

CAUSAS DE MORTALIDAD
EN EL PUERTO DE ARRECIFE (1842-1856)

FRANCISCA MARÍA PERERA BETANCOR

INTRODUCCIÓN

Las fuentes bases utilizadas para el estudio han sido las partidas de defunción del Archivo Parroquial de San Ginés¹, que desde finales de 1843 comienza a registrar las causas de mortalidad y un Registro de Defunciones realizado por el ayuntamiento², en el que también se recogen las causas de los óbitos, por lo que pudimos contrastar ambos registros para 1844-47, y por lo general coinciden en la mayoría de los casos, aunque en el registro parroquial se recogen mayor número de defunciones, lo que le supone un menor índice de subregistro.

Tenemos que reconocer que si bien por un lado hemos necesitado de guías con suficiente solvencia en el campo médico, también debemos de hacer hincapié en las dificultades de las imprecisiones del léxico empleado, o más difícil aún, la razón concreta. Varias causas de mortalidad son más definidas por sus signos externos que por una patología concreta —inflamación del vientre, irritación, retroceso de ronchas, granos por todo el cuerpo, etc.—, en otras sencillamente se registra «se ignora». Por otro lado, los profesionales médicos de otras islas observaban que «las enfermedades no se presentan casi nunca típicas, sino con mucha diferencia de síntomas, unas veces, o las más se enmascaran»³, probablemente a causa, principalmente, de las diferentes condiciones medioambientales de cada Isla/lugar, y de las diferentes constituciones de la población. Tampoco «se puede asegurar que la patología actual sirva sin variaciones importantes para la descripción de cuadros supuestamente análogos del pasado. Cada enfermedad se sitúa en un contexto biológico, variable en el tiempo, en equilibrio con el resto del conjunto patológico de la época»⁴. A pesar de estas dificultades, salvando los

problemas de léxico, indefinición, etc., las partidas registran un suficiente porcentaje de patologías concretas, y las más numerosas responden a conclusiones aportadas por historiadores ⁵.

MEDICINA Y SANIDAD EN LANZAROTE

Lanzarote contó con una precaria asistencia sanitaria durante los siglos del Antiguo Régimen. Como en toda sociedad tradicional se practicó, simultáneamente, la medicina «popular» y la «académica». La primera precedió a la segunda, y coexistieron juntas. Una isla representa por sí misma una limitada frontera topográfica y está abocada al estudio y desarrollo de todo tipo de remedios o curaciones a partir de las plantas, animales, etc. que se encuentren dentro de ella ⁶. Curanderos/as, sanadores/as, esteleros/as, santiguadores/as, etc., se encargarían de ello, así como el transmitirlo, existiendo continuadores/as en la actualidad. A veces a esta ocupación se le asocia como un saber más de algunas mujeres de Lanzarote que fueron señaladas como hechiceras ⁷. Por otro lado, no fueron muchas las ocasiones en que la población pudo plantearse acudir a otro tipo de alternativas como la medicina académica. Tegui se tuvo el primer hospital de la Isla en la segunda mitad del siglo XVIII, pero su duración y condiciones no fueron suficientes para paliar las deficiencias sanitarias de la Isla, ni tampoco la Cuna de Expósitos que se le agregó ⁸.

Este hospital se encuadraría con los que recogen el fomento a la asistencia y cuidado del enfermo, más que a la curación, y atienden a la raíz etimológica de la palabra, «hospederías o asilos». En el hospital no se admitían enfermos héticos, «u otras enfermedades incurables». Las enfermedades venéreas eran las que más comúnmente se curaban ⁹. No obstante, se pensaba que una de las patologías dominantes en la Isla —tuberculosis pulmonar— era atribuida al:

«venéreo o humor gálico; unas veces adquirido, y otras, con más frecuencia, heredado, por cuyas causas son pocas las familias que no han tenido que lamentar alguna desgracia; tan común y generalizada se halla esta plaga; pero la que se padece con más frecuencia todavía es la elefancia, maligna y asquerosa enfermedad, que para desdicha de la clase pobre, se adquiere y hereda con mayor facilidad que la otra, siendo al parecer la causa principal de ésta, los malos alimentos con que se sostienen las gentes desgraciadas, tales como la harina de granos picados, el pescado salado y rancio y las pardelas en el mismo estado» ¹⁰.

Obviamente, estas afirmaciones demuestran los escasos conocimientos certeros.

PROFESIONALES DE LA MEDICINA

a) LANZAROTE

A principios del siglo XIX Tegui se contaba con un médico —Pedro Suárez¹¹—, y seis barberos sangradores. Tinajo, Haría y el Puerto del Arrecife, contaban cada uno con un barbero sangrador¹². A finales de los años veinte el doctor José Béthencourt Guerra, natural de Lanzarote, solicita el permiso para ejercer, en espera de revalidar su título, expedido por la universidad de París, por la Junta Superior de Madrid¹³. Es decir, la Isla era atendida por un insuficiente número de médicos oficiales, que se suplía con los sangradores, curanderos/as, etc., y por supuesto la asistencia en los partos era realizada por parteras.

