

Pestes y muerte en el Río de la Plata y Tucumán (1700-1750)*¹

SUSANA R. FRÍAS y MARÍA INÉS MONTSERRAT
ANH / **Universidad Austral Argentina**
friassusana@yahoo.com.ar - mimontserrat@austral.edu.ar

RESUMEN

La primera parte del siglo XVIII ha sido poco abordada por los historiadores de la población debido a las deficiencias de las fuentes; no obstante es posible enriquecer el análisis mediante el uso de documentación no estrictamente demográfica y desde ópticas que no se limiten sólo a los padrones. Este trabajo busca aproximarse al estudio de dos grandes epidemias ocurridas en ese marco temporal, mapea su recorrido en el territorio argentino conocido en esa época, e intenta determinar su incidencia en las poblaciones que sufrieron su embate.

PALABRAS CLAVE

Mortalidad – Epidemias - Siglo XVIII – Río de la Plata - Época colonial

ABSTRACT

The first half of the XVIII century has been scarcely addressed by historians of the local population due to the deficiencies of sources. However, it is possible to enrich the analysis through the use of documentation not strictly demographic and from angles that are not limited only to census. This work seeks to approach the study of two major epidemics occurring in this time span, mapping its path throughout the Argentine territory and attempting to establish its incidence in the populations that suffered their attack.

*Fecha de recepción del artículo: 26/06/2017. Fecha de aceptación: 21/07/2017.

¹ El presente trabajo se enmarca en la investigación realizada gracias al apoyo de la Universidad Austral, con fondos asignados por el 11° Concurso interno de proyectos de investigación científica 2015. Agradecemos al doctor Rodolfo Martín su disposición para participar en el proyecto, así como sus orientaciones y sugerencias para este artículo. Las autoras también pertenecen al Grupo de Trabajo para la Historia de la Población de la Academia Nacional de la Historia.

KEY WORDS

Mortality – Epidemics - Eighteenth century – River Plate - Colonial period

INTRODUCCIÓN

En todas las épocas el encuentro de culturas provocó fenómenos no deseados, entre otros, el contagio de enfermedades desconocidas en una de ellas; basta con mencionar los efectos de la viruela en suelo americano o de la sífilis en el mundo europeo del descubrimiento.

La salud de las poblaciones, además, estaba relacionada con otros factores como los factores climáticos, ya que sequías prolongadas o lluvias e inundaciones tenían un efecto directo sobre siembras y cosechas y, por tanto, afectaban, casi inexorablemente, la alimentación. También era gravitante la falta de tratamiento de las aguas, la proliferación de todo tipo de insectos y alimañas en calles de tierra y viviendas de madera o barro cocido. Aunque desde el siglo XVII comenzó a existir conciencia de profilaxis, esta era –desde la óptica actual- muy precaria y sus avances fueron lentos hasta mucho tiempo después.

Dice Carmona² que en las ciudades y villas españolas se carecía de las mínimas condiciones de higiene y que tanto la población como las autoridades tenían conciencia del efecto que las impurezas del agua y el aire –“las miasmas pútridas”- producían sobre la salud. El espacio disponible no nos permite detenernos en las teorías médicas de la época pero basta recorrer las actas de los cabildos de las ciudades de nuestro territorio y los pedidos de sus procuradores, para comprobar que este aserto se aplica aquí perfectamente. A las medidas que se instituían siguiendo los conocimientos médicos de la época debe añadirse la incidencia que tenía, en la mentalidad popular, el llamado “castigo divino”, que generaba rogativas, procesiones y hasta podía mezclarse con algún ritual poco ortodoxo.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que los efectos que producían las

² JUAN IGNACIO CARMONA, *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 2005, p. 23.

epidemias en el mundo europeo, eran mucho más devastadores que en el americano tanto porque las ciudades eran más grandes y sus estructuras edilicias más abigarradas como porque las distancias entre unas y otras eran menores y el número total de población muchísimo mayor. Las poblaciones de la Argentina de entonces estaban dispersas en un territorio mayoritariamente ocupado por tribus indígenas y eran bastante más pequeñas que las europeas; no obstante, las enfermedades, al igual que las personas y las mercaderías, circulaban y también mataban.

Este trabajo se centra en el ámbito del Río de la Plata y el Tucumán en la primera mitad del siglo XVIII. Esta etapa no ha sido suficientemente estudiada y las menciones de epidemias resultan poco precisas en cuanto a su etiología y a su incidencia en el crecimiento de la población. La bibliografía específica sobre enfermedades en general y sobre epidemias en particular es muy exigua para el período y el espacio geográfico que nos proponemos estudiar. En cambio existen trabajos de tipo microanalítico sobre el período y la población que vamos a analizar, como el de Dora Celton para Córdoba, el de Ana Fanchín o los existentes para el ámbito bonaerense³. Así, mientras Arretx afirma que “la demografía histórica en América Latina – como ya ocurrió en Europa – parece estar obligada a avanzar desde un nivel de microanálisis hasta el macroestudio”, Hernán Otero propone el uso de la pluralidad de escalas: micro, macro e incluso mesoanalíticas. La posibilidad de estudiar una misma variable en territorios diferentes permitiría esbozar modelos regionales a partir de la comparación sistemática de periodos y espacios⁴.

Sin embargo, para llegar a esa instancia, se requiere previamente desarrollar investigaciones capaces de abordar en profundidad el estudio de un espacio o de una variable acotada; en este caso la enfermedad y la muerte. No obstante, estos indicadores como cualquier otro factor adverso al crecimiento y/o a la estabilidad de las poblaciones

³ DORA ESTELA CELTON, *La población de la provincia de Córdoba a fines del siglo XVIII*, Buenos Aires, Academia Nacional de la Historia, 1993; ANA TERESA FANCHIN, *El hogar, la familia y las alianzas: San Juan de la Frontera, siglos XVII-XVIII*, Rosario, Prohistoria, 2015; CÉSAR A. GARCÍA BELSUNCE., *El pago de la Magdalena. Su población (1600-1765)*, Buenos Aires, Academia Nacional de la Historia, 2003; ADELA M. SALAS, *El pago de La Matanza. Población y Sociedad (1700-1765)*, Buenos Aires, Academia Nacional de la Historia-Universidad del Salvador, 2006; ADELA M. SALAS, *Población y sociedad en Buenos Aires rural: Arrecifes 1615-1765*, Buenos Aires, Editorial Dunken, 2016; MARÍA INÉS MONTSERRAT, *El pago de Luján durante la primera mitad del siglo XVIII: población y sociedad*, Tesis doctoral, Universidad del Salvador (en prensa).

⁴ CARMEN ARRETX, ROLANDO MELLAFÉ, JORGE SOMOZA, *Demografía histórica en América Latina. Fuentes y métodos*, San José de Costa Rica, CELADE, 1993, p. 41. HERNÁN OTERO, *Historia de los franceses en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 2012, p. 21.

no han tenido un lugar preponderante, sólo se los ha constatado como tales; entre ellos, han merecido más atención las relaciones con los indígenas –malones, guerras abiertas o etapas pacíficas- que las enfermedades y epidemias. Probablemente esto se deba a la dificultad para hallar datos precisos sobre la mortandad y más aún sobre la etiología de las enfermedades de aquel período. Para encontrar bibliografía específica sobre éstas, es necesario recurrir a la historia de la medicina, pero ésta carece también de datos suficientes para esta región y época porque no es habitual hallar en la documentación descripciones que permitan encuadrarlas y, aún si las hubiera, habría que ser precavidos porque las enfermedades van modificando, con el tiempo, su forma de presentarse, sin contar con la aparición de otras nuevas.

Se considera aquí la existencia de un puerto de mar que, aunque semicerrado para la época tratada, recibía desde España naves de registro que transportaban tropas, contingentes de religiosos y autoridades que venían a tomar posesión de sus sedes. Además, llegaban barcos que pedían permiso para carena y recarga de agua potable y otros que recalaban sin autorización, aguas afuera pero que introducían, subrepticamente, mercaderías y esclavatura. Los tratados de Utrech obligaron a España a establecer un asiento negrero –en manos francesas primero, inglesas después- que incorporó otro flujo humano que también podía ser portador de enfermedades. Lafuente Machain⁵ relata el caso del Anphitrite, que en 1705 condujo esclavos por cuenta de la Compañía de Guinea. Los negros fueron víctimas de peste, la que se propagó rápidamente entre la tripulación lo que motivó que el Cabildo porteño prohibiese su desembarco. Los puertos fluviales y el llamado Camino Real –que conectaba las principales ciudades- eran útiles al transporte de mercancías y personas, pero también vehículos para diseminar enfermedades; precisamente ese año 1705 se había establecido cuarentena para las carretas provenientes de Cuyo, por la peste que se cursaba en aquella región.

En esta etapa de nuestra investigación nos centraremos en las dos principales epidemias detectadas durante la primera mitad del siglo, con el objetivo de analizar sus características y alcances, así como también mapearlas en el territorio rioplatense. Para contextualizarlas haremos también referencia a las enfermedades estacionales que en cada año y ciudad se cobraban un buen número de víctimas; nos ha parecido relevante

⁵ RICARDO DE LAFUENTE MACHAIN, *Buenos Aires en el siglo XVIII*, Buenos Aires, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1946, p. 136.

incluir este dato que puede ayudar a obtener un panorama del efecto que provocaban los distintos tipos de fenómenos. El método utilizado será el histórico, que se conjuga y enriquece con las técnicas y procedimientos de la demografía histórica.

LAS FUENTES DISPONIBLES

En las primeras décadas del siglo XX el ingeniero Nicolás Besio Moreno⁶ se propuso analizar la población de la ciudad de Buenos Aires realizando proyecciones matemáticas para cubrir los espacios de tiempo para los cuales no existía información. Su análisis estuvo acotado al ámbito urbano bonaerense, pero logró determinar la existencia de cambios bruscos en los guarismos normales y confrontar esa información con datos provenientes de otras fuentes; el gran mérito de este trabajo es que fue realizado cuando aún no se habían desarrollado, en nuestro país, los estudios demográficos

Aunque hoy existen, como ya se ha dicho, trabajos sobre la población rural, estos han tropezado con problemas de difícil solución. Sin embargo, como dice Jordi Nadal⁷ las partidas de defunciones, bautismos y matrimonios constituyen, sin discusión, la mejor fuente para el estudio evolutivo de una población. Asevera este autor que, como si se tratara de un termómetro, constituyen el instrumento idóneo para pulsar los altibajos demográficos.

