



EL LAZARETO DE CAÑO DE LORO, BAHIA DE CARTAGENA, COLOMBIA

THE PESTHOUSE IN CAÑO DE LORO, CARTAGENA BAY, COLOMBIA

Sotomayor-Tribín Hugo Armando¹

Correspondencia: husotri@gmail.com

Recibido para evaluación: agosto – 23 – 2011 - Aceptado para publicación: septiembre – 15 - 2011

RESUMEN

Después de presentar los sinónimos que la lepra y los enfermos de lepra han recibido, de establecer una definición de la enfermedad, sus agentes causales, las manifestaciones clínico - patológicas y la clasificación de la enfermedad, se entrega una reseña general sobre la historia de la dispersión global de la lepra y una muy propia y particular periodización de la historia de la lepra en el territorio colombiano. Se revisa la historia del leprocomio de Caño de Loro, en la isla de Tierrabomba, en la bahía de Cartagena, Colombia, desde su fundación a finales del siglo XVIII hasta su clausura en 1950. Se hace una corta semblanza de las estadísticas de Caño de Loro y los otros dos lazaretos colombianos - Contratación y Agua de Dios -, y se presentan algunas de las severas medidas que se dictaron en el país en el afán de contener la dispersión de la enfermedad.

Rev.cienc.biomed. 2011; 2(2):338 - 348

PALABRAS CLAVE

Lepra. Leprocomio. Lazareto. Historia de la medicina. Cartagena.

SUMMARY

After presenting the synonyms that leprosy and leprosy patients have received, to establish a definition of the disease, its causative agents, its clinicopathologic manifestations and the classification of the disease, it is provided an overview of the history of leprosy global dispersion and a very own particular periodization of history of leprosy in Colombia. It is pointed the history of Caño de Loro leper colony on the island of Tierrabomba in the bay of Cartagena, Colombia, from its founding in the late eighteenth century until its closure in 1950. It is also presented a short biographical sketch of statistics of Caño de Loro and the other two Colombian pesthouses - Contratación and Agua de Dios – as well as some of the harsh measures that were enacted in the country in an effort to contain the spread of the disease.

338 - 348

KEY WORD

Leprosy. Leper colony. Pesthouse. Medicine history. Cartagena.

¹ Médico pediatra. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Miembro de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina. Miembro de la Asociación Colombiana de Antropología e Historia de la Pediatría.

EL CONTEXTO NOSOLÓGICO DE LA LEPROA

La lepra se ha conocido también como elefantiasis griega, malatía, lacería, mal de San Lázaro y enfermedad de Hansen. Este último, desde el V Congreso Internacional de la Lepra llevado a cabo en la Habana en 1948, que se realizó en memoria del médico noruego Gerhard Armauer Hansen, quien había sido el descubridor del agente infeccioso en 1873. Los enfermos de lepra han recibido diferentes nombres: leprosos, lazarinos, elefanciacos, malatos, gafos y enfermos de lepra. También desde 1948, para evitar convertir lo adjetivo en sustantivo, se les denomina enfermos de Hansen en vez de leprosos.

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica con posible susceptibilidad genética que se transmite por contacto directo y prolongado con pacientes bacilíferos sin tratamiento. Es el resultado del concurso entre el agente infeccioso, *Mycobacterium leprae*, el sistema inmune y ciertos factores sociales, que obrando en conjunto determinan el desarrollo del padecimiento.

La lepra ocurre únicamente entre los humanos. Sin tratamiento adecuado los enfermos pueden ser desfigurados e incapacitados. Los bacilos responsables de la lepra se multiplican muy lentamente, por lo general en las envolturas de los nervios periféricos. El germen responsable de la lepra es un bacilo ácido alcohol resistente e inmóvil, el *Mycobacterium leprae*, de características muy parecidas a las del bacilo de Koch, el responsable de la tuberculosis. El *M. leprae* pertenece a un gran grupo de patógenos bacterianos intracelulares ampliamente distribuidos. En el año 2008 Han y colaboradores establecieron que algunos casos de lepra podían ser causados por el *Mycobacterium lepromatosis*.

El bacilo usualmente entra al organismo por vía respiratoria o por la piel. Debido a su incubación tan larga, la diseminación a través del cuerpo no está suficientemente conocida. Los síntomas de la enfermedad aparecen entre tres y cinco años después de la infección, aunque manifestaciones clínicas pueden observarse temprano (menos de seis meses) o tarde (más de veinte años). El principal reservorio y fuente de propagación de la

lepra es el enfermo de lepra sin tratamiento. Por tanto el principal factor de riesgo para adquirirla es el contacto o convivencia con un paciente bacilífero. El 90% de la población tienen resistencia natural al bacilo de Hansen, es decir, el individuo se puede infectar pero no se enferma, se sucede una infección subclínica la cual cura sin tratamiento. Esta resistencia natural proviene de la respuesta inmune y de la magnitud y frecuencia de exposición al bacilo.

La susceptibilidad parece estar genéticamente determinada. Los diferentes tipos de lepra que desarrollan los individuos están relacionados con los genes ligados al sistema HLA. La lepra no es hereditaria, lo que se puede heredar es la susceptibilidad a padecerla. Esa susceptibilidad, la magnitud del inóculo y condiciones como desnutrición, hacinamiento, mala higiene personal y de la vivienda, constituyen los factores de riesgo asociados a casos nuevos de lepra.