Hay que tener en cuenta que los conocimientos impartidos en las universidades con enseñanzas en ciencias médicas, no eran lo suficientemente efectivas, y la oferta de la farmacopea no tenía demasiada amplitud¹⁴. La preparación científica de los universitarios médicos no debía acreditarlos en la práctica, mucho más que a los sangradores, curanderos, etc., aficionados y sin título, y la demanda privada de asistencia recurriría a éstos últimos tanto como a los primeros, o más¹⁵.

b) ARRECIFE

A principios del siglo XIX, el reciente municipio de Arrecife —1.798—, crecía rápidamente, estimándose que de 1776 a 1802 se cuadruplicó su población¹⁶. El crecimiento poblacional implicaba mayores necesidades y carencias de profesionales médicos y condiciones sanitarias. Desde 1811 en el Islote del Francés se habilita un lazareto¹⁷, pero a mitad de siglo ya no existía¹⁸. Antes de que la medicina en el municipio fuera ejercida por profesionales con reconocimiento académico, estuvo en manos de personas que no lo tenían. Tal es el caso de un inglés que llegó al Puerto, Thomas James, desde 1814¹⁹. Era un comerciante que junto a su compatriota, el vicecónsul británico King, montó una compañía que quebró. Pasará a ejercer la medicina sin acreditar su solvencia científica, y logra en 1837, el permiso que solicitó el propio ayuntamiento, para ejercer en Lanzarote, en espera de que su acreditación

llegara a la Isla²⁰, dada la escasez de médicos oficiales y la creciente demanda de los mismos. James se quedará definitivamente en Arrecife, permaneciendo soltero y sin descendencia, y cuando falleció, no reposó junto a sus convecinos, pues al ser considerado protestante fue enterrado con otro compatriota suyo en el Islote del Castillo de San Gabriel²¹.

Hasta principios de la década de los 20 Arrecife seguía contando, además de Thomas James, con un barbero sangrador²², para remediar a una población que ya alcanzaba a las dos mil personas.

Entre 1823 y 1827 se abre la primera botica en la Plaza de La Unión (hoy de la Constitución), a cargo de José González Serrano²³. A finales de los 20 tenemos registrado, además del barbero sangrador y boticario, a un médico²⁴. A principios de los 30, se añaden otro barbero sangrador y a dos médicos²⁵. Para la década de los 40, se registra a Manuel Ramírez²⁶, Pedro Suárez, ya viudo y con 68 años se avecinda en Arrecife²⁷ y a José Bermúdez²⁸.

En 1849 se avecindaba en el Puerto el palmero Santiago Hernández, que abrirá botica en la calle Nueva (hoy C/ Fajardo)²⁹. En 1850 se registra a Pedro Medina Báez como médico cirujano³⁰, y en 1854 al médico Francisco de la Concha, de Cádiz, a quien se le registran cinco asistencias a enfermos del pulmón y estómago, que fallecieron en 1858³¹.

También se recogen a otros profesionales sin instrucción académica que amplian el panorama sanitario del Puerto. Así se registrará a Rosa Páez como hospitalera³². En la década de los 50 se registran dos amas de cría —Manuela Martín y Ana Fangia de Gran Canaria—³³, y a una partera, Feliciano Alvarez, quien había llegado entre 1820-30, de su tierra natal, Fuerteventura.

En 1853 la Sociedad de Recreo habilita una casa particular, y crea el segundo hospital con que contó la Isla, dedicado a San Rafael, con la especial colaboración de su presidente, quien parece el promotor de la idea, que siendo de suscripción voluntaria, pide al gobierno autorización para que se declarara insular, tras visitarle el subgobernador del distrito Rafael Muro³⁴. Desde enero de 1854, hasta septiembre de 1857, se registran 11 partidas de defunción de hospitalizados en San Rafael, recogiendo a enfermos de toda la Isla³⁵. El hospital de San Rafael no llegó a consolidarse, y tendremos que esperar hasta que se habilita el dedicado a la virgen de los Dolores, en el Lomo, trasladándose en 1887 a la Plaza de la Iglesia, que a duras penas sobrepasará la centuria³⁶.

En 1852 se cerro la botica y aún en 1853 la municipalidad no contaba con el suficiente presupuesto como para remunerar la dotación al boticario, y pide ayuda al gobierno regional para hacer frente a los gastos, ya que se corre el peligro de que se traslade a otra Isla³⁷. Las par-

tidas de defunción también nos señala la continuidad de la inclusa, y la existencia en Arrecife de una casa cuna, a modo de hijuela.