A pesar de sus deficiencias, los libros de defunciones se convierten, en este estudio, en un instrumento imprescindible. En los de áreas rurales, el párroco indicaba, por regla general, el nombre del difunto si se trataba de un español adulto, pero era mucho menos preciso en los casos de entierros de indios, esclavos y niños. Es frecuente encontrar expresiones tales como “entierro de un párvulo, hijo de...”, sin mayor precisión sobre el nombre y el sexo o bien “enterré a Juan, esclavo de...”. En la mayor parte de los casos se señala el tipo de entierro y la fecha. La causa de la muerte solamente se menciona en situaciones extraordinarias: decesos violentos o causados por ataque indígena, pero casi no hay referencia a óbitos por enfermedad. Carecemos de esta información en la ciudad de Buenos Aires, la que no tuvo libros de este tipo hasta

⁶ NICOLÁS BESIO MORENO, *Buenos Aires puerto del Río de la Plata, capital de la Argentina, 1536-1936*, Buenos Aires, s/e., 1939, pp. 106-116.

⁷ JORDI NADAL, *Bautismos, desposorios y entierros*, Barcelona, Ariel, [1939] 1992, p. 6.

1785, aunque los mismos pueden suplirse, como afirma Pérez Moreda con los libros de Colecturía, registro cuyo fin principal era anotar lo recaudado en concepto de misas – fueran de difuntos o de velación- y la cera y velas obladas en éstas y en las ceremonias de bautismo⁸. Estas anotaciones eran semanales y rara vez se precisaba el día exacto del deceso, no obstante lo cual resultan muy útiles a los fines de este estudio⁹.

Tanto los libros colectores como los registros de defunciones poseen carencias propias del periodo proto-estadístico, tales como el subregistro –notorio en el caso de párvulos- y otro tipo de imprecisiones, algunas derivadas de la desprolijidad con que algunos párrocos anotaban los entierros; pero el escollo más importante es que rara vez se asentaban las edades lo que dificulta el análisis. Como dice Nadal:

Para ser preciso y significativo, el estudio de la mortalidad debe hacerse por edades. La tendencia que marcan los índices generales puede resultar engañosa. Es posible que una población con más muertes presente una ‘salud’ mejor que otra población idéntica con menos. Todo depende del grado de envejecimiento de cada una¹⁰.

En otros espacios geográficos, los libros de hospital son un elemento insustituible para este tipo de estudios, pero no sucede lo mismo en esta región. Sólo la ciudad de Córdoba contaba con hospital, el San Roque, aunque para el período en estudio no hay registro de entradas de enfermos, las cuales recién comienzan en 1768.

Es necesario revisar documentación de otro tipo, que aporte información sobre el tema, aunque sea fragmentaria; la bibliográfica médica, las actas de los cabildos, los testamentos y otros repertorios notariales así como los escritos de viajeros, pueden ofrecer aclaraciones que completen y faciliten la interpretación de los libros de entierros y colecturía. Sin embargo, las fuentes que aquí se enumeran no permiten conformar series numéricas.

⁸ NICOLÁS BESIO MORENO, *op.cit.*, pp.74-75 señala los vacíos existentes para esta documentación; sin embargo conviene aclarar que los datos que proporciona para este período son tomados de los libros de Colecturía, exceptuando los del Libro 2, que aunque hoy no existe, fueron copiados y publicados por RAÚL A. MOLINA, *Matrimonios, bautismos y defunciones de la Catedral de Buenos Aires, 1601-1644 y Legajos I y II de Expedientes matrimoniales del Archivo del Arzobispado de Buenos Aires (ex. Curia Eclesiástica)*, Buenos Aires, Academia Americana de Genealogía, 2002, pp. 41-42. VICENTE PEREZ MOREDA, *La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Madrid, Siglo XXI, 1980, p. 30.

⁹ Los libros colectores correspondientes a la ciudad de Buenos Aires se custodian hoy en el Archivo de la Parroquia de Nuestra Señora de la Merced (en adelante APLM) y poseen la particularidad de que fueron anotados a posteriori por curas rectores concededores de la población, lo que convierte dichas notas en indicadores preciosos para el investigador. Por ejemplo, entre los datos de la semana de enero de 1732: “este tiempo ha sido de la epidemia de sarampión que habían pasado muchos años sin que

Las Cartas Anuas -informes al General de la Orden- que relataban la labor desarrollada tanto en las misiones guaraníicas como en los colegios y estancias- son otra fuente que permite abordar el tema; aunque las del siglo XVIII no han sido aún publicadas, los editores nos han facilitado una versión preliminar¹¹.

Las visitas de los obispos a la diócesis resultan muy útiles no sólo porque en ellas suelen consignarse datos de la población y sus avatares sino porque las anotaciones referidas al itinerario –fecha y lugar de cada estadía- pueden constituir una valiosa ayuda al momento de mapear una epidemia. Igualmente válido es leer los silencios, pues ellos también brindan información. Así, por ejemplo, si el texto de una visita habla de que al llegar a una ciudad ésta padecía una peste pero al llegar a la siguiente en el itinerario no hace mención alguna de la salubridad, o más bien de la insalubridad, se puede inferir que allí no había llegado aún el flagelo. Por caso, al llegar el obispo Fajardo a Santa Fe en diciembre de 1718, no hay mención de peste en la ciudad¹².

Los registros burocráticos -informes oficiales civiles o eclesiásticos, memoriales, solicitudes a la corona- son también útiles, en tanto aparezcan en ellos datos sobre situaciones anómalas: un malón, una sequía prolongada, una inundación, una manga de langostas. Todas estas realidades generan problemas alimentarios que coadyuvan a la enfermedad, o al menos a una menor preparación física para enfrentarla y se inscriben en lo que hemos denominado, siguiendo a Nadal, factores adversos¹³.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD

Si bien las causas de la mortalidad pueden ser variadas, Barona Vilar se anima a afirmar que en tiempos normales el principal factor lo constituye la enfermedad. Mientras que las guerras y accidentes cobran importancia en circunstancias específicas, el hambre o la pobreza presentan como “estadio intermedio hacia la muerte la aparición de la enfermedad”¹⁴.

la hubiese”.

¹⁰ JORDI NADAL, *op.cit.*, p. 150.

¹¹ Deseamos dejar expresa constancia de nuestro agradecimiento por esta muestra de generosidad.

¹² Actas de Cabildo de Santa Fe: versión en línea:

<https://www.santafe.gob.ar/actascabildo/default/lasactas> [junio 2016]. En adelante ACSF.

¹³ JORDI NADAL, *op.cit.*, p. 8.

¹⁴ JOSEP LUÍS BARONA VILAR, “Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte”, en:

Hay que ser cuidadoso en distinguir las enfermedades estacionales, que pueden afectar a una o a algunas ciudades, de las epidemias que se propagan y afectan a toda una región. Lamentablemente, los registros vitales disponibles para la primera mitad del siglo XVIII no brindan información sobre el modo en que las diversas afecciones repercutían en la mortalidad de la región.

El factor climático incidía –lo hace aún hoy- anualmente y con regularidad. El análisis de la estacionalidad de las defunciones permite inferir el impacto de las enfermedades asociadas a las temperaturas extremas (Gráfico 1). Tal como se observa en los casos seleccionados – ciudad de Córdoba, San Juan de la Frontera y Los Arroyos – los picos de mortalidad se producían en los meses del verano y en la época más cruda del invierno y resultan significativamente coincidentes en los casos elegidos. Las investigaciones realizadas en determinados lugares de la campaña bonaerense confirman la tendencia. Hacia el sur, más allá del Riachuelo –en el pago de Magdalena-García Belsunce¹⁵ observó que se producía la “mayoría de muertes en la mitad cálida del año”. En el pago de Luján –noroeste de la urbe-, los meses de diciembre y enero también resultaron ser los más riesgosos¹⁶.

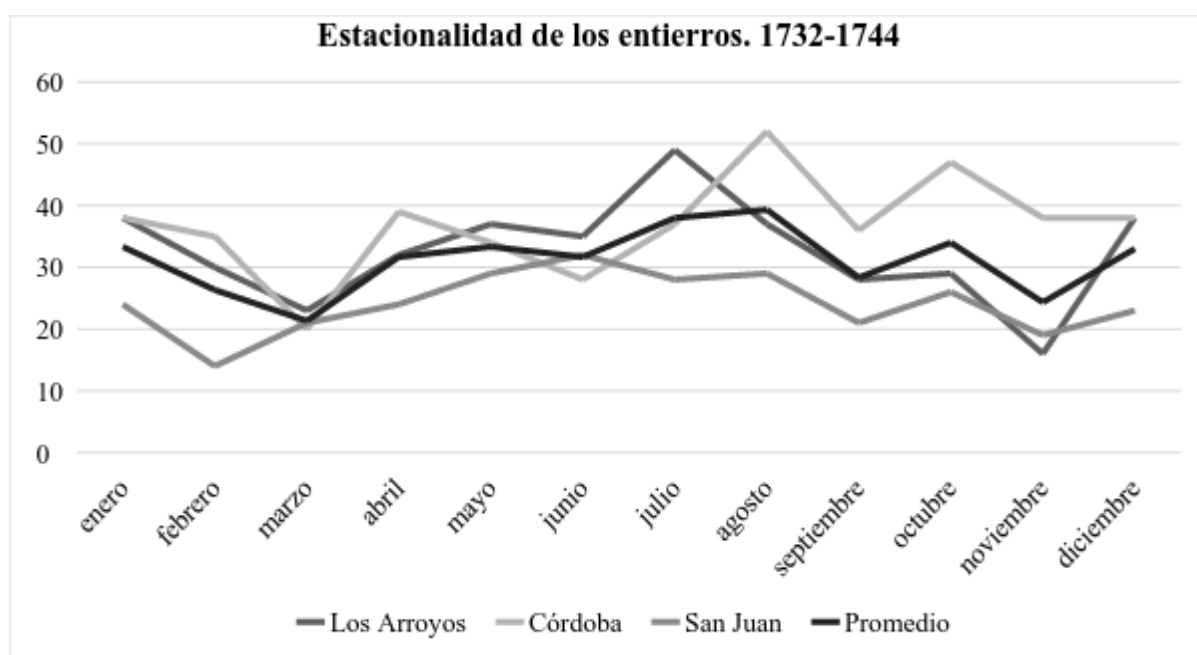


GRÁFICO 1.

Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, número XI-3, Bilbao, 1993, p. 52.

¹⁵ CÉSAR GARCÍA BELSUNCE, *op.cit.*, p. 97; véase también nota 11, en la que se menciona una epidemia de sarampión acaecida en enero de 1732.

¹⁶ MARÍA INÉS MONTSERRAT, *op.cit.*

Elaboración propia. Fuente: Registros parroquiales¹⁷. Libros de entierros: Córdoba (Catedral Nuestra Señora de la Asunción: Libro de españoles y Libro anexo de naturales y españoles), Los Arroyos (Nuestra Señora del Rosario, Libro de entierros), San Juan de la Frontera (Nuestra Señora de la Merced, Libro 1 de Españoles).

Como ya se mencionó anteriormente, las expresiones diagnósticas del siglo XVIII requieren ciertos recaudos por parte del historiador, ya que responden a conceptualizaciones de la salud y de la enfermedad que variaron con el correr del tiempo. Las referencias halladas en la documentación no sólo resultan escasas, sino que constituyen el “sedimento terminológico resultante de la difusión social de conocimientos científico-médicos procedentes de distintas épocas, sistemas y escuelas”¹⁸. De allí deriva la cautela por evitar la tentación de realizar un diagnóstico retrospectivo¹⁹.