La convivencia con un enfermo de lepra no tratado multiplica el riesgo de infección y la probabilidad de enfermar si las condiciones inmunológicas individuales y los factores ambientales favorecen el desarrollo de la enfermedad. Se desarrolla una lepra indeterminada que cura sin dejar secuelas, si se diagnostica y se trata a tiempo. Cuando no hay un diagnóstico precoz se desarrollan formas clínicas estables o inestables de acuerdo con la respuesta inmune: lepra tuberculoide (LT), lepra lepromatosa (LL) y lepra dimorfa o limítrofe (LD), que según su apariencia clínica puede ser limítrofe lepromatosa (LDL) o limítrofe tuberculoide (LDT). La lepra en sus diferentes formas clínicas afecta distintas zonas anatómicas. La lepra lepromatosa afecta la facies, los nervios, la piel, los huesos, los testículos y los ojos. La lepra tuberculoide presenta lesiones en cara, piel, nervios y huesos.

La OMS desde 1981, con el fin de instaurar regímenes de terapia multidroga, introdujo una nueva terminología basada en los hallazgos bacteriológicos: pacientes multibacilares (MB) y paucibacilares (PB). El grupo multibacilar incluye a los lepromatosos y dimorfos de la clasificación de Madrid y a los LL, BL y BB de la clasificación de Ridley y Jopling. El grupo paucibacilar incluye a los indeterminados (I) y tuberculoides (T) de la clasificación de Madrid

y a los TT y BT de la clasificación de Ridley y Jopling.

LA DISPERSIÓN DE LA LEPRA A NIVEL MUNDIAL

Los primeros casos de lepra aparecieron en Asia – India y China– por lo menos cinco centurias antes de Cristo. Con el regreso de las huestes de Alejandro Magno, tras la invasión al norte de la India en el siglo IV a.C., la enfermedad se introdujo en Grecia y en el norte de África. Con el retorno de los ejércitos de Pompeyo del Medio Oriente a Roma en el siglo I a.C., la lepra se dispersó por Italia, Galia e Iberia. Con los vikingos, pueblo que había remontando el río Volga hasta Bagdad capital del imperio Abásida entre los siglos IX y XI, la enfermedad llegó al norte de Europa. Se aumentó la presencia en Europa con las Cruzadas realizadas entre los siglos XI y XIII. Con los viajes a América de portugueses y españoles, así como con los esclavos negros, la enfermedad penetró al Hemisferio Occidental. La navegación a Australia y Oceanía contribuyó a generalizar la enfermedad por todo el mundo.

LA LEPRA EN COLOMBIA

Según la historiadora Pilar Gardeta Sabater en su artículo: “Discurso sobre una enfermedad social: la lepra en el Virreinato de Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX”, se calcula que en la España cristiana, entre los siglos IX y XV, había unos 20.000 leprosos, reclusos en unas 150 leproserías. Señala además que en el siglo XVI el número de enfermos y de leproserías seguía siendo alto. Con los primeros viajes oceánicos (1492), se inicia la historia de la lepra en América y se sucede una segunda ola de avance de la enfermedad, tras el comienzo de un declive en Europa.

Informa Gardeta que el primer Hospital de San Lázaro fundado en las nuevas posesiones españolas fue en México. Segundo en Lima (1563) y el tercero en Filipinas (1557). A estos le siguieron los de Cartagena (1598), Guatemala (1640), la Habana (1667) y Quito (1799).

La historia de la lepra en Colombia puede ser dividida en cinco periodos. Tabla Nº 1.

TABLA Nº 1			
PERIODO	CRONOLOGIA	EVENTOS	COMENTARIOS
PRIMERO	Finales del Siglo XVI Hasta 1873	1592: se inicia la construcción del Hospital San Lázaro en Cartagena. 1598: inicia funcionamiento el Hospital de San Lázaro en Cartagena. 1796: en funcionamiento el Lazareto de Caño de Loro en la isla de Tierrabomba, cerca de Cartagena. 1812: fundación del lazareto El Curo, Santander. 1861: fundación del lazareto de Contratación, Santander, 1871: fundación del lazareto de Agua de Dios, Cundinamarca.	Desde el ingreso de la enfermedad al Nuevo Reino de Granada hasta cuando Hansen descubre al bacilo causante. Ese periodo está dominado por el temor a la lepra y las discusiones sobre sus causas. No se dispone de un medicamento efectivo.
SEGUNDO	Desde 1873 hasta 1961	1885: El Congreso Internacional de lepra recomienda que para la lucha contra la enfermedad es importante el confinamiento y aislamiento de los enfermos. 1941: se realiza la introducción de las sulfonas. 1950: Es bombardeado el lazareto de Caño de Loro en la Bahía de Cartagena.	Desde el descubrimiento del bacilo de Hansen hasta el levantamiento y superación de las severas medidas de confinamiento y aislamiento de los enfermos de lepra en los tres lazaretos.
TERCERO	Desde 1961 hasta 1986	1981: OMS impulsa tratamiento poli quimio- terapéutico. 1986: Se inicia su aplicación en Colombia.	Buenos resultados del tratamiento con el uso de las sulfonas. Recuperación de los derechos civiles de los enfermos.
CUARTO	Desde 1986 hasta 1997	Menos de un caso por cada 10.000 habitantes.	La lepra disminuye a tasas consideradas universalmente como un problema de salud pública controlado.
QUINTO	Desde 1997 hasta el presente	2002: se funda Corsohansen, la Corporación Social para la Rehabilitación de los Enfermos de Lepra y Consanguíneo. 2009: se funda el Museo de la Lepra en Agua de Dios. 2011: Presidente de la República firma la ley 1435, por medio del cual los Edificios de Agua de Dios y Contratación son convertidos en Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación.	Continúan disminuyendo los casos de lepra a nivel global y nacional. Continua la lucha contra el estigma de la lepra. La enfermedad todavía existe. 2008 OMS declara que se han notificado aproximadamente 249.000 nuevos casos en el mundo.