En Arrecife, a medida que avanzaba la centuria, se fueron domiciliando profesionales médicos acreditados, que por término medio fueron dos. La oferta cualificada privada no será suficiente como para paliar, al menos, las causas de la mortalidad ordinaria.

CAUSAS DE MORTALIDAD

a) 1842-1850

Las causas más numerosas de mortalidad, registradas para 1842-50, fueron la disentería, hidropesía, tisis y pulmonía.

La disentería o cólera morbo, es una enfermedad infecciosa, extremadamente contagiosa. A mitad de siglo diezmo, especialmente, a la población de Gran Canaria. El Puerto del Arrecife habilita el cordón sanitario para controlar a los barcos, y no son admitidos los que no tengan en regla las patentes de sanidad y refrendos³⁸. A pesar de las medidas, el cólera incide también en Arrecife, suponiendo la causa de mortalidad para el 8,7% del total de los fallecidos³⁹. El hambre obligaba a consumir alimentos en mal estado que podían acarrear epidemias de disentería. Entre otras causas el origen podía darse por consumo de cereal enmohecido, segado antes de madurar o incluso corrompido por el cornezuelo⁴⁰. Las enfermedades infecto-contagiosas que causaron mortalidad, aparte de la disentería fueron la hidropesía: 7,4%, viruela⁴¹: 3%, estados febriles: 1,3% (calentura 0,8% y gripe 0,5%), elefancia: 0,8%, tabardillo⁴²: 0,8%, alfombrilla: 0,8%, venéreas: 0,8% —suponiendo la sífilis que es la única mortal—, sarna: 0,3% y el carbunco: 0,3. Dado que otras causas de muerte son atribuidas a estados de putrefacción o de gangrena 4,4% —pútridas y gangrena se dividen por igual el porcentaje—, de infección —0,3%—, o de procesos ulcerosos 0,3% —llagas—, que en total suponen el 5%, se deben añadir en este apartado de causas infecto-contagiosas: Lo que supone el 29,2% de óbitos causados por enfermedades infecto-contagiosas.

La tisis supone el 7,4%, y dado que la pulmonía —6,4%—, es una patología relacionada con la tisis, estas dos suponen el 13,8%, y mucho más si sumamos todas las patologías relacionadas con el aparato respiratorio⁴³: del pecho: 5,2%, consunción: 3%, catarro: 1,4%, ahogo: 1,1%, asma: 0,5%, garganta: 0,3%, constipado: 0,3%, y la escrófula: 0,3%. Lo que en total, las enfermedades pulmonares suponen el 25,9%.

Las patologías digestivas suponen el 7,4% de las causas de muerte. Las causas relacionadas son : infección del vientre: 3,4%, biliosa: 2,4%, estómago: 0,8%, diarrea: 0,5% y despeños:0,3%.

De las enfermedades relacionadas con la infancia y juventud destacan la alferecía —3,2%—, y la alfombrilla —0,7%— ya relacionada con las enfermedades infecto-contagiosa, pero con incidencia en este tramo de edad. También se recoge un pequeño porcentaje de infanticidios, 0,3%⁴⁴. En este tramo de edad inciden mortalmente las enfermedades digestivas, pero que suponemos más como signos de la verdadera causa letal, como pujos —0,8%—, «comer tierra» —0,5%, que más que una patología digestiva se le podría considerar como un disfraz del hambre—, por tomar «mala leche» —0,3%—, y por «retroceso de humor» —0,5%— (¿quizás una deshidratación?). Lo que supone para la población infantil y juvenil el 5,6% de las causas mortales con incidencia exclusiva —se debe de tener en cuenta el añadir el porcentaje de la alfombrilla, que no incide exclusivamente, aunque casi, pues al 0,8% del total de esta patología le corresponde 0,7% a los dos primeros tramos de la vida—.

Las patologías letales exclusivas de la población femenina no son muy numerosas y registran bajos porcentajes —parto 0,5%, matriz 0,3%, opilación 0,3%— y suman en total 1,1%.

Las patologías con incidencia en los órganos neuromusculares que fueron causa de mortandad — perlesía 1,9%, parálisis 1,9%, quebradura 0,8%, lisiado 0,3% y baldada 0,3%—, suponen el 5,2%.

Las patologías relacionadas con el sistema nervioso central suponen el 1,6% (derrame cerebral 0,8% e insulto 0,8%), las cardíacas el 0,5% (aneurisma) y los tumores —neoplasia— el 1%.

Las enfermedades neuropsiquiátricas suponen el 0,8% (epilepsia 0,5%, demencia 0,3%).

