amarillos o encendidos, la vista perturbada o imperfecta; ronquera, o leve angina; postración de ánimo, o una viveza preternatural; sudor de las manos, disposición a sudar de noche o después de un ejercicio moderado, o bien, supresión repentina del sudor. Pocos o muchos de estos síntomas continúan frecuentemente durante dos o tres días antes de encamarse los enfermos. Al cuarto o quinto día del comienzo de la enfermedad, suele producirse una evacuación por vómito de materiales parecidos al café molido, lo cual es de nefasto pronóstico. Al final de la enfermedad el vómito suele ser de material negro, y con sangre en grumos. Pocos se restablecen de los que han presentado este síntoma”*.

Los primeros casos fueron observados en la Watter Street, la calle más cercana al puerto y la más estrecha. A pesar de las precauciones tomadas por el ayuntamiento, pronto se extendió por toda la ciudad. El 21 de agosto, Rush comunicó al Mayor Matthew Clarkson que las condiciones poco sanitarias de la ciudad eran el motivo de la epidemia. Nadie aclaraba la causa de la enfermedad, y mientras él determinó que ésta se originaba localmente, el Gobernador culpaba a los extranjeros de las Antillas, pues más de 10.000 colonos de Santo Domingo habían huido de la isla para evitar las masacres de la revolución haitiana y se habían refugiado en Philadelphia. Otros doctores sostenían que la enfermedad había sido traída por los barcos provenientes del mar Caribe y era necesaria la cuarentena en mercancías y pasajeros.

Los médicos tampoco se ponían de acuerdo con el tratamiento a seguir. Algunos preferían las sangrías y purgas severas, como Rush, y otros pensaban que era suficiente el té y los baños fríos. Pero no era suficiente y el 27 de agosto el Colegio de Médicos avisó a la población que lo mejor era evitar a la gente infectada y mantener las calles limpias. Rush añadió que *“todo el que pudiera moverse, que abandonara la ciudad”*.

Cerca de 20.000 personas huyeron de Philadelphia, incluido George Washington. Thomas Jefferson observó que *“todo el que tiene posibilidades marcha de la ciudad, y al pánico de la población que se queda habrá que añadir el hambre y la enfermedad”*. Los conocidos y amigos se evitaban en la calle, y en algunos hogares, los miembros de la familia, aquejados por un simple dolor de cabeza, precursor común a la fiebre amarilla, eran echados fuera de casa. Rush comentaba que *“los padres se alejan de sus hijos en cuanto estos contraen la enfermedad, y en las casas donde hay enfermos, no se ve a ninguna persona blanca, sólo un hombre o una mujer negra al lado del paciente”*.

¹⁹ Rush fue autor de una obra clásica sobre la fiebre amarilla, muy difundida en su tiempo, *Medical inquiries and observations containing an account of the bilious remitting, intermitting yellow fever, as appeared in Philadelphia in the year 1794, together with an inquiry into the approximate cause of fever, and a defense of bloodletting as a remedy in certain diseases* (Philadelphia, 1795).

De hecho, una buena parte de residentes negros de Philadelphia permanecieron en la ciudad y ayudaron a los blancos que enfermaban, pues se tenía la convicción que los negros eran inmunes a la enfermedad. Sin embargo, pronto se comprobó que esto no era cierto, pues 2.400 de ellos murieron de fiebre amarilla.

Las muertes aumentaban y el cementerio se llenó de cadáveres. El mes de octubre fue el peor de todos y las ciudades y poblaciones cercanas a Philadelphia montaron casas y barricadas de cuarentena para evitar la entrada de los ciudadanos infestados. Afortunadamente, a finales de octubre se produjo una nevada en la ciudad que puso fin a la epidemia. Se estima que en la ciudad de Philadelphia, entre el primero de agosto y el 9 de octubre, murieron 5.000 personas, aproximadamente una décima parte de la población. Los blancos murieron, en proporción, el doble que los negros.

Valle del río Mississippi

La primera mención a la fiebre amarilla en el Mississippi tuvo lugar el 22 de agosto de 1701, cuando el Gobernador francés de “La Louisiane”, Antoine Lemoyne Sauvolle murió en Fort Maurepas, junto a la población actual de Biloxi. La enfermedad fue traída de Santo Domingo por un barco, y desde ese momento, la costa del golfo del Mississippi, visitada por los marineros procedentes de las regiones infectadas, se convirtió en un foco recurrente de la enfermedad.

En 1822, ya bajo el periodo norteamericano²⁰, morían 200 personas semanales en Nueva Orleans y la población huía en masa hacia los bosques del interior. Natchez fue otra ciudad frecuentemente afectada: 312 personas muertas en 1823; 150 en 1826; 90 en 1829 y 280 en 1837.

En 1853 se produjo la primera gran epidemia en todo el Mississippi, afectando muy diversas poblaciones, como Bay Saint Louis, Biloxi, Brandon, Clinton, Natchez, Fort Adams, Greenwood, Jackson, Pass Christian, Port Gibson, Rodney, Woodville, Pascagoula, Yazoo City y Vicksburg.

La epidemia afectó todo el sur y únicamente en Nueva Orleans murieron cerca de 8.000 personas, pero la prensa y los profesionales de la medicina no alertaron a la población hasta mediados del mes de julio, cuando ya se habían producido más de mil muertes. La razón a este silencio se debió al miedo a que la epidemia obligara a poner en cuarentena la ciudad y su comercio perdiera volumen de negocio.

En junio de 1855, un barco que transportaba personas infectadas llegó a Hampton Roads, en el sudeste de Virginia. La enfermedad se propagó por todo el estado y mató aproximadamente a 3.000 personas, la mayoría residentes de Norfolk y Portsmouth. En 1858 volvió a reproducirse la enfermedad en Nueva Orleans, y desde el 10 de junio hasta el 10 de octubre murieron 4.845 personas.

Durante la guerra civil norteamericana (1861-1865) se produjeron relativamente pocos casos de fiebre amarilla, y tras instaurarse la paz se produjo un gran auge en el comercio que provocó el transporte multitudinario de personas y mercancías. En 1867 se produjo un nuevo y grave brote en Nueva Orleans, donde murieron 3.107 personas.

²⁰ De 1718 a 1762, Nueva Orleans fue colonia francesa; de 1763 a 1801 pasó a ser colonia española; de 1802 a 1803 volvió a manos francesas; y a partir de ese año formó parte de Estados Unidos, tras la venta por los franceses de todo el territorio de La Louisiana.

El 26 de abril de 1876, el Presidente Rutherford B. Hayes firmó un Acta de Cuarentena, convertida en ley, en la cual se implicaba al Servicio del Hospital de la Marina para impedir la entrada de la enfermedad por vía marítima. Para intentar detener su avance, se puso una estación de cuarentena en el sur de la ciudad, junto al río Mississippi, cerca de la desembocadura, donde se examinarían las naves entrantes.

A pesar de estas medidas, las condiciones en el valle del río Mississippi en 1878 eran óptimas para que se produjera una epidemia de grandes proporciones, pues durante la primavera de ese año se dieron muchos casos en diversas islas caribeñas, especialmente Cuba. Entonces, miles de personas abandonaron la isla y muchas de ellas se refugiaron en Nueva Orleans.

El barco *Emily B. Souder* llegó a finales de mayo. Uno de los marineros fue sacado del barco como enfermo de malaria y la nave fue fumigada y limpiada para atracar en Nueva Orleans. La misma noche en que lo hizo, un miembro de la nave enfermó y murió en su casa, certificándose la causa como “fiebre malárica”. Pocos días después moriría el segundo ingeniero del *Souder*, y tras la autopsia realizada no hubo ninguna duda que la causa había sido fiebre amarilla.

Cuando este barco regresó a La Habana, llegó al mismo muelle el remolcador *Charles B. Woods*, y a finales de julio empezaron a aparecer los primeros casos, 14, y las primeras muertes, 10. La noticia que la fiebre amarilla volvía a aparecer en Nueva Orleans provocó la huida de una quinta parte de la población, dejando las calles y los negocios medio vacíos.

El 10 de agosto fue declarada la epidemia, después que se hubieran producido 431 casos y 118 muertes. Pero la enfermedad no pudo ser contenida en esta ciudad y se propagó hacia el norte, siguiendo el río Mississippi. El 27 de julio un remolcador llegó a Vicksburg con dos marineros afectados de fiebre amarilla, y otro de ellos murió aquella misma noche. A principios de agosto fueron reportados 100 casos de fiebre amarilla en la ciudad de Grenada, 161 km. al sur de Memphis, que se encuentra a 575 km. al norte de Nueva Orleans.

En vista de la propagación de la enfermedad, el alcalde de Memphis impuso la cuarentena el día 28 de julio, con la cual se bloqueó la línea de ferrocarril. Pero los hombres de negocios de la ciudad amenazaron con un pleito si no se permitía la libre circulación de un tren de mercancías entre Memphis y Nueva Orleans, y finalmente éstas entraron en la ciudad.

A principios de agosto, un marinero que había evitado la cuarentena murió de fiebre amarilla en el hospital de Memphis, y el 13 del mismo mes también falleció un operario que trabajaba cerca de la orilla del río ayudando en las tareas de descarga de productos alimenticios. Igual que en Nueva Orleans, cuando los ciudadanos de Memphis supieron estas noticias huyeron de la ciudad, y se estima que entre 25.000 y 47.000 personas marcharon al norte, hacia zonas rurales alejadas del río.

En algunos lugares estos refugiados fueron bien acogidos, pero en otras poblaciones se establecieron puestos de entrada vigilados por hombres armados para impedir el paso de toda esa gente. La enfermedad viajó junto a estos refugiados y se dieron casos en los estados de Kentucky, Indiana, Illinois y Ohio.

A finales del año 1878, no menos de 4.600 personas murieron en Nueva Orleans, 3.000 en el estado de Mississippi y más de 5.000 en Memphis, cuyas pérdidas económicas se valoraron en 15 millones de dólares y significaron la ruina de la ciudad. En total se produjeron alrededor de 120.000 casos de fiebre amarilla en el valle del río Mississippi, muriendo unas 20.000 personas.

El coste comercial de esta epidemia fue incalculable, las ciudades quedaron desiertas y mucha gente murió en el campo y las tierras altas. Se establecieron numerosos puestos de cuarentena y muchos inocentes fueron disparados en su intento por cruzarlos y ponerse a salvo. El desarrollo industrial de estas regiones se retrasó por su supuesta relación con las zonas epidémicas de fiebre amarilla. En 1898 la enfermedad reapareció y afectó 28 localidades, produciéndose 1.386 casos y 84 muertes.