CARTAGENA, LA LEPRO Y LOS LEPROCMIOS

La lepra ingresó al Nuevo Reino de Granada por Cartagena de Indias. A pesar de su poca población, esta ciudad fue el más considerable foco de lepra durante los tres siglos que duró la dominación española, por su condición de puerto y centro del tráfico de esclavos. La historiadora María Borrego Pla cuenta en su obra, *El Hospital de San Lázaro de Sevilla y su proyección indiana*, que el 16 de diciembre de 1592 el cabildo de Cartagena encomendó a José de Barros, alcalde de la ciudad, la construcción de un hospital para enfermos leproso, el cual comenzó a operar hacia 1598: "en la esquina que cae en el último remate de Getsemaní, frontero al Fuerte Boquerón." En 1608, este hospital de malatos se trasladó, por conveniencia pública y dado el crecimiento de Getsemaní y su incorporación a la ciudad, "cerca del Camino Real en el Cerro de San Lázaro, en donde luego se instalaría el Fuerte de San Felipe de Barajas". El cerro tomó el nombre del hospital.

El historiador Tulio Aristizábal cuenta en su obra *Iglesias, Conventos y Hospitales en Cartagena Colonial*: "este hospital que aparece en el plano de la ciudad de don Francisco de Murga del año 1620, albergaba en ese entonces unos setenta enfermos y tenía serios problemas económicos. Estos problemas hicieron que el soberano lo autorizara a buscar ayudas en todas las parroquias del Nuevo Reino y le otorgara el derecho de anclaje, mediante el cual toda embarcación que atracara en el puerto debía pagar tres pesos con destino al lazareto". El Hospital de San Lázaro pasó del patronato del cabildo al patronato Real. Fue uno de los más frecuentes campos de apostolado del sacerdote jesuita Pedro Claver desde su llegada a Cartagena en 1615, después de terminar sus estudios en Santa Fe y Tunja. En 1620 Claver le hizo petición al capitán Diego de Latorre, de cercar el hospital con tapias y de reconstruir la capilla.

Aristizábal comenta que la Real Cédula de Felipe IV, fechada en Madrid el 27 de julio de 1627 (Recopilación de Leyes de los Reinos de las Indias, Libro I, Título IV, Ley

XVI) consigna: "ordenamos y mandamos a nuestro Gobernador de Cartagena de Indias, si se ofreciere llevar al Hospital de San Lázaro diputado para curar los enfermos, algún tocado de este mal, hagan llevar con las mismas personas los bienes muebles que fueren de su servicio al tiempo que les hubiere dado la enfermedad y los llevasen al Hospital, para que con esta prevención no pase el contagio a otros." En 1627 existían en Cartagena 70 enfermos de lepra.

José P. Urueta y Eduardo G. de Piñeres cuentan en su obra *Cartagena y sus cercanías*, que el rey proveía al sostenimiento de ese establecimiento, como lo demuestran las Reales Cédulas de 1640, 1651, 1671 y 1675, por las cuales se prorrogó la cesión que había hecho a favor del Hospital. En la Real Cédula de Felipe IV, fechada en Madrid el 9 de agosto de 1651, se consigna: "Habiéndonos hecho relación en nuestro Real Consejo de Indias de que el Hospital de San Lázaro de la ciudad de Cartagena acude mucho número de enfermos, y por no haber con que sustentarlos ni asistir a las necesidades para su cura, andan divertidos por la ciudad y estancias, de que resulta el quedar otros muchos tocados de aquel contagio; tenemos por bien de conceder, como por la presente concedemos, al dicho Hospital de S. Lázaro de la ciudad de Cartagena, el derecho de anclaje de los navíos que entran en el puerto de ella, en la forma que se cobra en otras partes y puertos de aquellas costas y así mismo los privilegios de que goza el de S. Lázaro de Sevilla por D. Fernando y Dña. Isabel, Dña. Juana y D. Carlos, D. Felipe I y D. Felipe II, nuestros predecesores, que santa gloria hayan, con calidad de que solamente se ejecuten en lo que en esta Ley se declara y no más." La real cédula de 22 de septiembre de 1687 dispuso que para el sostenimiento de dicho instituto se cargara a "las mercaderías y demás géneros que salían de ella [la ciudad] la cuarta parte más de los que les está repartido para la paga de los doce mil pesos del derecho de avería."

El tegua o médico Mendo López del Campo, que ejerció en el centro de Cartagena, también atendió a los leproso del Hospital de San Lázaro hasta 1640. En 1740 existían en el Hospital de San Lázaro de Cartagena

160 enfermos. El ingeniero militar Antonio de Arévalo y Porras, venido a Cartagena en el año de 1742, propuso el traslado del leprocomio a la vecina isla de Tierrabomba. Él mismo diseñó el proyecto y escogió su ubicación en el sitio llamado Cantera Vieja, cerca de la Punta de San Mateo. Sería un gran edificio de base cuadrada, con plaza de pórticos y amplios corredores a los que darían ochenta habitaciones de enfermos; además de salones, enfermerías, refectorios de hombres y mujeres. En 1760 el monarca español había solicitado información y opiniones para el traslado del hospital, a lo que contestaron afirmativamente Antonio Arévalo y Antonio Narváez y la Torre. En 1772 había en el Hospital de San Lázaro de Cartagena 104 elefanciácos.