Las patologías hepáticas —hígado 0,3%, embriaguez 0,3%, orina 1,1%, ictericia 0,8%— suponen el 2,5%.

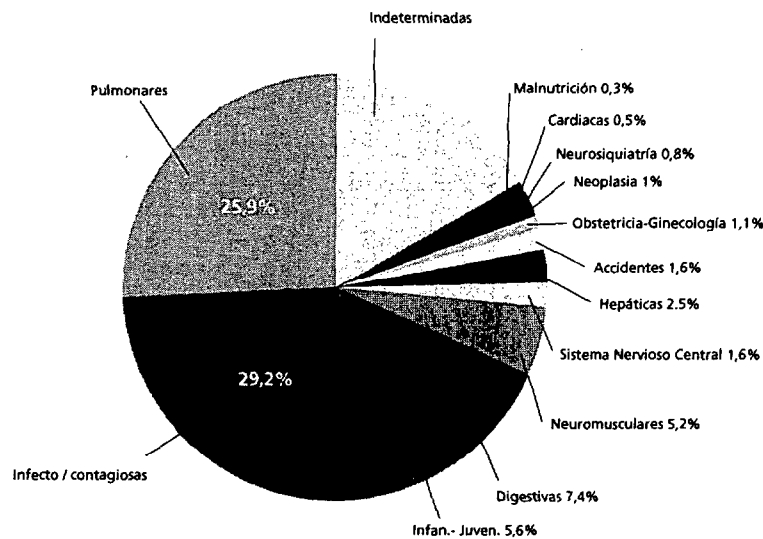
Las muertes registradas directamente con la mal nutrición son escasas, 0,3% —languidez—.

Los accidentes, como causa de mortalidad, están representados exclusivamente por los ahogados en el mar, pues a pesar de ser mayoritaria la población marinera, lo común era que no se supiera nadar, registrándose el 1,6%.

Otras patologías referidas poseen un alto grado de indeterminación por lo que es difícil incluirlas dentro de un órgano concreto (cólicos, irritación, retroceso de ronchas, revolución de humores, granos en la cabeza) y aportan cada una el 0,3%, y en total el 1,5%. Dentro de las

patologías indeterminadas se añaden las que se registran como «de repente» —3,8%—, vejez —0,6%—, o «muerte natural» —11,4%—, que suponen el 17,3% de patologías indeterminadas.

CAUSAS DE MORTALIDAD - ARRECIFE 1842-50



b) 1851-1856

Para este sexenio, las enfermedades del aparato respiratorio aumentaban su alto porcentaje —38,9%—: afección del pecho: 9,6%, tisis: 10,6%, pulmonía: 6,7%, tos convulsiva: 3,1%, ahogo: 2,1%, consunción: 2,1%, constipado: 1,7%, catarro: 1,3%, asma: 1,3%, e inflamación de garganta: 0,4%.

Las enfermedades infecto-contagiosas bajan de porcentaje —16,3%—, y la diversificación aumenta: disentería: 3,9%, hidropesía: 2,8%, alfombrilla: 1,3%, sarampión: 1,3%, carbunco: 1,7%, tabardillo: 0,8%, garrotillo: 0,8%, elefancia: 0,4%, varicela: 0,4%, y la erisipela: 0,4%. Las patologías de infecciones pútridas han descendido —2,1%, y se añade un 0,4% de úlceras gangrenosas—.

Las enfermedades digestivas mantiene, prácticamente su porcentaje —7,6%—: infección de vientre: 4,7%, biliosa: 1,7%, diarrea: 0,4%, gastroenteritis: 0,4%, indigestión: 0,4%.

Las patologías relacionadas con el sistema neuromuscular han subido sensiblemente —6,7%— (perlesía: 4,3%, parálisis: 0,8%, quebradura: 0,8%, reumatismo crónico: 0,4%, afección nerviosa: 0,4).

Las patologías con incidencia en la población infantil, aparte de la alfombrilla, son la alferecía —7,8%—, los non natos o partos prematuros —1,7%— varicela —0,4% (sumado al total de enfermedades infecto-contagiosas)—; otras no son causa de muerte y se recogen unos signos, como por la dentadura —1,7%—, o de «granos por todo el cuerpo» —0,4%, inanición 0,4% (contabilizada en Mal nutrición)—; en este período la ictericia sólo incide en la población infantil —0,4% (sumado a las hepáticas)—. El infanticidio mantiene su bajo porcentaje —0,4%—. En total supone el 12% de patologías letales exclusivas para la población más joven.

Las patologías del sistema nervioso central han descendido ligeramente 0,8% —derrame cerebral y «calentura cerebral». Las patologías cardíacas 0,8% —aneurisma y «pasma al corazón» se dividen, por igual, el porcentaje —lo que supone un leve ascenso; los tumores ascienden su porcentaje a 4,2% y se estabilizan las patologías neuropsiquiátricas —0,8%—.