LAS EPIDEMIAS

Pérez Moreda advierte que si se pretende realizar un estudio histórico de la mortalidad es necesario considerar que:

todo período más o menos amplio contenía varios episodios de notable mortalidad “accidental”. El accidente se inscribía, pues, con suma regularidad dentro de la norma, y con tanta frecuencia que, al menos en ciertas épocas y en muchas zonas, podía ser considerado como un simple ingrediente entre los diversos condicionantes de la mortalidad normal²⁰.

Como afirma Arrizabalaga²¹ las enfermedades infecciosas constituyeron el principal capítulo de las causas médicas de muerte a lo largo de la historia. Entre ellas, la viruela y la neumonía, se propagaban independientemente de los factores económicos mencionados más arriba.

Las enfermedades contagiosas no lo son hasta que el virus que las origina se ha multiplicado anidando en varios cuerpos. [...] Siendo necesario un contacto, intervenía de una manera

¹⁷ Los libros de entierros fueron consultados en línea, ya que se encuentran digitalizados: <https://familysearch.org/search/collection/location/1927135?region=Argentina>

¹⁸ JOSEP BERNABEU MESTRE, “Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad”, en: *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, número XI-3, Bilbao, 1993, p. 14.

¹⁹ JON ARRIZABALAGA, “La identificación de las causas de muerte en la Europa pre-industrial: algunas consideraciones historiográficas”, en: *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, número XI-3, Bilbao, 1993, p. 32-33.

²⁰ VICENTE PÉREZ MOREDA, *op.cit.*, p. 57.

esencial el comercio, y sobre todo el de ropas. Luego, una vez introducido, colaboraba a su difusión la falta absoluta de higiene, paralela a una concepción fatalista e ignorante del mal²².

El autor agrega que la peste produce la huida de quienes tienen los medios para hacerlo y que el cuidado de los infectados, así como el entierro de los que mueren, queda en manos de “un reducido grupo de valientes”, principalmente de religiosos.

Hemos detectado varias epidemias a lo largo del período, pero tal como ya se ha dicho, centraremos nuestra atención en dos de ellas, por ser las más mortíferas y extendidas en el espacio: la de 1717-9 y la de 1742-43.

LA “PESTE GRANDE” DE 1717-1719

Debemos decir que las fechas que presentamos difieren según documentos y autores. Besio Moreno²³ da como inicio de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires el mes de junio de 1717 y la considera finalizada hacia octubre de 1718; tal vez haya tomado como dato la entrada del gobernador Bruno Mauricio de Zavala, quien arribó, precisamente el 11 de aquel mes y año. Por su parte, Carbia sitúa la fecha también en 1717, pero a comienzo del año tomando como referencia a la llegada a la ciudad del nuevo obispo, fray Pedro Fajardo. En efecto, el Prelado arribó a la ciudad a mediados de marzo, en momentos en que había una epidemia de “calenturas pútridas”²⁴. Tengamos en cuenta que el Obispo venía de Santiago de Chile, había entrado desde Luján y no hay indicio de que se haya topado con un foco infeccioso en su trayecto. No hay otros datos que avalen la fecha de inicio de la epidemia que ofrece Carbia, aunque, en cambio, la documentación habla de una persistente seca cuyos primeros indicios –según las actas capitulares- se sitúan en febrero; los ediles reiteran la preocupación en julio y recién en septiembre se mencionan lluvias que habrían acabado con ella. Y es precisamente ese mes que los acuerdos registran “la presente calamidad de enfermedad contagiosa” y “las enfermedades continuas que ya tira al contagio”²⁵.

²¹ JON ARRIZABALAGA, *op.cit.*, p. 26.

²² JORDI NADAL, *op.cit.*, p. 11.

²³ NICOLÁS BESIO MORENO, *op.cit.*, p. 123.

²⁴ RÓMULO CARBIA, *Historia Eclesiástica del Río de la Plata*, Buenos Aires, 1914, p. 75. El autor afirma que el Prelado adquirió un coche a fin de poder llevar el viático a los moribundos.

²⁵ ACUERDOS DEL EXTINGUIDO CABILDO DE BUENOS AIRES (en adelante AECBA), Serie 2, libro XVII, acuerdos de 1 de marzo, de 14 de julio y de 6 de septiembre, pp. 383, 430 y 440 y acuerdos del 17 y 23 de septiembre, pp. 456 y 460, respte.

Como ya se ha dicho, el nuevo gobernador Bruno Mauricio de Zavala llegó en junio en las naves de registro de Andrés Martínez de Murguía. También estaba surta en el puerto al menos una nave del Asiento, que esperaba cargar cueros; dos días después del arribo del Gobernador ancló otra nave del Asiento con esclavos enfermos de viruela, ordenándose al Procurador que tomara las precauciones para que “la ciudad se libre de dicha epidemia”²⁶. Subrayamos aquí que, aparentemente, el único barco infectado de viruelas fue el negrero al que se sometió a cuarentena; esto descarta algunas afirmaciones respecto de que ésta haya sido la peste de ese año, pero también permitiría conjeturar que la enfermedad no entró por el puerto.

Zavala comenzó de inmediato, a tomar medidas y el 9 de octubre convocó a junta de médicos para que realizaran un diagnóstico. Pedro Constanza -el facultativo de la ciudad acompañado de los cirujanos de los navíos- dictaminó que se trataba de fiebres pútridas malignas pero que no sería “peste ni venenata”²⁷, “no ser contagio y que la causa principal de que morían los más era la mucha necesidad que padecían y desabrigo” de los enfermos. Tres días más tarde el Cabildo realizó una colecta para comprar medicamentos, según notificaba a la Corona tiempo después afirmando que “la ciudad de Buenos Aires da cuenta a V. M. de haber gastado el producto de 30 cueros que se apropió para sus gastos en los pobres enfermos que hubo en la epidemia del año 1717”²⁸. Y no conformes los capitulares proponen a Zavala salir todos en persona a pedir limosna por la ciudad con el objetivo de facilitar el acceso a las medicinas. Según las Anuas

[...] en este tiempo calamitoso los de la Compañía casi eran los únicos que asistían a los apestados, tanto a españoles, como a indios y morenos, saliendo cada día [en cura de ellos] por las calles y plazas de la ciudad o andando a caballo hacia las afueras de la ciudad, confesando a

²⁶ Eran tres naves, otra de las cuales traía un contingente de 70 jesuitas a cargo de Bartolomé Jiménez y José de Aguirre. Véase AECBA, Serie 2, libro XVII, acuerdos de 8 y 10 de julio, pp.424 y 426 respte., y JOSÉ MARÍA MARILUZ URQUIJO, “Catálogo de los buques llegados al Río de la Plata (1700-1775), en: *Temas de Historia Argentina y Americana*, 2, Buenos Aires, UCA, enero-julio 2003, pp. 95-158. Además de la cuarentena, los ediles tomaron otras medidas profilácticas, que no se consignan aquí por ser materia de otro trabajo en proceso; de igual modo se han excluido las rogativas y procesiones que se realizaron en el tiempo que duró la enfermedad.

²⁷ El vocablo “venenata” en latín, *venenatus-a-um* es el participio de veneno. El Diccionario Médico de la Clínica de la Universidad de Navarra lo define como “Alteración patológica producida por veneno o tóxicos; p. ej., la dermatitis venenata” (Edición en línea: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/venenata>). En la actualidad el término se emplea para definir un tipo de dermatitis por contacto.

²⁸ Cartas y expedientes del cabildo secular de Buenos Aires: años 1706 a 1757, AGI, Charcas 221 que transcribe el informe médico leído en el Acuerdo de 12 de octubre de 1717 y la resolución de utilizar el producto de los cueros. Ver AECBA, Serie 2, libro XVII, p. 463.

los moribundos y socorriendo a los demás en todo lo posible, repartiendo a no pocos las limosnas recogidas entre la gente principal y acomodada²⁹.

Todos los auxilios resultaron insuficientes, ya que en acuerdo del 13 de noviembre afirmaban los ediles porteños que

La epidemia presente está en vigor y que ya se ha consumido y gastado en los pobres enfermos y necesitados, y que era preciso continuar con el libramiento de dinero y quedó acordado que debían de librar y libraron doscientos pesos más los cuales mandaron se entreguen al señor alcalde ordinario de segundo voto persona a cuyo cuidado ha corrido la distribución de la primera cantidad para que el producto de la porción de cueros repartidos para los propios de la ciudad,

y días más tarde reconocían que “atento a que la dicha epidemia pasa adelante con mayor fuerza” era necesario destinar más fondos para la asistencia de los pobres³⁰.

Los Acuerdos siguen registrando la presencia de la peste en las postrimerías de ese año y en el siguiente; en el mes de enero advierten con preocupación la falta de brazos “para recoger las sementeras”³¹. Los estragos no sólo se hicieron sentir en las tareas rurales si nos atenemos al informe elevado por el gobernador Zavala al Rey, en el que daba cuenta de que la dotación del Presidio se había visto disminuida “por las continuas deserciones y por la epidemia del año 1718”³².

Podría pensarse que la decisión del Obispo de comenzar la visita canónica -salió el 24 de abril hacia el noreste- se debió a que la epidemia había comenzado a menguar, pero las Actas de cabildo de los meses posteriores desmienten esa presunción. Es probable que haya disminuido su intensidad, pero en agosto “no acaba de cesar” y se acepta el ofrecimiento de los Predicadores de hacer una rogativa a la Virgen del Rosario, para que “aplaque tan penoso azote con que tiene a esta miserable ciudad”. A partir de septiembre las referencias vuelven a reiterarse, se insiste en “la gran mortandad de gente y en particular de los peones de campaña” para afirmar después, al hablar de los accioneros

²⁹ *Cartas Anuas de la Provincia del Paraguay de la Compañía de Jesús desde el año de 1714 hasta el año 1720. Al muy reverendo Padre Miguel Ángel Tamburini Prepósito General de la Compañía de Jesús.* f. 349v.

³⁰ Cartas y expedientes del Cabildo secular de Buenos Aires, AGI, Charcas 221 y AECBA, Serie 2, libro XVII, pp. 471-2.

³¹ AECBA, acuerdo del 23 de marzo de 1718, Serie 2, libro XVII, p. 554.

³² Consultas originales 1724-1728, AGI, Charcas 159.

no se hallen hoy arruinados, destruidos y pobres y aún sin ánimo de vivir, pues no se encuentra diez y seis meses en este lugar otra cosa sino muertos a cada paso, enfermos a todas horas, miserias y desdichas por momentos, aún en los vecinos que hemos visto con mediana conveniencia.

Recuerdan de inmediato los ediles el informe del médico Constanza y recalcan que “eran más las personas que morían a mengua y necesidad que no de achaque”³³. Todavía en el mes de diciembre trataban de resolver la escasez de brazos para levantar las cosechas, pero la epidemia había cesado; no obstante, se había propagado simultáneamente hacia el noreste y el oeste.