Según la obra Cartagena y sus cercanías, en una Noticia Historial de la Provincia de Cartagena de Indias escrita en 1772, está consignado que "extramuros de la Plaza se halla el Hospital Real de San Lázaro, con su cura, que además de 106 leprosos de confesión, administra 218 cabezas de familia con 577 almas de confesión y 179 esclavos esparcidos en varios sitios, hacienda de tejares y cortas labranzas." Además dice: "Para estorbar que se comunique esta enfermedad, hay un hospital que tiene el nombre de San Lázaro, situado fuera de la ciudad, y no lejos del cerro donde está el castillo del mismo nombre: en él se ponen a todos los que se conocen que la han contraído, así hombres como mujeres, sin excepción de persona: pero allí dentro se aumenta el mal entre ellos mismos, porque les permiten que se casen unos con otros, y así queda permanente en la generación la enfermedad. La asistencia y ración que les dan para vivir es tan escasa, que no pudiendo subsistir con ella, les permiten que salgan a pedir limosnas a la ciudad; y de este comercio que tienen con los sanos, resulta que nunca disminuye el número; el cual es tan crecido que parece aquel hospital una pequeña ciudad según el ámbito dilatado de su recinto. Luego que cada uno entra allí donde ha de terminar el resto de sus días, forma una choza (que llaman bujío en el país) proporcionada a su posible para que le sirva de habitación, y vive en ella lo mismo que en su casa, con sólo la prohibición de no poder

salir de aquel terreno, sino es que sea para pedir limosna; y el espacio que ocupa este hospital está cercado de pared para que no haya más salida, que por una sola puerta."

Por Real Cédula del 30 de julio de 1784 se previno al Arzobispo-Virrey Antonio Caballero y Góngora. "disponer y ejecutar la traslación del Hospital de San Lázaro de Cartagena al sitio vulgarmente llamado "La Cantera", Caño de Loro, y construirlo según planos del ingeniero Antonio Arévalo, y que para su manutención se cargara un cuartillo de real en cada azumbre de aguardiente". Por memorial de 1786 Rafael Antonio Tatis, administrador tesorero del Hospital de San Lázaro de Cartagena, insiste en: "que se cumpla el traslado del hospital como ordenaba la Real Cédula de 1774, al paraje de la Cantera Vieja o Caño de Loro, anotando que los enfermos de Quito pueden venir con la facilidad por las vías de Guayaquil y Panamá con menos quebrantos que los de Popayán, Socorro, Mogotes o Girón, que tiene un viaje de cuarenta días, a pesar de que las rentas eran insuficientes para sostener el número de enfermos aislados, que ascendían a 119, y a los cuales se les daban dos vestidos por año".

Según el padrón del Hospital Real de San Lázaro hecho en 1777 por capitán Juan del Real, durante la administración del Virrey Flórez: "los elefanciácos asilados allí ascendían a 100 y los sanos que vivían con ellos a 27. Todos estos individuos estaban distribuidos en 41 casas pajizas, a manera de un caserío y no de un hospital". Cartagena tenía en ese entonces, incluyendo los ejidos, 1.014 habitantes, según Juan del Real.

Los enfermos del Hospital de San Lázaro debían ser atendidos por el protomédico, de acuerdo con la tradición española iniciada a finales del siglo XV. En 1781 los enfermos del hospital eran atendidos por Andrés González de Estrella, médico que venía desempeñando el cargo desde la muerte del médico Antonio José Gaviria. Lo realizó hasta su muerte, cuando fue reemplazado por Manuel Julián Gastelbondo.

En 17 de septiembre de 1791 el gobernador de Popayán le comunica al virrey José Antonio

de Ezpeleta: "debido a las dificultades para trasladar los elefanciácos de su jurisdicción hasta el Hospital de San Lázaro de Cartagena, debería mantenerse el albergue que tenían los leprosos en las inmediaciones de Cali".

La historiadora Gardeta señala que entre 1796 y 1815 el protomédico de Cartagena, Juan de Arias, convencido como estaba de la contagiosidad de la lepra y al ver esta enfermedad más entre los negros y notar algunas prácticas, anotó que: "su propagación podía deberse a la lactación que dan frecuentemente las negras a los hijos de los blancos".

Los lazarinos de Cartagena ya estaban en Caño de Loro en 1796, año en que murió el protomédico Francisco Xavier Pérez y fue reemplazado por Juan de Arias. Estaban albergados en unas chozas de paja que funcionaban como hospital, justo cuando ya se tramitaba su construcción de "calicanto y texas".

En 1797 el tesorero Tatis informó que sólo los administradores de la Renta de aguardiente de Santa Fe, Medellín, Socorro y Cartagena cumplían en hacer llegar al hospital los recaudos por impuesto al aguardiente y que las demás provincias del Reino no lo hacían. Ese mismo año el Cabildo de Buga pidió al gobierno trasladar unos elefanciácos al lazareto de Cartagena.

Por un memorial firmado por unos elefanciácos el 19 de octubre de 1806 se deduce que para esa fecha el lazareto de Cartagena ya funcionaba en el edificio de calicanto y teja en Caño de Loro: "El Hospital que en el día existe, está situado en la isla de Perico, nombrada ahora Caño de Loro, y su plano está bien arreglado en orden a las casas, su Iglesia decente de material, el piso del caserío es de pedregales, pues de sus contornos se extrae la piedra para las fortificaciones, por cuyo motivo es tan ardiente. Su agua es la de unos pozos que la vierten las mismas piedras, la cual deja un sedimento en el fondo de la vasija, que por consiguiente dejará el mismo en los que la beben". Los firmantes relataron que cuando iban en piragua a Cartagena por comida, la tropa los hacía regresar al lazareto, donde

los metían al cepo, lo cual era injustificado porque en la ciudad había infinidad de elefanciácos que vagaban por las calles.