No se recogen otras causas específicas para la población femenina que por parto, y aporta un bajísimo porcentaje —0,4%.

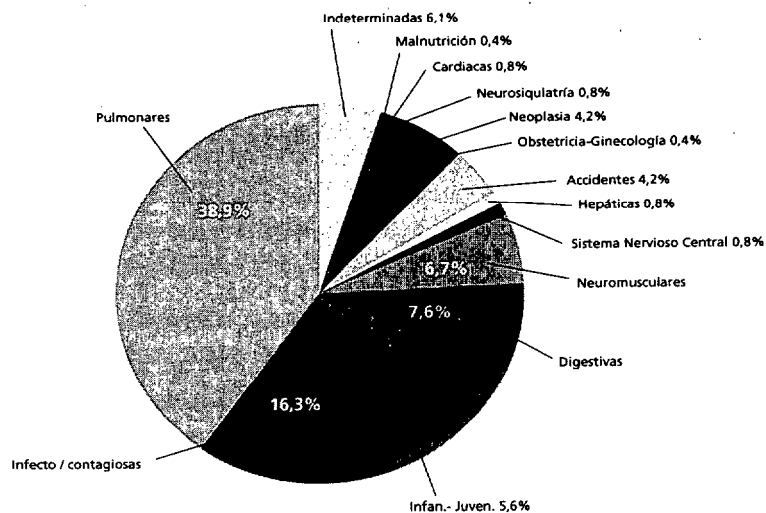
Las causas hepáticas aportan sólo el 0,8% —Mal de piedra, 0,4%, e ictericia 0,4%—.

Los accidentes suben de porcentaje, 4,2% —de una caída, 2,5%, por quemadura, 1,3% (a partir del tercer grado para que sea mortal, y en más del 30% del cuerpo), y por envenenamiento, 0,4%—.

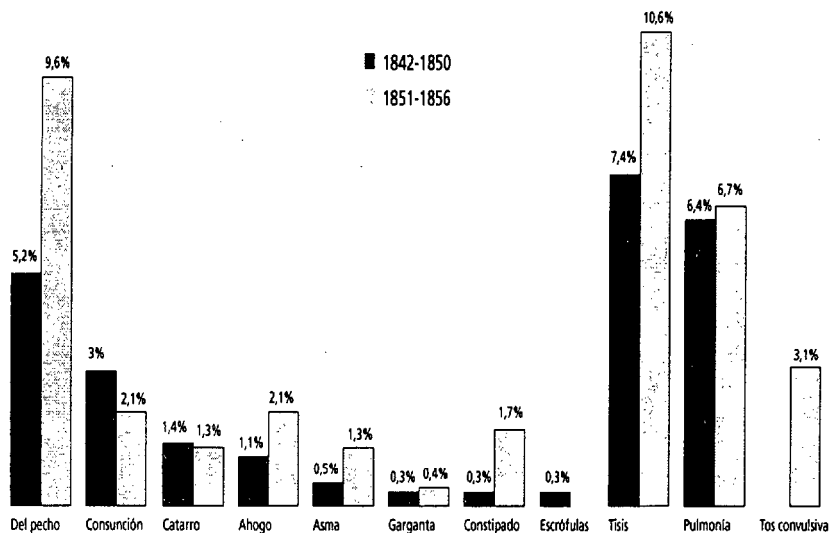
Las causas que directamente especifican la mal nutrición sigue registrando bajísimos porcentajes, 0,4%.

Se completa con otras causas indeterminadas —el 0,8% por irritación, y el 5,3% por «de repente», «de vejez» y por «muerte natural»—, que representan el 6,1%, descendiendo notablemente con respecto al anterior porcentaje.