La visita del obispo Fajardo nos proporciona algunos datos³⁴: inició su recorrido en Luján el 24 de abril de 1718 sin que mencione enfermedad alguna y, en cambio, consta que al llegar en 18 de junio a Yapeyú, ésta “había sufrido recio golpe con la peste” y lo mismo había ocurrido en La Cruz, San Francisco de Borja y Santo Tomé mientras que, en la misión de San Luis Gonzaga “no se había cebado la peste”³⁵. Tampoco Santa Fe parece haber sufrido la epidemia, a pesar de que en noviembre de 1717 llegaron allí cien soldados enviados desde Buenos Aires³⁶. Incluso, en agosto del año siguiente indios de las misiones se asentaron temporariamente llamados por el teniente gobernador³⁷ pero tampoco entonces parece haber sufrido el contagio, ni en diciembre, cuando el obispo Fajardo arribó procedente de Corrientes. Las actas capitulares no afirman categóricamente la existencia de una peste sino que aluden a la “sequía y peste que se están experimentando” o, en ocasión de la fiesta de San Jerónimo a preces “por las necesidades públicas de peste, hambre, felices sucesos de la guerra y concordia común”³⁸. Por añadidura, ni Fajardo ni sus acompañantes podían equivocarse respecto de la peste ya que habían visto el desarrollo del morbo en Buenos Aires, ciudad a la que arribaron el 30 de diciembre de 1718, cuando ya la enfermedad comenzaba a

³³ Se han agrupado las referencias desde agosto a noviembre, a saber: AECBA, acuerdos del 11 de agosto, 22 de septiembre y 19 y 21 de noviembre, Serie 2, libro XVII, pp. 587, 600, 614-15 y 620 respcte.

³⁴ Razón de la visita del obispo Pedro Fajardo, AGI, Charcas 373.

³⁵ FÉLIX GARZÓN MACEDA, *op.cit.*, p. 136.

³⁶ ACSF, tomo 7, fs. 354v. y 355; sólo llegan 60 hombres, lo que el Cabildo considera insuficiente. Durante estos años la ciudad fue sufriendo ataques de abipones y mocovíes en su frontera norte —entre otros en septiembre y diciembre de 1717 y a comienzos del siguiente— que produjeron el éxodo hacia el sur de parte de su población, lo que motivó que el Cabildo llegara a prohibir la salida de vecinos.

³⁷ *Ibidem*, tomo 7, fs. 6v, y 7 y fs. 31 y 31v.

³⁸ ACSF, tomo 7, fs. 374v. y 374 v. y tomo 8, fs. 145 y 145 v.

retirarse: había durado dieciséis meses³⁹.

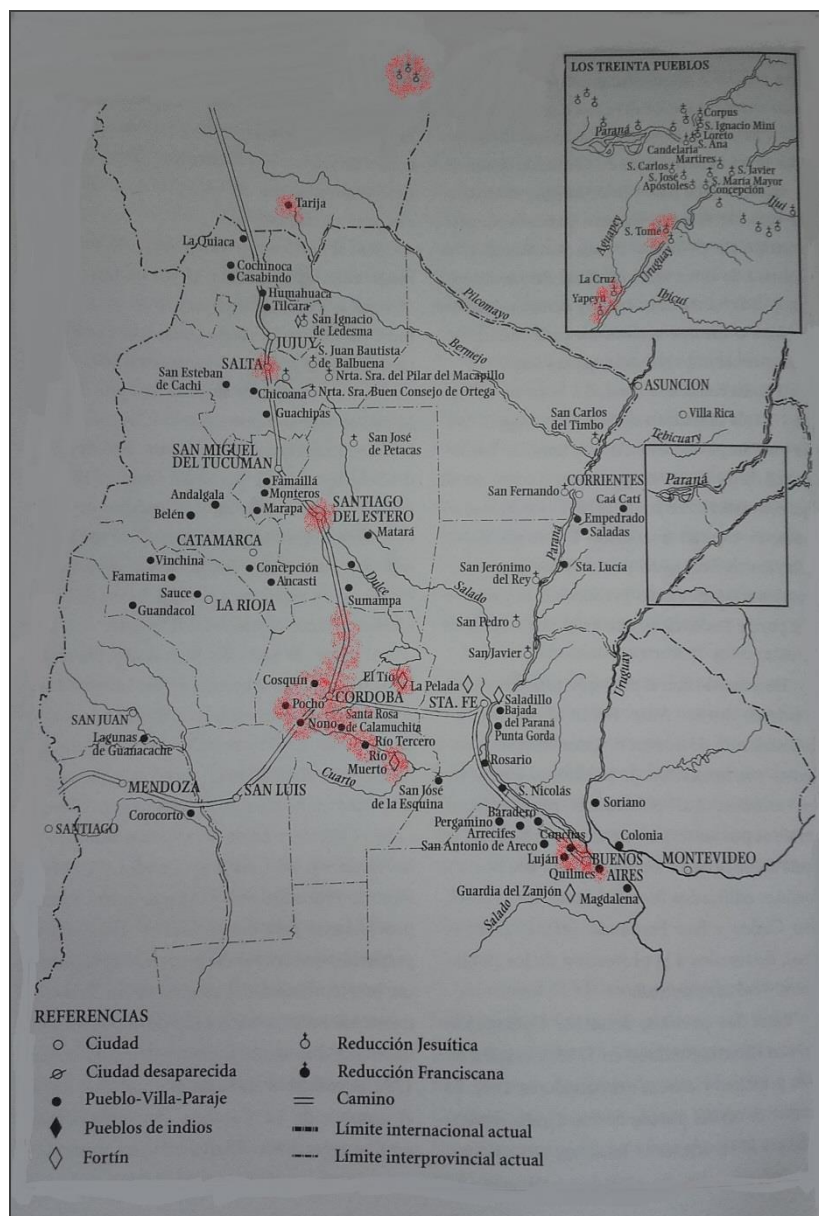
Después de visitar Santa Fe, monseñor Fajardo pasó por San Lorenzo y anota que no hubo allí “rumor de peste”⁴⁰. Debe resaltarse que la mortal enfermedad parece haber atacado algunas ciudades, pero sin llegar a otras, del mismo modo que ataca y mata a algunos individuos y no a otros, aun estando estos últimos en contacto permanente con infectados.

Del mismo modo en que se propagó por el noreste, la peste llegó a Córdoba, ciudad en que se constata su presencia en 1718, persistiendo hasta 1719. Manuel Cervera afirma que en el primero de esos años murieron unos diecisiete mil indios y unos cincuenta mil en Misiones. Garzón Maceda, por su parte, atribuye la mortandad a una peste de viruela, dato que ha sido tomado por distintos especialistas⁴¹.

³⁹ AECBA, acuerdo del 21 de noviembre de 1718, Serie 2, libro XVII, p. 620.

⁴⁰ Visita del obispo Pedro Fajardo, AGI, Charcas 373.

⁴¹ MANUEL CERVERA, *Poblaciones y curatos. Estudio histórico*, Santa Fe, Castellani Hnos., 1939, p. 23 y FÉLIX GARZÓN MACEDA, *La medicina en Córdoba: apuntes para su historia*, Buenos Aires, Rodríguez Giles, 1916, Tomo 1, p. 62.



MAPA 1: PUNTOS GEOGRÁFICOS AFECTADOS POR LA EPIDEMIA 1717-1719 SEGÚN LA DOCUMENTACIÓN HALLADA HASTA EL MOMENTO.

Elaboración propia, utilizando como base el mapa publicado por Humberto H. Beck⁴²

Se han consultado fuentes no demográficas para obtener información más precisa acerca del morbo. La primera de ellas es la documentación del monasterio de Santa Catalina de Siena que se refiere al año 1718 como el de la “fatalísima peste que hasta el día de hoy se llama en estas provincias ‘la peste grande’, denominación que hemos adoptado en este trabajo. Se conserva en esos Claustros un manuscrito del siglo

⁴² HUGO HUMBERTO BECK, "Distribución territorial de la conquista. Red de urbanización y vías de comunicación", en: *Nueva Historia de La Nación Argentina*, Buenos Aires, ANH-Planeta, 1999, tomo 2, p. 32.

XVIII que tiene anexa una nómina de monjas profesas hasta 1766; el mismo fue transcrito en el siglo XIX agregándosele dos capítulos al documento y completando el listado de monjas hasta 1901⁴³. La primera de estas tablas lleva una aclaración respecto del segundo priorato de la madre Ana María de la Concepción Arregui (1716-1719 y 1719-1722), situación muy poco usual, pero sobre la que no deben hacerse conjeturas

advirtiendo que el año de 1718 fue el de la fatalísima peste que hasta el día de hoy se llama en estas Provincias “la peste grande” por los muchos estragos que causó en la ciudad y monasterio senense. (...) Verdad es que no se conserva firma alguna que autorice profesiones correspondientes al segundo gobierno suyo, y esto no debe extrañar porque como la ciudad y familias quedaron arruinadas, es creíble que ninguna tomara el santo hábito en esos años del segundo priorato⁴⁴.

También es elocuente el testamento de doña Ignacia Bustos Albornoz, viuda del capitán Pedro Diez Gómez, quien había sido regidor, y que lo redacta el 4 de octubre de 1718 donde dice “por cuanto me hallo enferma en la cama de la presente epidemia que corre en esta ciudad”⁴⁵, ordena su entierro en el templo de Santo Domingo y enumera las mandas testamentarias.

Las Anuas reafirman la presencia de la epidemia en Córdoba para ese año, al decir “Vamos a hablar ahora del año de 1718, el cual ha sido por su mitad muy triste para los habitantes de la ciudad y sus alrededores por los estragos de la peste”⁴⁶. Allí se informa al General de la Orden que murieron en la ciudad dos sacerdotes -en julio y agosto de ese año- y un hermano coadjutor falleció en noviembre, cuando “fue enviado a socorro de los indios y morenos de servicio en nuestra estancia de Santa Catalina”. No en vano Claussner decía que “la peste ha causado aquí atroces estragos hasta 300 millas a la redonda y se ha llevado muchos miles de personas” y agregaba que sólo la

⁴² Se desconocen los nombres de los autores de esta documentación. La misma ha sido transcrita por CARLOS OSCAR PONZA, *Historia del monasterio Senense de la ciudad de Córdoba en la provincia del Tucumán: manuscritos de la Córdoba colonial*, Córdoba, Nueva Andalucía ediciones, 2008.

⁴³ En el manuscrito original, folios 30-31. Véase también *Historia del Monasterio Santa Catalina de Siena de la ciudad de Córdoba, por religiosas del mismo Monasterio*, Transcripción, presentación y notas de JOSÉ MARÍA ARANCIBIA y CARLOS OSCAR PONZA, Córdoba, industrias gráficas Cervantes, 2014, tomo 2, pp. 31-32 y JOSÉ MARÍA ARANCIBIA y CARLOS OSCAR PONZA, *Alabar, bendecir y predicar el amor de Dios: tabla cronológica de las monjas del Monasterio Santa Catalina de Siena en la ciudad de Córdoba 1631-1901*, Córdoba, industrias gráficas Cervantes, 2015, pp. 91-94.