Parece que en 1815, durante el cerco de Pablo Morillo a la ciudad, hubo en la isla de Tierrabomba importantes combates entre patriotas y españoles, y bajo el lema de "guerra a muerte" que no respetaba a prisioneros ni heridos, el general venezolano General Francisco Tomás Morales, subalterno de Morillo, pasó a cuchillo a los enfermos de lepra e incendió las chozas en que residían.

Por documento de La Junta del Hospital de San Lázaro de diciembre de 1817, bajo gobierno colonial, se sabe que los alimentos se transportaban a la isla desde Cartagena. "Aunque parece muy material el señalar un método a fin de comprar y distribuir los comestibles de los Lazarinos proporcionalmente a la anticipación con que se les da el salario, no estará demás conocer esta práctica en los días que viene la piragua al efecto, pues en nada habrá más disputas que en su particular donde por otras manos se consume el salario de cada Lazarino". Se sabe, igualmente, que al cirujano se le pagaban 480 pesos anuales, al practicante 180 y al aguador 120.

Con el decreto 347, del 8 de noviembre de 1887, el Gobernador del Departamento Nacional de Bolívar, Henrique Luis Román, reorganizó la administración del lazareto de Caño de Loro y se creó una junta especial para su manejo. La Junta debía nombrar el médico del establecimiento, quien debía ensayar los medicamentos más recomendados para la lepra, tomando una fotografía de cada enfermo antes de comenzar el tratamiento y otra en la época en que rindiera informe. El tratamiento especial consistió primero el de Unna y después el chaulmoogra, implantados por el doctor Lascario Barboza. El lazareto, que estaba muy deteriorado, fue arreglado por el mismo gobernador Román.

Cuando el doctor Barboza comenzó a dirigir en 1888 el Lazareto de Caño de Loro había allí catorce enfermos, veinte casas de bahareque y paja, y el agua potable se llevaba desde Cartagena. Los pacientes también estaban afectados por fiebres palúdicas y

oftalmías. Barboza hizo ensayos con el aceite de chaulmugra y tomó fotografías de los enfermos antes y después del tratamiento. Figura N^o 1.

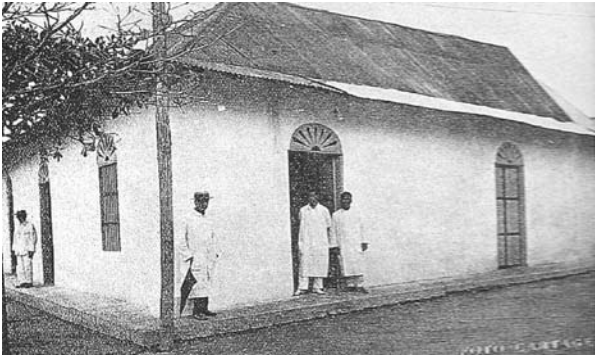


Figura N^o 1. Casa en el Lazareto de Caño de Loro a principios del siglo XX.
Fotografía tomada del capítulo: Lepra, de Gerzaín Rodríguez, del libro El Arte de Curar.

El Ministerio de Gobierno envió en 1896 al Lazareto de Caño de Loro al médico Roberto Azuero para que aplicara el suero Carrasquilla. Después de tratar allí por la seroterapia a 19 elefanciacos, Azuero escribió en sus Consideraciones generales sobre la lepra y su tratamiento por el suero antileproso (1897): "que aunque algunos mejoraron, no creía que tal procedimiento fuera una cura radical". El mismo médico escribió en 1898 en la Revista Médica de Bogotá su artículo Lepra griega y lazaretos circunscritos: "era sorprendente que en el caserío de Caño de Loro, entonces con cerca de mil habitantes, no se registrara un solo caso de contagio inmediato". Señalaba además que "creía que los insectos, especialmente chinches y pulgas, podían inocular la lepra". Recomendaba controlar con severidad la prostitución puesto que, aunque las mujeres sanas se entregaban más fácilmente a un elefanciaco que a un sano, jamás había visto una mujer de estas infectarse así, pero que sí había visto a sanos infectados por tener relaciones sexuales con mujeres elefanciacas.

El Gobierno realizó muchas leyes y resoluciones en los años siguientes, que se aplicaban en todos los lazaretos de Colombia. Por medio de una ley tomó a su cargo los niños que residan en los lazaretos (Artículo 4, Ley 14 de 1907). Los enfermos en Caño de Loro en diciembre de 1908 eran 85, siendo

61 hombres y 24 mujeres, mientras en 1909 en Colombia había 4.296 leproso, de los cuales 2.359 mujeres y 1.937 hombres. Por el decreto nacional 414 de 1911 se creó en cada lazareto un cuerpo de Policía que tenía el carácter de cordón sanitario.

En 1912 el Lazareto de Caño de Loro no estaba limitado por pared alguna y tenía por médico a Teófilo Barboza, nieto de Lascario Barboza, quien en 1909 había presentado su tesis de grado: Lepra. Todavía en 1912 persistía la costumbre del envío desde Cartagena de los alimentos, ropa y medicinas hasta el lazareto, pues Caño de Loro no tenía recursos propios, con excepción de los productos de la tierra que cultivaban los mismos enfermos.