En 1905 tuvo lugar en Nueva Orleans la última epidemia de fiebre amarilla en Estados Unidos, y a pesar que ya hacía cinco años que se conocía cuál era el vector de la enfermedad, la ciudad no estaba debidamente saneada y continuaba utilizándose el sistema de cuarentenas y la fumigación de barcos y saneamiento de ropas y mercancías. Además, mucha gente dudaba que el mosquito fuera el transmisor y los residentes seguían almacenando el agua en cisternas, lugar ideal para su reproducción.

Durante la primavera, un barco cargado con bananas esquivó la cuarentena y en junio ya empezaron a producirse los primeros casos de la enfermedad en una comunidad de inmigrantes italianos que vivían en la orilla del río Mississippi, muchos de los cuales provenían de América Central. La noticia que existía un brote epidémico fue anunciada el 22 de junio, después que 100 personas hubieran contraído la enfermedad y murieran 20 de ellas.

A partir del día 4 de agosto empezaron a realizarse los trabajos sanitarios, los mismos que habían dado tan buen resultado en La Habana y Panamá, por lo que se fumigó la ciudad, se protegieron las cisternas y se destruyeron los hábitats de los mosquitos. Después que muriera Placide Louis Chapelle, arzobispo de Nueva Orleans, fueron descubiertas larvas de mosquito en las pilas bautismales de la catedral de Saint Louis, y los propios sacerdotes vaciaron los depósitos que contenían el agua bendecida.

La epidemia no remitió hasta el mes de octubre, como era costumbre; pero en cambio, la mortandad fue muy inferior a las epidemias anteriores, pues murieron en total 452 personas. Desde 1817 hasta 1905 fallecieron más de 41.000 personas en esta ciudad y tan sólo en el periodo comprendido entre 1853-1858, murieron 18.062.

3. Epidemias en Europa

España y Portugal fueron la puerta de entrada de la fiebre amarilla en Europa y sufrieron graves epidemias. Pero también cabe destacar que en Francia, Inglaterra e Italia se tuvo conocimiento de esta enfermedad, y excepto en los casos de Swansea y Livorno, que ya veremos más adelante, éstos quedaron limitados a los barcos que llegaban con tripulación enferma, de manera que no afectaron ni al puerto ni a la ciudad, pues las cuarentenas impuestas resultaron siempre efectivas.

Francia

En Francia fue observada fiebre amarilla en algunos barcos que llegaron procedentes de América a los puertos siguientes: Bordeaux (1811, 1881, 1899); Brest (1802, 1811, 1815, 1839, 1856); Havre (1861, 1881, 1900); Marsella (1804, 1807, 1820-1821, 1823, 1862, 1870, 1891, 1899); Nantes (1857, 1899); Saint Nazaire (1861, 1862, 1881).

En el caso de Marsella, por ejemplo, durante el año 1862 llegaron a su puerto de cuarentena 69 pasajeros y 792 marineros, proveniente de La Habana, Matanzas, Pernambuco y otros puertos infectados. Pero únicamente algunos barcos originarios de La Habana estaban contaminados y habían padecido la enfermedad durante el trayecto: *L'Étoile* (14 casos y 4 muertos); *Ville de Cannes* (10 casos, 3 muertos); *Montvernon* (13 casos, 5 muertos); *Cedars* (4 casos, sin muertos); *Curra* (2 casos, sin muertos). La cuarentena funcionó perfectamente y la infección no se extendió.

Gran Bretaña

En Gran Bretaña llegaron barcos con fiebre amarilla a los puertos de Cork (1854); Falmouth (1817, 1864); isla de Wight (1845); Llanely (1865); Londres (1713, 1878); Portsmouth (1763); Salcombe (1877); Southampton (1852, 1853, 1857, 1860, 1864, 1866-1867); Swansea (1843, 1851, 1864-1865) y Woolwich (1846, 1848).

Swansea, 1865

El caso de Swansea (sur del País de Gales), en 1865, fue el más importante de todos ellos, y fue tratado por el Dr. George Buchanan²¹, cuando el *Hecla*, un barco que transportaba mineral de cobre procedente de Cuba, llegó a los límites del puerto el día 8 de septiembre.

La nave fue abordada en alta mar por un agente de sanidad, a 25 millas de la costa. El patrón le informó que el capitán estaba enfermo de hidropesía (retención de líquidos) y debía ser atendido. Añadió que habían perdido tres marineros durante el trayecto y como andaban justos de hombres, solicitaba permiso para desembarcar con alguno de sus colaboradores y contratar nuevos trabajadores. Sin embargo, como el patrón no hizo ningún comentario en relación a que las muertes se debieron a fiebre amarilla, y como el *Hecla* tenía la patente de sanidad en regla, fueron autorizados a desembarcar. Además, hacía quince días que había llegado otra nave proveniente de Cuba sin incidencias.

El barco fue conducido hasta un muelle apartado, donde una cuadrilla de trabajadores descargó la mercancía. Una hora después de su llegada, dos pasajeros bajaron a tierra y la tripulación también dejó el barco, entrando en la ciudad. Tres hombres bajaron enfermos: dos de ellos se recuperaron de “fiebres” y el tercero era el capitán.

²¹ *Report of the Swansea Fever, published in Eighth Report of the Medical Officer of the Privy Council for 1865* (London, 1866)

Más tarde, otro inspector de sanidad interrogó de nuevo al patrón, que entonces reconoció que las tres muertes se habían producido por fiebre amarilla mientras regresaban de Cuba. Siendo recriminado por no cumplir la normativa de cuarentena en estos casos, el patrón adujo desconocimiento y además añadió que a otros barcos provenientes del mismo país se les había permitido la entrada en Swansea y también se habían producido casos de fiebre amarilla entre su tripulación²².

Rápidamente fueron a reconocer al capitán, que encontraron en cama, con mucha fiebre, sin signos de hidropesía y con la cara amarillenta. Estaba tan cerca de la muerte que no hicieron falta más reconocimientos médicos.

El miedo a que la enfermedad se extendiera por la ciudad obligó a los servicios sanitarios a actuar con rapidez. Primero, vaciando y desinfectando con cal viva y clorina el edificio donde estaba el capitán. Éste ya había muerto y fue enterrado cuatro horas después, destruyéndose su ropa de cama y de vestir.

Con la mayor prontitud se dio orden a la policía para que buscara y pusiera en cuarentena a los pasajeros y a la tripulación del *Hecla*, desalojaran el barco y lo fumigaran de forma inmediata. Afortunadamente, el barco no había entrado aún en el puerto y sólo se habían descargado 30 toneladas de cobre. En la mañana del día 13 se iniciaron de nuevo las tareas de descarga, que acabaron el 21 de septiembre.

Pero a partir del día 23, un médico certificó una muerte por fiebre amarilla y rápidamente fueron reportados otros casos en la ciudad, hasta el 13 de octubre. En total se dieron 22 casos de fiebre amarilla, de los cuales murieron 15 pacientes.

Todos ellos habían estado a bordo del *Hecla* o habían estado cerca de gente infectada, lo cual probaba que si bien en el barco existía el mosquito *Aedes aegypti*, una pequeña colonia de estos mosquitos habría llegado a la ciudad junto al capitán enfermo o quizás provenientes de otros barcos que pasaron correctamente la cuarentena con anterioridad al *Hecla*²³.

Italia

En Italia se dieron muy pocos casos: en Génova (1850); Livorno (1804, gran epidemia, 1821, 1828); Nápoles (1868); Torre Annunziata (1883) y Varignana (1870).

Livorno, 1804

Italia sufrió una gran epidemia de fiebre amarilla en Livorno (ciudad de la Toscana, en el noroeste de Italia) en septiembre de 1804, que se extendió por toda la ciudad durante tres meses. El barco español *Ana María*²⁴, comandado por el capitán Salvador Liamosi, entró en el puerto el día 18 de agosto. Provenía de La Habana y durante el trayecto había perdido a la mayoría de la tripulación por causa de esta enfermedad.

²² A pesar de que estaba claro que el patrón había incumplido las más elementales normas impuestas por la ley de cuarentena y era culpable de una infracción grave por negligencia, se reconoció su falta de conocimiento e ignorancia de la ley, y sorprendentemente, no recibió ningún castigo.

²³ Cabe añadir que en el año 1862 ya habían llegado a Swansea nueve barcos en los que se habían producido episodios de fiebre amarilla y algún miembro de la tripulación había resultado muerto.

²⁴ El médico francés Victor Bally, en su obra *Du typhus d'Amérique ou fièvre jaune* (1814) incriminaba el origen de esta epidemia a un judío que, proveniente de Gibraltar, entró en Livorno “de forma subrepticia”.

En Cádiz habían rechazado su entrada, pero le permitieron contratar una nueva tripulación para completar la suya, que permanecía en cuarentena. Gracias a una irregularidad burocrática, el barco consiguió una patente de sanidad como si el inicio del viaje se hubiera producido en Cádiz. El día 10 de julio pasó el estrecho de Gibraltar y se dirigió hacia Alicante, donde recogió un cargamento de azúcar y cuero para transportarlo a Livorno, a la empresa Hermanos Dupony, donde llegó el día 18 de agosto.

En la declaración hecha bajo juramento y acompañada de una donación monetaria, el capitán aseguró que el barco había partido de Cádiz y estaba libre de cualquier enfermedad. Como la tripulación parecía gozar de buena salud, fue permitido el desembarque de la mercancía, y con ella también bajaron dos marineros que se alojaron en un albergue. Pero tres días después los dos murieron con todos los síntomas de la fiebre amarilla, de igual manera que un almacenista de los Hermanos Dupony.

Diez días después, doce personas del mismo albergue cayeron enfermos y murieron todos, incluidos los dueños del establecimiento. Y el foco epidémico se extendió por la ciudad.

Los guardas de sanidad que fueron enviados a vigilar la cuarentena del *Ana María* también murieron, y sólo después de estos desastres, la Comisión de Sanidad descubrió que el barco procedía de La Habana y había conseguido la patente de sanidad “por un favor criminal”. El capitán también cayó enfermo y murió.

El general Jean Antoine Verdier, comandante de un cuerpo de tropas francesas destinadas a Livorno, desestimando la opinión de los médicos, que consideraban que la enfermedad era epidémica y no contagiosa, mandó fuera de la ciudad a toda la guarnición acuartelada, haciéndola acampar provisionalmente en Montenero, muy cerca de Livorno, con la prohibición severa que sus soldados tuvieran contacto alguno con la población.

Entonces se estableció una Comisión de Sanidad permanente, un Hospital, el Saint Jacques, para los contagiados, y un local fuera de la ciudad para la purificación y desinfección de los objetos y ropas usadas por los enfermos.