CAUSAS DE MORTALIDAD. ARRECIFE 1851-56



CAUSAS DE MORTALIDAD. ARRECIFE. PATOLOGÍAS PULMONARES



En conclusión, son las enfermedades pulmonares e infectocontagiosas las que inciden mayormente en la mortandad y ambas suponen el 55% del total de las causas. Destacan también las digestivas y neuromusculares, y exceptuando las específicas de la infancia y juventud, el resto de las causas registradas suponen bajos porcentajes. Son pues, unas deficientes condiciones nutritivas, higiénicas y sanitarias las que a priori causan más óbitos. La alimentación tiene tanta importancia para la salud como para la prevención de enfermedades. La mayor parte de la población tenía que alternar la dieta básica poco diversificada —gofio de cereales, pescado, leche, queso, papas, batatas, higos picones, fruta pasada, etc.—, con otra de hambre —gofio de cosco o de vidrio, cerrajas, tuneras guisadas, o alimentos en pésimas condiciones, etc.—, y que se suceden con las coyunturas, especialmente, de sequías cíclicas. A su vez, las condiciones higiénicas y sanitarias, tanto pública como privada, serán insuficientes. El círculo negativo de las causas y consecuencias para que se diera tal panorama, suponen una interpretación más global de todos los condicionantes que se daban. Se explican también porque se inserta en una estructura socio-económica que estaba tradicionalmente muy condicionada por la subsistencia para la mayoría de la población, basada en el sector primario —el subsector agrícola para la Isla y el subsector pesquero para el municipio⁴⁵—, centrada en el autoconsumo y en la exportación, fuertemente condicionada por las cíclicas coyunturas climáticas adversas, imperfecto sistema y canales de comercialización de los excedentes y reservas. Asimismo, el precario nivel de salarios, de educación, etc., aparte del sanitario, supondrán un alto costo de la vida, que para la mayoría de la población, y más dado el régimen insular, la abocada a la exposición de patologías con causas exógenas, reflejo de una sociedad tradicional. La íntima relación entre miseria-hambre y enfermedad muestra en Arrecife un ejemplo, y era necesario contrastarla con la tradicional válvula de escape, la emigración, o resistir hasta superar la crisis. Por otro lado, no siempre existe una relación directa entre las causas de la mortalidad y la situación económica en general, puesto que hay circunstancias relativamente autónomas, como las condiciones higiénicas, o el nivel científico y práctico de la medicina en la época⁴⁶. Si compartimos esta última circunstancia con toda la región en general, no así la primera. La insularidad obligaba a la autosuficiencia, y en Lanzarote, además, a depender del agua de las lluvias, circunstancia que no se podía contrarrestar, por lo que sus sequías cíclicas, van a suponer un enorme lastre para las condiciones higiénicas.

Quisiéramos agradecer la especial colaboración de las doctoras D.^a Juana LLavero Rodríguez y D.^a Emilia Rodríguez Padilla.

NOTAS

1. Archivo Parroquial de San Ginés, en adelante A.P.S.G., Arrecife: *Libros II y III de Defunciones*.
2. Archivo Municipal de Arrecife, en adelante A.M.A.: *Censo 12, leg. 12/1*. Registro de Defunciones, 3-X-1841 - 15-VI-1847.
3. Dr. E. DOMÍNGUEZ: El año médico. *Revista de Canarias*, 23-XII-1880, n.º 50, donde reconoce que no sólo para ese año sino por regla general.
4. PÉREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad en la España interior*. S. XVI-XIX. Madrid, 1980, p. 65.
5. MARTÍN RUIZ, J. F.: *Dinámica y estructura de la población de las Canarias Orientales (S. XIX-XX)*. Madrid, 1985, T. I, p. 132.
6. GODOY PÉREZ, J. M.: *Curandería y cancionero de Lanzarote*. La Voz de Lanzarote, 1986.
7. FAJARDO ESPÍNOLA, F.: *Hechicería y brujería en Canarias en la Edad Moderna*. Madrid, 1992, p. 495.
8. JIMÉNEZ SÁNCHEZ, S.: «Origen y extinción del hospital del Espíritu Santo y la Cuna de Expósitos, en la Villa de Teguiise». *El Museo Canario*. VII-IX-46, pp. 59-65. BOSCH MILLARES, J.: «El hospital del Espíritu Santo en la isla de Lanzarote». *El Museo Canario*. n.º 85-88, 1963, pp. 57-62. DENIZ GREK, D.: *Resumen histórico descriptivo de las Islas Canarias*. Copia mecanografiada del Museo Canario, 1854. T. III, p. 946. SANTANA PÉREZ, J. M., MONZÓN PERDOMO, M. E.: «Beneficiencia en Lanzarote». *III Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote*. T. I. Excmos. Cabildos de Fuerteventura y Lanzarote, p. 88, recogen la primera tentativa en 1698, y 1774 como año de apertura. Apuntamos que existen referencias de su existencia, anteriores a la fecha dada como primer intento: Archivo Parroquial de Teguiise. Libro Inventario de la Parroquia de La Villa, 16-I-1679, consta la Ermita de Vera Cruz y Hospital. En el mismo archivo, Libro 1.º de Punto Cuadrante de Capellanías. Sin foliar. Visita de 1738. El obispo Francisco Guillén manda a cobrar las rentas por capellanías, «so pena de cuatro ducados aplicados al Hospital desta Villa». RUMEU DE ARMAS, A.: «Estructura socioeconómica de Lanzarote y Fuerteventura en la segunda mitad del siglo XVIII». *A.E.A.*, n.º 27, p. 442. *Textos de Historia*. Compilador Manuel de Paz. Santa Cruz de Tenerife, 1988, p. 60. Apuntan que ya tenía rentas en fecha anterior a la dada —1774—, aunque reconocemos que el que tuviera rentas no asegura su real o efectivo establecimiento.
9. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G.: *La estadística de Las Islas Canarias. 1793-1806, de Francisco Escolar y Serrano*. T. II, Las Palmas de Gran Canaria, 1983, p. 48.