Algunas medidas y disposiciones legales fueron: a los lazaretos sólo se podrá entrar con permiso de la autoridad competente (Artículo 65 de la Resolución 174 de 1913). Todo médico que fuere consultado por un leproso quedará legalmente desligado del secreto profesional (Artículo 1, Resolución 100 de 1919). No se podrán establecer en los leprosorios nuevos tratamientos ni hacer experimentos para curar la enfermedad (Artículo 15, Resolución 505 de 1919). La correspondencia cursada única y exclusivamente por la Administración Interna de Correos, y será desinfectada (Resolución 6 de 1921). Según la resolución 17 del 28 de marzo de 1925, una vez practicado el examen y declarado leproso un individuo, la primera autoridad política del lugar le expedía un pasaporte que tiene por objeto abonarle los auxilios necesarios para trasladarse al lazareto que se le señale. Es fijado por el Gobierno de acuerdo con las necesidades de las leproserías (Artículo 17, Ley 20 de 1927). Los asilos para niños sanos hijos de leproso funcionaban en lugares cuya distancia impedía el trato fácil con los enfermos (Artículo 6, ley 20 de 1927). Sólo las cervezas de 4 por 100 de alcohol pueden expendirse en los lazaretos (Artículo 4^o de la Resolución 39 de 1928). Se prohíbe a las empresas de transporte conducir personas que se hallen atacadas de lepra (Resolución 9 de 1929).

Otras normas aplicadas fueron: si el examen bacteriológico, que debe ser hecho tomando biopsias de las zonas sospechosas que el enfermo presente y del moco, diere

resultado negativo; y si de un cuidadoso examen clínico se le encontrare sin lesiones abiertas, el médico debe hacerlo comparecer, en calidad de postulante a la observación, ante una Junta general formada por todos los médicos del Lazareto (Resolución 34 de 1929). El Departamento Nacional de Higiene concederá a los enfermos de lepra permisos para salir de los leprosorios por un tiempo prudencial (Resolución 96 de 1932). Se crea en las facultades de medicina la Cátedra de Leprología (Artículo 10 de la Ley 32 de 1932). Los afectados tenían prohibido contraer matrimonio. Se establece la cédula de residencia para las personas sanas a quienes se les ha permitido residir en los lazaretos (Resoluciones 46 de 1933, 109 de 1933 y 2 de 1934). Las disposiciones sobre la cédula de ciudadanía no son aplicables a los ciudadanos y funcionarios residentes en los leprosorios (Decreto 151 de 1935), la cédula de ciudadanía especial de los leprosos les negaba el derecho a elegir y ser elegidos. Figura N° 2. Los hijos de padre o madre leprosos que no presenten manifestaciones de la misma enfermedad, serán separados del enfermo. (Resolución 60 de 1933). Todas las personas sanas y enfermas de lepra residentes en el perímetro aislado necesitan proveerse de pase para llegar a los edificios ubicados en la parte externa. (Resolución 406 de 1937).



Figura N° 2. Cédula de identificación de un enfermo de lepra. Leprocomio de Caño de Loro, 1937. (Colección Museo de Historia de la Academia Nacional de Medicina, donada por Efraín Oyaga nacido en Caño de Loro en 1949 en manos del doctor Hugo Corrales)

En 1935 Rafael Ibáñez Ferrer presentó como tesis de grado en la Universidad de Cartagena su trabajo: "Apuntes sobre el diagnóstico y

tratamiento de la lepra". En 1939 Germán Berdugo S. presentó como tesis: "Algunas consideraciones sobre lepra". En enero de 1939 había en Caño de Loro 466 enfermos. Figura N° 3. En 1940 el decreto 94 señalaba: la vigilancia y control sobre el consumo del tabaco estaba a cargo de la Administración de Rentas del respectivo Departamento donde quede ubicado el sanatorio o leprocomio. En el informe de octubre a diciembre de 1940 que presentó el doctor Luis Patiño Camargo como director del Instituto de Investigación de Lepra "Federico Lleras Acosta", se señala que para ese año 8.200 enfermos estaban reclusos en lazaretos y de otros 4.000 tratados en los dispensarios y unidades sanitarias. El censo de 1938 había arrojado un total de 9.066.218 habitantes en todo el país.

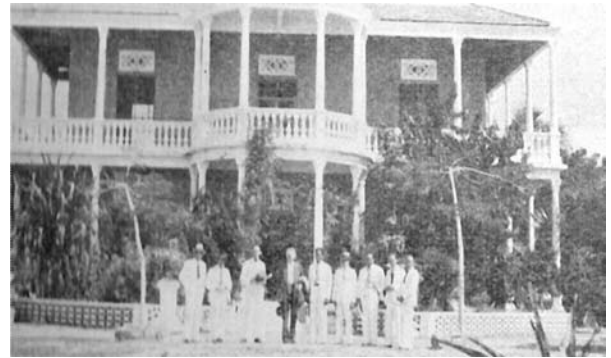


Figura N° 3. Casa Médica del Lazareto de Caño de Loro. Cartagena (1938)
Fotografía tomada de la *Revista Colombiana de Leprología*. Vol. 1, N° 1, Marzo 1939, Bogotá

Siendo Presidente de la República Alfonso López Pumarejo y Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social Adán Arriaga Andrade, tomó posesión el 15 de febrero de 1945 como director de la lucha antileprosa el doctor Roberto Serpa. Ese año había en el lazareto de Agua de Dios 3.000 enfermos, en el de Contratación 2.500 y en Caño de Loro 600. Por cálculo se asume que la población en 1945 era de alrededor 10.600.000 habitantes. En 1946 era médico del Lazareto de Caño de Loro el doctor Hugo Corrales.