La epidemia empezó a remitir a mediados de noviembre y no hubo más casos a partir del día 9 de diciembre. Quince días más tarde el hospital fue cerrado y la guarnición francesa regresó a Livorno (10 de enero). Únicamente en el hospital fallecieron 655 personas, pero se calcula que la mortalidad se elevó a 1.900 personas sobre un total de 5.000 afectados.

Portugal

Portugal no tiene un gran interés epidemiológico sobre la fiebre amarilla, a excepción de la ciudad de Lisboa, que sufrió dos grandes epidemias en 1723 y 1857. En la primera de ellas, sobre la que hay muy poca información, murieron 6.000 personas y parece ser que la enfermedad provenía de las Antillas, pues aunque hay alguna fuente que incrimina a Brasil como origen de la epidemia, en el siglo XVIII aún no se había reportado ningún caso en este país.

Los puertos portugueses a los que llegaron barcos con la enfermedad son los siguientes: Belem (1856-1857); Bom Successo (1857); Ericeira (1721); Lisboa (1723, 1724, 1856, 1857, 1858, 1860, 1879, 1880); Olivaes (1857); Oporto (1850-1851, 1856, 1858) y Peniche (1718).

Lisboa, 1857

Los barcos *Tamar* y sobre todo *Genora* son los acusados de importar la enfermedad de aquel año, y los dos provenían de Brasil. En marzo de ese año se desató un brote epidémico a bordo del *Tamar*, que se dirigía a Lisboa desde Rio de Janeiro. Dos hombres murieron a causa de la enfermedad; el barco permaneció muy brevemente en el puerto portugués y rápidamente marchó hacia Southampton, donde se detectó fiebre amarilla. No pasó nada en Lisboa tras el paso de este barco, y el incidente fue rápidamente olvidado por las autoridades.

Más tarde, a principios de julio de 1857, llegó a Lisboa el barco *Genora*, que regresaba de Río de Janeiro cargado con emigrantes que volvían a casa. Muchos de ellos estaban enfermos y fueron enviados al lazareto de Belem para que se repusieran y pasaran la cuarentena. El primer caso de fiebre amarilla ocurrió poco después y ya sucedió en Lisboa. El segundo caso ocurrió el 29 de julio, y como el primero, resultó fatal.

A partir de ese momento, y durante los meses de agosto, septiembre y sobre todo octubre, la enfermedad se manifestó con gran intensidad. El 20 de octubre se produjeron 298 nuevos casos, 185 el 31 del mismo mes y 259 el 4 de noviembre. A partir de este momento la epidemia remitió y a finales de diciembre cesó por completo.

Se produjeron 13.757 casos de infección, aunque se piensa que en realidad las personas atacadas llegaron a ser 18.000. Murieron en total 3.466 personas, 2.061 hombres y 1.405 mujeres, en una proporción de 2 a 1 que ya había sido notada con anterioridad. Entre estos muertos se encontraban 30 sacerdotes, 13 médicos y 16 farmacéuticos.

España

España ha sufrido la mayoría de epidemias de fiebre amarilla de Europa, y las más graves. El Dr. Joaquín de Villalba, en su conocida obra *Epidemiología Española* (1802) escribía que “*en los años 1730 y 1731 se descubrió en Cadiz una epidemia acompañada de dos síntomas, ambos funestos y nunca vistos en España, que eran unas manchas ictericas, lividas o negras, precursoras ciertas de un vomito negro, que executiva, y aceleradamente mataba, y del que escaparon muy pocos*”.

A pesar que los historiadores suelen asegurar que en Gibraltar no hubo epidemias anteriores al año 1803, existen documentos antiguos que indican que una guarnición española sufrió la enfermedad a mediados del siglo XVII, en 1649, y que se celebraron procesiones en la ermita de San Roque para rogar por el fin del azote²⁵.

En Gibraltar se sucedieron después otros brotes graves, como el de 1727, veintitrés años después que los británicos ocuparan la plaza, en donde hubo 500 muertos entre la soldadesca. Y en 1798, cuando murieron 100 personas poco después que llegara el 48º Regimiento de una campaña militar en las Antillas.

Pero sin duda alguna, fue Cádiz la plaza española más castigada por estas epidemias, 39 en total, y es lógico que fuera en esta ciudad, pues era el puerto marítimo español más importante y el que recibía mayor cantidad de navíos procedentes de América. Durante el siglo XVIII se produjeron distintos brotes en los años 1700-1705, 1730-1731, 1733-1734, 1736, 1740-1741, 1744-1746, 1753, 1761, 1763-1765, 1780, 1784, 1790 y 1792.

²⁵ Hay que recordar que en 1649 se desató una terrible epidemia de peste en Cádiz, en la que murieron cerca de 14.000 personas y que también se realizaron procesiones invocando a San Roque, el santo patrón de los apestados. Por tanto, la duda que pudiera tratarse de fiebre amarilla en Gibraltar es muy razonable.

De todos ellos, parece ser que el más importante fue el de 1730-1731, del que no se sabe la mortandad ocasionada pero se tenía la seguridad que provenía de América.

En 1741 hubo otra epidemia, de poca importancia, en Cádiz, pero fue muy grave en Málaga, donde murieron 10.000 personas de vómito negro. Probablemente, el origen estuvo en la llegada al puerto de una escuadra militar francesa que provenía de La Martinica. Según el doctor Ozanam, de quien ya se ha hablado anteriormente, autor de la impresionante obra *Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques* (1835), “la epidemia se disipó con la aparición de un viento de mediodía frío y violento”. Las islas Baleares también sufrieron la enfermedad, aunque no revistió demasiada importancia. En 1744 y 1749 la sufrió Palma de Mallorca, y en 1747-1748 el puerto de Mahón.

El siglo XIX fue el de mayor incidencia. Entre 1800-1830 parecía que la enfermedad fuera permanente y se extendiera por todos los confines del estado²⁶. En el año 1800 se inició en Cádiz y fueron afectadas cuarenta y seis localidades andaluzas, una tercera parte de la comunidad, donde murieron más de 62.000 personas (ver capítulo “Grandes epidemias de la Historia”).

En 1803 se produjo otra gran epidemia en Málaga, donde murieron 6.884 personas. Al año siguiente se originó una gran infestación en Cádiz, que se extendió por treinta y ocho localidades de la misma zona, llegando hasta Alicante. De una población total de 428.000 personas, murieron cerca de 53.000.

En 1819 se produjo otro gran brote en Cádiz, donde murieron alrededor de 5.000 personas, y se extendió por algunas localidades vecinas, como Jerez de la Frontera.

La última gran epidemia tuvo lugar en Barcelona en el año 1821, donde probablemente murieron entre 16.000-20.000 personas (ver capítulo “Grandes epidemias de la Historia”). Ocurrió entre los meses de agosto y noviembre y tuvo una fuerte repercusión mediática por los estragos que produjo y el miedo que se extendiera por Europa, sobre todo Francia. Esta epidemia tuvo una gran incidencia política, debilitando al Gobierno constitucional de España, y también literaria, pues puso de moda la novela romántica relacionada con la fiebre amarilla, siendo Víctor Hugo uno de los autores que se hicieron eco de ella. Más tarde, la epidemia se extendió a Tortosa, en la provincia de Tarragona, donde murió la mitad de la población, afectó la propia Tarragona y también Palma de Mallorca.

La relación aproximada del resto de las epidemias acaecidas en España durante el siglo XIX es la que sigue: Alicante (1811-1870); Barcelona (1810, 1819, 1870, 1883); Cádiz (1807-1808, 1810-1814, 1817, 1819-1820); Cartagena (1810-1812); Gibraltar (1810-1811, 1813, 1822, 1824-1826, 1828-1829); Jerez de la Frontera (1808, 1820-1821); La Coruña (1822); Madrid (1867, 1878); Málaga (1813, 1820-1821, 1890); Pasajes (1823); Sevilla (1810, 1819, 1821); Vigo (1858, 1889).

Durante el periodo de 1649 a 1890, hubo un total de 144 ciudades en las que la fiebre amarilla estuvo presente. En el siglo XIX, las más importantes fueron las siguientes:

²⁶ En tan sólo nueve epidemias, 1800-1804, 1810, 1813, 1818-1819 y 1821 murieron alrededor de 130.000 personas.

Málaga, Andalucía y Levante, 1803-1804

El origen de la epidemia de Málaga en 1803 es desconocido, aunque se apuntaba a la llegada de distintos navíos: *Joven Nicolás*, que llegó al puerto el día 22 de mayo. Se trataba de un barco holandés proveniente de Smyrna (Turquía), donde nunca se había producido la fiebre amarilla; el barco francés *Desaix*, proveniente de Marsella y con dirección a Santo Domingo; llevaba 171 hombres que debían servir de tropa, la mayoría desertores, vagabundos y presidiarios. Casi todos embarcaron forzados y salieron de los castillos de Saint Jean y Saint Nicolas, donde reinaba la fiebre de prisiones, el tifus. Durante el trayecto murieron 13 de ellos y llegaron a Málaga el 17 de mayo; el barco-francés *L'Union*, también proveniente de Marsella, con 150 hombres de las mismas características que el *Desaix*. Llegó el 3 de junio y durante la travesía murieron 15 pasajeros; el barco español *Providencia*, que volvía de Montevideo con un cargamento de cacao, cueros y sebo y atracó en el puerto el día 9 de junio.

El primer caso de fiebre amarilla y la primera defunción, fue la de un tal Félix Muñoz, conocido como “vara de tipe”, pues no podía pronunciar la r ni decir “tripe”. Se trataba de un hombre muy conocido, sin oficio concreto, que se mantenía del contrabando. Parece ser que estuvo a bordo del *Joven Nicolás*, donde sacó unas muestras de algodón y tabaco. Confesó al médico que lo atendió que se sintió enfermo en el mismo momento en que abandonó la nave, y murió el 20 de julio. Ya se ha comentado que el *Joven Nicolás* provenía de una ciudad que nunca estuvo afectada de fiebre amarilla, de manera que Félix Muñoz no pudo contraerla en aquel barco.

Probablemente, el verdadero foco de la epidemia fue Cristóbal Verduras, calafateador de profesión y también contrabandista. Convenció a un pasajero de un barco en cuarentena para que fuera a su casa, de forma furtiva, y negociara la venta de una mercancía inconcreta. Este pasajero murió en casa de Verduras y fue enterrado a escondidas, por la noche, en la iglesia de San Pedro. Parece ser que el entierro contó con la connivencia del propio párroco, interesado también en el contrabando de aquella mercancía.