⁴⁴ *Cartas Anuas*, op.cit., f. 342v.

⁴⁵ Testamento de Ignacia Bustos y Albornoz, 4 de octubre de 1718, Legajo del Monasterio de Santa Teresa, Archivo del Arzobispado de Córdoba.

Compañía había perdido 325 esclavos⁴⁷.

Los informes enviados por los jesuitas también mencionan que la epidemia se habría extendido a Santiago del Estero, donde murieron tres miembros de la Compañía entre mayo de 1718 y septiembre de 1719; Santiago queda dentro del radio de las 300 millas -exactamente 438 km- del que se habla renglones más arriba⁴⁸. La enfermedad avanzó aún más, tal como consta en el informe del gobernador del Tucumán al rey, donde al pasar se refiere a ella diciendo “la epidemia que padecen estas provincias por castigo de nuestras culpas”⁴⁹. Habría llegado también a Tarija y a las misiones de Chiquitos, según consta por la muerte de misioneros debidas a “la peste que hubo en aquellas provincias”⁵⁰.

EL TIPO DE ENFERMEDAD Y LOS REMEDIOS

Si bien ya hemos dicho lo complejo que es determinar de qué enfermedad se trata, volcaremos aquí los datos disponibles. Furlong cita al historiador Pablo Cabrera según el cual aquella “peste de viruelas que se cebaba furiosa e implacable, especialmente entre los negros e indios de servicio”⁵¹. Creemos haber demostrado – tanto por el barco puesto en cuarentena como por la visita del Obispo- que no se trató de viruelas. Para el galeno porteño Constanza –convocado por el Gobernador según se comenta párrafos más arriba- se trataba de calenturas pútridas malignas, nombre que en la época designaba a la fiebre tifoidea, aunque sostenía que no era contagiosa⁵².

Al referirse a la peste en Córdoba, informan los jesuitas que un religioso “se contagió con la peste” y de otro dicen “contagiándose con ocasión de asistir a los apestados”⁵³. Contrariamente a la opinión del médico porteño, sí eran contagiosas y entre sus síntomas primeros está la postración de las fuerzas.

⁴⁷ JUAN MUHN, *La Argentina vista por viajeros del siglo XVIII*, Buenos Aires, Huarpes, 1946, p. 20-21 y DAISY RÍPODAS ARDANAZ, *Viajeros del Río de la Plata. 1701-1725*, Union Académique Internationale- Academia Nacional de la Historia, Buenos Aires, 2002, p. 38.

⁴⁸ *Cartas Anuas*, *op.cit.*, f. 356v.

⁴⁹ Cartas y expedientes de personas eclesiásticas, AGI, Charcas 383.

⁵⁰ Consultas originales, 1724-1728, AGI, Charcas 159.

⁵¹ GUILLERMO FURLONG, *Médicos argentinos durante la dominación hispánica*, Buenos Aires, Huarpes, 1947, p. 86.

⁵² A principios del siglo XIX, el Dr. Pedro María González afirmaba que la fiebre “pútrida no es más que una especie moderada de tifus”. Ver: PEDRO MARÍA GONZÁLEZ, *Tratado de las enfermedades de la gente de mar, en que se exponen sus causas y los medios de precaverlas*, Madrid, Imprenta Real, 1805.

⁵³ *Ibidem*, f. 336.

Chernoviz dice que las calenturas pútridas han sido denominadas de distintas maneras: fiebre maligna, pútrida, biliosa, mucosa, lenta nerviosa pero el mejor de todos es el de tifoidea porque indica el estupor -typhos- que es el síntoma preponderante⁵⁴. Como ha señalado Juan Gutiérrez Cuadrado⁵⁵ en su análisis lexicográfico, la calentura pútrida fue llamada por los ingleses amarilla, por los franceses enfermedad de Siam y vómito prieto por los españoles, recibiendo el nombre según los síntomas – el color amarillo de la piel, el vómito negro - o el origen atribuido.

Livi Bacci dice que las formas de difusión y de penetración microbiana en el organismo son variadas y ubica la tifoidea entre las que se transmiten por vía fecal a través de la contaminación del agua y luego, por los alimentos corrompidos⁵⁶. Lafuente Machain traza una buena descripción : aves y animales domésticos en los fondos de las casas, acopio de cueros, sebos y carne, la basura en huecos y pantanos en los cuales moscas, mosquitos y ratas encontraban cómodo albergue⁵⁷. Más elocuentes son las actas del cabildo porteño las que muestran la preocupación y, especialmente la conciencia profiláctica, de las autoridades porteñas; en el mes de septiembre ordenan al Procurador que tome medidas en las calles de la ciudad y los arrabales donde los vecinos dejan animales muertos “...con cuya putrefacción y corrupción causan daños a la república, mayormente en el tiempo presente que se halla afligida con las enfermedades continuas...”, y en el mes de diciembre determinan que el fiel ejecutor y un diputado

procuren el celar que se limpien las calles en la forma que mejor se pueda, sacando en una carreta las inmundicias, almohadas y demás ropa arrojada de los muertos cuyo número es tan crecido (...) y que todo se saque al bañado como una legua de la ciudad y allí se queme todo⁵⁸.

Estos informes poco difieren de los que se encuentran para otros espacios geográficos, como el que detalla Carmona para la villa de Baena o el que autor toma de

⁵⁴ PEDRO LUIS NAPOLEÓN CHERNOVITZ, *Guía Médica*, París, Librería de A. Roger y F. Chernoviz, 1894, 3ra. Edición, p. 877.

⁵⁵ JUAN GUTIÉRREZ CUADRADO, “Tratado de las enfermedades de la gente de mar (y cuestiones léxicas anexas)”, conferencia en: *Seminario Internacional de Lexicología y Lexicografía Históricas*, Sevilla, 9 al 11 de mayo de 2016, Universidad de Sevilla y Archivo General de Indias.

⁵⁶ Citado por: JUAN IGNACIO CARMONA, *op.cit.*, p. 16-17.

⁵⁷ RICARDO DE LAFUENTE MACHAIN, *op.cit.*, p. 133-136.

⁵⁸ AECBA, acuerdos del 23 de septiembre y 1 de diciembre de 1717, Serie 2, libro XVII, pp.460 y 479 resp. Además de LAFUENTE MACHAIN, puede consultarse MARÍA ISABEL SEOANE, *Buenos Aires vista por sus procuradores (1580-1821)*, Buenos Aires, Inst. I.H.del Derecho, 1992 donde hay numerosos ejemplos de medidas profilácticas para los siglos XVII y XVIII. Para una visión distinta sobre el tema véase MARÍA SILVIA DI LISCIA, *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750- 1910)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2002, especialmente p. 36 donde la autora sostiene que las autoridades sólo prestaban atención a las cuestiones sanitarias en caso de epidemia.

José Luis Beltrán en referencia a Barcelona⁵⁹. El medio ambiente fue, hasta muy avanzada la modernidad, permanentemente insalubre, por lo cual era necesario que confluyesen otros factores para que esa variable se tornara peligrosa. Las Actas de todo el año 1717 hablan de una seca importante, fenómeno que se reitera al año siguiente, según se ha señalado al citar esta fuente y éste pudo ser uno de los coadyuvantes para el desarrollo de la enfermedad.

Si efectivamente se trató de fiebre tifoidea, parece haber acertado el diagnóstico el médico porteño Constanza en tanto que el jesuita Claussner se equivocaría al decir que la epidemia había sido introducida por un barco inglés. Los indicios respecto de la sintomatología de la enfermedad son pocos. Los ofrecen las Anuas, el primero al relatar la muerte de Bartolomé Jiménez:

apenas vuelto a este puerto, exhaustas sus fuerzas por el viaje, cayó gravemente enfermo. Al principio se creía que sólo era excesivo cansancio sin mayor peligro, pero lo sucedido después probó que los médicos se habían equivocado. Pues ya después de pocos días de enfermedad, se nos murió⁶⁰.

Y luego, al nombrar a los muertos en Córdoba dicen: el padre Antonio Parra “fue consumido por una fiebre lenta” mientras el padre Juan Bautista Zea falleció en junio de 1719, “después de una enfermedad de poco más de un mes”, tiempo estimado en el desarrollo de este tipo de proceso infeccioso⁶¹.

Otro dato que nos da la documentación es que el contagio no respetó a ningún estamento social aunque el informe del médico Constanza explicita que la enfermedad se debe a la falta de abrigo, alimentación, asistencia y medicinas; esta afirmación es válida para la mayoría de las enfermedades, porque éstas atacan siempre a los más vulnerables. No obstante, la viuda que testa en Córdoba no parece haber pertenecido a los más pobres de la ciudad, mientras en el puerto “ha dejado asolada esta ciudad de todo género de gente y en particular los peones de campaña”⁶². La enfermedad se desarrolló tanto en el centro de la ciudad como en los arrabales, y nuestra presunción es que fue desde éstos que se produjo su propagación.

En cuanto a la forma de remediar esta calamitosa epidemia, tanto en Buenos

⁵⁹ JOSÉ IGNACIO CARMONA, *op.cit.*, p. 22-23; allí también los datos tomados de la obra de Beltrán sobre la peste en Barcelona.

⁶⁰ *Cartas Anuas*, *op.cit.*, f. 351.

⁶¹ *Ibidem*, f. 345v.

Aires como en Córdoba se habla de “toda clase de medicamentos”. Furlong cita al jesuita Antonio Betachon quien se refiere a otro teatino, el padre Segismundo Asperger quien jugó destacado papel y “salvó de la muerte en Córdoba del Tucumán a tanta gente con las medicinas que había traído de Europa y con diversas plantas medicinales que descubrió en el país”⁶³.

En forma paralela a los conocimientos científicos, se mantenían entonces las creencias populares más o menos relacionadas con las convicciones religiosas. Se ha mencionado renglones más arriba que en Salta se conectaba la peste con “las culpas”, mientras que en Córdoba⁶⁴ el cabildo de la ciudad solicitó a los jesuitas “una solemne novena en honor de San Francisco Javier”, la que concluyó en una procesión con la imagen del Santo. La Compañía organizó, además, una misión. Buenos Aires no fue la excepción: rogativas y procesiones a San Martín, el patrono de la ciudad y a la Virgen, en su advocación del Rosario aparecen como remedio a los males en los Acuerdos de Cabildo. Dice Nadal “...las mismas rogativas para aplacar el mal actuaban en detrimento de la salud pública”⁶⁵.

LA CRISIS DE MORTALIDAD DE

El año 1742 estuvo signado por una epidemia de gran alcance, no sólo por la cantidad de víctimas, sino también por su extensión. Es posible rastrear referencias a esta enfermedad desde Buenos Aires hasta la zona de Chiquitos. Ya otros estudios han analizado el fenómeno a nivel local, aunque sin observarlo bajo una mirada regional, que es lo que permite dimensionar el impacto sobre la población.