10. MADOZ, P.: *Diccionario geográfico-histórico-estadístico, 1845-50*. Salamanca, 1986, p. 136. *A pesar de los constantes vientos en Lanzarote, tiene un clima «dulce y templado, habiendo menos enfermedades estacionales que en las restantes Islas».*
11. ALVAREZ RIXO, J. A.: *Historia del Puerto del Arrecife en la isla de Lanzarote una de las Canarias*. Santa Cruz de Tenerife, 1982, p. 119. Era natural de Cádiz y estaba casado con María Travieso Armas. BETHENCOURT MASSIEU, A.: «Inoculación y vacuna antivariólica en Canarias, 1760-1830». *V Coloquio de Historia Canario-Americana*. T. II, Madrid, 1982, p. 292. Cita como médicos a Pedro Suárez y a Cristóbal de la Cueva.
12. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G.: *Op. cit.*, pp.47-55-61-85. Pp. 73-77, señala que Tías es uno de los pueblos más sanos, principalmente por su hábitat disperso, aunque «fatal para los niños y poco a propósito para prolongar la vida pues pocos llegan a viejo». Mientras que en San Bartolomé «mueren más que en ningún otro pueblo», por su hábitat concentrado. P. 89, Arrecife «no es un pueblo muy enfermizo, sin embargo no es el mejor para la conservación de la especie, ni para la longevidad».
13. Archivo Histórico Provincial de Las Palmas, en adelante A.H.P.L.P.: *Real Audiencia*. Procesos, leg.11.974/1827.
14. PÉREZ MOREDA, V.: *Op.cit.* Pp. 435-437.
15. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, M.: «Cambio social y transformaciones culturales en Lanzarote durante el siglo XIX». *III Jornadas de Estudios sobre Lanzarote y Fuerteventura*. T. I. Excmos. Cabildos de Fuerteventura y Lanzarote, 1989, pp. 305-307.
16. MILLARES CANTERO, A.: «Arrecife, El Puerto de la Barrilla. (En torno a los orígenes y desarrollo de una ciudad burguesa canaria entre el antiguo y nuevo régimen)». *Boletín Millares Carlo*. V. III, n.º 5, VI-1982, p. 74.
17. ALVAREZ RIXO, J. A.: *Op. cit.* p. 39.
18. BUSTOS Y BLANCO, F.: *Topografía médica de las Islas Canarias*. Sevilla, 1864, p. 497.
19. A.M.A. *Censos*. Padrón 1834.
20. ALVAREZ RIXO, J. F.: *Op. cit.*, p. 119. Boletín Oficial de Canarias. Diputación Provincial de Canarias. 19-VIII-1837, p. 59.
21. Hasta 1847 se registra a Thomas James en los padrones; por entonces tenía 53 años y llevaba residiendo en Arrecife 33. ALVAREZ RIXO, J. A.: *Op. cit.*, pp. 119-120. A principio de siglo había llegado Jhon Hart, editor de un periodico de Londres, que había enfermado de escrófula —conocida como lamparones—, en Tenerife, y se trasladó a Lanzarote porque tenía fama de curarla. No logra superar la enfermedad y fallece. Por ser protestante y no existiendo cementerio, o espacio dentro de éste habilitado para tal creencia, fue enterrado en el Islote del Castillo. EDDY, M. y HORMIGA, M.: Una visión de Puerto Cabras a principios del siglo XIX. *VII Jornadas de Estudios sobre Fuerteventura y Lanzarote* —en prensa— aportaron un texto de Hart —10-IX-1814—, en el que da otras razones para su estancia en la Isla.
22. A.M.A. *Contribución de Comercio*. Sin catalogar. 1820-21.
23. ALVAREZ RIXO, J. A.: *Op. cit.*, pp. 119-188. Era natural de Arrecife y estaba casado con Catalina Morales. Fallece en 1857 a los 54 años. A.P.S.G. *III Libro de Defunciones*. 21-XI-1857.
24. A.M.A. *Contribución 1829*. No quedó registrado su nombre.
25. A.M.A. *Contribución 1833*. Una de los sangradores era Lucas Ruano, natural de Gran Canaria. Los médicos eran José Béthencourt, que se avecinda a los 41 años, y casado con la grancanaria Carmen Clavijo, y Blas Curbelo Guerra de Yaiza, contaba con 36 años y estaba casado con la arrecifeña M.ª del Carmen Cabrera.