El hijo de Cristóbal, Miguel Verduras, también enfermó y falleció el día 3 de septiembre. Lo mismo sucedió unos días más tarde, entre el 15 y el 19 de septiembre, al propio Cristóbal, a su esposa, a su hermano y a su hija. Más tarde enfermaron y murieron el sacerdote, el sacristán y su mujer y un monaguillo. También fueron afectados muchos feligreses que acudieron a la iglesia de San Pedro para oír Misa el día de San Miguel, el 29 de septiembre, de los cuales murió una buena parte.

La enfermedad se extendió por otros suburbios y rápidamente invadió toda la ciudad, llenando de consternación a sus habitantes. En aquel momento vivían en Málaga 51.745 personas y cerca de 10.000 huyeron en busca de un destino menos peligroso. Sobre los que quedaron expuestos, contrajeron la enfermedad 16.517 y murieron 6.884. La epidemia fue declarada extinta el día 20 de diciembre.

Al año siguiente, 1804, se produjo una nueva y grave epidemia que afectó multitud de poblaciones del sur de España, hasta cuarenta y una en total. Los casos más graves se produjeron en Málaga y Cartagena. En Málaga, el primer caso apareció el 29 de junio, en la calle Pozos Dulces, donde murieron dos personas. En cuanto se supo la noticia, la población quedó aterrorizada recordando la horrorosa epidemia del año anterior y muchos abandonaron la ciudad, gracias a lo cual fueron afectadas numerosas poblaciones de toda Andalucía. Entre el 29 de junio y el 23 de julio murieron 15 vecinos en esta misma calle, y a finales de julio la mortandad ya había alcanzado a 129 personas.

Durante el mes de agosto aumentaron las defunciones, hasta 50 diarias. A pesar de estas evidencias, los médicos de la ciudad “certificaron” que no se trataba de ninguna enfermedad epidémica, *“tan sólo una especie de fiebre maligna similar a la que se da en otras partes de España. Esperamos que gracias al consumo de medicinas apropiadas y tomando las necesarias precauciones, como la fumigación de las casas infectadas, esta enfermedad desaparecerá pronto”*.

El caso es que durante el mes de agosto se produjeron 1.640 muertes y 300 únicamente el día 7 de septiembre. La epidemia fue declarada extinta el 28 de noviembre, contabilizándose en total 18.787 casos y muriendo 11.486 personas; entre ellos, 7 médicos, 13 cirujanos y 9 farmacéuticos.

Fue sorprendente comprobar que la enfermedad resultó menos fatal para las mujeres que para los hombres y *“no tuvo influencia en las mujeres de edad avanzada, por lo cual éstas asistían a todos los enfermos sin miedo a infectarse. Las personas de constitución delicada eran menos atacadas por la enfermedad, y en cambio esta resultaba fatal para las gentes robustas. Los negros no notaron ningún efecto nocivo sobre ellos”*. El caso es que murieron 7.476 hombres y 4.010 mujeres, y esta desproporción entre las muertes de uno y otro género se mantuvo durante las demás epidemias.

Cartagena también fue severamente afectada. Se considera probado que fueron algunos contrabandistas que abordaron una nave en cuarentena los que se infectaron con la enfermedad y la contagiaron a sus conciudadanos. La primera víctima fue la hija del Cónsul sueco, que murió el día 5 de septiembre.

Parece ser que los contrabandistas habían vendido una parte de la mercancía proveniente del barco afectado. Una monja que visitó a la niña contrajo la enfermedad y la contagió a las monjas de su convento, donde murieron seis de ellas. A partir de este momento, la epidemia se extendió por toda la ciudad, hasta el 23 de enero de 1805, cuando se consideró desaparecida. Murieron en total 11.445 personas (7.630 hombres y 3.815 mujeres).

Resulta curioso el caso de la población de Antequera, en la que se hizo una solemne procesión por todas las calles el día 12 de octubre, con el propósito de que la más alta dignidad divina intercediera en aquellos hechos y pusiera fin a tanto horror.

Las calles se abarrotaron de ciudadanos fervientes y hasta las 3 de la madrugada se sucedieron los himnos y se mostraba la imagen de Nuestra Señora del Rosario. Lamentablemente, aquella aglomeración resultó funesta para los habitantes de la ciudad, y cuatro días después se pasó de 30 muertes diarias a 80.

Como se ha dicho anteriormente, la epidemia de 1804 se extendió por numerosas poblaciones de Andalucía y del Levante peninsular. En la tabla siguiente se reportan distintos datos relativos a los brotes epidémicos más relevantes y las localidades donde se produjeron.

Localidad	Población total	Inicio epidemia	Fin epidemia	Muertes producidas	Origen de la infección
Alicante	13.957	9 de agosto	9 de octubre	2.472	Sin datos
Antequera	14.577	2 de agosto	6 de noviembre	2.940	Marinero huido de la epidemia de Málaga
Cartagena	33.222	5 de septiembre	23 de enero	11.445	Barco que incumplió la cuarentena
Cádiz	57.000	28 de agosto	5 de noviembre	2.892	Refugiados de Málaga
Écija	30.000	8 de octubre	20 de diciembre	3.802	Sin datos
Espejo	4.961	27 de agosto	25 de noviembre	329	Mulero transportista proveniente de Málaga
Espera	2.084	25 de septiembre	3 de diciembre	439	Sin datos
Gibraltar	15.000	Sin datos	Sin datos	5.733	Contrabandistas provenientes de Cádiz y Málaga
Granada	54.962	25 de agosto	1 de diciembre	306*	Refugiados de Málaga
Málaga	11.445	29 de junio	29 de noviembre	11.486	Incierto
Montilla	4.000	16 de agosto	15 de diciembre	1.067	Monje huido de la epidemia de Málaga
Morón de la Frontera	11.000	15 de septiembre	12 de diciembre	2.000	Sin datos
Vélez Málaga	12.700	20 de agosto	4 de diciembre	5.245	Sin datos

* La escasa mortalidad sufrida en Granada, en contraposición a su número de habitantes revela, con seguridad, que el mosquito *Aedes aegypti* no estaba presente en la ciudad, situada en la falda septentrional de Sierra Nevada y con un clima muy distinto al de la costa andaluza. Probablemente, las muertes se produjeron entre los malagueños que huyeron de su ciudad y llegaron contagiados a Granada.

San Fernando, 1811

La epidemia se originó con la entrada en el puerto de un barco infestado procedente de las islas Canarias, ocasionando muchas víctimas (sin contabilizar). La enfermedad se extendió y afectó a quince poblaciones, sobre todo en la provincia de Murcia, aunque parece ser que allí tuvo una baja incidencia y se tuvo noticia de muy pocos casos.

Cádiz y Gibraltar, 1813

El barco de guerra *Saint Pierre* llegó a Cádiz a finales de julio. Provenía de Veracruz y transportaba a bordo al Virrey saliente de México, Francisco Javier Venegas de Saavedra y Ramírez de Arezana. No se tuvo constancia de ningún caso de fiebre amarilla a bordo, y los habitantes de la ciudad recibieron a los ilustres pasajeros con los brazos abiertos, permitiendo la entrada a los marineros. Poco después aparecieron los primeros casos de la enfermedad en los barrios más ricos y lujosos de la ciudad, siendo el primer muerto el sobrino del Virrey. Desde este foco, la epidemia se dispersó violentamente por todos los barrios gaditanos y produjo alrededor de 4.000 muertos.

El día 11 de agosto llegó a Gibraltar, procedente de Cádiz, el barco *Fortune*, con un marinero enfermo, que fue conducido al Hospital Católico y murió ocho días más tarde de fiebre amarilla. A finales de mes se tuvo constancia de otro afectado, un viajero francés que murió el 19 de agosto. Había llegado a Gibraltar a bordo del *Fortune* y bajó a tierra el mismo día que murió el marinero en el hospital. Entre el 3 y el 11 de septiembre murieron nueve personas y la enfermedad se dispersó por toda la ciudad, produciéndose 2.789 casos y falleciendo 883 habitantes.

Cádiz, 1819

La gran epidemia de fiebre amarilla que devastó Cádiz durante este año sólo puede ser igualada, en intensidad y morbilidad, a la de 1800. Como en las ocasiones previas, no es fácil saber dónde tuvo su origen. Por un lado, se acusó al barco *San Juliano*, que provenía de Calcuta, y anteriormente de las Filipinas, como el importador de la peste, aunque sería poco probable, pues en estas zonas no se padecía la enfermedad.

Lo que puso bajo sospecha a este barco fue que apenas se habían iniciado las tareas de descarga de la mercancía en la isla de León, frente a Cádiz, se trataba de pólvora para cañones, se produjeron diversos contagios entre el personal contratado para tal efecto, y la enfermedad se introdujo en la ciudad y afectó el Barrio del Cristo, donde había sido depositado el equipaje de la tripulación.

El barco *Asia*, que había llegado proveniente de Veracruz y La Habana casi al mismo tiempo que el *San Juliano*, también fue acusado de ser el origen de la infección. Esta acusación parece estar mejor fundada, tanto por su procedencia como por el hecho que ya se produjeron diversas muertes durante el trayecto a causa de la fiebre amarilla. Las condiciones sanitarias de la nave parecieron tan precarias que fue rechazado su desembarco en Cádiz y el capitán puso rumbo hacia la estación de cuarentenas del puerto de Mahón, en las islas Baleares. El miedo de las autoridades gaditanas estuvieron bien fundadas, pues en Mahón, tres hombres contratados para descargar la mercancía de aquel barco contrajeron fiebre amarilla.

Es posible que el *Asia* hubiera contaminado al *San Juliano* antes de partir hacia Mahón, y también es probable que algunos pasajeros de aquel barco hubieran escapado por la noche, mientras aún permanecía anclado en el puerto de Cádiz y marcharan hacia sus hogares en el Barrio del Cristo.

En aquel momento, los gaditanos se alarmaron muchísimo, y para quitarle importancia al asunto, el comandante de la ciudad mandó al oficial jefe sanitario, el Dr. Flores, a la isla de León para estudiar la enfermedad y confirmar su naturaleza. Este médico confirmó sin dudar que se trataba de fiebre amarilla y sería necesario establecer medidas rigurosas si se quería evitar el desastre.

Pero sus consejos no fueron escuchados, como en tantas otras ocasiones, y además fue acusado de alta traición y detenido para ser juzgado por un tribunal militar. El comandante aseguró a la población asustada que no existía fiebre amarilla en la isla de León, y de manera jactanciosa añadió que si esta se atrevía a entrar en Cádiz, él personalmente la recibiría con la punta de su espada.