⁶² AECBA, acuerdo del 22 de septiembre de 1718, Serie 2, libro XVII, p.600.

⁶³ GUILLERMO FURLONG, *op.cit.*, p. 86. Véase también SILVIA DI LISCIA, *op.cit.*, aunque toma un período posterior ofrece datos de interés.

⁶⁴ *Cartas Anuas*, *op.cit.*, f. 343.

⁶⁵ JORDI NADAL, *op.cit.*, p. 10.

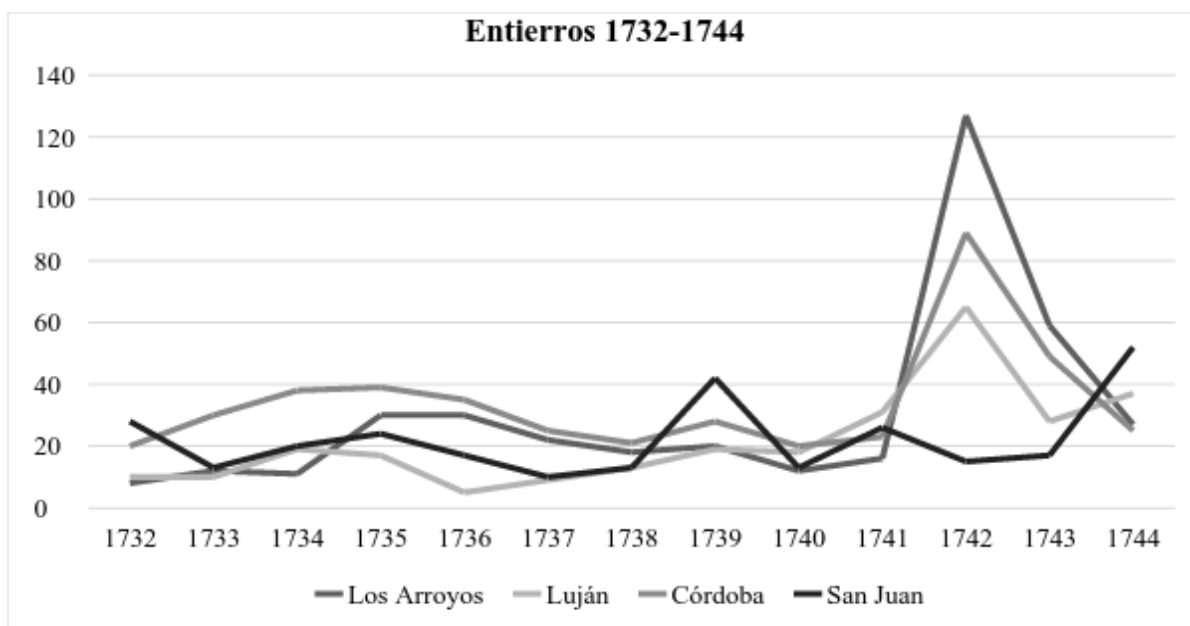


GRÁFICO 2.

Elaboración propia. Fuente: Registros parroquiales: Los Arroyos (Nuestra Señora del Rosario, Libro de entierros); Luján (Parroquia de Nuestra Señora de Luján, Libro de Entierros); Córdoba (Catedral Nuestra Señora de la Asunción: Libro de españoles y Libro anexo de naturales y españoles), San Juan de la Frontera (Nuestra Señora de la Merced, Libro 1 de Españoles)⁶⁶.

En Córdoba, Celton la define como una de las crisis de mayor intensidad, lo que puede observarse a través de los libros de entierros de la Catedral (Gráfico 2)⁶⁷. También es posible constatar un brusco aumento de las defunciones en otros puntos del territorio rioplatense, como son las zonas rurales de Luján y Los Arroyos. En Santa Fe habría comenzado a fines de 1741 según el acta capitular del 11 de noviembre, que da cuenta de la propuesta del Alcalde de primer voto de hacer oficiar un “novenario al Patrón San Jerónimo, en rogativa por la sequía, peste y necesidades comunes” y en enero del año siguiente el Cuerpo toma la decisión del rezo de una novena a San Roque con motivo de la sequía y epidemia que padecía la ciudad⁶⁸. En cambio, el gráfico también muestra un amesetamiento en las defunciones de San Juan tanto en 1741 como 1742 con un repunte que va a convertirse en pico en 1744, pero no podríamos afirmar

⁶⁶ Los registros parroquiales de estos pagos fueron consultados en: <https://familysearch.org/search/collection/location/1927135?region=Argentina> [marzo-julio 2016]

⁶⁷ DORA ESTELA CELTON, “Enfermedad y crisis de mortalidad en Córdoba, Argentina entre los siglos XVI y XX”, *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos*, de Universidad Nacional de Córdoba e International Union for de Scientific Study of Population, Córdoba, 1998, p. 279.

que se trata de la misma epidemia.

Para la gobernación del Río de la Plata resulta valiosa la visita del obispo José de Peralta, quien al informar al Rey sobre los resultados de la misma en 1743, señala que habría tenido el doble de fieles en su jurisdicción “si la peste que padecieron en estos contornos y los pueblos los años pasados, no hubiera robado tanta multitud de personas de todos sexos y edades”⁶⁹. Sólo en la reducción de la Purísima Concepción de los Pampas, la peste se cobró la vida de 160 indios⁷⁰. Aunque la sola cifra es importante, resulta más trágica si se tiene en cuenta que esa misión contaba dos años antes con 350 indios. Asimismo, el obispo menciona en 1745 la “epidemia general” padecida tres años antes donde murieron cien párvulos y algunos adultos⁷¹.

Besio Moreno califica el año 1742 en Buenos Aires como “terrible” y señala que fallecieron 965 personas, “el triple de las corrientes” y luego subraya que “esta epidemia dejó un saldo de 600 cadáveres sobre una población de once mil habitantes”⁷².

Si nos atenemos al registro que ofrece el libro de Colecturía porteño del año 1742, el total de decesos del año fue de ochocientos veintinueve personas y la epidemia fue cobrando virulencia desde la última semana de enero para llegar a su clímax en junio, con un total de ciento veintiocho decesos; sin embargo, tanto en los dos meses anteriores, como en los dos subsiguientes el promedio ronda las noventa personas y comienza a ceder a partir de septiembre⁷³.

Por su parte, los jesuitas la señalaron como “aquella cruel epidemia que duro año y medio, privando a la ciudad de Buenos Aires de la vida de unos doce mil habitantes, habiendo atacado a todavía más personas”⁷⁴. Las referencias al morbo son múltiples y evidencian su gravedad y alcance. El obispo Peralta, al apoyar la fundación de un colegio y hospicio en los altos de San Pedro elogió la acción de los jesuitas “particularmente en el año pasado de 1742 en que afligió a aquella ciudad y su jurisdicción, como a las demás del reino una contagiosa epidemia de que murieron

⁶⁸ ACSF, tomo IX, fs. 62 y 72v. respectivamente.

⁶⁹ Correspondencia de los obispos del virreinato, 1743-1810, AGI, Buenos Aires 606.

⁷⁰ CAYETANO BRUNO, *Historia de la Iglesia en la Argentina*, Buenos Aires, Don Bosco, 1969, tomo 5, p. 60.

⁷¹ Cartas y expedientes de personas eclesiásticas 1740-1748, AGI, Charcas 384.

⁷² NICOLÁS BESIO MORENO, *op.cit.*, p. 76 y 126. No queda claro si al referirse a los 600 cadáveres está remarcando que éstos murieron por la enfermedad epidémica.

⁷³ APLM, Colecturía; fs. 75 y sig.

⁷⁴ *Cartas Anuas, op.cit.*, f. 46.

millares de personas”⁷⁵. Es llamativa una referencia de las Anuas que debe ser tenida en cuenta porque dice

Aumentó excesivamente este trabajo de la asistencia a los enfermos y moribundos un cruel contagio, el cual perdura en Córdoba y en el puerto de Buenos Aires, desde principio de enero de 1742 hasta este momento, en que escribimos, 24 de julio de 1743⁷⁶.

Vale la pena remarcar esta cita, porque el fenómeno parece haber sido simultáneo en ambas ciudades. Corrobora esta afirmación el ingreso al Monasterio de Santa Catalina de la hermana legada Bernardina de Jesús Martínez. Esta joven salteña tomó el hábito en junio de 1742, profesando al año siguiente; en su expediente se señala que entre las razones que hubo para autorizar su ingreso estuvo el número elevado de religiosas de velo blanco fallecidas a causa de la peste “que actualmente está padeciendo la ciudad y dicho Monasterio”⁷⁷.

La epidemia estaba en curso en la docta desde enero y seguía azotando en junio, cuando se admite a Bernardina. El Cabildo porteño, por su parte, afirmaba el 30 de abril

por cuanto de algunos meses a esta parte se ha estado experimentando en los pagos de esta jurisdicción y extramuros de esta ciudad mucha mortandad de sus habitantes, de una enfermedad que hasta ahora no se ha podido conocer⁷⁸.

En noviembre, al describir la escasez de ganado en el pago de Magdalena las actas capitulares dan cuenta del “agregado de infortunios de secas, robos y peste, la que ha causado no menos desventura en el adelantamiento de los ganados, unos enfermos, otros difuntos y más de seiscientos hombres en la campaña”⁷⁹. Una vez más la sequía, los malones y la peste se presentaban asociadas en compleja combinación. La sequía empujaba al ganado en busca de agua y los indios recurrían a la violencia para aprovisionarse en tiempos de escasez. Asimismo, la alimentación deficiente favorecía el brote de epidemias.

Los datos que se conocen para Luján corroboran que el aumento de la mortalidad se inició a fines de 1741, como ya se ha visto que ocurrió en Santa Fe. Incluso en algunas misiones de Chiquitos, los jesuitas registraron la existencia de una

⁷⁵ Consultas originales, 1736-1746, AGI, Charcas 161.

⁷⁶ *Ibidem*, *op.cit.*, f. 5.

⁷⁷ CARLOS OSCAR PONZA, *Historia del Monasterio... op.cit.*, tomo 2, pp. 81 y 82 y JOSÉ MARÍA ARANCIBIA y CARLOS OSCAR PONZA, *op.cit.* p. 103, nro. 219 de la Tabla.

⁷⁸ AECBA, acuerdo del 30 de abril 1742, Serie 2, libro XXV, p.336.