26. Era natural de Tegui y había nacido con el siglo; era hijo del hacendado Carlos Ramírez y Margarita Monfort. Residirá en Arrecife desde 1844 y no se casará. Fallecerá a los 52 años. A.P.S.G. *II Libro de Defunciones*, 11-X-1852.
27. A.P.S.G. *Libro III de defunciones*, 15-VII-1853. Fallece a los 73 años.
28. A.M.A. *Contribución comercial*, 1842. Única información que contamos para este profesional.
29. A.M.A.: *Censos*. Tenía 43 años y estaba casado con la palmera M.^a Dolores Salazar.
30. A.M.A. *Censos*. De 33 años y natural de Gran Canaria, como su esposa, Soledad González.
31. A.P.S.G. *III Libro de Defunciones*.
32. A.M.A.: *Censos*. Padrón 1841.
33. A.M.A.: *Censos*. Padrones 1852-56.
34. A.M.A.: *Correspondencia*. Sin catalogar. Carta con membrete del Subgobierno de Canarias, 13-VIII-1853, de Rafael Muro al alcalde de Arrecife. DENIZ GREK, D.: *Op. cit.*, p. 946.
35. A.P.S.G.: *II Libro de Defunciones*. A.M.A.: *Correspondencia*. Sin catalogar, 3-X-1853, en el que firma como médico Blas Curbelo.
36. DE LA HOZ, A.: *Lanzarote*. Cabildo de Lanzarote, 1961, p. 37.
37. A.M.A.: *Correspondencia*. 20-IV-1853. Carta del Subgobierno de Canarias, firma Rafael Muro.
38. A.M.A.: *Sanidad 2/1*. Libros de la Junta de Sanidad, 12-VI-1851.
39. PÉREZ MOREDA, V.: *Op. cit.*, p. 77. En 1883 Kock descubre el agente patógeno, y en 1884 el español Ferrán descubrió la vacuna, pero hasta 1919 no fue reconocida internacionalmente.
40. PÉREZ MOREDA, V.: *Op. cit.* p. 80.
41. A.H.P.L.P.: *Ayuntamiento*. leg. 1, expte. 8/ 1847. Registro General 5.387. En 1847 hubo cierta alarma ante un brote de viruela que había llegado de Baleares a Lanzarote. Contagió a muchas personas pero no fue mortal. Hemos constatado la existencia de dicho brote porque se registran 11 casos de viruela entre febrero y julio de 1847, el único registrado para esta patología en todo el período y siendo mortal sólo para la población infantil. PÉREZ MOREDA, V.: *Op. cit.*, pp. 73-74. El contacto interpersonal directo era el más importante, porque el hombre es el único huésped del virus de la viruela. El enfermo que supera la enfermedad adquiere la inmunidad total. La inoculación de la vacuna fue descubierta por Jenner en 1796. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, M.: *Op. cit.*, p. 46. La práctica de la vacunación estuvo prohibida en España hasta 1800. Entre 1803-4 se realizaron las primeras vacunaciones antivariólica en Lanzarote, pero sólo se beneficiaron 10 niños. ALVAREZ RIXO, J. A.: *Op. cit.* pp. 114-116. BÉTHENCOURT MASSIEU, A.: *Op. cit.* pp. 291-292.
42. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, M.: *La muerte en Canarias en el S. XVIII*. Santa Cruz de Tenerife, 1990, p. 29. Tifus. Se asociaba con disentería, avitaminosis y otras patologías. El agente transmisor era el «piojo de la ropa», ligado a la falta de higiene personal, insalubridad pública y falta de infraestructura sanitaria. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Barcelona, 1972. Señala que se transmite por el agua.
43. PÉREZ MOREDA, V.: *Op. cit.* p. 71. Donde también relaciona estas enfermedades con la nutrición. P. 81: Parece cierto que existe una relación muy directa entre la carencia alimenticia y la tuberculosis, el progreso de la parasitosis y diversas infecciones en general, que encuentran su desarrollo facilitado por la debilidad previa del organismo. Entre la población infantil, igual dependencia existe respecto al sarampión, la erisipela y las pneumonías.

44. A.M.A.: *Correspondencia*. 20-I-1834, citación del alcalde mayor de la Isla, Rafael Vega, al alcalde de Arrecife, Bartolomé Arroyo, para que convoque a una vecina de Arrecife, sobre un caso de infanticidio. PÉREZ MOREDA, V.: *Op. cit.*, p. 174. Desde la Real Cédula de 11-XII-1796 se articula la recogida de expósitos, liberalizando o anulando las penas por abandono, con la intención de evitar los infanticidios.
45. MILLARES CANTERO, A.: *Op. cit.*
46. PÉREZ MOREDA, V.: *Op. cit.*, p. 93.