Se hizo caso omiso de las advertencias del doctor Flores y no se tomaron las medidas oportunas. Y como no podía ser de otra manera, la fiebre amarilla se extendió por toda la ciudad y poblaciones vecinas. Se estima que en Cádiz, poblada por unos 72.000 habitantes, fueron afectadas aproximadamente 48.000 personas y murieron unas 5.000.

Jerez de la Frontera, 1819-1820

Un gitano y su hermana, procedentes de San Fernando, fueron acusados de ser el origen de la epidemia de 1819. El caso es que dos soldados que estaban alojados en su casa fueron los primeros en morir de fiebre amarilla, y desde este foco la enfermedad se extendió por toda la ciudad. A pesar de que pronto llegó la estación fría, esta epidemia afectó 1.262 personas, de las cuales murieron 408.

El 10 de agosto de 1820 llegó a Jerez una mujer proveniente de Cádiz enferma de fiebre amarilla. Había sido contratada para trabajar en una casa como sirvienta, donde sólo estuvo dos días pues se sintió indispuesta y marchó a casa de un antiguo amigo para recuperarse. Allí estuvo dos días más hasta que fue llevada al Hospital de la Sangre, donde murió poco después.

Entre el 14 y el 16 de agosto enfermaron varios vecinos de las dos casas donde estuvo la sirvienta, muriendo algunos de ellos. En el registro oficial constaba que se produjeron 201 casos y murieron 102 personas, pero se cree que la mortandad fue mucho mayor, pues este registro sólo contemplaba los entierros efectuados en los límites de la ciudad.

Málaga y Lebrija, 1821

Entre el 7 y el 22 de junio de 1821, doce barcos que formaban parte de un convoy que había salido de La Habana el 28 de abril, entraron en el puerto de Málaga. Durante el viaje se produjeron numerosos casos de fiebre amarilla, sobre todo en los navíos *San Antonio* y *Liberal*, este último perdiendo incluso a su capitán. Otra fragata, *Libertad*, que también formaba parte de este convoy, fue acusada de haber permitido el desembarque de parte de la mercancía y de dos marineros enfermos.

El primero de agosto llegó a Málaga el barco *Initium*, procedente de Barcelona, que en aquel momento sufría una gran brote, y fue el único responsabilizado por lo que sucedió más tarde. Durante los seis días que duró el trayecto ocurrieron cuatro casos de fiebre amarilla, uno de ellos mortal, y a su llegada a puerto, los tres enfermos restantes fueron llevados al lazareto de Los Ángeles, a las afueras de la ciudad, donde murieron dos de ellos. Poco después, otros dos marinos daneses murieron en el mismo lazareto y los rumores empezaron a circular sobre “una extraña enfermedad en el puerto”.

Una delegación del Servicio de Sanidad inició una investigación y descubrió que otros cinco barcos que compartían muelle con el *Initium* eran sospechosos de tener fiebre amarilla y todos fueron puestos en cuarentena, el puerto cerrado y prohibida toda comunicación entre los malagueños y cualquier barco. También mandaron al lazareto a todos los integrantes de una familia en cuyo albergue había estado alojado uno de los marineros muertos.

Un indescriptible terror se apoderó de la población y millares de ellos optaron por huir de la ciudad, abandonando casas y negocios y refugiándose donde podían. Pero nada sucedió en los siguientes días y la mayoría regresó a sus hogares. La cuarentena fue interrumpida y abierto el tráfico marítimo.

Finalmente, la enfermedad irrumpió en Málaga. Es difícil saber por qué se demoró tantos días, pues el primer caso apareció el 6 de septiembre, y lo hizo en el mismo barrio donde se habían alojado algunos marineros del *Initium*. Además, también fue incriminado el barco *Souverain Congrès*, llegado en agosto, proveniente de La Habana y con algunos casos de fiebre amarilla detectados durante el trayecto.

El Gobernador de la ciudad murió el día 26 y las autoridades ordenaron que su casa fuera cerrada herméticamente y vigilada constantemente, aunque era una evidencia que no había muerto de fiebre amarilla y simplemente quería darse a entender a la población que las medidas de aislamiento y cuarentena serían absolutamente rígidas.

El terror de los ciudadanos fue tan grande que todo el que pudo volvió a huir de Málaga, incluso corriendo por las calles como si un ejército los invadiera, buscando refugio en el campo.

El 27 de septiembre se barajó la posibilidad de aislar el distrito de la Alcazaba, donde se concentraba la enfermedad. Pero la noticia fue conocida por los vecinos, huyeron tantos como pudieron y extendieron la infección. Durante los meses de octubre y noviembre se sucedieron casos por toda la ciudad, y sólo remitió a principios de diciembre, con la llegada del frío invernal. Se desconoce el total de casos producidos, pero la mortandad afectó a 242 personas (160 hombres y 82 mujeres).

En el mismo año de 1821 se produjo otra epidemia en la población de Lebrija, provincia de Sevilla, y parece ser que el origen fue la presencia de dos hombres provenientes de Jerez de la Frontera, que llegaron enfermos, se instalaron en la Posada Nueva de la Constitución y allí se inició el contagio, que afectó a toda la ciudad. En total se reportaron 500 casos y murieron 150 personas.

Gibraltar, 1828

El barco sueco *Dygden* partió de La Habana el 12 de mayo de 1828, con una tripulación de 16 personas, y llegó a Gibraltar el 28 de junio. Durante la travesía murieron dos marineros de fiebre amarilla (27 de mayo y 1 de junio). Fue considerado que este barco reunía pocas condiciones sanitarias y fue puesto en cuarentena. Pero a pesar de la estricta vigilancia a que debería haber sido sometido, el 27 de julio, veintinueve días después de su llegada, fue abordado por dos guardas de sanidad.

El 29 de agosto se presentó el primer caso de fiebre amarilla en la casa de uno de los guardas, quien a pesar de no desarrollar la enfermedad, fue acusado de infectar a su hermana, que murió poco después.

Otro barco fue acusado de originar la epidemia. Se trataba del *Meta*, que salió de La Habana en la misma fecha que el *Dygden* y llegó a Gibraltar a finales de junio, habiendo perdido dos hombres durante el viaje. Fue obligado a realizar una cuarentena de veintiún días, pero a pesar de ello, se realizó contrabando con gente de la costa e incluso un grupo de lavanderas recogieron la ropa sucia de los marineros para lavarla en sus casas. La mayoría de estas mujeres contrajeron la enfermedad y murieron, y a partir de ellas se extendió la epidemia por la ciudad²⁷.

El último caso ocurrió el 25 de diciembre y con excepción de la terrible infección de 1804, se trató de la peor experiencia acerca de la fiebre amarilla, pues se produjeron 5.543 casos y 1.677 defunciones.

²⁷ El Dr. de Villalba explicaba que las costas de África habían sido invadidas de una fiebre maligna a finales del siglo XVIII, y quien conocía las relaciones mercantiles con aquellos países comprendía la facilidad con que se podía recibir el contagio, “*pues los contrabandistas desprecian los reglamentos de la sanidad, y se burlan de la vigilancia del resguardo, pasando tal vez de una á otra costa para introducirse en Gibraltar, ó recibir indirectamente las mercancías que de continuo se introducen*”.

Barcelona, Alicante y Mahón, 1870

A primeros de agosto de 1870, el barco *María* llegó a Barcelona procedente de La Habana y durante el trayecto se produjeron dos muertos por fiebre amarilla. Los médicos del puerto y el secretario de la oficina de sanidad visitaron la nave, y sin tener en cuenta las circunstancias de las dos defunciones, pues no realizaron las preguntas pertinentes, certificaron la patente de sanidad.

Pocos días después todos ellos contrajeron la enfermedad y murieron. Los miembros de sus familias fueron los encargados de extender la epidemia por la ciudad durante los meses de agosto y septiembre, provocando un gran éxodo de ciudadanos barceloneses.

A finales del mes de octubre, la mortandad diaria variaba entre veinticinco y cuarenta personas, y sólo remitió a primeros de noviembre. En total se produjeron 2.510 casos y murieron 1.250 personas.

El Dr. Carlos Ronquillo Morer publicó en marzo de 1871 un trabajo titulado *Preceptos de salubricación y beneficencia aplicables a los problemas de Barcelona en general y a los de fiebre amarilla en particular*, en el que afirmaba que “*las medidas que se tomaron en Barcelona fueron fruto de la agitación y trabajos precipitados, impuros y sucios que entre pestilencias se ejecutan y que fueron encaminados a disminuir las cifras del libro registro de contagiados*”.

Ronquillo relacionó las medidas urgentes que debían adoptarse en el puerto y la ciudad, y entre ellas estaban “*aislar rápidamente el barrio de la Barceloneta sin esperar; invitar a la población a emigrar a un lugar seguro; fumigar los buques sospechosos con ácido hipozoico y carbonizarlos con llama de gas del alumbrado; practicar la descarga de los barcos con todas la precauciones que exige la ciencia; lavar con ácido fénico los buques, quemar los focos de infección contiguos al puerto y evacuar todos los habitantes próximos al mismo*”. Mientras tanto, el Ayuntamiento debía conocer a través de su Junta de Sanidad “*cuáles eran las calles poco limpias y aquellas cuyas casas por sucias, húmedas y oscuras, con excesiva aglomeración de vecinos, eran todo el año foco de miseria y enfermedad*”.

Se debía conocer el estado de almacenes e industrias que utilizaban materias orgánicas y extremar la limpieza de las calles. Ponía como ejemplo el estado insalubre del barrio de Ribera y de las callejuelas de alrededor de la Platería, y citaba el hecho de una casa del barrio de Hostafranchs, con cuarenta habitaciones mal ventiladas, en la que en una sala y alcoba reducidísimas vivían siete personas y cuatro perros en una atmósfera pestilente y con toda clase de inmundicias.

La epidemia de Barcelona se propagó hacia el sur y se presentó en Alicante, que tenía en aquellos momentos 29.550 habitantes. Cuando llegaron las noticias de un primer caso de fiebre amarilla, el 15 de septiembre, la alarma fue general y en menos de una semana la mitad de sus ciudadanos huyeron para evitar el contagio, horrorizados por la posibilidad que pudieran repetirse las mortandades de 1821. La ciudad quedó despoblada y “*sólo quedaron en ella los pobres y algunas otras personas que, víctimas siempre de la caridad, no habían querido dejar a sus hermanos*”.

Sin embargo, el 13 de septiembre murieron las dos primeras personas, dos mujeres de 40 y 80 años que habían llegado a Alicante por medio del ferrocarril. Fallecieron a los tres días de su llegada, presentando “*vómitos de materiales negruzcos, postración y abatimiento hasta el colapso, frío intenso y color marcadamente ictérico en la piel*”.