⁷⁹ AECBA, acuerdo del 7 de noviembre de 1742, serie 2, libro XXV, p. 367.

peste, también a fines de 1741, tal como consta para el pueblo de San Miguel (actual territorio de Bolivia):

Entrando este año de 1742 aún proseguía la pestecilla que a los fines del año precedente había acometido a este pueblo no sin algún estrago, principalmente en los párvulos. Pero gracias a Dios, el principio del año corriente de 1743 ha sido el fin de dicha epidemia⁸⁰

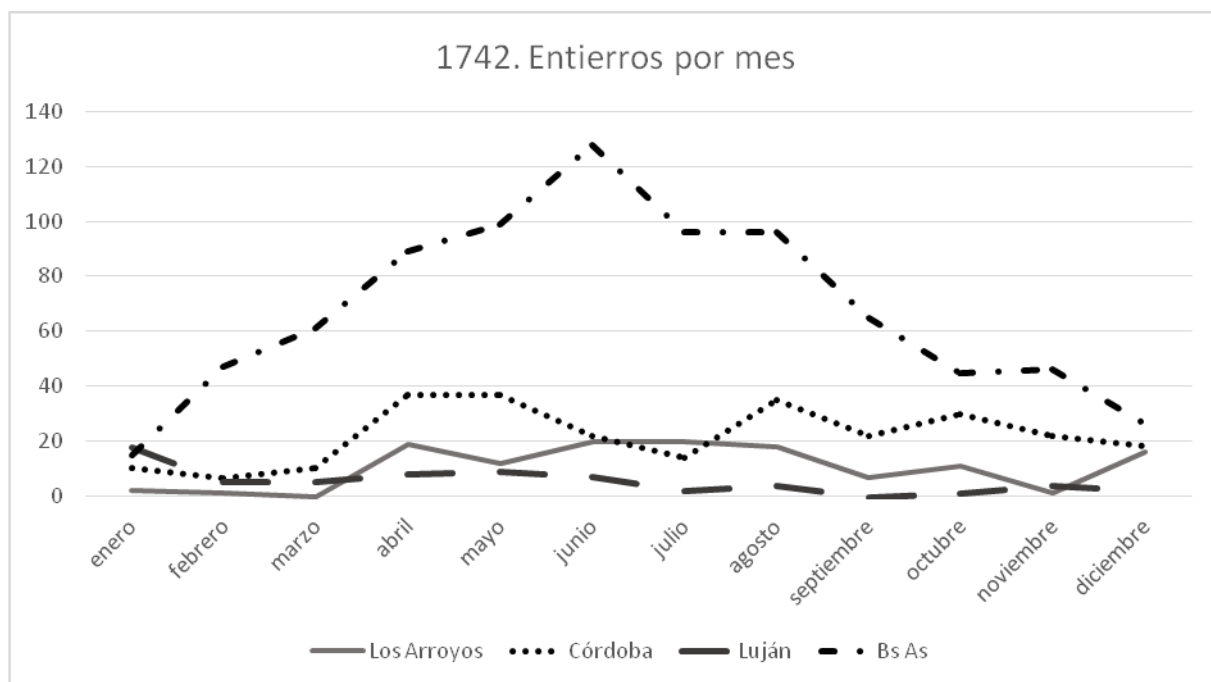
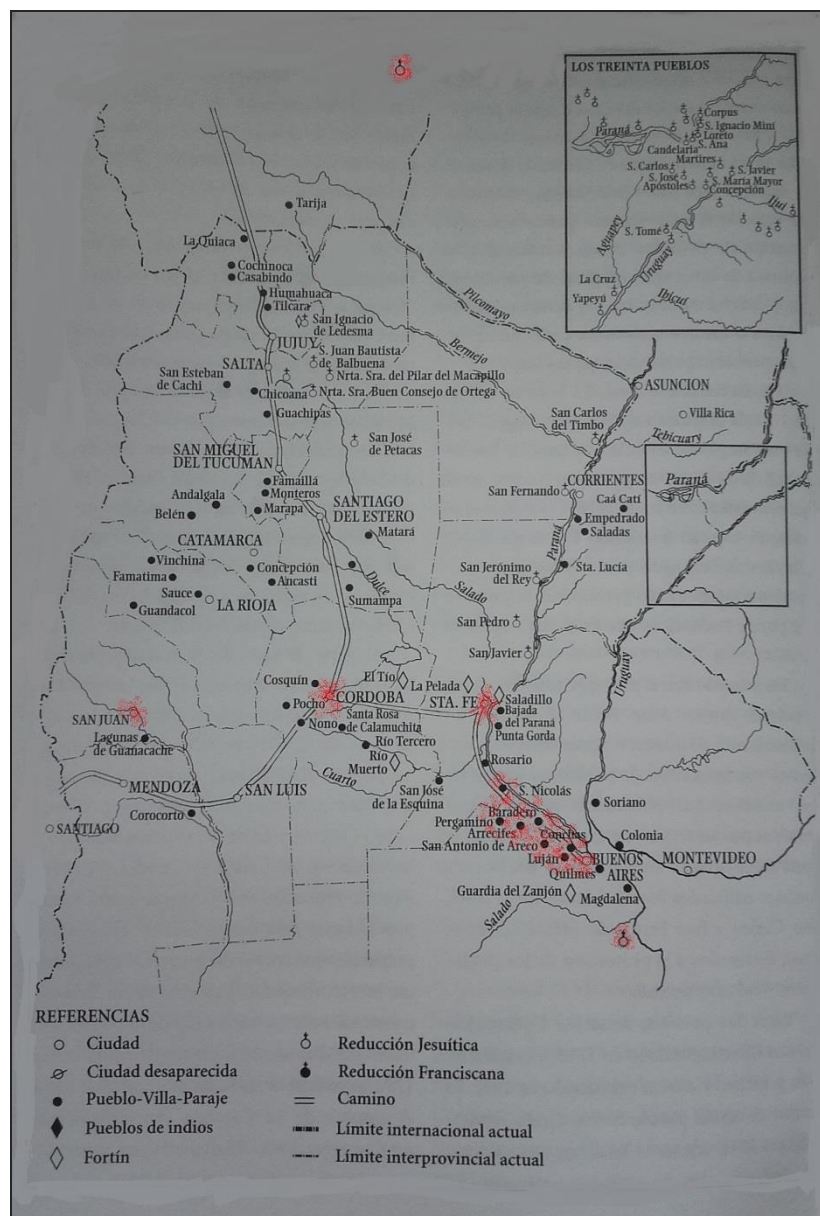


GRÁFICO 3

Elaboración propia. Fuente: Registros parroquiales: Los Arroyos (Nuestra Señora del Rosario, Libro de entierros); Luján (Parroquia de Nuestra Señora de Luján, Libro de Entierros); Córdoba (Catedral Nuestra Señora de la Asunción: Libro de españoles y Libro anexo de naturales y españoles), Libro de Colecturía (Archivo de la Parroquia de La Merced, Buenos Aires).

El gráfico 3 permite visualizar la disparidad entre las zonas afectadas y la imposibilidad de afirmar por el momento una relación entre la epidemia y los factores climáticos. En las zonas rurales bonaerenses y en Chiquitos el mayor número de afectados se da en los meses de verano, mientras que en la ciudad de Buenos Aires el pico se registra en pleno invierno.

⁸⁰ CARLOS A. PAGE, *El Colegio de Tarija y las misiones de Chiquitos según las Cartas Anuas de la Compañía de Jesús*, Raleigh, Colección fuentes para el estudio de la antigua provincia jesuítica del Paraguay, 2010, p. 161.



MAPA 2: PUNTOS GEOGRÁFICOS AFECTADOS POR LA EPIDEMIA DE 1742-1743 SEGÚN LA DOCUMENTACIÓN HALLADA HASTA EL MOMENTO

Elaboración propia, sobre la base del mapa publicado por Humberto H. Beck⁸¹

Al igual que en la “peste grande” de 1717-1719 existieron zonas que permanecieron libres de la enfermedad, como por ejemplo Salta, Jujuy y Asunción. En esas jurisdicciones los jesuitas desarrollaron normalmente sus actividades⁸² y en el caso salteño los registros de entierros confirman que la mortalidad mantuvo su promedio

⁸¹ HUMBERTO BECK, *op.cit.*, p. 32.

⁸² *Cartas Anuas*, *op.cit.*, f. 186 y 186v.

habitual.

Para determinar una crisis es necesario constatar una inversión brusca de los componentes demográficos⁸³. Pierre Goubert ofrece también una definición, adoptada por Dora Celton, según la cual una crisis de tipo antiguo se produce cuando “el número anual de defunciones excede al menos en un 50 por ciento a la mortalidad media normal y las concepciones disminuyen en una tercera parte”⁸⁴. Por tanto, para definir la epidemia de 1742 como una crisis resulta imprescindible contar no solo con la información de los decesos sino también de los nacimientos y estimaciones del total de la población para analizar su impacto. Para esto, hemos elegido un caso testigo: el pago de Luján, donde contamos con registros de bautismos y entierros para el periodo 1731-1750 y un padrón de población en 1744. De este modo, resulta viable analizar el impacto de la epidemia.

El gráfico 4 permite observar en 1742 un abrupto descenso de los nacimientos en el mismo momento que la mortalidad crece hasta su punto más alto en el periodo analizado. Efectivamente, las defunciones son 65 cuando el promedio anual de entierros de los diez años anteriores fue de 16.

La epidemia se extendió por el pago y no resulta casual que en 1742 el registro habitual de defunciones fuese interrumpido por una lista de 32 entierros realizados en Pilar⁸⁵. El sacerdote advierte que otros 25 feligreses suyos fueron enterrados en el pueblo, luego de haber recibido los sacramentos de otras manos. Declara asimismo que se realizaron entierros en la Capilla del Camino. De este modo, las víctimas llegarían a 57, incluso traspasando los límites del pago, ya que la capilla mencionada no corresponde al curato de Luján sino al pago de Las Conchas.