Siendo jefe de la División de Lepra el doctor Darío Maldonado Romero, Ministro de Higiene el doctor Jorge Cavalier Gaviria y Presidente de la República Mariano Ospina Pérez fueron trasladados por vía aérea alrededor de 500 enfermos de Caño de Loro a Flandes,

Tolima, y desde allí en tren hasta Tocaima, desde donde fueron llevados a Agua de Dios. Como medida de profilaxis, las instalaciones del leprocomio de Caño de Loro fueron bombardeadas desde aviones los días entre el 20 y el 24 de septiembre de 1950.

El doctor Jorge E. Cavellier, participó en el traslado de los enfermos de Caño de Loro y el bombardeo del leprocomio: "Durante el mandato del presidente Mariano Ospina Pérez, quien organizó el llamado Gobierno de Unión Nacional, presentóse una nueva crisis política entre los partidos tradicionales que obligó al mandatario a reintegrar su gabinete ministerial el 21 de mayo de 1949, cuando fui sorpresivamente designado ministro de Higiene. El Ministerio de Higiene se había creado en virtud de la Ley 27 de 1946, pues los asuntos relacionados con el ramo de la salubridad habían formado parte del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Una de mis principales y primarias preocupaciones constituía el grave problema de los leprocomios de Caño de Loro, Agua de Dios y Contratación. Particularmente del primero de ellos del cual yo tenía noticia desde mi juventud, pues estaba localizado muy cerca de Cartagena en la isla de Tierrabomba. Me preocupé por el traslado de todos los pacientes de este leprocomio a Contratación y con la ayuda de la Armada y de Fuerza Aérea Colombiana se consiguió la destrucción de las antihigiénicas viviendas y hospital que funcionaron hasta ese momento en dicho leprocomio". Figura N° 4.

El bombardeo a Caño de Loro se hizo con el antecedente del bombardeo al leprocomio que funcionó en la isla de de Penikese en Estados Unidos en 1921. El Estado de Massachusetts, cerca del año de 1900, utilizó la isla de Penikese para los pacientes con viruela y a partir de 1905 para los pacientes leproso a pesar de la protesta de los habitantes de las islas vecinas. El leprocomio en la isla



Figura N° 4. Recorte de prensa que anuncia el bombardeo aéreo del desocupado lazareto de Caño de Loro. Periódico El Tiempo. Septiembre 10 de 1950.

continuó hasta 1921 cuando los últimos seis pacientes que albergaba fueron trasladados al leprosario federal de Carville en Louisiana. Después, los edificios del leprocomio de la isla fueron quemados y dinamitados con la expectativa que esto mataría a todos los gérmenes.

Tras el reconocimiento a partir del descubrimiento de Hansen del papel del Mycobacterium leprae el temor al contagio aumentó y con él las medidas de control sobre los enfermos. Para el presente pueden encontrarse en la isla de Tierrabomba las ruinas de la iglesia luego del bombardeo, Figura N° 5 y las instalaciones donde funcionó la casa médica. Figura N° 6.



Figura N° 5. Restos de la bombardeada iglesia de Caño de Loro (Fotografía de Juan Diego Duque tomada del libro Iglesias, conventos y hospitales en Cartagena Colonial de Tulio Aristizabal, 1998)



Figura N°6. Casa Médica del Lazareto de Caño de Loro. Por estar la Casa Médica retirada del Hospital y los albergues ella no fue bombardeada. (Fotografía de Juan Diego Duque. Tomada del libro: Iglesias, conventos y hospitales en Cartagena Colonial de Tulio Aristizabal, 1998).

UNA NUMISMÁTICA PARA LOS LAZARETOS

La primera emisión de monedas de uso exclusivo en los lazaretos colombianos, Caño de Loro, Agua de Dios y Contratación, data del 12 de marzo de 1901, cuando el gobierno nacional autorizó por decreto al Ministerio del Tesoro emitir 12.000 pesos en piezas de 50 centavos, 6.000 pesos en piezas de 20 centavos, 1.000 pesos en piezas de 10 centavos, 500 pesos en piezas de 5 centavos y 500 pesos en piezas de 2,5 centavos. Las monedas que fueron acuñadas en 1901 en la Casa de la Moneda de Bogotá son de diferentes aleaciones de cobre, por lo cual las hay desde color marrón oscuro hasta amarillo casi dorado. Popularmente se les llamó "coscojas", que significa de poco valor. La segunda emisión de monedas para los lazaretos en Colombia se realizó mediante el decreto 1452 de 30 de noviembre de 1907: "Destínase para restablecer la circulación metálica en los Lazaretos de la República la cantidad equivalente a treinta mil pesos oro, en moneda de a 1, 5 y 10 pesos papel moneda P/M, la cual quedará a disposición del Ministerio de Gobierno, a fin de restablecer aquella circulación y cambiar por esta clase de moneda los billetes nacionales que están en poder de leprosos [artículo 10]... Todos los billetes nacionales procedentes de los lazaretos se pasaran al Ministerio de Hacienda y Tesoro para que sean incinerados y reemplazados por billetes nuevos [art. 20]."

La tercera emisión ordenada bajo la presidencia de Marco Fidel Suárez, fue dispuesta por medio de los decretos 2209 de 1918 y el 68 de 1919, además se dispuso que el valor de las monedas de los lazaretos pasaran de peso a centavo. Sin disposición oficial se ordenó la acuñación de monedas de 50. Eran fabricadas en níquel y tenían los valores de 50, 10, 5, 2 y 1 centavos.