Oficialmente, la epidemia no comenzó en la ciudad hasta el 4 de octubre, en que se declaró “sucio” su puerto, a todos los efectos, y por consiguiente cerrado para la navegación y el comercio²⁸. El máximo nivel de la enfermedad se situó entre el 20 de octubre y el 15 de noviembre, declarándose extinta el 13 de diciembre. Se reportaron 5.353 casos y murieron 1.380 personas (1.126 hombres y 254 mujeres)

Entre el 15 de septiembre y el 8 de octubre llegaron al puerto de Mahón (Menorca) diez barcos, todos procedentes de Barcelona, que transportaban pasajeros o marineros afectados de fiebre amarilla. En total se produjeron 24 casos y murieron 14 personas. La cuarentena fue efectiva y la epidemia no llegó a afectar la ciudad.

Islas Canarias

Dos años después del descubrimiento de América, en 1494, parece ser que hubo fiebre amarilla en las Canarias, quizás transportada desde el nuevo continente, aunque es todo muy dudoso. Es significativo, con todo, que este año coincida con la primera noticia que se tiene de la enfermedad en América, en La Ysabela.

Carlos Finlay escribió acerca de esta posible epidemia, diciendo que *“basándome en los datos históricos que he dado a conocer en un trabajo reciente, llego a la conclusión de que el primer nombre que los españoles le dieron a la epidemia que causara tantas muertes entre ellos en Santo Domingo en 1494, había sido el de "modorra pestilencial", nombre que nunca había visto antes aplicado a enfermedad humana, y no lo volví a encontrar sino en relación con una epidemia grave del mismo tipo que atacó a los españoles que fueron con Pedrarias Dávila a la provincia del Darién en 1514.*

Poco después tropecé accidentalmente con el siguiente pasaje de los Viajes de Humboldt y Bonpland²⁹ que trata sobre los nativos originales de estas islas: "Los pocos guanches que quedaron en las Islas Canarias perecieron en su mayoría en 1494 a causa de la terrible pestilencia llamada modorra que se atribuyó al número de cadáveres que los españoles dejaron a la intemperie tras la batalla de La Laguna".

El 2 de febrero de 1494, Antonio Torre había zarpado de Santo Domingo hacia España llevando la descripción completa del segundo viaje de Colón a dicha isla y también la interesante carta del Doctor Chancas donde se habla que muchos hombres habían enfermado últimamente a pesar de que esperaba que la dolencia no fuera peligrosa.

Sin embargo, resultó no ser así porque no fue nada más que la precursora de una terrible epidemia a la cual tengo entendido que se le dio el nombre de "modorra pestilencial". Por lo que es obvio inferir que algunos de los barcos de Antonio Torre alojaban mosquitos y que estos habían picado en Santo Domingo a pacientes de modorra. Los insectos contaminados debieron haberse quedado en las Islas Canarias provocando entre los guanches la epidemia que mencionan Humboldt y Bonpland”.

A partir de esta fecha, y durante varios siglos, parece ser que estas islas sufrieron diversos brotes epidémicos, aunque sin evidencia clara, durante los años 1495-1496, 1512, 1531, 1582, 1599, 1601 y 1606.

²⁸ El Dr. Remigio Sebastián, que atendió a las dos mujeres fallecidas, dio parte al Subdelegado de Medicina y éste al Gobernador civil y *“todos entendieron ver el desastroso efecto del mal de Siam, pero para evitar los perjuicios que se originarían al comercio de la plaza y el terrible pánico que se fomentaría, declararon que murieron a consecuencia de fiebres perniciosas, confiando en que el contagio tal vez se limitaría a aquellas dos mujeres”.*

²⁹ Se refiere a *Le voyage aux régions équinoxiales du Nouveau Continent*, escrita entre 1799-1804 por Alexander von Humboldt y Aimé Bonpland y publicada en París en 1807.

La primera epidemia claramente constatada se habría producido en 1701 y tuvo graves consecuencias, aunque se desconocen datos sobre la mortandad ocurrida. Entre 1771-1773 también se sufriría las consecuencias de una epidemia que se sospecha causó una gran mortalidad.

Las islas Canarias escaparon de las graves epidemias de principios del siglo XIX, las de 1800 y 1804, pero en cambio fue atacada severamente en los años 1810-1811, la peor de todas las registradas en las islas. En este año la enfermedad se extendía de forma generalizada por Andalucía y Gibraltar, y a principios de octubre, un barco-prisión salió desde Cádiz con destino a Tenerife transportando numerosos prisioneros franceses, algunos aquejados de fiebre amarilla.

A pesar de ello, las autoridades sanitarias del puerto de Santa Cruz de Tenerife no dieron importancia a este hecho, pues desde 1773 no se tenía noticia de ninguna epidemia y se sentían falsamente seguros. El caso es que la enfermedad se extendió por la ciudad produciéndose 5.000 casos y 1.450 muertes. Al año siguiente se produjo otra epidemia en la isla de Gran Canaria, aunque se desconoce el origen y murieron más de 3.000 personas.

El resto de brotes epidémicos en las islas se produjeron en los años 1828, 1847, 1862, 1863, 1888 y 1905. Todos ellos fueron casos leves excepto el de 1847 y 1862. El primero pareció no ser demasiado virulento, pues a pesar de producirse 5.000 casos, sorprendentemente sólo fueron reportados 60 fallecimientos. En 1862, en Santa Cruz de Tenerife, se produjeron 2.600 casos y murieron 380 personas por el contagio provocado por el *Nicaria*, un barco proveniente de Vigo y anteriormente de La Habana.

3. Epidemias en África

En África hay antecedentes de enfermedades compatibles con la fiebre amarilla durante el siglo XVI, más exactamente en 1553, cuando los capitanes Windham (inglés) y Antonio Pintado (portugués), salieron de Plymouth hacia la costa oeste africana para explorar y colonizar esos territorios. La expedición consistía en dos barcos y una tripulación compuesta por 140 hombres. Poco después de alcanzar el golfo de Benin, las naves fueron atacadas por una fiebre maligna y fue necesario quemar una de ellas, pues no había suficientes hombres para manejarla. Sólo regresaron 39 marineros a Plymouth.

Unos años más tarde, una posible descripción clínica fue realizada por Aleixo de Abreu (1568-1630), cirujano del ejército portugués. Primero padeció la enfermedad, y tras superarla, trató distintos casos en Luanda (Angola), donde vivió cerca de nueve años y se convirtió en un gran conocedor de las enfermedades de la región. Sus impresiones fueron publicadas en latín y castellano en la obra titulada *Tratado de las siete enfermedades, de la inflamacion universal del Hgado, Zirbo, Pyloron y Riñones, y de la obstrucion, de la Satiriasi, de la Terciana y febre maligna, y passion Hipocondriaca: lleva otros tres Tratados: del mal de Loanda, del Guzano y de las Fuentes y Sedales* (Lisboa, 1623). En este trabajo también se daba noticia de enfermedades como amebiasis, fiebre tifoidea, escorbuto, dracunculiasis, trichuriasis y tungiasis.

En el siglo XVII se tiene noticia de una epidemia ocurrida en las islas de Cabo Verde, en 1639, cuando una flota española que se dirigía a Brasil hizo escala en ellas y murieron 3.000 soldados, posiblemente de fiebre amarilla.

Durante la segunda mitad del siglo XVIII se reportaron informaciones sobre algunos brotes epidémicos sucedidos en Gambia (1763-1764, 1766), Senegal (1759, 1766) y Sierra Leone (1763-1764, 1766). No obstante, se considera que el primer informe fundamentado en pruebas epidemiológicas sobre la presencia de fiebre amarilla en África es el realizado por el médico inglés James Lind (1716-1794) sobre un brote ocurrido en un barco, a lo largo de la costa de Senegal, en el año 1768³⁰. A pesar que el autor no ofreció una descripción clínica de la fiebre, las evidencias que se trataba de esta enfermedad son indiscutibles.

Posteriormente, el doctor Johann Peter Schotte, jefe médico de la guarnición británica de Saint Louis (Senegal), efectuó una descripción médica sobre otra epidemia similar ocurrida en el mismo país³¹. La enfermedad apareció en la Costa de Oro (actual Ghana) y de allí se extendió hacia Sierra Leone, Gambia y Senegal.

La epidemia fue severa y causó gran mortandad, 59 blancos en total, despoblando la mayoría de los asentamientos dirigidos por europeos, que sumaban 92 personas antes de producirse la infección. El brote se inició el 3 de agosto y terminó el 18 de septiembre, con la muerte del Gobernador John Clarke.

Los síntomas parecían claros, aunque probablemente coincidió fiebre amarilla y fiebre tifoidea: *“los vómitos continuaban, eran verdes, marrones y luego negros, coagulando en pequeños grumos. Una diarrea permanente, acompañada de cólicos aparecía entonces, provocando la emisión de heces negras y pútridas y la piel se cubría de petequias”*.

³⁰ *An Essay on Diseases incidental to Europeans in Hot Climates* (1792).

³¹ *A treatise on the Synochus atrabiliosa, a contagious fever, which raged at Senegal in the year 1778*, publicada en 1782 y traducida al francés y al alemán.

Durante el siglo XIX, toda la costa occidental africana sufrió brotes epidémicos: Angola (1860); Benin (1828, 1852-1857, 1862), Cabo Verde (1639, 1778, 1821-1822, 1837-1838, 1846-1847, 1862, 1868, 1873); Congo (1816, 1860), Costa de Marfil (1857, 1862-1863, 1899); Costa de Oro (1778, 1786, 1822-1824, 1852-1857, 1862, 1898); isla de Fernando Poo, actual Bioko (1792, 1812, 1829, 1839, 1862, 1868-1869); Gambia (1763-1764, 1766, 1768-1769, 1778, 1825, 1859-1860, 1866, 1878, 1884); Nigeria (1864); Senegal (1759, 1766, 1768, 1778, 1828-1830, 1837, 1859, 1866-1868, 1872, 1878-1879, 1880-1882), Sierra Leona (1763-1764, 1766, 1778, 1807, 1809, 1816, 1822-1823, 1825-1830, 1837-1839, 1858-1860, 1862-1866, 1878). En ocasiones, y siguiendo las líneas de ferrocarril, llegaron a países del interior, como en Sudán en 1901.

Merece la pena recordar que durante siglos existieron dudas razonables sobre el origen de la enfermedad, y hubo tantos autores que opinaron que este se encontraba en América como en África. Por tanto, en muchas ocasiones, los historiadores reportaron los casos aparecidos en el continente africano como si se tratara de importaciones americanas llegadas en los barcos de transporte, igual que lo ocurrido en Europa. Y es imposible que tuvieran conocimiento riguroso de las proporciones de una epidemia, pues su permanencia en el continente africano se limitaba a las zonas de costa y por tanto desconocían lo que sucedía en el interior, auténtica *terra incognita* hasta principios e incluso mediados del siglo XX.