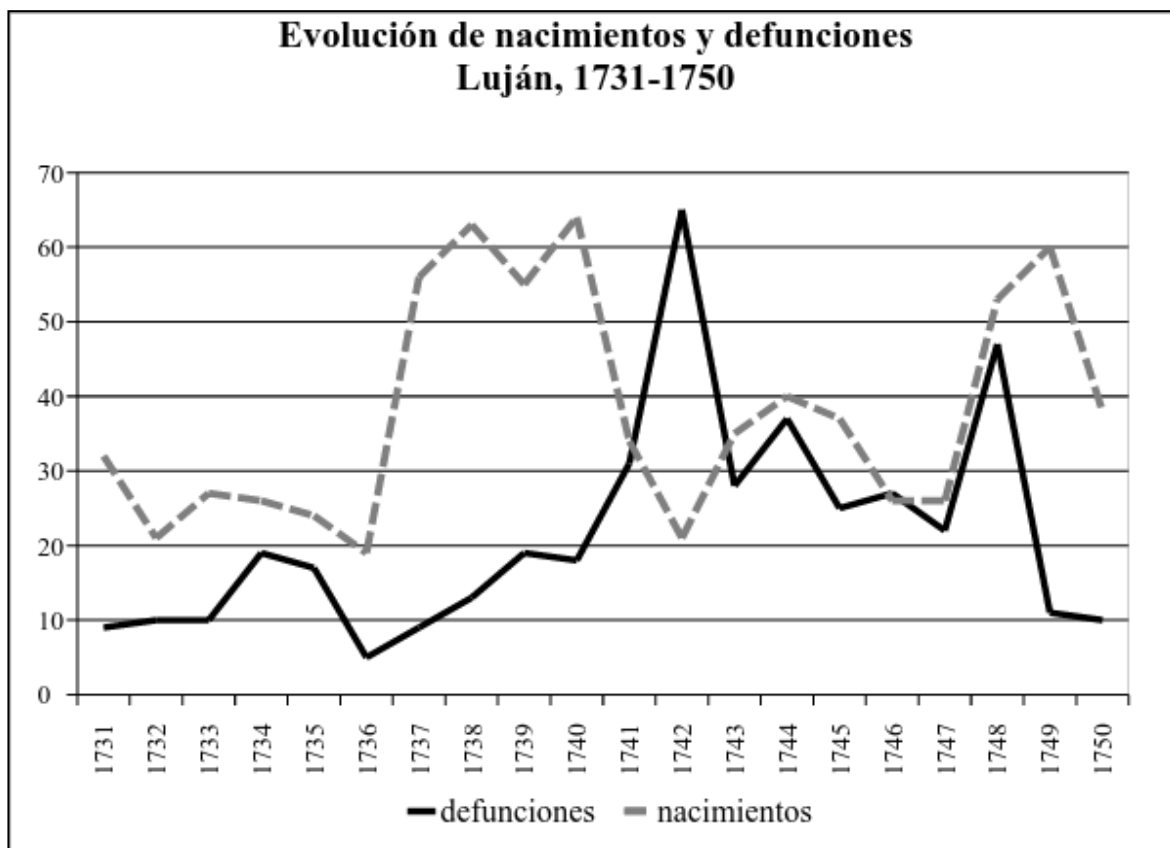
⁸³ VICENTE PÉREZ MOREDA, *op.cit.*

⁸⁴ DORA CELTON, “Enfermedad y crisis, *op.cit.*, p. 277.

⁸⁵ Los difuntos mencionados en este listado no fueron incluidos al calcular el total de defunciones, ya que no hay suficiente información de cada uno y no es posible conocer la fecha exacta del entierro. Solamente se contabilizaron las muertes que cuentan con una partida de defunción.

En el pago de Luján en 1742 la sobremortalidad detectada fue de tal magnitud que es posible catalogarla de “fuerte crisis” si se aplica el método diseñado por Guy Cabourdin⁸⁶ y ya empleado por otros autores en el siglo XVIII en tanto para el caso de Córdoba como del Río de la Plata⁸⁷.

GRÁFICO 4



Elaboración propia. Fuente: Luján (Parroquia de Nuestra Señora de Luján, Libro de Entierros y Libro de Bautismos)

En el caso del pago de Los Arroyos, la epidemia se vio asociada a un descenso brusco de la nupcialidad, confirmando la existencia de una crisis⁸⁸. Mientras en Los Arroyos se registró un predominio de los párvulos sobre los adultos, en el caso de Luján la relación se invierte. Incluso en este último pago la epidemia se propagó sin distinción

⁸⁶ JAKES DUPAQUIER, GUY CABOURDIN, ET AL, *Histoire de la population française*, Paris, Press Universitaires de Frances, 1991, Tomo II, p. 177.

⁸⁷ DORA CELTON, “Enfermedad y crisis, *op.cit.*, p. 279 y CÉSAR GARCÍA BELSUNCE, *op.cit.*, p. 60-61.

⁸⁸ HEBE VIGLIONE, LÍA GARCÍA, MARIA ASTIZ, “Estudio de epidemiología histórica: la incidencia de la viruela sobre la mortalidad. Pago de los Arroyos, 1731-1844”, *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos*, Universidad Nacional de Córdoba e International Union for de Scientific Study of Population, Córdoba, 1988, p. 307.

de color ni estrato social. Entre los difuntos de ese trágico año, se mencionan negros y mulatos, muchos de los cuales fueron enterrados “de limosna”. Pero la peste también se llevó a figuras de renombre en la sociedad lujanense, que contaron con entierro de cruz alta y dos posas, solamente accesible para las familias que podían sufragar un costo de 20 pesos⁸⁹. En el caso de la ciudad de Buenos Aires, una somera revisión del total de entierros brindado por el libro de Colecturía ya citado permite aseverar que los adultos sufrieron más que los niños pero que no hubo distingos de grupos sociales y la muerte se cebó sin distinción.

EL TIPO DE ENFERMEDAD Y LOS REMEDIOS

Ante el avance de la epidemia, en abril de 1742, un miembro del cabildo porteño propuso:

se pase luego a hacer anatomía de dos o tres cadáveres para ver de qué proviene tan extraño y mortal accidente, haciéndose para ello junta de los cirujanos que hay en la ciudad⁹⁰.

Esta medida nos permite desechar la viruela como causa de la crisis, ya que ésta era una enfermedad bien conocida, que se identificaba fácilmente por sus síntomas cutáneos⁹¹.

Aunque las referencias documentales halladas hasta el momento no brindan suficiente información, al igual que en relatos de peste de otros lugares, el “mal olor a veces intolerable”⁹² es un rasgo distintivo de los ámbitos afectados por brotes epidémicos. Otra característica - según Nadal - es “la mescolanza de sanos y enfermos”⁹³ dato que reconoce un correlato, nuevamente, en las Anuas cuando señalan que “en un solo aposento estaban postrados seis u ocho enfermos, habiendo poco espacio entre ellos, encontrándose hasta dos en una sola cama”⁹⁴.

A los ojos de los contemporáneos, se trataba de una enfermedad contagiosa ya -

⁸⁹ MARÍA INÉS MONTSERRAT, *op.cit.*

⁹⁰ AECBA, acuerdo del 30 de abril de 1742 Serie II, años 1739-1744, pp. 336-337.

⁹¹ Si bien el obispo Peralta menciona la viruela como causa de gran mortandad en las misiones, lo hace de un modo impreciso ya que afirma que asoló la zona “en los años próximos pasados” (AGI, Buenos Aires 606). La viruela, como señalan gran cantidad de estudios, fue la enfermedad que mayores estragos ocasionó en la población indígena de todo Hispanoamérica.

⁹² *Cartas Anuas, op.cit.*, f. 5.

⁹³ JORDI NADAL, *op.cit.*, p.10.

⁹⁴ *Cartas Anuas, op.cit.*, f. 5.

que según se lee en los Informes jesuíticos - quienes atendían a los afectados corrieron su misma suerte. Tal es el caso de la esclava Catalina Flores:

En tiempo de la epidemia se dedicó caritativamente al servicio de los apestados, pasando días y noches enteras en los aposentos repletos con atacados por el contagio, sirviéndoles ahincadamente, hasta que ella misma se contagió, muriendo mártir de la caridad⁹⁵.

Son los mismos reportes al General de la Orden los que nos ofrecen una descripción de los síntomas al decir que los afectados sufrían con paciencia una “ardiente fiebre que los sacudía y el vehemente dolor de cabeza y de los riñones que los atormentaba”⁹⁶. Si bien una vez más, la identificación etiológica parece escapar al alcance del historiador, al menos es posible descartar con certeza la viruela.

CONCLUSIONES

Este trabajo se ha propuesto analizar las epidemias de 1717-1719 y de 1742-1743. Resulta difícil sacar conclusiones de tipo demográfico tanto porque los registros vitales son incompletos como por carecer de padrones de población que permitan medir la incidencia de los fenómenos aquí estudiados. Sólo pues, es posible trabajar con inferencias.

La primera de las dos grandes epidemias tuvo fuerte incidencia en la ciudad y la zona rural noroeste de Buenos Aires y el mapeo realizado confirma que la ruta seguida fue la del Camino real, alcanzando en su recorrido la ciudad de Tarija. Se habría tratado de fiebres pútridas malignas -tifus- pero de una inusitada virulencia que afectó, especialmente, a la parte más pobre de la población. No queda claro si fue más dañina con los niños que con los adultos, pues los datos disponibles resultan contradictorios.

Pocas son las referencias a la forma de curar o, al menos paliar, la enfermedad; sólo sabemos que en Córdoba el jesuita Asperger aplicó tanto medicinas traídas de Europa como plantas de valor curativo propias de la región. Simultáneamente a los conocimientos médicos de la época, las rogativas y procesiones ocupaban un lugar importante en el imaginario colectivo, pero seguramente estas convocatorias contribuían a propalar el contagio más velozmente.

⁹⁵ *Cartas Anuas, op.cit.*, f. 56.

⁹⁶ *Ibidem*, f. 6.

El morbo de 1742-43 posee algunos rasgos interesantes; el primero es que no era una enfermedad conocida, dato admitido por el cabildo porteño al ordenar la autopsia de cadáveres. Se cuenta con una descripción de los síntomas, aunque éstos no permitan encuadrar la enfermedad, al menos permiten aseverar que no se trató de viruelas, tanto por la sintomatología como porque esta era fácilmente reconocible en la época. Además, todas las fuentes coinciden en que era sumamente contagiosa, a diferencia de la de 1717-19 en que las opiniones no son contundentes.

Un segundo dato es que parece haberse desatado en forma casi simultánea en Córdoba y en Buenos Aires pero se dispersó en las zonas rurales de Buenos Aires, tanto hacia el sur –reducción de Nuestra Señora de la Concepción de los Pampas- como hacia el noreste –Arroyos hasta llegar a Santa Fe y al noroeste. Precisamente los datos existentes para Luján permiten un análisis más detallado sobre el modo en que afectó a esa población, al extremo de poder catalogar ese momento como una crisis de sobremortalidad.

En cuanto al noroeste, hasta el momento sólo contamos con los datos de Córdoba. Las Cartas Anuas no registran la epidemia en otras zonas de la región, las que, por el contrario, parecen haber gozado de buena salud poblacional, aunque el morbo podría haber afectado tardíamente a San Juan.

El tercer dato es que resulta difícil realizar correlaciones con factores climáticos porque no existe un parámetro claro; tampoco es fácil afirmar qué sector etario de la población se vio más afectado ya que los datos no son unívocos como tampoco lo son respecto de los estratos sociales.

Hasta el momento carecemos de información respecto de los remedios aplicados, excepto los de tipo espiritual. Al igual que en el otro fenómeno estudiado, ante la calamidad la gente ponía su confianza en Dios.

En ninguno de los dos casos puede afirmarse que la llegada de barcos negreros haya sido el factor desencadenante. El único dato contundente es que el trasiego de personas y mercaderías por el camino real jugó un papel importante en la difusión del mal.

Quedan muchos aspectos que deben ser analizados. Como siempre, permanece abierta la posibilidad de que nuevas fuentes arrojen luz sobre algunos de ellos. Sería

importante ahondar, asimismo, en las teorías médicas vigentes en la época, así como en la incidencia de la medicina popular. No menos relevante sería encontrar testimonios sobre el modo en que las personas enfrentaban la calamidad. No sólo las medidas sanitarias, sino también adentrarnos en la esfera de las pasiones y los miedos.