La cuarta emisión en el año 1928, era de bronce, aunque se conocen algunas piezas acuñadas en cobre rojo, y sólo se acuñó el valor de 50 centavos. Como todas las monedas de las demás emisiones tenían por una cara una Cruz de Malta estilizada. Figura N° 7. La emisión más temprana de monedas para lazaretos corresponde a Colombia, aunque también se acuñaron en lazaretos de Filipinas, Venezuela, Brasil y la Zona del Canal de Panamá. En Colombia no hubo emisiones de estampillas con referencia a los lazaretos.



Figura N° 7. Anverso de las monedas que circularon en los lazaretos de Colombia. En la primera columna las monedas de la acuñación de 1901 (falta la moneda de 2.5centavos), en la segunda columna las de la acuñación de 1907, en la tercera las de 1921. (Colección particular de Hugo Sotomayor Tribín).

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Hansen con toda su carga de discriminación social comenzó a reconocerse en el territorio, que hoy es Colombia, en la segunda mitad del siglo XVI. Sólo hace pocos años ha dejado de ser un problema grave de salud pública, gracias a la inversión demográfica que implicó que la mayoría de la población fuera urbana sobre la rural, a partir de los años cincuenta del siglo XX, a las prácticas de vacunación con BCG, a una búsqueda activa de casos y de convivientes, a la disponibilidad de una terapéutica realmente eficaz desde 1985 y a la aplicación de un amplio programa nacional de detección y manejo médico oportuno. Los leprocomios desaparecieron como tal. No obstante todavía existe la enfermedad

y se amerita la identificación temprana y las medidas terapéuticas adecuadas. De Caño de Loro, en la Isla de Tierrabomba, en la bahía de Cartagena, el futuro polo de desarrollo de la ciudad, sólo quedan ruinas y olvido. Las edificaciones de los otros dos leprocomios, son patrimonio histórico y cultural de la Nación. ¿Por qué Caño de Loro no? Interesante sería un museo que recoja en su seno la evolución y la historia de esta enfermedad, que se pasee por las calles y rincones de Cartagena.

FINANCIACIÓN: recursos propios del autor.

CONFLICTOS DE INTERÉS: ninguno que declarar.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Aristizábal T. Iglesias, conventos y hospitales en Cartagena Colonial. Banco de la República, El Áncora Editores. Bogotá 1998.
2. Aufderheide A.; Rodríguez-Martín, C. Leprosy en The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology. Cambridge University Press, Cambridge, U.K, 1998, pp. 141-154.
3. Borrego Pla. Acuerdo de Cabildo. 16 de diciembre de 1592, AGI, Santa Fe, fols.17 y 18 en "El Hospital de San Lázaro de Sevilla y su proyección indiana. Andalucía y América. La influencia andaluza en los núcleos urbanos americanos", Actas de las VII Jornadas de Andalucía y América, Sevilla, Volumen I. 1990.
4. Carmichael A. Leprosy en The Cambridge World History of Human Disease, Editor Kenneth F. Kiple, Cambridge University Press, New York, 1993, pp. 834-839,
5. Cavelier J. Jorge E. Cavelier. Su biografía relatada por su hijo. Bogotá, 1998.
6. Datos biográficos del Sr. Dr. Juan de Dios Carrasquilla Lema 1833 – 1908. Revista del Ministerio de Obras Públicas y Fomento. 1908: Julio. 3 (7).
7. De Francisco Zea, A. Juan de Dios Carrasquilla, hombre de ciencia. Academia Colombiana de Historia- Academia Nacional de Medicina, Bogotá 2004. 225 págs.
8. Garavito M. Legislación colombiana sobre lepra. Imprenta Nacional, Bogotá, 1942. 448 páginas.
9. Gardeta P. Discurso sobre una enfermedad social: la lepra en el virreinato de Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII y XIX. DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus.1999, 401-428
10. Gómez C. Introducción. Organización científica y administrativa de la lucha antileprosa en Colombia en Legislación Colombiana sobre la Lepra. Imprenta Nacional, Bogotá, 1942: 3 – 23.
11. Han X. Y., Seo Y. H., Sizer K. C., Schoberle T., May G. S., Spencer J. S., Li W., Nair R. G. A new Mycobacterium species causing diffuse lepromatous leprosy. Am. J. Clin. Pathol. 2008; 130 (6): 856 - 864.
12. López P. Practica y teórica de los apostemas. Christobal Galibez impresor. Calatayud 1685.
13. Martínez L. Bajo el ardiente sol de Agua de Dios. Agua de Dios, 2001, 324 paginas.
14. Méndez J. Discursos medicinales. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1989.
15. Montoya y Flórez, J.B. Contribución al estudio de la lepra. Imprenta Editorial, Medellín, 1910, 455 páginas.
16. Muñoz G. Lepra .Estudios experimentales. Publicación del Laboratorio Muñoz- Rivas, Talleres de la Editorial PAX, Bogotá, 1958, 173 páginas.
17. Ruiz A. Croniquilla de Contratación. Tercera edición, Alcaldía Municipal de Contratación. 1998, 224 páginas.
18. Schott Heinz (director). Crónica de la medicina. Plazas & Janes Editores, S.A. Segunda Edición, Barcelona, 1994.
19. Schreiber W.; Mathys K. Lepra en Infectio. Ediciones "Roche", Basilea, Suiza. 1987.
20. Urueta J.; De Piñeres E. Cartagena y sus cercanías. Guía descriptiva de la capital del Departamento de Bolívar. Tipografía de vapor Mogollón, Cartagena, 1912.