Las historias sobre barcos transportando tripulación y pasaje enfermo desató la imaginación de numerosos escritores, y una de las leyendas más conocidas, con diversas versiones, fue la que narraba la historia de “El holandés errante”, un barco “fantasma” bajo el mando del capitán Vanderdecken, que cruzaba los mares en las cercanías del Cabo de Buena Esperanza sin poder tocar tierra. Sir Walter Scott se inspiró en esta historia y en su obra *Rokeby* (1813) escribió que el buque iba cargado de “oro en pasta”, y por razón de este cargamento se cometió un crimen a bordo. Esta acción mereció un castigo divino: sufrir una epidemia de fiebre amarilla y que fuera rechazada la entrada del barco en cualquier puerto marítimo, condenado a vagar eternamente por los citados parajes. Cuando toda la tripulación y el pasaje murieron por causa de la enfermedad, el barco siguió navegando, sin nadie vivo que lo dirigiera.

De todas las epidemias antes relacionadas se tienen noticias más o menos extensas, pero sin duda son las ocurridas en Senegal las que están mejor documentadas. A continuación se exponen brevemente las más importantes.

Senegal: 1830, 1866, 1878, 1881

En junio de 1830 tuvo lugar un festival religioso en la isla de Gorée, frente a Dakar y un gran número de personas paseaban por sus calles. En el momento álgido de la celebración, unas Hermanas de la Caridad mostraron síntomas claros de fiebre amarilla, y en pocos días la enfermedad se extendió por todo el país. De una población blanca censada en 150 habitantes en Gorée, 144 sufrieron la enfermedad y murieron 85. A principios de agosto, una mujer blanca murió en Saint Louis, en la costa senegalesa, al norte de Dakar. Más tarde fueron reportados 600 casos sobre 650 habitantes blancos, de los cuales murieron 328, incluyendo a seis de los diez médicos que atendían en la ciudad.

La epidemia de 1866 fue traída desde Bathurst (Gambia) por el barco *Marie Antoinette*, que no tenía en regla el certificado de sanidad pero le fue permitida la entrada en el puerto el día 3 de agosto. El 15 de septiembre apareció el primer caso de fiebre amarilla en la ciudad y fue seguido de otros esporádicos hasta el 27 de enero, reportándose en total 249 casos y 110 muertes.

En 1878, la fiebre amarilla infestaba Gambia y Sierra Leone, y a pesar de los esfuerzos por impedir la entrada de gente infectada, fue permitido el acceso a Gorée de nueve refugiados europeos que huían de aquella epidemia. El 11 de julio se produjo el primer caso y la primera muerte; y a partir de aquel momento se sucedieron uno tras otro los contagios. De una población blanca compuesta por 120 personas, 21 huyeron hacia Europa y del resto, murieron 88.

El día 11 de septiembre del mismo año, las tropas francesas embarcaron en Saint Louis en los navíos de guerra *Arabe*, *Cygne* y *Espadon*. Se trataba de una expedición militar formada por 535 hombres, 317 europeos y 218 soldados indígenas. Se dirigían río arriba, hacia el alto Senegal, con la misión de castigar a los nativos que se habían revuelto en aquella región. Los primeros casos de fiebre amarilla se produjeron cerca de Dagana y Podor, y la primera muerte sucedió el 15 de septiembre en Bakel, junto a la frontera con Mali.

El día 22 se produjo la batalla de Saboucire, que duró únicamente cuatro horas y en la que los objetivos militares quedaron muy lejos de cumplirse. Inmediatamente se puso rumbo de vuelta hacia Saint Louis, en un trayecto donde la enfermedad causó estragos y en total murieron 176 hombres.

El día 29 llegaba el *Cygne* a Saint Louis, llevando a bordo 51 heridos, de los cuales 17 eran europeos. A este barco le fue permitido el desembarco del pasaje y los soldados “sanos” marcharon a sus casas. A los pocos días, el 6 de octubre, se produjo la primera muerte y con ella el pánico y desespero de los europeos residentes en la ciudad. Empezó a circular el rumor que todos los casos que eran transportados al lazareto de Pointe-aux-Chameaux morían tan pronto ingresaban en él.

El Dr. Lejemble, autor de *Épidémiologie de la Fievre Jaune au Senegal pendant l'Année 1878* lo contaba así: “Cada mañana, cerca de las nueve, la patrulla hacía una ronda y cualquier persona encontrada con fiebre, o “sospechosa” de tenerla, era subida a un remolque. Era una vista espantosa ver a estos desdichados arrastrados por las calles de la ciudad, vestidos únicamente con la manta que les cubría, y tan debilitados que debían ser sostenidos por los nativos que se encargaban de cuidarlos.

La gente, impresionada por el carromato, miraba con indeferencia disimulada el espectáculo de sus parientes o camaradas que eran conducidos, igual que el ganado, al borde del agua, donde los subían a un bote pequeño, apenas capaz para contener a la mitad de ellos.

Una vez embarcados, los remeros negros remolcaban la nave durante dos largas horas, bajo un sol tropical ardiente, hasta el lazareto de Pointe-aux-Chameaux. Ninguna maravilla les esperaba allí, donde llegaban muertos o moribundos. Y el terror que la simple palabra “lazareto” causaba en esta gente estaba ciertamente justificado, pues de los aproximadamente 150 pacientes que fueron transportados a Pointe-aux-Chameaux entre el 15 de octubre y el 17 de noviembre, murieron 108”.

La epidemia de fiebre amarilla del año 1878 causó en total 749 muertes entre la población blanca, compuesta por 274 ciudadanos y 1.200 soldados. No se tienen datos sobre la mortandad entre los indígenas.

En 1881 volvió a aparecer la enfermedad en Saint Louis, y de una población compuesta por 1.000 europeos, se produjeron 524 casos y murieron 425 personas.

África es actualmente el continente más afectado por la fiebre amarilla, donde se produce el 95% de los casos censados en todo el mundo, contando con 32 países en riesgo de contraer la enfermedad³². En conjunto, totalizan unos 610 millones de habitantes, repartidos en una zona que se extiende desde los 15° de latitud norte a los 10° de latitud sur.

Desde 1906, los casos de fiebre amarilla fueron raros en el África occidental francesa³³. Entre 1922-1927 se señalaron numerosos brotes epidémicos de escasa importancia y extremadamente localizados, probablemente debidos al tipo selvático. Entre 1927-1931, la frecuencia de la enfermedad aún disminuyó más y fue desapareciendo de las colonias de forma progresiva. Sin embargo resurgió en 1931, y lo hizo de manera casi simultánea en muchos países sin relación entre sí, diseminándose por toda el África occidental, también en países donde su presencia no había sido señalada desde mucho tiempo atrás. En el curso de estos años fue sobre todo la población europea la más afectada, pues ninguna infección anterior les había permitido adquirir inmunidad.

Los estudios serológicos aumentaron considerablemente tras el descubrimiento de Theiler, gracias al cual, para efectuar test de protección, podían utilizarse ratones en lugar del *Macacus rhesus*. Los resultados de estas pruebas fueron a menudo positivos en Sierra Leone y en el sur de Nigeria, y muy frecuentemente positivos en el norte de esos mismos países. La misión de estudio llevada a cabo por G.J. Stefanopoulo en 1931-1932 por el África occidental francesa notó un gran número de seropositividad en el oeste y sur de Senegal y a lo largo del curso superior del río Senegal, en Mali y Burkina Faso.

Los mismos estudios, realizados por W.A. Sawyer en 1931 en el Sudán angloegipcio y en el oeste de Uganda, pusieron en evidencia los porcentajes elevados de seropositividad que tenían los habitantes de esas regiones, aproximadamente un tercio de los sujetos analizados. La enfermedad apareció por primera vez en 1934 en Wau (provincia del estado de Bahr-el-Ghazal Oeste, sudoeste de Sudán), población que sirvió antiguamente de base para el comercio de esclavos. Allí, en 1940, fueron reportados 40.000 casos de fiebre amarilla.

Durante la década de 1930, las cifras de los casos padecidos concernían casi exclusivamente a los europeos, y a menudo únicamente se reportaban uno o dos casos de las localidades afectadas. Por aquella época fueron anotadas ciertas características epidemiológicas muy particulares: la fiebre amarilla seguía las rutas comerciales, ríos, carreteras y vías férreas; la enfermedad era sobre todo urbana y las epidemias aparecían también, de manera frecuente, en lugares aislados de la jungla; de manera casi inevitable, las epidemias surgían tras la llegada de un gran número de sujetos no inmunizados; y estos recién llegados a los focos endémicos eran prácticamente los únicos en ser afectados por la enfermedad, pues las poblaciones indígenas presentaban un grado de inmunidad relativamente elevado.

³² Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cabinda, Camerún, República Centroafricana, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Liberia, Mali, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Ruanda, São Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudán, Tanzania, Chad, Togo y Zambia.

³³ El África Occidental Francesa, o AOF, fue una federación de ocho territorios franceses: Mauritania, Senegal, Sudán francés (actual Mali), Guinea, Costa de Marfil, Níger, Alto Volta (actual Burkina Faso) y Dahomey (actual Benín). Esta federación fue creada en 1895 y desapareció en 1958, cuando los distintos territorios empezaron a independizarse de Francia.

Entre 1939 y 1953 fueron inoculados con la vacuna neurotrópica francesa numerosas personas en el África occidental francesa y en Togo (46.391.582 en total), señalándose muy pocos casos de fiebre amarilla, como muestra el siguiente cuadro:

Año	Cantidad de vacunas inoculadas	Casos en África occidental francesa y Togo	Casos en otros territorios africanos	Casos totales
1939	101.633	15	43	58
1940	372.632	4	4	8
1941	2.018.954	17	19	36
1942	4.932.068	10	6	16
1943	7.890.417	12	20	32
1944	11.577.269	2	11	13
1945	14.563.092	1	17	18
1946	17.179.812	1	51	52
1947	20.289.249	3	1	4
1948	24.293.762	2	4	6
1949	28.662.214	0	37	37
1950	32.530.124	0	17	17
1951	36.789.119	2	39	41
1952	42.095.954	1	53	54
1953	46.391.582	2	28	30
Totales	46.391.582	73	350	423

Como ya se ha comentado anteriormente, en 1961 fue detenida en el África occidental francesa la inmunización a los niños menores de 10 años por las reacciones encefálicas que producía la vacuna neurotrópica (VFN). Pero en 1965 se produjo una epidemia explosiva de fiebre amarilla en una región de sabana seca de Senegal, afectando sobre todo a los niños nacidos después del primer ciclo de vacunación sistemática. Aunque oficialmente sólo se reportaron 243 casos y 53 muertes, la incidencia real podría haber afectado a 20.000 personas, registrándose una mortandad aproximada del 10%.

A finales de la década de 1950 se habían registrado signos de cierta actividad de la enfermedad en el oeste de Etiopía, en el antiguo Congo Belga, Sudán y Uganda. Y unos años más tarde, entre 1960-1962 se produjo la mayor epidemia de fiebre amarilla jamás reportada en África, que tuvo lugar en el sudoeste de Etiopía. Afectó al 10% de una población estimada en un millón de habitantes, todos sin inmunidad, produciéndose 100.000 casos y alrededor de 30.000 muertes.

La actividad epidémica continuó en el curso de la década de 1970, pero con una intensidad menor que durante los años anteriores. Una pequeña epidemia apareció en Nigeria en 1970 y al año siguiente se desató otra en Angola, noventa y nueve años después de la última³⁴. Las cifras oficiales subestimaron el impacto real de la infestación, pues una encuesta serológica demostró que al menos el 13% de la población urbana habría sido infectada.

³⁴ En 1988 la fiebre amarilla reapareció en Angola, donde se reportaron 37 casos en Luanda, la capital del país, y el 85% de su población fue vacunada para hacer frente a la epidemia.

Ghana sufrió una serie de epidemias entre 1977-1979. La tasa de ataque de la enfermedad entre los adultos fue elevada, de la misma manera que en el curso de otras epidemias en las mismas zonas, pues en las colonias anglosajonas nunca se hizo ninguna campaña de inmunización preventiva.

En los últimos veinticinco años, sobre todo a partir de 1985, las epidemias de fiebre amarilla e infestaciones aisladas han aumentado regularmente y un número creciente de países ha declarado numerosos casos, convirtiéndose en uno de los mayores problemas de salud pública en África y la causa de retrasos en el desarrollo social y económico.

Entre 1984-1985 se registraron 17.000 casos con 1.700 muertes en Burkina Faso; y el periodo de 1986-1991 también fue muy activo, pues la OMS reportó 20.424 casos con una mortandad de 5.447 personas.

La mayoría de estos casos provenían de Nigeria, donde se notó una recrudescencia de la enfermedad a partir de 1984, pues la población era muy susceptible debido a la ausencia de vacunación regular y al largo periodo pasado desde la última epidemia. La población de riesgo en Oju (estado de Benué, centro este del país), uno de los principales epicentros de fiebre selvática, alcanzaba las 200.000 personas y el estudio sugirió la existencia de 9.800 casos y 5.600 muertes en este distrito. Sin embargo, las cifras oficiales de 1986 fueron únicamente 559 casos y 200 muertos para todo el estado de Benué.

En 1987 se produjo una epidemia en Bamako, capital de Mali, donde se reportaron 305 casos, el 70% de ellos pertenecientes a menores de 15 años, pues los adultos habían quedado protegidos por las vacunaciones en masa del año 1969. Fueron vacunadas tres millones de personas, pero esta epidemia también afectó a Guinea, 5 casos; y Mauritania, 21 casos.

En el mismo año se reprodujo una epidemia en el estado de Oyo (centro oeste de Nigeria), una zona densamente poblada. Se trataba de la fiebre amarilla de tipo urbano, transmitida por *Aedes aegypti*. La población de riesgo ascendía a cuatro millones de personas, de manera que el número de casos estimados fue de 116.000 y el número de muertos, 24.000, entre 50-130 veces más que las cifras oficiales.

En el periodo comprendido entre 1984-1993 se señalaron en Nigeria más de 20.000 casos y 4.000 muertes, pero se estima que la fiebre amarilla afectó a un millón de personas. Y en 1994 estalló una nueva epidemia en el estado de Imo (sur del país, junto al delta del río Níger), que se extendió a los distritos cercanos de Camerún.

La primera epidemia en Camerún se produjo en 1990, durante la segunda estación de las lluvias (abril-mayo), en una zona montañosa fronteriza con Nigeria³⁵, donde los poblados están muy diseminados. Fueron reportados 173 casos y de ellos murieron 125 personas. Un estudio serológico mostró que el 20% de los 107 sujetos testados tenían anticuerpos de fiebre amarilla, siendo la mayoría niños menores de 10 años. Se estima que menos del 4% de los casos fueron reportados a la OMS, por lo que el número de casos debería situarse entre 5.000-20.000 y el número de muertos entre 500-1.000 (79% de ellos, niños menores de 10 años). Para detener esta epidemia fueron administradas 214.000 dosis de la vacuna antiamaril.

³⁵ En este mismo año, procedente de Nigeria, se reportó un primer brote de fiebre amarilla en Níger, de escasa incidencia, pero el primero que se mencionaba en este país.

Los años 1992-1993 fueron relativamente reducidos en el número total de casos de fiebre amarilla, aunque cabe decir que en este periodo fue registrada la primera epidemia en Kenya, de tipo selvático, que afectó esencialmente a hombres jóvenes (65% hombres y 33% menores de 19 años), y fue necesaria la vacunación en masa de cerca de un millón de personas. Nigeria volvió a sufrir otra epidemia entre 1993-1994, ahora en el estado de Imo, donde se reportaron casi 1.400 casos, sobre todo hombres (57%), afectando en mayor medida a los niños menores de 9 años (5%) y de 15 años (18%). Y en Ghana sucedió lo mismo en esos dos años, con 118 casos reportados que afectaron mayoritariamente a los hombres (67%).

La primera epidemia jamás señalada en Gabón tuvo lugar entre noviembre de 1994 y enero de 1995. Se trataba de fiebre amarilla del tipo selvático y afectó a una mayoría de hombres. Se inició en una instalación minera del interior de la selva y fue precedida de fuertes lluvias.

A finales de 1995 fue detectada una epidemia en Liberia, donde se reportaron 360 casos y 9 muertes. Las campañas de vacunación en masa propiciaron la inoculación de un millón de dosis y la cobertura en los distritos afectados alcanzó al 80% de la población. En el mismo año se presentó una epidemia en Senegal, donde murieron 46 personas sobre una población afectada estimada en 8.000 personas. Rápidamente fue puesta en marcha una campaña de vacunación que hizo desaparecer la enfermedad. Sierra Leone también sufrió un brote epidémico en 1995, de escasa importancia, donde fueron reportados 33 casos. Y lo mismo sucedió en Benin en 1996, contabilizándose 124 casos.

Estas epidemias, antes limitadas a la sabana y zonas selváticas, han ganado terreno en las ciudades en expansión, las cuales procuran a los mosquitos nuevos lugares de adaptación, como es el caso de Abidjan, capital de Costa de Marfil (años 2001 y 2008), donde el número de mosquitos ha crecido de forma espectacular. Las modificaciones del entorno, como deforestación y urbanización han intensificado los contactos con los mosquitos y por tanto, con el virus.

La resurgencia de la enfermedad y las dificultades para controlarla son debidas a diversos factores, como colapso de los sistemas sanitarios; indolencia a la hora de valorar el impacto que esta enfermedad supone para el desarrollo social y económico de las comunidades afectadas; políticas insuficientes de los gobiernos para tomar medidas de control en las zonas endémicas; escaso o inadecuado seguimiento médico y pobreza generalizada por no asignarse correctamente los recursos recibidos.

La OMS estimó en 2001 que el número anual de casos de fiebre amarilla se elevaba a 200.000, de los cuales morían alrededor de 30.000 personas. Sin embargo, por causa de la baja notificación de los casos, sólo un leve porcentaje de ellos son identificados.

Las recientes epidemias de fiebre amarilla han afectado con mayor intensidad a los niños con edades inferiores a los quince años, y es evidente que podría ser fácilmente controlable, como ocurrió entre 1939 y 1952, cuando la enfermedad desapareció virtualmente en diversas partes del continente al ponerse en marcha un programa de vacunación masiva.

Más recientemente, entre 1978-1979, al producirse una epidemia en Gambia, la población a partir de los 6 meses de edad fue vacunada en un 97%. Desde entonces, la cobertura médica ha llegado al 80% de la población y sólo se han detectado algunos casos aislados.

En África existe actualmente una vasta población no vacunada y receptiva a la enfermedad, y en 1996 sólo cinco países habían ofrecido a su población cierta cobertura de vacunación antiamarílica. Sin embargo, la fiebre amarilla podría ser controlada en los próximos diez años si los gobiernos africanos tomaran la iniciativa y declararan una resolución inflexible para atacar la enfermedad. Para ello, deberían crear una comisión que llevara a cabo políticas serias y constantes, contar con asignaciones presupuestarias adecuadas para llevar a cabo estas actividades y estar respaldados por organizaciones internacionales que proporcionan ayuda y dirección técnica.

Para que la fiebre amarilla dejara de ser un problema sería necesario que la vacunación cubriera al 80% de la población en riesgo y se desarrollara un seguimiento sanitario de todos aquellos afectados. Esto podría ser realizado con una inversión anual inferior a 1 dólar por persona.

En este sentido, la OMS anunció en diciembre de 2007 el lanzamiento de una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla y un total de 48 millones de personas en una docena de países del oeste africano serían vacunadas en el plazo de tres años. Según esta organización, la campaña de prevención cubrirá al menos al 80% de la población de riesgo en la región.

Las primeras vacunaciones se realizaron en Senegal, más de tres millones de personas a partir de los nueve meses de edad, pues en aquel momento la cobertura sólo alcanzaba al 46% de la población y algunos distritos del país podían estar expuestos a una epidemia grave.

Tras Senegal, la campaña de vacunación se dirigió a las zonas de alto riesgo de Mali y Burkina Faso, y después Benin, Camerún, Costa de Marfil, Ghana, Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leone. Tras esta primera fase, la campaña afectará otras zonas de África en las que existen alrededor de 200 millones de africanos que necesitan protección³⁶.

El 12 de abril de 2008 empezó la vacunación en Mali, donde existen 33 distritos sanitarios con riesgo de contraer la enfermedad, siendo éste un país que ha conocido muchas epidemias (1969, 1974, 1997, 2003, 2005 y 2007) tras el cese de las vacunaciones en masa de 1960. Actualmente, el virus sigue circulando libremente en las zonas fronterizas con Guinea, Senegal, Burkina Faso y Costa de Marfil.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud estimaba que la fiebre amarilla causaba unos 200.000 casos a nivel mundial, y de ellos morían unos 30.000 entre la población no vacunada, las mismas cifras que las reportadas en 2001.

³⁶ En 2005 se produjeron brotes epidémicos en Mali y Sudán.